

ENFERMERÍA

ADECUACIÓN DE LA INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

L. Aballe Santos¹, C. Repesas Repesas¹, A. Saracho Portela²,
J. Caramés Casal², P. Reza Castiñeiras², A. Priegue Carrera¹,
M. Mosteiro Añón¹ y A. Fernández Villar¹

¹Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

²Dirección de Procesos. Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo.

Introducción: La oxigenoterapia domiciliaria (OD) es un tratamiento antiguo, con criterios de indicación bien establecidos, pero en la práctica no siempre las prescripciones se hacen acorde a las guías y/o se establece un adecuado control. El objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación de la indicación inicial y el seguimiento posterior de los pacientes tratados con OD en nuestra área sanitaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, de todos los pacientes que a fecha 1/08/2013 recibían OD. Se constituyó en ese momento una nueva unidad asistencial para el control de esta terapia, creándose una figura fundamental que es la enfermera gestora de casos. Se evaluaron la adecuación en la indicación y seguimiento mediante la revisión de la historia clínica del paciente, y los datos aportados por Oximesa. Si el seguimiento era inadecuado se citaba al paciente en consulta, o evaluaba en coordinación con AP o residencias asistidas.

Resultados: 595 pacientes incluidos, 55% varones, edad media 76 ± 12 años. Prescripciones de OD realizadas principalmente por neumólogos (53%), internistas (20%) y geriatras (12%). 7,2% indicada con fines compasivos, 18% combinada con CPAP o BIPAP. 9,5% eran fumadores activos. Indicación provisional correcta en 92,1% y desconocida en 5,2%, sin diferencias entre servicios. Únicamente el 54,3% tenían seguimiento específico por la OD, 72% en prescritas por neumólogos y 29% en otros profesionales ($p = 0,001$). Se revisaron en la consulta de OD 257 pacientes con seguimiento inadecuado y se retiraron el 44%, llevando 23 ± 20 meses con OD, y suponiendo un 29% y 9% de los casos indicados por otros médicos y neumólogos respectivamente. Tiempo medio de uso de la OD de 10,8 ± 5,3 h/día. Tras la puesta en marcha del nuevo procedimiento de OD en nuestro centro, se revisaron todos los pacientes a los 3 meses de la prescripción de la terapia, 152 casos hasta noviembre/2014. Se retiraron en esa consulta de revisión el 40%.

Conclusiones: 1. La indicación provisional de la OD es adecuada en la mayoría de los casos, aunque el seguimiento posterior es deficiente, sobre todo cuando el servicio prescriptor no es neumología. 2. En el 44% de los pacientes con OD prescrita y sin seguimiento revisados se les pudo retirar por no tener indicación o no estar ya usándola. 3. El tiempo diario de uso de la OD es inferior a lo recomendado. 4. Este estudio ha permitido diseñar y poner en marcha un nuevo dispositivo organizativo que asegura la adecuada continuidad asistencial en los pacientes con OD y optimiza el uso eficiente de esta terapia.

ATENCIÓN AL PACIENTE CON NEUMONÍA GRAVE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. PAPEL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

S. Valls Padró, O. Rodríguez, J. Aibar Gallizo, N. Seijas Babot, L. Llop, N. Soler, S. Fernández y C. Hernández

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La neumonía presenta un alto impacto en el paciente y en el sistema sanitario. La hospitalización a domicilio (HAD) es una alternativa coste efectiva en grupos seleccionados de pacientes. La enfermera de práctica avanzada (EPA) dispone de competencias clínicas para el ejercicio profesional ampliado. Se pretende describir las características generales de los pacientes con neumonía que ingresaron en HAD, la intervención enfermera y evaluar los factores de riesgo asociados al reingreso a los 30 días.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 230 pacientes con neumonía admitidos en HAD entre enero 2006 y octubre 2011. Los pacientes fueron evaluados por la EPA y el médico utilizando cuestionarios validados. El tratamiento fue realizado según guías clínicas y la intervención enfermera según protocolo de la unidad. Plan terapéutico por parte de la EPA: a) control de los signos y síntomas; b) adaptación del tratamiento en el domicilio; c) control de las co-

morbilidades; d) realización de pruebas complementarias; e) preparación del alta asegurando la continuidad asistencial. Todos los pacientes fueron visitados diariamente por la EPA durante la HAD. El análisis estadístico se realizó mediante el test de Fisher, la t de Student y el análisis del chi-cuadrado.

Resultados: 155 (67% hombres), edad 71 ± 16 años. Estancia media 7 ± 3 días. El 12% con diagnóstico de EPOC, el 24% otras neumoopatías crónicas, 44% otras enfermedades crónicas no neumológicas y un 20% sin patología crónica previa. Índice de comorbilidad de Charlson (3,7). Un 53% de los pacientes ingresó en HAD desde el S. UCIA y el 34% S. Neumología. El 62% de los pacientes requirieron oxigenoterapia en el domicilio. Se realizó gasometría arterial en el domicilio al 17% de los pacientes. En un 4% de los casos se mantuvo el oxígeno al alta. En el 83% de los pacientes no se obtuvo aislamiento microbiológico. El 43% de los pacientes requirió antibiótico ev. El 8% de los pacientes reingresó a los 30 días del alta y el 3% fue exitus. El reingreso estuvo asociado al índice de Charlson ($p = 0,04$), mayor utilización de recursos hospitalarios en el año previo (visitas UCIA y ingresos) ($p < 0,001$ en ambos casos).

Conclusiones: La HAD es una alternativa segura para los pacientes con neumonía previamente seleccionados. El reingreso a los 30 días se asocia al índice de Charlson y a la utilización de recursos hospitalarios previos al ingreso. La complejidad de estos pacientes hace necesaria la intervención de la EPA en el tratamiento de neumonía durante la HAD.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE SAOS: REALIZACIÓN DE CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE BENALMÁDENA

A. Mochón Doña¹, E. Doña Díaz², E. Casado Miranda², D. Pinto Muñoz², Y. Toro González², M. Núñez López² y E. Sanz San Martín²

¹Air Liquide HealthCare. ²Servicio de Neumología. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena.

Introducción: El objetivo de este estudio es demostrar en qué medida se ve afectada la calidad de vida de un paciente con SAOS y cómo ésta mejora tras la adaptación al tratamiento.

Material y métodos: Tipo de estudio: Demostrativo. Sujetos: hombres entre 35-60 años con SAOS severo (IAH > 30) o que presentan Epworth > 12. Ámbito: Consulta Trastornos del sueño del Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Periodo de estudio: Encuestas realizadas entre julio-noviembre de 2014. Material empleado: cuestionario de salud general de Goldberg (instrumento básico de enfermería para valoración de la salud general). Resultados para "identificar problemas crónicos". Procedimiento: paciente SAOS severo, sin cpap – Encuesta – Resultados 1. Mismo paciente Tras 3 meses en tratamiento y adaptado (> 3 h/noche uso de cpap) – Encuesta – Resultados 2.

Resultados: Se realizaron 49 encuestas en pacientes diagnosticados de SAOS severo el día de su inicio con la terapia de cpap, de los cuales se adaptaron, a los 3 meses de tratamiento, 30 pacientes. Por lo que la muestra se quedó en 30 pacientes. Resultados antes de iniciar tratamiento: 28 pacientes presentaban síntomas somáticos, 7 ansiedad, y sólo 1 con depresión y disfunción social. Resultados tras 3 meses con una adaptación > 3 horas/noche (media de cumplimiento de los 30 pacientes de 4,89h/noche): Sólo 9 presentaban síntomas somáticos, 4 ansiedad, y ninguno depresión ni disfunción social.

Conclusiones: La calidad de vida en un paciente con SAOS, que se adapta el tratamiento con cpap, se ve muy beneficiada, pudiendo conseguir el paciente su equilibrio integral independientemente. Es fundamental, para ello, el papel de enfermería en la adaptación para lograr esa armonía física y psicosociológica en el paciente. Los resultados demuestran claramente que calidad de vida en paciente SAOS tratado son directamente proporcionales.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO DEBIDAS A FIBROSIS QUÍSTICA

A. Gimeno Cardells, I. Amara Elori, R. Méndez Ocaña, I. Aldás Criado, T. Posadas Blázquez, B. Montull Veiga, S. Reyes Calzada y R. Menéndez Villanueva

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Introducción: Las bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística (BQ no-FQ) son una patología respiratoria crónica que se caracteriza por la presencia de infecciones respiratorias recurrentes y colonizaciones crónicas frecuentes. La severidad y frecuencia de las exacerbaciones afecta considerablemente a la calidad de vida. El objetivo del estudio es analizar en pacientes con BQ no-FQ, la percepción del impacto de su enfermedad en su vida diaria y su relación con la situación clínica de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de pacientes con BQ no-FQ. Los participantes en el estudio cumplimentaron un cuestionario de calidad de vida específico de enfermedades respiratorias, el SGRQ, validado en la población española, con el objetivo de valorar su percepción de salud. El cuestionario fue autoadministrado y se revisó en presencia del paciente para asegurar que se habían contestado todos los ítems. Se recogieron datos demográficos y de situación de la enfermedad en el momento de la cumplimentación. Para la comparación de variables cuantitativas entre 3 grupos se utilizó el test no paramétrico Kruskal-Wallis y para las correlaciones entre 2 medidas se utilizó el test de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, edad media $63,5 \pm 15$ y hombres 34 (41,5%). La puntuación total media del SGRQ fue $38,3 \pm 21,8$ y por dimensiones: síntomas $44,6 \pm 23$, actividad $47,2 \pm 27$ e impacto $31,1 \pm 22,3$ puntos. La situación de la enfermedad en el momento de cumplimentación se distribuyó: estabilidad 40 (48,8%), agudización manejada en consulta 16 (19,5%), hospitalización por agudización 26 (31,7%). Las puntuaciones de SGRQ en función de la situación clínica se exponen en la Tabla 1. En la tabla 2 se muestran las correlaciones bivariadas entre el SGRQ y la edad.

Tabla 1. Calidad de vida en función de la situación clínica

	Estabilidad	Agudización Consulta	Hospitalización	p
Dimensiones				
Síntomas	$35,2 \pm 21,2$ (35,6)	$45,5 \pm 20$ (43,3)	$58,4 \pm 20,7$ (61,9)	0,001
Actividad	$37,1 \pm 27,3$ (35,5)	$51,9 \pm 22,4$ (53,8)	$59,8 \pm 23,8$ (63)	0,003
Impacto	$21,3 \pm 18,3$ (16,8)	$32,5 \pm 21,3$ (36,6)	$45,4 \pm 21,2$ (47,8)	< 0,001
SGRQ total	$28,5 \pm 19,2$ (26,4)	$40,5 \pm 19,7$ (44,5)	$51,9 \pm 19,7$ (54,5)	< 0,001

Resultados expresados en media \pm desviación típica (mediana).

Tabla 2. Correlaciones bivariadas entre el SGRQ y la edad

	Edad r^*	p
Dimensiones		
Síntomas	-0,03	0,762
Actividad	0,39	< 0,001
Impacto	0,25	0,022
SGRQ total	0,28	0,009

*Correlación de Spearman. P: nivel de significación estadística.

Conclusiones: 1. Los pacientes con BQ no-FQ tienen una percepción mala de su calidad de vida. 2. Hay peor percepción en los momentos de agudización y sobre todo si se requiere hospitalización. 3. La edad se correlaciona con puntuaciones más altas del SGRQ en las dimensiones de actividad e impacto, no así en los síntomas.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

M.A. Menéndez Salinas, E. Alcázar Bujalance, M.T. Climent Amorós, R. Sanjuán Raimundo, M.J. Martínez Medina, M.I. Silvestre Antón y J. Moreno Pardo

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Introducción: La unidad de monitorización respiratoria (UMOR) está diseñada para el manejo de pacientes con el objeto de mejorar su patología respiratoria con fracaso respiratorio y que precisan soporte ventilatorio mediante ventilación mecánica no invasiva (VMNI). El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes y analizar las necesidades de cuidados enfermeros.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes hospitalizados en la UMOR ubicada en sala de hospitalización (E40) del Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia), desde enero a octubre de 2014. Se realizó un cuestionario *ad hoc* en el que se recogieron datos demográficos, clínicos y de valoración de enfermería según necesidades de V. Henderson. Realizamos un análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS para Windows.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, de los que el 52,4% eran hombres, cuya edad media era $65,9 \pm 13$ años. La media de estancia fue de $8,7 \pm 6$ días. El diagnóstico principal de ingreso se distribuyó: EPOC 9 (21,4%), enfermedad neurológica 12 (18,6%), insuficiencia respiratoria 15 (35,7%). Se inició VM en 30 pacientes, siendo el lugar de inicio Urgencias 5 (11,9%), UMOR 18 (42,9%) y UCI 7 (16,7%). Se realizó monitorización hemodinámica en todos los pacientes y monitorización respiratoria con pulsioximetría + capnografía en el 59,5%. Las necesidades alteradas más frecuentes al ingreso se detallan en la tabla 1 y sus características en función del número de estas, en la tabla 2.

Tabla 1. Valoración de enfermería al ingreso (necesidades V. Henderson alteradas)

N.º necesidades alteradas	6,6 \pm 2,3
1. Respiración	42 (100)
2. Alimentación	34 (81)
3. Eliminación	26 (66,7)
4. Movimiento	34 (81)
5. Sueño-descanso	13 (31)
6. Vestir	26 (61,9)
7. Termorregulación	6 (14,3)
8. Higiene	33 (78,6)
9. Seguridad	31 (73,8)
10. Comunicación	24 (57,1)
11. Valores y creencias	1 (2,4)
12. Trabajar-realizarse	1 (2,4)
13. Actividades lúdicas	1 (2,4)
14. Aprender	3 (7,1)

Resultados expresados en media \pm desviación típica y n (%).

Tabla 2. Características diferenciadoras por necesidades

	< 7 necesidades alteradas	> 8 necesidades alteradas	p
Procedencia			
Urgencias	9 (45%)	11 (50%)	0,039
Consulta Neumo	6 (30%)	0	
UCI	3 (15%)	7 (31,8%)	
Otro Servicio	2 (10%)	4 (18,2%)	
Días de estancia	7 ± 3	10 ± 8	0,077
Gasometrías	2 ± 2	5 ± 7	0,077

Resultados expresados en media \pm desviación típica y n (%).

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados en UMOR presentan un número elevado de necesidades de cuidados. En el estudio se observa que aquellos que presentan mayor número de necesidades alteradas tienen una estancia hospitalaria mayor, con más gasometrías realiza-

das, así como mayor grado de dependencia, por lo que requieren cuidados de enfermería especializados.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

L. Aballe Santos, A. Priegue Carrera, C. Represas Represas, V. Leiro Fernández, C. Toro Bobarín, C. Ramos Hernández, C. Mouronte Rivas y A. Fernández Villar

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa, etiológica y de empeoramiento, de múltiples patologías respiratorias, por lo que una de las prioridades en los servicios de Neumología debe ser ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Con esta finalidad, se puso en marcha en nuestro centro una consulta de deshabituación tabáquica, en la que la enfermería juega un papel fundamental. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes tratados en la consulta de deshabituación tabáquica del Servicio de Neumología del CHUVI.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, que incluye los pacientes evaluados en la consulta de deshabituación tabáquica desde su creación. Se recogieron de la historia clínica variables epidemiológicas, clínicas, características del tabaquismo, terapia iniciada, evolución y datos de los test y determinaciones llevadas a cabo por enfermería en cada primera consulta: test de Fagerström, Richmond, recompensa, cooximetría y determinación de la edad pulmonar.

Resultados: Se evaluaron un total de 235 pacientes, 63% varones, edad media 53 (9) años. El inicio medio de consumo de cigarrillos fue a los 16 (4) años, llevando unos 35 (10) años fumando, con consumo actual de 17 (10) cigarrillos al día, y consumo acumulado de 42 (23) años/paquete. El 75,5% habían hecho algún intento previo para dejar de fumar, siendo los motivos de recaída más frecuentes una celebración o situación de estrés. 96% estaban en fase de preparación en el momento de la primera valoración. Puntuación en test de Richmond 8 (2) puntos. 51% con dependencia física alta según test de Fagerström. 72% recompensa negativa. La cooximetría mostró una media de 17 (11) ppm. Edad pulmonar media de 68 (24) años. 45% iniciaron tratamiento con vareniclina, 28% rechazaron tratamiento farmacológico. 54% abandonaron la consulta durante el seguimiento. Tasa de abstinencia a los 3 meses de 44%, a los 6 de 32% y al año de 22%. No existen diferencias en las tasas de abstinencia según resultado de edad pulmonar.

Conclusiones: 1. Los pacientes que acuden a nuestra consulta de deshabituación tabáquica muestran un grado de tabaquismo elevado, alta dependencia física y motivación, y algún fracaso previo. 2. La mayoría decide recibir tratamiento farmacológico para dejar de fumar. 3. Existe un alto porcentaje de abandono del seguimiento en la consulta. 4. No parece que el dato de edad pulmonar superior a la cronológica suponga mayores tasas de éxito en la deshabituación.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES ASMÁTICOS: FOMENTANDO LA MOTIVACIÓN Y APOYANDO LA AUTOEFICACIA

P. Vaquero Lozano¹, S. Solano Reina¹, R. Solano García-Tenorio², T. López Ruiz¹, I. López López¹ y M. Izquierdo Nazar¹

¹Unidad de Tabaquismo. CEP Hermanos Sangro. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

²Olive Ward. Barnet Hospital. NHS. London. UK.

Introducción: Existe plena evidencia de que el tabaco es un factor agravante del asma. El humo del tabaco favorece el desarrollo y mantenimiento de la inflamación en la vía aérea, empeorando el pronós-

tico de la enfermedad. Numerosos estudios demuestran que la prevalencia de tabaquismo en asmáticos se asemeja a la de la población en general. Por otro lado la entrevista motivacional (EM) es una intervención centrada en el paciente para promover un cambio hacia estilos de vida más saludables, facilitando el cambio acerca de una conducta o hábito insano, por lo que decidimos incluirla en un programa de deshabituación tabáquica específico para estos pacientes.

Objetivos: Evaluar las tasas de abstinencia en fumadores asmáticos tratados con terapia farmacológica combinada con asesoramiento y educación para la salud; previa EM a los pacientes en fase de contemplación. Valorar el grado de satisfacción del programa.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, de octubre de 2012 a octubre de 2014. Se realizó EM a los pacientes que se encontraban en fase de Contemplación, y todos los pacientes fueron incluidos en programa de educación. A todos los pacientes se les realizó historia clínica de tabaquismo, llevándose a cabo 12 visitas, también se realizó seguimiento telefónico. La manifestación verbal de abstinencia se confirmó mediante validación de CO en aire espirado.

Resultados: De un total de 72 pacientes se incluyeron 68,52 (76,5%) mujeres y 16 (23,5%) varones. Con una edad media de 41,14 (\pm 10,61) años. Presentaban un consumo medio de 23,76 (\pm 9,33) cig./día. La media de edad de inicio al consumo fue de 16,35 (\pm 2,85) años. El análisis de la dependencia física mediante test de Fagerström mostró una media de 7,08 (\pm 1,20), la escala analógica visual se situaba en 7,1 (\pm 1,04) puntos, la cooximetría en 25,26 (\pm 12,64) y la carboxihemoglobina 4,4 (\pm 1,5). El tiempo hasta el primer cigarrillo de la mañana era: < 5 mn: 36 pacientes (53%); de 5 a 30 mn: 22 (32,3%); > 30 mn: 10 (14,7%). 38 (55,8%) de los pacientes fumaban por recompensa negativa y 30 (44,2%) por recompensa positiva. En cuanto a los intentos previos: el 8,8% de los pacientes no había realizado ninguno, el 85,3% de uno a tres y el 5,9% más de tres. Teniendo en cuenta la terapia utilizada la tasa de abstinencia en la semana 52 fue: con vareniclina de 24 pacientes/16 abstinentes; parches de 24 pacientes/13; bupropion de 12/6; chicles 4/1; parches más comp.2/1: RHD 2/0. En cuanto al programa educativo fue puntuado con 9,05 (\pm 0,89) de media.

Conclusiones: Predominaba el sexo femenino sobre el masculino. El consumo medio de cig./día es elevado, la dependencia física severa y la motivación alta. Los mejores resultados en la abstinencia se obtuvieron con vareniclina (66,6%), parches de nicotina (54%) y bupropion (50%). La terapia farmacológica de primera línea demostró ser eficaz, bien tolerada y segura. El programa educativo obtuvo un alto grado de satisfacción, lo que apoya la necesidad de desarrollar programas de cesación tabáquica y estrategias intervencionistas sobre tabaquismo específicas en el manejo de estos pacientes.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UN PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN EN DOMICILIO PARA PACIENTES CON PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE LA VÍA AÉREA: IMPACTO EN EL MANEJO DE LA TERAPIA INHALADA

M. Padilla Bernáldez, A. Hernando Sanz y G. López-Arranz Monge

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: Valorar la técnica de inhalación de los pacientes incluidos en un programa de hospitalización en domicilio (HD) y cómo la educación sanitaria impacta en la mejora de dicha técnica, como parte de un protocolo integral de educación del paciente con patología obstructiva de la vía aérea.

Material y métodos: Estudio analítico observacional con reclutamiento prospectivo de casos entre junio de 2011 y noviembre de 2014. Se incluyeron en el programa 314 pacientes con patología obstructiva de la vía aérea, que fueron instruidos en la técnica de inhalación, así como en el manejo de su enfermedad, reconocimiento de signos y síntomas de alarma, fisioterapia respiratoria, técnicas de ahorro ener-

gético, consejo antitabaco, recomendaciones nutricionales, adherencia al tratamiento y manejo de comorbilidades. Se registró de forma sistematizada la evaluación de la técnica de inhalación en 206 pacientes, el primer y último día de HD, mediante una valoración cuantitativa de cada fase: carga (0-1-2), espiración previa (0-1-2), inspiración (0-2-4) y apnea posterior (0-1-2), con una puntuación total de 10 puntos. Se consideró mal manejo de 0 a 5 puntos, de 6 a 8 puntos regular manejo y de 9 a 10 puntos manejo adecuado. Para el análisis estadístico se empleó la t de Student para datos apareados y la prueba de chi cuadrado.

Resultados: De los 206 pacientes cuya evaluación de la técnica de inhalación fue registrada, 140 (68%) fueron varones, la media de edad fue de 69,9 años (DE 13,68), el nivel de estudios se muestra en la tabla. En la valoración de la técnica de inhalación la puntuación media inicial fue de 5,9 (DE 2,09) y la final de 9,3 (DE 1,29). Se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones inicial y final obtenidas.

Nivel de estudios

Ninguno	2 (1%)
Leer y escribir	19 (9,4%)
Educación primaria	55 (27,1%)
Educación secundaria	97 (47,8%)
Formación profesional	29 (14,3%)
Estudios universitarios	1 (0,5%)

Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes presentaron una técnica de inhalación regular o mala al inicio del programa. 2. Los errores más frecuentes se encontraron en las fases de espiración previa y apnea posterior. 3. No se encontraron diferencias significativas en la técnica de inhalación según el nivel de estudios. 4. La mayoría de los pacientes se beneficiaron de la educación sanitaria impartida durante el programa.

EFFECTIVIDAD DE LA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER DE PULMÓN (VRCP) DE LA EOXI DE VIGO

E. García Rodríguez, V. Leiro Fernández, M. Botana Rial, R.A. Tubio Pérez, A. Tilve Gómez, P. Rodríguez Fernández, E. Chavarri Hernández, A. González Piñeiro, A. Priegue Carrera y A. Fernández Villar

Área de Xestión Integrada de Vigo (EOXI Vigo).

Introducción: Describir los resultados en cuanto a la celeridad de consultas y procedimientos de los pacientes con cáncer de pulmón (CP) estudiados en la VRCP de la EOXI de Vigo, cuyos pilares fundamentales son la alta especialización de los neumólogos responsables, un sistema universal de alertas radiológicas a través de IANUS, la gestión de todos los casos por una enfermera y la decisión multidisciplinar en el comité de tumores.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo mediante registro de todos los casos incluidos en esta vía en el periodo de 13 meses. Análisis de los tiempos parciales y globales de consultas y procedimientos. Expresión mediante mediana y percentiles 25 y 75%. Análisis mediante SPSS 21.

Resultados: Se incluyeron 537 pacientes, 522 de nuestra área. Varones 373 (71%), edad 67 años (RIQ 58-76), tabaquismo 77,5%, 33% activo. En 474 (91%) la vía de entrada fue la alerta radiológica. El 21% procedía de atención primaria, 20% de neumología, 6,6% de oncología y los restantes de urgencias, preoperatorios y otros servicios. El 82,5% se estudió ambulatoriamente. Confirmación de CP en 232 (44,4%), 49,5% adenocarcinomas. En 26 (5%) se diagnosticaron otras neoplasias. El tiempo (días) desde la sospecha hasta la consulta, 1 (RIQ 0-4); realización de TC, 6,3 (RIQ 4-8); broncoscopia/EBUS, 4 (RIQ 1-7); informe de anatomía patológica 4, (RIQ 2-5); PET-TC, 8 (RIQ 6-11). El tiempo (días) desde la entrada en el proceso hasta la decisión tera-

péutica en comité, 21 (13-29), desde ésta hasta la intervención quirúrgica, 63 (RIQ 48-77,5); quimioterapia, 14 (RIQ 6-29,7) y radioterapia, 19 (RIQ 7,7-34,2).

Conclusiones: Los tiempos del proceso diagnóstico/estadificación y decisión terapéutica multidisciplinar del CP en nuestra área cumplen con los estándares recomendados e incluyen en todos los casos la gestión de casos. Sin embargo, el tiempo hasta el inicio del tratamiento es mejorable, sobre todo en los casos quirúrgicos.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MÍNIMA EDUCATIVA EN EL CONTROL DEL ASMA Y EN LA PREVENCIÓN DE LAS EXACERBACIONES (ESTUDIO PROMETEO)

M. Torrejón Lázaro, M. Peiró Fábregas, A. López-Viña, J.M. Ignacio García, J.A. Quintano Jiménez, S. Bardagí Forns, I. Gich Saladric y V. Plaza Moral

Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau.

Introducción: Los programas educativos en asma están ampliamente recomendados por las guías de práctica clínica. Sin embargo, por diferentes motivos son escasos los centros y profesionales sanitarios que los utilizan en la práctica clínica habitual. Un programa reducido tal vez podría ser más fácilmente aplicado, si demostrase eficacia.

Objetivos: Determinar la eficacia de un programa educativo de asma basado en una intervención breve (PEA-IB) y repetida, para mejorar el control del asma (control actual y riesgo futuro) y la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, aleatorizado (por centros, no casos) prospectivo y controlado. Participaron 22 centros (14 de neumología, 1 de alergia y 7 de atención primaria) que incluyeron 230 pacientes con asma no controlada (Asthma Control Test [ACT] < 20) persistente leve o moderada que fueron seguidos durante 12 meses en cuatro visitas. Los centros se aleatorizaron en: grupo intervención (GI), que administraron el PEA-IB; y grupo de práctica clínica habitual (GPCH), que no lo utilizaron. Se incluyó un tercer grupo de centros especializados en educación de asma que aplicaban un programa educativo estándar (GEE). El PEA-IB incluía: breve explicación de los elementos esenciales del tratamiento del asma, administración de un breve plan de acción escrito personalizado para cada paciente y capacitación en el uso del dispositivo inhalador prescrito.

Resultados: Finalizaron el estudio 230 pacientes con 46,1 (13,7) años, 71% mujeres, ACT 15,6 (3,3), MiniAQLQ 4,6 (1)). Los tres grupos mejoraron significativamente la puntuación del ACT durante el seguimiento ($p < 0,001$); sin embargo esta mejoría fue significativamente mayor en el GI y el GEE, en comparación con el GPCH ($p = 0,042$). Así mismo los pacientes del GI y del GEE presentaron una significativa mayor reducción del número de exacerbaciones (1,20 [2,02] y 0,56 [1,5] frente a 2,04 [2,72]) y un significativo mayor incremento en las puntuaciones miniAQLQ (0,95 [1,04] y 0,89 [0,84], frente (0,52 [0,97]), que el GPCH, a lo largo del año de seguimiento.

Conclusiones: El PEA-IB es eficaz para mejorar el control del asma tanto en el control actual como el del riesgo futuro, así como la calidad de vida. La implementación de estos programas puede ser una opción pragmática en centros sin un programa de educación sobre asma estandarizado y con recursos limitados.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA PARA PACIENTES EPOC REINGRESADORES

M. Jiménez González¹, A. Brosa Jiménez¹, R. Díez San Vicente¹, R. Sancho Martínez² y E. Bikuña¹

¹Osakidetza. ²Sanidad Gobierno Vasco.

Introducción: En Euskadi, las enfermedades crónicas representan el patrón epidemiológico dominante. Se estima que actualmente supo-

nen el 80% de las interacciones con el Sistema Sanitario Vasco. La necesidad de buscar un modelo apropiado para las enfermedades crónicas está impulsando una transformación de la asistencia sanitaria.

Objetivos: Determinar la eficacia de un programa de telemedicina con gestión de casos en pacientes con EPOC severa (teEPOC), considerando el riesgo de hospitalización, duración de estancia hospitalaria, y número de visitas a urgencias generales.

Material y métodos: Estudio comparativo retrospectivo de dos grupos de pacientes, uno de ellos con intervención, donde se realiza apoyo con teleasistencia (TeEPOC) del H. Galdakao y el otro sin intervención, H U. Donostia. Población a estudio: pacientes con EPOC reingresadores con diagnóstico de bronquitis crónica obstructiva con exacerbación aguda, en sus episodios de ingreso hospitalario. Periodo de estudio: enero 2011-hasta diciembre 2013. Criterios de inclusión: pacientes con EPOC con 2 ingresos hospitalarios por agudización en el último año o 3 ingresos en los dos últimos años. Criterios de exclusión: pacientes terminales. Análisis: se ha analizado la comparabilidad de ambos grupos para las variables de interés. Para el análisis, se ha comparado el número de ingresos hospitalarios, número de veces que acuden a Urgencias y días de ingreso. Se ha utilizado el paquete SPSS versión, 21 para el análisis. Se ha utilizado la t de Student para la comparación de medias y el test de chi cuadrado para la comparación de porcentajes

Resultados: Se realizó un análisis de las variables demográficas (edad, sexo) y de las variables relacionadas con el proceso: tabaco, oxigenoterapia, FEV 1, de los dos grupos, no encontrando diferencias estadísticas significativas.

	Con intervención (n: 44)	Sin intervención (n: 56)
Hombres	84%	89%
Edad media	70 años	70 años
Exfumadores	77%	66%
Oxigenoterapia	50%	48%
N.º fármacos	8,3	7,7
FEV1	42%	37,5%

2012-2013	Sin intervención	Con intervención	Significación p
Ingresos	3,8	1,3	< 0,001
Días ingreso	25,6	6,9	< 0,001
Urgencias	4,7	2,1	< 0,001

Conclusiones: Nuestros resultados indican que un programa de telemedicina con gestión de casos (TeEPOC) para pacientes EPOC con frecuentes agudizaciones, es eficaz ya que comporta una reducción significativa del número de hospitalizaciones, visitas a urgencias y disminución de días de hospitalización.

EL IMPACTO QUE TIENE LA CIRUGÍA TORACOSCÓPICA ASISTIDA POR VÍDEO (VATS) EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR LOBECTOMÍA DE CÁNCER BRONCOGÉNICO NO MICROCÍTICO

M.C. Alfonsín Serantes y P. Nieto Pensado

C.H.U. A Coruña.

Introducción: En las dos últimas décadas la cirugía videotoracoscópica (VATS acrónimo de inglés de Video-Assisted Thoracic Surgery) ha supuesto un avance tecnológico para el campo de la cirugía pulmonar. El VATS es aquella cirugía realizada a través de uno, dos o tres puertos de entrada de diez o doce milímetros y una minitoracotomía de 3 a 5 centímetros y, siempre, sin usar separador costal.

Objetivos: Conocer la carga de trabajo de enfermería, el tiempo de estancia hospitalaria, los costes económicos y evaluar el grado de dolor.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en el Servicio de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar del C.H.U.A Coruña, desde el 4/enero 2014 al 31/octubre 2014 en el que se incluyeron todos los pacientes intervenidos por lobectomía de cáncer broncogénico (n = 87). Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa SPSS 19.0.

Resultados: La muestra refleja un 73,6% de hombres intervenidos y un 26,4% de mujeres, de los cuales la media de edad es de 63,13 ± 10,25 (mediana: 65). El tiempo de estancia ha sido de 7,65 ± 4,95 días (mediana 5). Las acciones de enfermería que más carga de trabajo han demostrado según el programa GACELA son: "Administración de medicamentos. Vía endovenosa", "Comunicación con el paciente. Ofertar disponibilidad", "Tomar constantes habituales", "Ayuno", "Ejercicios respiratorios (especificar)", "Valorar presencia y características del dolor", "Valorar necesidad y/o eficacia de los analgésicos", "Cura simple. Herida (especificar)", "Cura drenajes/Catéteres (especificar)", "Mantener vía. Cambio apósito-equipos (especificar)", "Poner oxígeno (especificar)", "Poner pulsioxímetro", "Medir nivel de dolor: EVA" y "Evitar traumatismos". La carga de trabajo total ha sido de 724,3 minutos por paciente en el tiempo de estancia. Los costes sanitarios ascienden a 7.323 euros por paciente durante la hospitalización. La escala EVA al ingreso es de un 100% sin dolor; después de la cirugía el 63,07% de los pacientes refirieron tener dolor leve o muy leve, el 24,61% refirieron dolor moderado y tan solo un 12,30% dolor fuerte.

Conclusiones: A la vista de los resultados y en base a la evidencia científica la cirugía por VATS ha demostrado una reducción de los tiempos de estancia hospitalaria, lo que conlleva una disminución de la carga de trabajo en enfermería y un menor gasto sanitario. Así como el paciente presenta menos dolor posquirúrgico.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA EN ACTO ÚNICO

J.D. García Jiménez

HARE Utrera.

Introducción: La instauración de los Hospitales de Alta Resolución Especializada (HARE) en la comunidad andaluza pretende acercar la atención sanitaria especializada a los ciudadanos. La realización de consultas en Acto Único (AU) supone un ahorro en tiempo para el paciente. En el mismo día el paciente es valorado clínicamente, se le realizan las pruebas indicadas por el facultativo y se marcha a su domicilio con una orientación diagnóstica y propuesta terapéutica.

Material y métodos: Durante el mes de octubre de 2014 se realizaron encuestas anónimas entre los pacientes y familiares que acudieron a la consulta de Neumología. Se recogieron 108 encuestas consecutivas que se realizaban al terminar la consulta en AU. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 19.

Resultados: Se analizaron 108 encuestas consecutivas. De éstas, el 50% fueron varones. El 77% de los encuestados tenían entre 30-65 años. Del total de encuestas contestadas, el 78% eran pacientes y el 17% acompañantes. El 95% de los pacientes fueron atendidos a la hora asignada para la cita. El 96% de los encuestados contestó que el tiempo de espera fue correcto. Las escasas veces en las que se produjo una demora durante la consulta (7%), ésta se debió a la realización de pruebas complementarias y saturación de la consulta. A los encuestados se les consultó sobre las pruebas complementarias realizadas. El 99% de los pacientes estaba de acuerdo con las pruebas solicitadas por el facultativo, y el 100% no sugirió añadir otras a las ya realizadas. El 98% recibió una explicación de su enfermedad en la consulta. Y el 93% añadió tener entendido el tratamiento recomendado. El 99% de los encuestados estuvo satisfecho con la atención recibida, y no expresó ninguna causa de insatisfacción. La atención recibida en más del 90% fue valorada como buena/buenísima, así como la actitud del personal.

El 95% volvería a consulta tras la experiencia percibida. Y más del 90% se la aconsejarían a un familiar o amigo.

Conclusiones: La satisfacción de los usuarios atendidos en consultas de Neumología es muy buena. La realización de consultas en acto único no supone una incomodidad para los pacientes. La gran mayoría de los usuarios conocen su enfermedad y el tratamiento a realizar.

ENCUESTA DE UTILIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA POR ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.T. Baloiira Nogueira, M.B. Mouriño Sebio, M.J. Mariñas Castro y C. Diego Roza

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción: Una auditoría reciente realizada en Galicia demostró el alto porcentaje de espirometrías bien realizadas en concepto de aceptabilidad y reproducibilidad en Atención Primaria del área sanitaria de Ferrol. El objetivo de este trabajo consiste en conocer el grado de utilización de los espirómetros por parte de enfermería de Atención Primaria de dicha área así como la percepción subjetiva de su habilidad a la hora de realizarla tras 2 programas tutelados de formación en espirometrías que se realizaron en 2011 y 2012. No se ha vuelto a impartir otro programa de entrenamiento en este sentido desde entonces.

Material y métodos: Elaboramos un cuestionario con 6 preguntas: 1. ¿Cuántas espirometrías realizas cada semana? 0, 0-5, > 5; 2. ¿Haces la prueba broncodilatadora habitualmente? nunca, a veces, siempre; 3. ¿Consideras apropiado el espacio físico utilizado? sí/no; 4. ¿Consideras suficiente el material que tienes para realizar espirometrías? sí/no; 5. ¿Te sientes segura/o a la hora de realizar una espirometría? sí/no; 6. ¿Consideras que sería necesaria la formación continuada en esta materia (cursos, talleres, etc.)? sí/no. En caso afirmativo, ¿tienes alguna propuesta? La encuesta fue anónima. Durante el mes de noviembre/14, personal de enfermería del Laboratorio de Pruebas Funcionales del Hospital Arquitecto Marcide se trasladó a 18 de los 20 centros de salud (CS) con el fin de comprobar el estado de los espirómetros. Al personal de enfermería implicado en la realización de espirometrías de cada CS se les entregó en mano el cuestionario en papel que posteriormente devolvieron cubierto por correo interno al Laboratorio de Pruebas Funcionales.

Resultados: De los 18 CS encuestados, todos menos 1 devolvieron el cuestionario cubierto. En total respondieron 67 enfermera/os del área. La gran mayoría, 52 (77,61%), realizan entre 0-5 espirometrías/semana pero 13 (19,4%) no realizan ninguna. 45 (67,16%) consideran el espacio físico adecuado y 51 (76,11%) consideran el material suficiente. A la pregunta si sienten seguridad a la hora de realizarla, 49 (73,13%) contestó que sí. La gran mayoría (91,04%) demanda formación continuada.

Conclusiones: Tras 2 programas tutelados, la mayoría del personal de enfermería se siente apto para realizar una espirometría. No obstante, la mayoría demanda formación continuada en este sentido. La acreditación de esta actividad puede ayudar a conseguir espirometrías de calidad realizadas por personal entrenado.

ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EFECTOS A LARGO PLAZO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN

M.B. Mouriño Sebio, M.T. Baloiira Nogueira, M.J. Mariñas Castro y C. Diego Roza

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción: Numerosos estudios han mostrado que la espirometría es una técnica infrautilizada y variable en su calidad en Atención Primaria. En el año 2010 un estudio realizado en el área sanitaria de Fer-

rol demostró que sólo el 30% de los espirómetros cumplían los mínimos requeridos por SEPAR (Mouriño Sebio et al. Arch Bronconeumol. 2011;47(Núm Esp Congreso):75). En los años 2011 y 2012 se llevó a cabo en Galicia un programa tutelado de formación en espirometrías para Atención Primaria inspirado en otro piloto que se había realizado 1 año antes en Vigo (Represas-Represas et al. Arch Bronconeumol. 2013;49:378-82). Paralelamente, el área sanitaria de Ferrol puso en marcha un plan de mejora de la calidad de la espirometría para el estudio post-ocupacional de trabajadores expuestos al amianto de dicha área. Desde entonces, no ha vuelto a haber ningún programa de formación tutelado en este sentido.

Objetivos: Conocer el estado actual de los espirómetros 2 años más tarde de la implantación del último programa tutelado.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional. Durante el mes de noviembre/14 personal de enfermería del Laboratorio de Pruebas Funcionales del hospital se trasladó a los centros de salud del área. Variables: disponibilidad de espirómetro, tipo de espirómetro (autocalibrable o no), disponibilidad de jeringa de calibración, de material fungible (pinzas nasales y boquillas), limpieza y/o desinfección, posibilidad de tratamiento broncodilatador (BD), disponibilidad de tallímetro, báscula y estación meteorológica.

Resultados: El área sanitaria tiene 20 centros de salud. De ellos, 1 no dispone de espirómetro y 1, a pesar de disponer de él, no lo utiliza. De los 18 restantes, 4 son autocalibrables (Spirostik). Los restantes, disponen de jeringa de calibración. Todos disponen de material fungible. En 3 centros no se cumplen criterios de limpieza y/o desinfección. Sólo 1 centro no dispone de tallímetro y báscula en la sala de realización de la espirometría y en lo que respecta a la estación meteorológica, sólo 3 centros disponen de ella. Encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la situación en 2010 en la posibilidad de calibración, disponibilidad de jeringa de calibración, limpieza y/o desinfección, disponibilidad de tallímetro y báscula.

Conclusiones: La implementación de un programa de formación en espirometrías tiene efecto a largo plazo (2 años). Se puede mejorar en algunos aspectos.

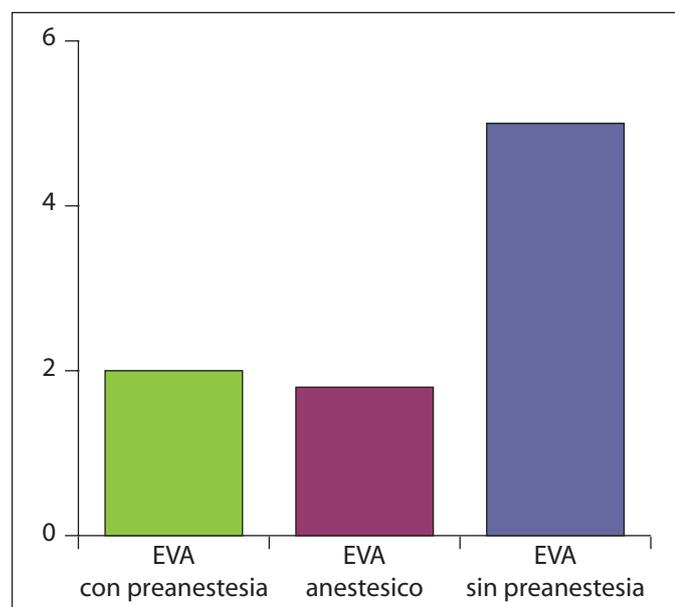
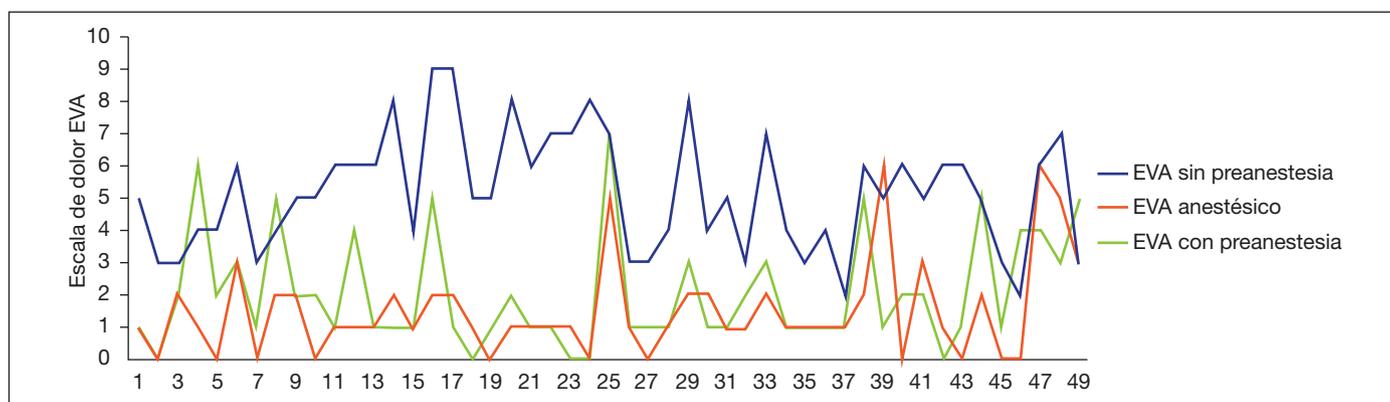
ESTUDIO DE REALIZACIÓN DE LA GASIMETRÍA ARTERIAL SIN Y CON PREANESTESIA

M. Goenaga Insausti, L. Larrea Aizpuru, M. Vallejo Echenique, A. Múgica Garitano, B. Berasategi Urquiola, L. Rajado López, J. Legarda Iturrioz e I. Sayago Reza

Clinica Asunción.

Introducción: La gasimetría arterial es una técnica muy utilizada tanto en las consultas como en planta en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y agudas. Dicha técnica es dolorosa y en la mayor parte de los centros hospitalarios el uso de preanestesia se encuentra infrautilizado. El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad de realización de gasimetría arterial con preanestesia para evitar dicho sufrimiento.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo del 11 de agosto al 14 de noviembre 2014. Incluye pacientes con enfermedad respiratoria crónica o aguda en planta. La técnica de realización de la gasimetría arterial sin y con anestesia se realiza según las recomendaciones de la SEPAR. En un primer momento, se realiza una gasimetría arterial sin preanestesia y se mide el dolor según la escala visual analógica de dolor (EVA) de 0 a 10. A las 48 horas, se realiza la preanestesia, inyectando con una jeringa de 27G 3/8 (0,40 mm × 10 mm) de forma subcutánea 0.2 ml de mevipacaína 2% sin vasoconstricción, se masajea durante 1 minuto y posteriormente se realiza la gasimetría arterial correspondiente. Se mide el dolor según la escala visual analógica de dolor (EVA) de 0 a 10, tanto de la preanestesia como de la gasimetría arterial realizadas.



Resultados: En total, se captan 59 pacientes, de los cuales se excluyen 10 pacientes: 2 se fueron de alta antes de realizar la segunda gasimetría arterial y 8 no colaboraron. Se incluyen 49 pacientes con una edad media de 72.87 años, 42 hombres y 7 mujeres: 37 EPOC, 2 asma, 1 fibrosis, 3 bronquitis, 4 neumonías, 2 otras (1 fracturas costales, 1 neoplasia pulmonar). La percepción del dolor mejoró una media de 3,213 puntos en la escala visual analógica de dolor (EVA) con un intervalo de confianza del 95% 2,534-3,892 ($p < 0,0005$).

Conclusiones: La aplicación de preanestesia previa a la gasimetría arterial, mejora significativamente la percepción del dolor por parte de los pacientes. El dolor causado por el anestésico fue bajo.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LA PREVENCIÓN DEL REINGRESO HOSPITALARIO EN LA EPOC: APRENDEEPOC PROTOCOLO DEL ESTUDIO, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO

N. Seijas¹, A. Folch², M.A. Redón³, A. Orquin¹, L. Maciá⁴ y C. Hernández¹

¹Unitat d'Atenció Integrada. Direcció Mèdica i d'Infermeria. Hospital Clínic de Barcelona. ²Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I. ³Servicio de Neumología. Hospital General de Castellón. ⁴Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

Introducción: Las exacerbaciones graves en la EPOC, presentan un alto coste sanitario y social. Los reingresos oscilan entre 12-35% y a menudo son evitables. Las guías clínicas actuales incluyen la educa-

ción como parte del tratamiento. Los programas de educación terapéutica (ET) han demostrado resultados poco concluyentes. El estudio pretende evaluar la efectividad de un programa de ET en los reingresos hospitalarios a los 3 m del alta hospitalaria.

Objetivos: Describir la metodología utilizada para el diseño e implantación del estudio y la experiencia del trabajo entre dos hospitales (Hospital Clínic Barcelona y Hospital General Castellón) y la Universidad Jaume I de Castellón.

Material y métodos: El prediseño se realizó a partir de la sinergia que existe entre dos de las autoras del estudio que comparten la filosofía de sumar esfuerzos y mejorar la atención en la EPOC. Diseño: 5 fases 1) revisión bibliográfica; 2) identificación de cuestionarios para evaluación del paciente e impacto de la ET; 3) organización y logística a través de las direcciones de enfermería de los hospitales y la Universidad Jaume I; 4) formación de las enfermeras para el trabajo de campo; 5) inicio del estudio.

Resultados: Estrategia organizativa. Estancia de dos meses de una profesora de la Universidad Jaume I a la Unidad de Atención Integrada del Hospital Clínic donde se realizaron las Fases 1 y 2. Consenso y trabajo conjunto. Creación de 3 grupos focales, en cada hospital y uno mixto en la universidad. Los participantes del grupo focal fueron médicos y enfermeras que atienden al paciente EPOC en el ámbito hospitalario, docentes con perfil clínico y un liderazgo compartido entre una Enfermera de Práctica Avanzada y una profesora Titular de Universidad con formación de enfermera gestora. Se ha consensado el diseño, los registros, la evaluación, intervención y seguimiento de pacientes. Se acuerdan, sesiones en grupo, estructuradas y utilizando como material de base el libro "Controlando la EPOC". Implantación. A los 9 m de inicio se han incluido un total de 51 pacientes (27 grupo intervención, 24 grupo control). Control de calidad. Mensual: Calidad de cuestionarios e intervenciones en ET.

Conclusiones: El trabajo conjunto en el diseño, metodología e intervención, entre 2 hospitales y la Universidad, ha permitido sumar conocimientos y establecer un protocolo de actuación conjunto basado en la mejor evidencia disponible para dar respuesta al estudio planteado.

Proyecto subvencionado en parte por el Área de Enfermería (SEPAR) (191).

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL SAHS EN EL HOSPITAL DE LA SERRANÍA DE RONDA PARA EL TRATAMIENTO DEL SAHS

J. Huertas Martínez¹, E. Soto Hurtado², J.A. Piña Fernández¹ y A. Mochón Doña¹

¹Air Líquide Healthcare. ²Servicio de Neumología. Hospital de Ronda.

Introducción: Poner en marcha una consulta de enfermería en el Hospital para la realización de las instalaciones de los tratamientos de

CPAP, verificar cumplimientos, adaptación a pacientes no cumplidores de larga duración y resolver dudas a pacientes sin necesidad de espera a citas a largo plazo.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Población de estudio: 1.095 pacientes. Ámbito: Hospital Comarcal de la Serranía de Ronda. Desde el 10/09/2013 hasta 01/06/2014 se recogen datos de los pacientes instalados nuevos y pacientes ya instalados anteriormente, principalmente a aquellos que no llegaban al cumplimiento de 4 horas/noche. A todos los pacientes se les recordaba que era el SAHS, fisiopatología, porque iban a tener la máquina CPAP, sus beneficios y el mantenimiento del equipo durante el tratamiento. A aquellos pacientes nuevos (IAH > 5 más sintomatología) se les citaba al primer mes para ver adaptación y verificar buena realización del mantenimiento de la cpap y fungibles. Si no cumplían tratamiento se volvían a citar al tercer mes del inicio y al sexto mes, haciendo modificaciones para mejorar el cumplimiento como pudieran ser cambios de interfase, accesorios como humidificadores o cambios en la presión, todo bajo supervisión médica. A los pacientes anteriores que no llegaban al cumplimiento adecuado se les citó para ver posibles dudas, verificar buen uso y se les recitó cada tres meses para hasta llegar al uso mínimo de 4 horas /noche.

Resultados: Se realizan 117 nuevas instalaciones de CPAP, de las cuales 87 (74,35%) pacientes tienen un cumplimiento correcto de 4 horas o más en los primeros 6 meses, 23 (19,65%) continúan en fase de adaptación con cumplimiento < 4 horas, y 7 (5,98%) causaron baja por intolerancia a la cpap. Para pacientes con CPAP anteriores del inicio a la consulta de enfermería, 978 pacientes, de los 244 pacientes que no superaban las 4 de cumplimiento se consigue que 144 pacientes ya superen las 4 horas de tratamiento, quedando 100 sin superar las 4 horas y en fase de adaptación en la consulta.

Conclusiones: El comienzo de la consulta prueba que el número de pacientes adaptados a CPAP inicialmente es mayor y en menos tiempo. Además los pacientes con cumplimiento menor de 4 horas en instalaciones anteriores al inicio de la consulta se vuelven cumplidores tras la visita a la consulta. EL 98,75% pacientes (cumplidores y no cumplidores) se muestran contentos por la nueva consulta intrahospitalaria para poder resolver cualquier duda que tengan y su disponibilidad en el hospital para realizarla.

IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA DE INHALACIÓN EN LOS PACIENTES EPOC

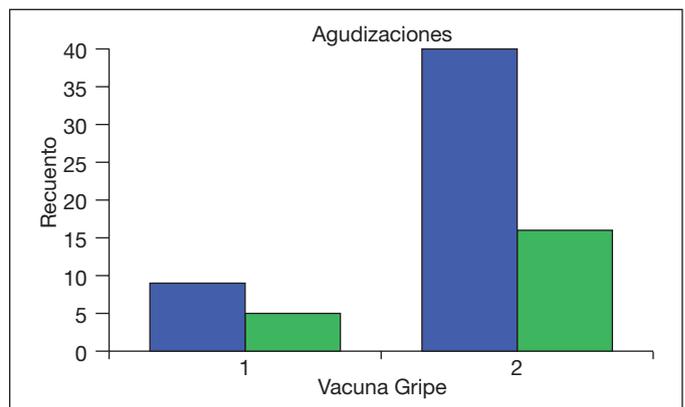
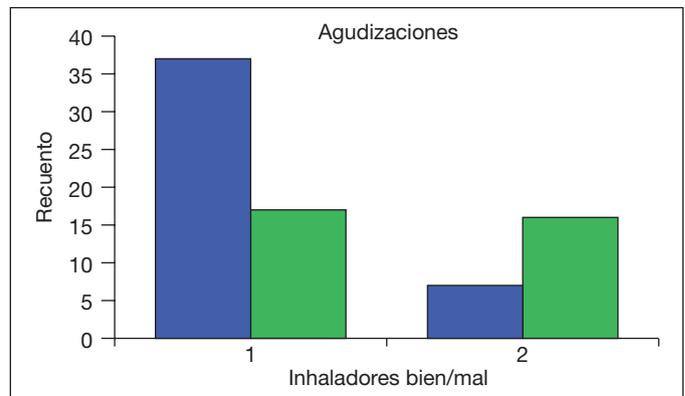
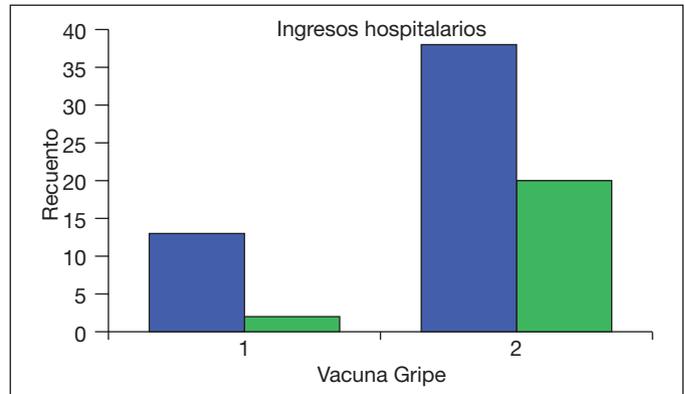
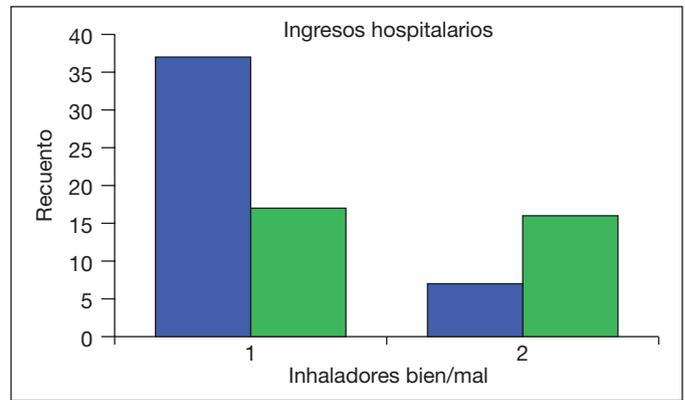
M. Alquezar Fernández¹, S. Fandos Lorente¹, C. Gallego Bermejo¹, C.E. Colás Orós¹, O. Gavín Blanco², R. Cabestre García¹ y R. Peinador Aguilar¹

¹Hospital de Alcañiz. ²Hospital San Juan de Dios de Tudela.

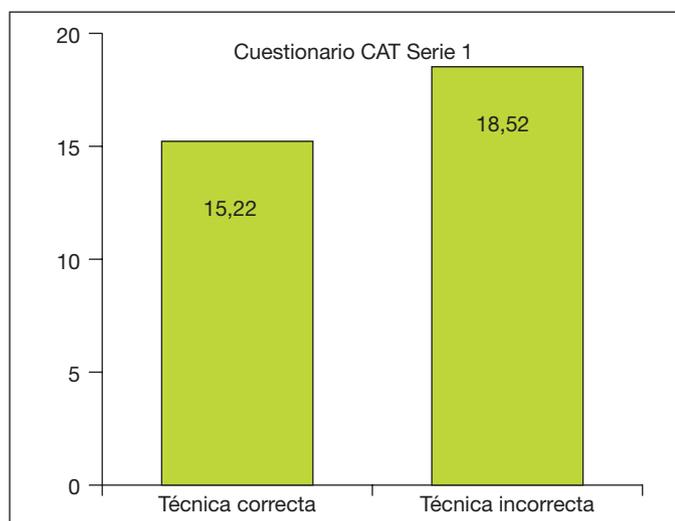
Introducción: El objetivo de este estudio es demostrar la importancia de una correcta técnica de inhalación en el control y manejo de los pacientes con diagnóstico de EPOC así como ver hasta qué punto influye en la evolución de estos pacientes.

Material y métodos: Se incluyeron desde octubre de 2013 a octubre de 2014 a todos los pacientes que acudieron a la consulta de "neumología 2" del hospital de Alcañiz y que cumplían criterios espirométricos de EPOC, siendo excluidos aquellos que de forma concomitante presentaban otra patología respiratoria no asociada o secundaria a la EPOC. Se comprobó durante la consulta la correcta o incorrecta realización de la inhalación, además se recogieron datos sobre agudizaciones en el año previo, test de síntomas CAT e ingresos en el último año.

Resultados: Se recogieron un total de 73 pacientes, de todos ellos tan solo 40 (54%) realizaban una correcta maniobra de inhalación. En cuanto a las exacerbaciones, en el último año observamos que dentro del grupo que realizaba una maniobra incorrecta existían de forma significativa ($p = 0,001$) más pacientes que agudizaron en 2 o más ocasiones. Así mismo también en el grupo que no realizaba correcta-



mente los inhaladores encontramos de manera significativa ($p = 0,001$) mayor número de pacientes que requirieron de ingreso hospitalario. Atendiendo al control de síntomas, en el grupo que realizaba de forma correcta los inhaladores encontramos una puntuación significativamente menor ($p = 0,036$) en el cuestionario CAT. Sin embargo la vacuna de la gripe no influyó ni en la necesidad de ingreso hos-



pitalario ($p = 0,069$) ni en la predisposición a padecer exacerbaciones ($p = 0,9$), habiendo sido vacunados de la gripe 58 (79%) pacientes.

Conclusiones: Nuestro trabajo pone de manifiesto la importancia de una buena maniobra de inhalación, ya que entre los pacientes que realizaban una técnica incorrecta se observó con mayor frecuencia necesidad de ingreso hospitalario y haber presentado al menos dos exacerbaciones en el año previo, además se objetivó un mejor control de síntomas con una puntuación media menor en el CAT en aquellos que realizaban correctamente sus inhaladores. Es imprescindible para un buen control de la enfermedad instruir correctamente a nuestros pacientes en la toma de inhaladores, comprobar la técnica de inhalación y corregir sus errores. Hace falta comprobar que tras la corrección de la técnica de inhalación se reducen las exacerbaciones, el número de ingresos y la puntuación en los cuestionarios de control de síntomas.

IMPORTANCIA DEL ÍNDICE CINTURA/CADERA EN LOS PACIENTES CON SAHS Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

T. Silvente Zamora, P. Méndez Martínez, J.C. Vicente López, C. Verde Colinas, I. Vergara Lahuerta, J.C. Miralles López, M.C. Abellán Martínez y M.J. Avilés Inglés

Hospital Reina Sofía.

Introducción: El índice cintura-cadera (IC-C) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal. Esta medida es complementaria al índice de masa corporal (IMC), ya que el IMC no distingue si el sobrepeso se debe a aumento de la grasa de otras causas. La OMS establece unos niveles normales para el índice cintura cadera de 0,71-0,85 en mujeres y 0,78-0,94 en hombres; valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado y a un incremento de la probabilidad de diabetes mellitus e hipertensión arterial. La distribución central de la grasa es el parámetro que mejor predice la existencia de SAOS en pacientes obesos.

Material y métodos: En el presente estudio se han valorado 100 pacientes diagnosticados de SAHS de forma consecutiva en las consultas de Neumología de nuestro hospital, recogiendo los datos: edad, sexo, IMC, IAH, antecedentes de HTA, enfermedad cardiovascular, diabetes e índice C/C.

Resultados: Fueron incluidos 82 hombres y 18 mujeres de edades comprendidas entre los 28 y 89 años (edad media: 57,67). Todos estaban diagnosticados de SAHS con un IAH comprendido entre 8 y 123/h (media de IAH: 38,63). El IMC oscilaba entre 22 y 49 (media de

IMC: 31,87). Del total de pacientes 78 tenían un índice C/C mayor de lo normal (comprendido entre 0,85 y 1,5) y tenía la siguiente relación con las demás patologías: 1. Enfermedad cardio-vascular: presente en 40 pacientes del total, de los que 35 tenían índice CC mayor de lo normal. 2. Los pacientes con aumento del índice C/C mayor de lo normal tenían una de media de IAH = 44,8/h; los que lo tenían normal presentaban un IAH = 23,8/h. 3. Diabetes M: presente en 51 pacientes del total, de los que 40 tenían un índice CC mayor de lo normal. 4. HTA: presente en 79 pacientes del total, de los que 62 tenían un ICC mayor de lo normal. 5. Los pacientes con un índice C/C normal tenían una media de IMC de 29,8 y los que tenían un índice C/C aumentado presentaban un IMC de 32,7.

Conclusiones: 1. El aumento del índice cintura/cadera se relaciona de forma significativa con la aparición de enfermedad cardio-vascular. 2. El aumento del índice cintura/cadera tiene una correlación muy significativa con la gravedad del SAHS. 3. Al producir el aumento del índice cintura/cadera un aumento en la incidencia de HTA y diabetes M II, podrían ser estos los factores junto con la mayor incidencia de SAHS que favorecen la aparición de enfermedad cardio-vascular.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DENTRO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA DE ÁREA. EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS

M.V. González Dou

CAE Ronda Torrasa. Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica que constituye la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. Enfermería es importante en la identificación de los fumadores, en el consejo sistemático del abandono y/o en el apoyo para dejar de fumar. Está comprobado que los fumadores con patologías respiratorias consiguen una mejoría de su patología y ganan calidad de vida cuando dejan de fumar. Enfermería es importante en todo el proceso de abandono del hábito tabáquico (identificación de paciente, consejos sistemáticos y control de terapias), favoreciendo con su apoyo una mejor consecuencia del objetivo. Lo que pretendemos es conocer los resultados de la intervención de enfermería, desde enero de 2012 hasta diciembre de 2013, dentro de una consulta de Neumología de una CAE. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes fumadores ($n = 45$) visitados en la consulta de enfermería neumológica, durante los años 2012 y 2013. Variables: Sexo. Diagnóstico de base. Test de Fagerström. Abandono. Éxito. Recaídas. En la primera visita se realiza la historia de tabaquismo, se refuerza el tratamiento inhalado prescrito para su enfermedad de base y se da información escrita y oral sobre el tabaquismo. En la visita siguiente se determinan actuaciones, se fija el día D, reforzando la decisión. A partir de ahí las visitas serán para conseguir la abstinencia y reforzar la misma cuando se haya conseguido.

Resultados: Son 45 pacientes, 27 hombres y 18 mujeres. Con edad media de 57,46 (27-81); Hemos estudiado 32 EPOC, 3 asma, 6 mixto y 4 con otras patologías respiratorias. Basándonos en el test de Fagerström podemos determinar 2 con dependencia moderada, 19 (43%) con dependencia alta y 24 (56%) con dependencia muy alta. 12 pacientes abandonaron, 20 (44%) no consiguieron la abstinencia, 13 (29%) si la consiguieron, y de ellos 7 personas (54%) a fecha de junio-2014 continúan sin fumar.

Conclusiones: Hay predominio masculino (60%). La patología de base que impera es el EPOC respectó al asma, habiendo 4 casos de otras patologías (TBC, nódulos...). Posible reflejo de la importancia que se le atribuye al tabaco en cada enfermedad, tanto por parte del paciente como del médico. La tercera parte de los pacientes consiguen la abstinencia, manteniéndose abstinentes a largo plazo la mitad de ellos, esperando mejorar estos resultados con el tiempo y la ampliación de

patologías (posibilidad de ampliar programa a patologías no neumológicas).

LENGUAJE ESTANDARIZADO EN ENFERMERÍA RESPIRATORIA

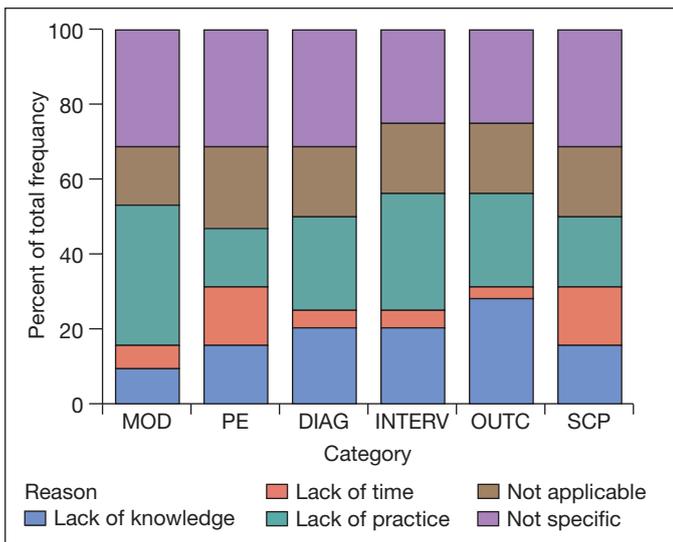
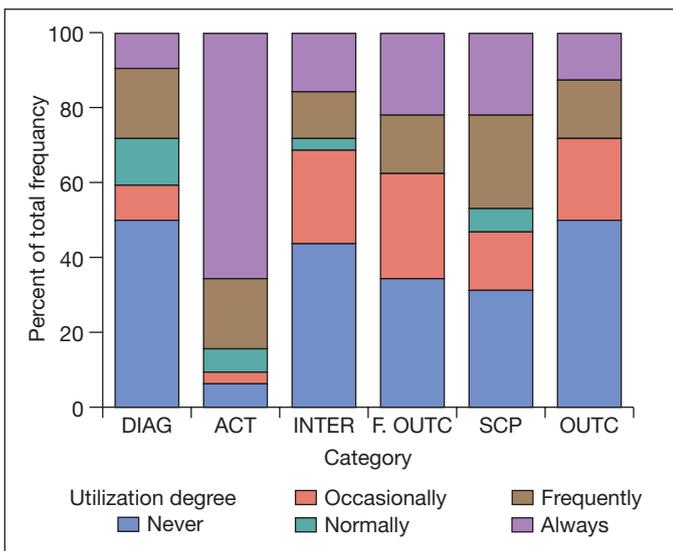
S. Arranz Alonso¹, P. Vaquero Lozano² y A. Batanero Rodríguez³

¹Servicio de Prevención; ²Consulta de Neumología. CEP Hermanos Sangro. Hospital Universitario Gregorio Marañón. ³Laboratorio de Pruebas Funcionales. Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: ANA reconoce doce sistemas de clasificación de lenguaje estandarizado (clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras). Existe ausencia de bibliografía sobre el grado de utilización y demandas de la Enfermería Respiratoria en materia de lenguaje enfermero estandarizado.

Objetivos: Conocer el grado de utilización del lenguaje estandarizado por parte de la Enfermería Respiratoria en España y motivos de no uso. Determinar el nivel de conocimiento y opinión de los enfermeros respiratorios sobre lenguaje estandarizado.

Material y métodos: Estudio descriptivo (2012-2014) integrado en el Proyecto MOCMEL (NANDA-I Research Grant Award, 2012). Instrumento de medida: cuestionario validado online (método Delphi, análisis factorial y muestra de conveniencia). Población: enfermeros res-



piratorios en España. Análisis estadístico: media, desviación típica, intervalos de confianza. SAS 9.3.

Resultados: Perfil sociodemográfico: N = 32 (90,6% mujeres y 9,3 varones), edad media: 45,64 años. Grado de utilización: 93,76% registra sus actuaciones. 51,61% utiliza diagnósticos enfermeros, 54,84% intervenciones y 50% resultados de enfermería. NANDA-NOC-NIC es el lenguaje más utilizado (46,96%). Los diagnósticos enfermeros reales (NANDA-I) son los más usados por los enfermeros respiratorios (35,29%). Motivo de no uso: 30% considera que los diagnósticos enfermeros son poco específicos para el campo neumológico. La mayoría de los encuestados relaciona la falta de práctica con la no implementación de intervenciones enfermeras (30%). Grado de conocimiento: la mayoría de los encuestados considera que tiene nivel medio de conocimiento en diagnósticos enfermeros (38,71%) y regular para intervenciones y resultados (38,71%). Utilidad: 62,5% de los enfermeros considera útiles los diagnósticos; 65,6% las intervenciones y 68,7% los resultados enfermeros. Opinión: 94,75% está de acuerdo con el desarrollo de lenguajes estandarizados más específicos para la Enfermería Respiratoria.

Conclusiones: El lenguaje enfermero estandarizado es utilizado por el 52,15% de la Enfermería Respiratoria. La falta de especificidad y de práctica son los principales motivos de no utilización del lenguaje estandarizado. Existe un nivel de conocimientos medio para los diagnósticos enfermeros y regular para las intervenciones y resultados. La mayoría de los enfermeros respiratorios encuestados considera que el lenguaje estandarizado es útil. La Enfermería Respiratoria demanda lenguajes enfermeros más específicos para su campo de actuación.

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL CAMBIO DE TURNO DE ENFERMERÍA A PIE DE CAMA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

M.J. Checa Venegas¹, A. González², L. Villaluenga Carmona¹, S. Pelicano Vizuete¹, M.P. Muñoz¹, G. Quintanar¹, R. García¹, R. Jiménez¹, M.T. Gil Sanz¹, M. Villar Tornamira¹, A. Cuadra Alonso¹, E. Gamella Álvarez¹, P. Rodríguez Sobrino¹, V. Ruiz¹, R. Armenta Fernández¹, L. Pérez Morales¹, S. Rodríguez Andrés¹, B. Sánchez Ruiz¹ y M.T. Gómez del Pulgar Murcia¹

¹Fundación Jiménez Díaz. ²EUE Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: La información intercambiada entre los profesionales durante los cambios de turno de enfermería es un momento crítico en la seguridad del paciente. Actualmente se insiste que ésta debe estar estructurada siguiendo un protocolo tipo "Situation Background Assessment Recommendation" (SBAR) o similar. Otra medida de seguridad más pudiera ser hacer el cambio de turno a pie de cama. Los objetivos son mejorar la comunicación y seguridad del paciente con el cambio de turno a pie de cama y valorar, de forma cuantitativa y cualitativa, la percepción que tienen de éste los pacientes, familiares y enfermeras.

Material y métodos: Proyecto realizado en nuestra Unidad de Hospitalización de Neumología desde noviembre de 2013 hasta abril de 2014. En colaboración con la Escuela Universitaria de Enfermería se realizó una plantilla de recogida de datos, consensuada y basada en la evidencia científica, que después se utilizó por el personal de enfermería en el cambio de turno a pie de cama del paciente. Para valorar la utilidad del proyecto se pasaron cuestionarios voluntarios a pacientes y familiares elegidos de forma aleatoria, que hubieran intervenido en no menos de seis episodios, en los que se medían la seguridad, la participación del paciente y la comunicación entre el equipo. Las enfermeras que habían realizado al menos siete cambios de turnos contestaron un cuestionario en el que se medía la validez del registro de recogida de datos, la comunicación entre el equipo de enfermería y los pacientes, la seguridad y la ayuda en el comienzo y finalización del turno.

Resultados: Se realizaron 52 encuestas a pacientes/familiares y a 17 enfermeras de la unidad. En las encuestas hechas por pacientes un 94,2% consideran positivo este proyecto y un 5,8% que no les aporta algo. Además destacan que realizando el parte a pie de cama se sienten más seguros (86,5%), perciben que se cuenta con ellos (78,8%) y que mejora la comunicación entre el equipo (84,6%). El 100% del equipo de enfermería están de acuerdo con realizar el cambio de turno a pie de cama porque aumenta la seguridad (82,3%) y la comunicación con los pacientes (88,2%), ayuda en el comienzo y finalización del turno (88,2%) y el registro de recogida de datos les resulta útil (88,2%).

Conclusiones: El cambio de turno a pie de cama cuenta con el beneplácito de los pacientes, ya que mejora la información y la implicación con éstos. Para enfermería este cambio de turno mejora la comunicación y la calidad de la información transmitida, además de aumentar la seguridad del paciente.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO MEDIANTE LA CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO

M. Hernández Segurado¹, D. Sánchez Mellado², M.J. Checa Venegas², P. Pelegrín Torres¹, M.A. Arias Moya¹, M. Villar Tornamira², M.P. Muñoz la Fuente¹, A. Naya Prieto², P. Carballosa de Miguel² y F. Villar Álvarez²

¹Servicio de Farmacia Hospitalaria. IIS Fundación Jiménez Díaz. UAM.

²Servicio de Neumología. IIS Fundación Jiménez Díaz. UAM. CIBERES.

Introducción: Instituciones relacionadas con la calidad asistencial reconocen que los errores de conciliación del tratamiento comprometen la seguridad del paciente. Los objetivos son, mediante la conciliación de la medicación habitual de los pacientes al ingreso y al alta, cuantificar y analizar las discrepancias encontradas entre su medicación habitual y la prescrita y conocer las posibles causas de los errores de medicación.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que comparó la medicación habitual de los pacientes hospitalizados en Neumología (NM), Medicina Interna (MI) y de Urgencias (UG) con la prescripción médica al ingreso y al alta. Se incluyeron pacientes con más de 75 años y 6 o más fármacos habituales. La conciliación se hizo mediante entrevista al paciente o cuidador y consulta de la historia clínica electrónica y del sistema de historial médico electrónico de la Consejería de Sanidad de Madrid (Horus®). La medicación habitual se actualizó en la historia clínica electrónica por el farmacéutico y las discrepancias fueron comunicadas al médico. Se recogieron datos del número de pacientes y fármacos conciliados, cantidad de discrepancias detectadas y número y tipo de errores de conciliación.

Resultados: Se concilió la medicación de 295 pacientes (3.205 medicamentos, 10,8 por paciente). 238 pacientes se conciliaron al ingreso (NM 12,4%, UG 63,8% y MI 23,8%), detectándose 1.020 discrepancias, de las cuales 353 (34,6%, 1,4 por paciente) fueron errores de conciliación (29% por omisión de medicamento). En NM 56 discrepancias al ingreso con 39 (69,6%, 1,5 por paciente) errores de conciliación (50% por omisión del medicamento). Al ingreso 107 pacientes (51%) tuvieron al menos 1 error de conciliación (NM 26,9%), y 69 (32,9%) más de 1 error de conciliación (NM 30,7%). 57 pacientes se conciliaron al alta (NM 35,1% y MI 64,9%), encontrándose 69 discrepancias, de las cuales 9 (13%, 0,15 por paciente) fueron errores de conciliación (6% por comisión del medicamento). En NM 46 discrepancias con 3 (6,5%, 0,15 por paciente) errores de conciliación. 5 pacientes (8,7%) tuvieron al menos 1 error de conciliación (NML 5%) y 3 (5,2%) más de 1 error de conciliación (NM 5%).

Conclusiones: La conciliación del tratamiento al ingreso y al alta disminuye los errores de medicación, aumentando la seguridad del paciente. Los puntos clave para evitar estos errores son realizar un registro real en la historia clínica electrónica de la medicación habitual al

ingreso y una correcta conciliación al ingreso para evitar errores al alta.

OBTENCIÓN DE LA PRESIÓN EFECTIVA DE TRATAMIENTO PARA EL SÍNDROME DE APNEAS E HIPOAPNEAS DEL SUEÑO MEDIANTE AUTOCAP DOMICILIARIA. ¿AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON CPAP O A LOS TRES MESES DE USO DEL EQUIPO?

J.A. Piña Fernández¹, A. Padilla Galo² y J.J. Cebrián Gallardo²

¹Air Liquide. Agencia Sanitaria Costa del Sol. ²Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Introducción: El tratamiento de elección para el síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) es la CPAP que requiere ser graduada a una determinada presión para que sea eficaz. Uno de los métodos validados para la titulación es mediante dispositivos de AutoCpap y se ha demostrado que ofrece una eficacia similar a la obtenida mediante la titulación manual obtenida durante la polisomnografía con cpap. La hipótesis que planteamos en el estudio es que se puede obtener la presión eficaz de tratamiento para un paciente con SAHS, que nunca ha tenido contacto con un dispositivo de CPAP, en los primeros días de uso con un Auto Cpap en domicilio.

Objetivos: Verificar que la presión obtenida con el dispositivo de autocpap es la correcta para el paciente al inicio del tratamiento con CPAP.

Material y métodos: Cuando el paciente es informado de la necesidad de la CPAP para el tratamiento del SAHS le damos una autocpap (Autotset S9 by RESMED®) para titular la presión. El paciente usa este equipo entre cuatro y seis noches y después se le entrega el equipo de cpap con la presión resultante del estudio. El paciente es citado al mes del comienzo del tratamiento en la consulta de enfermería para valorar la adaptación. A los dos meses de esta consulta se le realiza una nueva titulación con el mismo equipo para verificar la presión establecida al comienzo.

Resultados: 58 pacientes incluidos (mayo 2013-enero 2014). Edad media 56 (DE 11) años; presión autocpap al inicio: 7,9 cmH₂O (media), autocpap a los tres meses: 8,1 cmH₂O (media), SD: 0,2 cmH₂O, p = 0,639 (correlación intercalarse; IC95%); 91% de los pacientes utilizan la cpap mas de 4 horas de media al día.

Conclusiones: No existe significación estadística entre las dos presiones obtenidas por lo tanto podemos establecer el cambio del protocolo de tratamiento del SAHS mediante cpap.

PERFIL DEL PACIENTE ASMÁTICO ATENDIDO EN CONSULTAS

C. Rodríguez García, A. Ferrer Teruel, R.M. Esteban Bombín, M. Gaínza Brugués, J.A. Gullón Blanco, F. Álvarez Navascues, J. Rodríguez López, J.M. García García, J. Jiménez Pérez y E. García Coya

Hospital San Agustín.

Introducción: El asma es una enfermedad crónica de gran prevalencia y ocupa gran parte del tiempo de nuestras consultas. El objetivo de este estudio fue conocer las características de los asmáticos atendidos en consulta no específica de asma.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de 271 pacientes atendidos en consulta externa diagnosticados de asma. Se recogieron datos de: edad, sexo, tabaquismo, IMC, comorbilidades (rinitis, bronquiectasias, reflujo gastroesofágico, síndrome ansioso depresivo, cardiopatías y otros), atopia, espirometría, gravedad según GEMA 2009, control del asma según la versión validada en lengua española del Asthma Control Test (ACT), método diagnóstico (test de provocación bronquial positivo o demostración de reversibilidad), exarcebaciones con necesidad de acudir a urgencias, nº de re-

visiones en el último año, tipo de dispositivo utilizado para tratamiento de mantenimiento, cumplimiento del tratamiento y si se dio de alta o se les programó revisión.

Resultados: La edad media fue de $54,84 \pm 18$ años, 159 (58,6%) eran mujeres. 148 pacientes no eran fumadores (54,7%), 91 eran exfumadores (33,5%) y 32 fumadores activos (11,8%). El IMC era (tabla 1). 174 presentaban alguna comorbilidad asociada (64,2%) y su distribución se refleja en la tabla 2. Sólo 66 tenían datos de atopia positiva (24,4%). Según gravedad del asma se distribuían según la tabla 3. La puntuación media del ACT fue de $19,41 \pm 4,8$. Presentaban buen control 161 (59,4%). El test de provocación bronquial se realizó en 99 pacientes (36,5%). Utilizaban dispositivos de inhalación de polvo 212 pacientes (78,8%); partícula fina 38 asmáticos (14%) y sólo 9 inhalador de cartucho presurizado (3,5%). No cumplían tratamiento según prescripción 37 asmáticos (13,7%). El FEV1 medio fue de $81,16 \pm 18,4$. La media de revisiones fue de $1,58 \pm 0,88$ por año y de las exacerbaciones $0,57 \pm 4,8$ durante el último año. Se programó alta a 35 de los pacientes (12,9%).

Tabla 1.

IMC	%
$\leq 29,9$	58,7%
30-34,9	29,1%
35-39,9	7%
> 40	5,2%

Tabla 2.

Comorbilidades	N	Porcentaje
Rinitis	85	31,4%
RGE	19	7%
Bronquiectasias	11	4,1%
Síndrome ansioso-depresivo	39	14,4%
Cardiopatías	9	3,3%
Otros	13	4,79%

Tabla 3.

Gravedad del asma	N	Porcentaje
I. leve	70	25,8%
P. leve	68	25,1%
P. moderada	114	42,1%
P. grave	19	7%

Conclusiones: Casi la mitad de los asmáticos de la consulta son obesos y la mayoría no refieren antecedentes de tabaquismo. La rinitis es la comorbilidad más frecuente. Más de la mitad de los pacientes mantienen buen control de la enfermedad. Más del 50% se encuentran en situación intermitente o persistente leve pudiendo ser seguidos en Atención Primaria y a la mayoría se les programó revisión. El dispositivo de inhalación más utilizado es el sistema de polvo seco. Tenemos una alta tasa de cumplimiento del tratamiento prescrito.

PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA EN LAS ETAPAS INICIALES DE LA EPOC

S. Ortiz Sierra¹, J. Ruiz Pérez¹, J.L. García Rivero² y B. Vaquero Calleja¹

¹Centro de Salud de Tanos. ²Hospital Comarcal de Laredo.

Introducción: Actualmente las guías recomiendan realizar una captación activa de los pacientes con EPOC y sugieren seleccionar la población diana en base a tres criterios: edad, historia de hábito tabáquico y presencia de síntomas respiratorios (tos, disnea y expectoración). Sin embargo en las etapas iniciales de la enfermedad esta sintomatología puede ser mínima. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de sintomatología respiratoria (tos,

disnea según la escala del Medical Research Council (MRC) y expectoración) en pacientes diagnosticados de EPOC mediante un programa de cribado en un centro de Atención Primaria (AP).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. En el programa de cribado se incluyeron 119 pacientes (46 mujeres y 73 hombres) mayores de 40 años y con historial de hábito tabáquico, captados de manera oportunista en las consultas de medicina y enfermería en un centro de AP de Cantabria entre 01/12/2011 y el 15/11/2013. Para la realización de la espirometría se utilizó un espirómetro Pony FX y fueron validadas por el servicio de neumología del Hospital Comarcal de Sierrallana. A todos los pacientes se les preguntó por la presencia de síntomas respiratorios: tos, disnea (escala MRC) y expectoración.

Resultados: La edad media de la población estudiada fue de 53,51 años DE [8,73] con una media de paquetes año = 34,56 DE [19,38]. De los 119 pacientes incluidos en el programa de cribado, 31 (19 hombres y 12 mujeres) presentaban un FEV1/FVC < 70% tras prueba broncodilatadora con 400 mg de salbutamol (prevalencia de la EPOC = 26,05%). De ellos 30 (96,77%) tuvieron una obstrucción leve (FEV1.posbroncodilatación > 80%) y 1 obstrucción moderada (FEV1.posbroncodilatación 50-80%). Ningún paciente presentó obstrucción grave o muy grave. 25 de los 31 pacientes (80,64%) referían tener algún síntoma respiratorio, siendo los predominantes la expectoración (54,84%) y la tos (51,6%). El 61,3% presentaban disnea grado 0, el 29% grado 1 y el 9,6% grado 2. Ningún paciente presentaba disnea grado 3 o 4. 6 pacientes (19,35%) no presentaban ningún síntoma respiratorio.

Conclusiones: Los principales síntomas respiratorios en las etapas iniciales de la EPOC son la tos y la expectoración. La prevalencia de pacientes asintomáticos es elevada. La mayoría de los pacientes no presenta disnea en el momento del diagnóstico.

REDUCCIÓN DE REINGRESOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC MEDIANTE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO (UCCRA). PAPEL DE LA ENFERMERÍA

S. Pelicano Vizuete, M.J. Checa Venegas, F. Villar Álvarez, D. Sánchez Mellado, M.T. Pérez Warnisher, I. Fernández Ormaechea, G. Peces-Barba Romero y M.T. Gómez del Pulgar Murcia

Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las patologías que más reingresos causa en los hospitales. Cada hospitalización por agudización de la enfermedad empeora la calidad de vida del paciente e incrementa la carga económica para el centro hospitalario. Con el objetivo de reducir el porcentaje de reingreso a los 30 días de pacientes dados de alta por exacerbación de EPOC se crea una Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios (UCCRA) con seguimiento al alta por enfermería.

Material y métodos: Estudio prospectivo durante un año en el que pacientes ingresados por exacerbación de EPOC se incluyen en UCCRA si cumplen criterios, según la puntuación de las variables permanentes de nuestra Escala de Riesgo de Reingreso (ERR), tales como edad, agudizaciones previas en el último año, FEV1, bronquitis crónica, colonización bacteriana, índice de Karnofsky y comorbilidad cardiovascular. Previo al alta y tras ésta, cada semana y durante un mes, se realiza un seguimiento telefónico por Enfermería del Servicio de Neumología. En cada llamada se rellenan las variables temporales de la ERR, como síntomas, calidad de vida o toma correcta de la medicación. Ante incidencias se sigue un Plan de Actuación con intervención por enfermería y el neumólogo de apoyo. El programa incluye la promoción de la autonomía del paciente en los cuidados respiratorios, proporcionando educación sanitaria del enfermo respiratorio y del uso de medicación inhalatoria y de ventilación mecánica.

Resultados: En un año se han incluido en UCCRA 76 pacientes UCCRA (edad media 71,5, estancia media 7,8 días). Con el control telefónico periódico se detectaron incidencias en 36 pacientes, que fueron inter-

venidas según el Plan de Actuación con actuación por el neumólogo de apoyo (ajuste del tratamiento un 25% o derivación a Atención Primaria un 50%, educación sanitaria un 11,1% o consulta de Neumología un 13,9%). La puntuación media de la variable permanente de la ERR al alta es de 7,9. El porcentaje total de reingresos fue del 44,7% y de los 36 pacientes intervenidos reingresan 13 (50%), siendo 2 de los reingresos por causas no relacionadas con la EPOC (15% de los reingresos). En los otros 31 pacientes no se detectan incidencias telefónicamente y reingresan 13 (50%). En mayor beneficio cualitativo del paciente fue la mejora en la atención continuada recibida.

Conclusiones: Nuestra UCCRA con control domiciliario telefónico periódico durante un mes tras el alta no es suficiente para una reducción de los reingresos de pacientes con EPOC agudizado. Dada la mejora en la calidad de atención percibida por el paciente es necesario un seguimiento más estrecho.

RELEVANCIA DE LA PRUEBA DE EJERCICIO A CARGA CONSTANTE EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA PORTADORES DE UN DISPOSITIVO DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA CON ESTIMULACIÓN OPTIMIZADA

F. Burgos, D. Penela, I. Blanco, X. Alsina, C. Gistau, C. Ruiz, A. Berrueto y J. Roca

Hospital Clínic.

Introducción: El tiempo de resistencia (TR) durante la prueba de ejercicio a carga constante (PE_{cc}) al 80% de la carga máxima obtenida en una prueba de ejercicio incremental previa, es utilizado para evaluar el impacto de las intervenciones terapéuticas en la capacidad aeróbica (Thorax. 2008;63(2):115; Eur Respir J. 2009;34(2):340). El presente estudio compara tres protocolos de ejercicio en la evaluación de los efectos de un dispositivo de resincronización cardíaca por estimulación biventricular sincronizada con la aurícula (AS-BivP) sobre la reducción del gradiente del tracto de salida del ventricular izquierdo (LVOTG) en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO).

Material y métodos: Once pacientes consecutivos con MCHO, en modo de estimulación optimizada (OPM) garantizada, fueron prospectivamente evaluados antes de la iniciación de AS-BivP y a los 12 meses de seguimiento. La respuesta clínica se definió como: i) mejoría de un grado en la Clase Funcional (CF) de la New York Heart Association (NYHA); ii) aumento de más de 10 puntos en la Calidad de Vida (medida por el QoL, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire); iii) incremento en la capacidad de ejercicio medida por el cambio de consumo de O_2 pico (δVO_2 pico); incremento en la distancia recorrida en la prueba de marcha de 6 minutos ($\delta 6MWD$); e incremento del tiempo de resistencia (δTR) durante la realización de la PE_{cc} .

Resultados: En los pacientes sometidos a AS-BivP, se observó una disminución del LVOTG en reposo desde 90 ± 34 a 32 ± 19 mmHg ($p <$

$0,001$); mejoría en la Clase Funcional de la NYHA de $2,9 \pm 0,5$ a $1,5 \pm 0,5$ ($p < 0,001$); y una mejoría de la QoL desde 50 ± 18 a 26 ± 22 puntos ($p = 0,002$). No se observaron cambios significativos en la función pulmonar, pero se observó una mejoría consistente en la capacidad de ejercicio como se puede observar en la tabla. Cabe destacar el aumento estadísticamente significativo del TR durante la prueba de ejercicio a carga constante junto con la reducción del grado de disnea (Borg) a los 12 meses de la intervención.

Conclusiones: En conclusión, se recomienda la utilización de la prueba de ejercicio a carga constante para evaluar los cambios producidos en la evaluación del "modo de estimulación óptima" para la reducción del LVOTG en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

ROL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (A-EPOC)

C. Esquinas¹, C. Hernández², E. Torrente³, R. Tresserras⁴ y J. Escarrabill⁵

¹Hospital Vall d'Hebron. ²Hospital Clínic de Barcelona. CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). ³Subdirección General de Planificación y Desarrollo Profesional. Departamento de Salud (Generalitat de Catalunya). ⁴Subdirección General de Planificación Sanitaria. Departamento de Salud (Generalitat de Catalunya). ⁵Hospital Clínic de Barcelona. CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Universitat de Barcelona y REDISSEC (Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades). Barcelona.

Introducción: Las agudizaciones de la EPOC (A-EPOC) que requieren ingreso hospitalario tienen un elevado impacto en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes además de generar un elevado coste sanitario.

Objetivos: Evaluar los puntos críticos en el proceso de los cuidados en los pacientes que ingresan por A-EPOC.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva pacientes ingresados por A-EPOC en 12 hospitales públicos durante los 4 periodos estacionales en 2013. La evaluación de los pacientes fue realizada por enfermeras de práctica avanzada en respiratorio. Se recogieron datos demográficos y clínicos registrados en las historias clínicas electrónicas (hospital y centros de atención primaria), 12 meses previos al ingreso hospitalario, durante el ingreso hospitalario y a los 30 y 90 días después del alta. Durante el ingreso se realizó una entrevista estandarizada al paciente y cuestionarios autoadministrados usando los 5 dominios de la OMS. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS (versión 19.0, IBM, Chicago, IL, USA). P valor $< 0,05$ se estableció como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 326 pacientes hospitalizados por A-EPOC. Edad 72 ± 10 años; 89% hombres; 93% ingresados desde urgencias; 20% refería haber tenido algún tipo de material educacional; 12% incluidos en programas de atención domiciliaria; 56% ingresos hospitalarios los 12 meses previos; FEV₁ 40% (14); 36% no sin espirometría previa al ingreso. Charlson 5 ± 2 ; 38% fumadores activos; 51% realizaban actividad física ≥ 30 min/día, tratamiento farmacológico: 6 ± 2 pastillas/día; 23% tratamiento con oxígeno domiciliario; Índice de Barthel 84 puntos; 36% mostraban depresión. Mortalidad intrahospitalaria 2%; Reingresos a los 30 días (9%) y a los 90 días (39%). Mayor estancia hospitalaria durante el verano (9 ± 5 días, $p = 0,028$). Los pacientes que ingresaron en los hospitales con mayor número de camas tenían peor capacidad funcional respiratoria ($p = 0,044$), más depresión ($p = 0,042$) y en mayor frecuencia tenían cuidadores informales ($p = 0,011$).

Resultados de las pruebas funcionales respiratorias

	Basal	12 meses	Valor de p
IMC, kg/m ²	29 ± 5	28 ± 5	NS
FEV ₁ , % ref.	73 ± 24	82 ± 8	NS
FEV ₁ /FVC	0,74 ± 0,05	0,76 ± 0,04	NS
IC % ref.	80 ± 12	83 ± 9	NS
TLC, % ref.	93 ± 6	91 ± 8	NS
DLCO, % ref.	77 ± 10	84 ± 13	NS
Test de marcha de 6 minutos, metros	386 ± 121	434 ± 108	0,06
Borg - 6MWD	4,3 ± 3,0	2,3 ± 2,3	NS
VO ₂ pico, ml/Kg/min	15 ± 3	15 ± 3	NS
TR-PE _{cc} , segundos	399 ± 148	691 ± 249	0,046
Borg - PE _{cc}	5,7 ± 2,2	3,3 ± 1,8	0,021

Conclusiones: La elevada prevalencia de fumadores activos y de pacientes sin espirometría previa al ingreso, sugieren que las intervenciones a nivel comunitario deben ser una prioridad. Reducir los ingresos a corto plazo es un objetivo importante pero el manejo de los pacientes a largo plazo es crucial debido a que casi la mitad de los pacientes ingresan o mueren a los 90 días.

TALLERES FORMATIVOS DE SÍNDROME DE APNEAS E HIPOAPNEAS DURANTE EL SUEÑO (SAHS) EN PACIENTES TRATADOS CON CPAP EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE BENALMÁDENA

A. Mochón Doña¹, E. Casado Miranda², E. Doña Díaz², J. Huertas Martínez¹, M. Núñez López², Y. Toro González² y M. Cabrera Guinovart²

¹Air Liquide HealthCare. ²Servicio de Neumología. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena.

Introducción: Realización de talleres formativos a pacientes tratados con CPAP (independientemente del tiempo de tratamiento) para ampliar sus conocimientos sobre la enfermedad del síndrome de apneas durante el sueño y captar pacientes susceptibles a no cumplidores de la terapia con CPAP.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Sujetos: 476 pacientes en tratamiento con CPAP. Ámbito: Hospital Alta Resolución de Benalmádena (HARE). Durante el mes de Julio se realizaron Talleres formativos en el HARE de Benalmádena en pacientes tratados con CPAP. El total de pacientes a fecha 5/julio/2014 tratados con CPAP era de 476. Se realizaron 4 formaciones de 20 pacientes cada media hora, con un total de 120 pacientes/día. Cada paciente aportó su CPAP a la formación. Mientras un enfermero realizaba el taller formativo y posterior discusión con pacientes, 2 enfermeros se encargaban de revisar la CPAP y sacar el contador horario de cada una, comprobando el contador actual con la última lectura de contador horario de que se disponía. Generando posteriormente una base de datos con el cumplimiento de la terapia. Posteriormente se cribó la base de datos para citar en consulta de forma individualizada a aquellos pacientes con incumplimiento de la terapia. La formación se basó en: fisiopatología de SAOS, beneficios de la terapia, factores de riesgo, recomendaciones, medidas de seguridad y mantenimiento de equipo. Con posterior rueda de preguntas por parte de los pacientes.

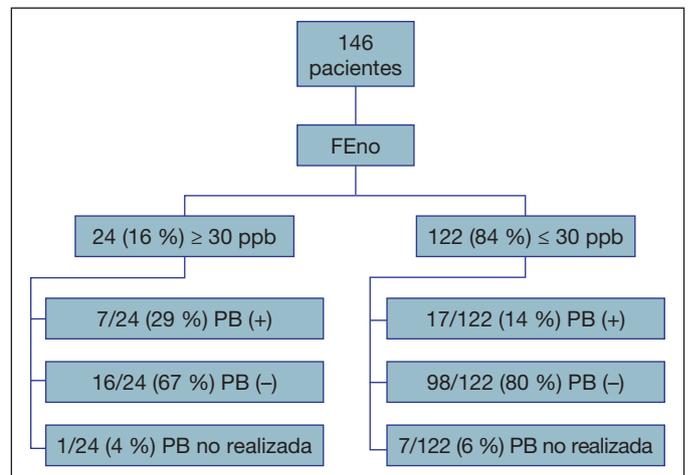
Resultados: De los 476 pacientes previstos, acudieron 400 (84,03%). De esos 400 pacientes, se obtuvieron datos de incumplimiento de la terapia (< 3 h/noche) en 26 pacientes (6,5%). Los cuales fueron citados individualmente en consulta de sueño, tras el taller formativo. Obteniendo los siguientes resultados: 6 pacientes cursaron baja de la terapia por intolerancia a la CPAP (23,07%); 12 pacientes pasaban a ser cumplidores de la terapia (46,15%) y un 2%, 8 pacientes, continuaron con revisiones en consulta de enfermería al no conseguir la adaptación/ cumplimiento adecuado de la terapia.

Conclusiones: La necesidad de formación grupal en pacientes con CPAP es evidente, dado que aumenta su adherencia al tratamiento, nos permite cribar los pacientes más susceptibles de intolerancia a la terapia y actuar de manera individualizada en la educación y seguimiento del paciente tratado con CPAP.

UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE FENO Y PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON METACOLINA EN POBLACIÓN AMBULATORIA

E. López de Santa María Miró, V. Andrés Bilbao, M.A. García Carreira, M. Mayor Álvarez, M. Intxausti Iguñiz y J.B. Galdiz Iturri

Hospital Universitario de Cruces.



Introducción: El diagnóstico del asma aunque es principalmente clínico se confirma con pruebas objetivas. Así dentro de las pruebas a utilizar de manera escalonada está la espirometría forzada (EF) con prueba broncodilatadora (BD) y otras como la prueba de provocación bronquial (PB) que puede ser de ayuda en pacientes con sospecha de esta enfermedad y función pulmonar normal, así como, la medición de la fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) que permite la medición de la inflamación en las vías aéreas de forma no invasiva.

Objetivos: Conocer los resultados obtenidos en la prueba de provocación con metacolina y FeNO en pacientes remitidos para estudio desde las CCEE de un Área Sanitaria al Laboratorio de Función Pulmonar correspondiente.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se han analizado los datos obtenidos entre noviembre 2013-Marzo 2014 de las pruebas de bronco provocación y FeNO solicitados desde las consultas de especialidad jerarquizadas a pacientes con sospecha de asma, no fumadores, que presentaban espirometría normal con BD negativa y no se encontraban en tratamiento. Se realizó FeNO y prueba de provocación con metacolina a todos los pacientes. Población a estudio: 146 (94 mujeres, 52 hombres). Edad media: 44,9 años rango 71-18. 70/146 casos (46,9%) presentaban como síntoma principal de consulta la tos, de ellos, 10/70 (14,20%) estaba acompañada de rinitis y 11/70 (15,7%) de disnea; 37 /146 (25,3%) presentaban únicamente disnea; 3/146 (2%) presentaban sibilancias; 31/146 (21,2%) presentaban clínica compatible con asma y 5/146 (3,4%) tuvo un episodio de broncoespasmo previo.

Resultados y conclusiones: 1. En nuestra serie si la medición del FeNO es normal (≤ 30 ppb), el 80% de las pruebas de metacolina son negativas. 2. Si el FeNO es elevado (≥ 30 ppb) existe una gran proporción de pruebas de provocación con metacolina negativas. 3. En este grupo de población el valor del FeNO no predice satisfactoriamente el resultado de la prueba de provocación bronquial con metacolina.

UTILIDAD DE LA PRUEBA DE LA MARCHA 6 M EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

A. Bachs Salvadó¹, C. Esquinas López², M. Molina Molina¹ e I. Martín Robles¹

¹Hospital Universitario de Bellvitge. ²Hospital Clínic.

Introducción: A pesar que el PM6M es una prueba usada en la práctica clínica para el manejo de pacientes con EPID, las guías disponibles hasta el momento indican su uso sólo en la etapa diagnóstica y sugieren su uso en el seguimiento debido a la poca evidencia científica

disponible. El objetivo del trabajo es determinar la utilidad de la PM6M como herramienta de seguimiento junto con las PFRs en pacientes con EPID.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron sujetos con EPID en seguimiento en consultas externas del Hospital de Bellvitge. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo), clínicos (diagnóstico, tratamiento farmacológico, y patrón predominante), y funcionales de la PM6M y las PFRs. Los pacientes fueron seguidos durante un mínimo de 1 año realizando de 3 a 5 visitas. Se realizó un análisis datos pre-post (test de wilcoxon o Mc Nemar según tipo de variables) y modelo multivariado de regresión lineal para cambios en la saturación de Oxígeno durante la PM6M.

Resultados: Se analizaron un total 75 pacientes con EPID. La edad media fue de 64,3 (DE: 9,9) años, 48 sujetos eran hombres (63,2%). El patrón fibrótico fue el más frecuente (70,7%) de la muestra. Los pacientes presentaban al inicio una FVC% 82,4% (DE: 18,3) %DLCO 56,8% (DE: 24,4) y %CPT 87,6% (DE: 20,7). La media de metros recorridos en la PM6M fue de 433,2 (DE: 67,6), SatO₂ mínima 89,7 (DE: 4,2). Se observa una caída significativa ($p < 0,05$) en la CVF en la V4 respecto al valor basal. Se observan caídas significativas ($p < 0,05$) en todas las visitas de seguimiento respecto a los valores basales tanto en la CPT como en la SatO₂ mínima. Se hallan variaciones significativas ($p < 0,05$) sólo en el subgrupo de EPID con predominancia fibrótica en las variables CVF% ($p = 0,019$), DLCO% ($p = 0,005$), CPT% ($p = 0,002$), SatO₂ final ($p = 0,002$) y diferencia de SatO₂ (p valor 0,014). La principal variable clínica asociada de manera independiente a una mayor alteración funcional (caída de saturación al esfuerzo y de la CPT) es el tipo de patrón fibrótico.

Conclusiones: Los resultados constatan que la prueba de marcha de 6 minutos puede ser de gran utilidad en el seguimiento de la progresión de la enfermedad. Junto con los cambios observados asociados a los parámetros funcionales (DLCO, CPT y CVF), permiten una mejor aproximación a la situación pulmonar del paciente sobre todo en sujetos con un patrón fibrótico.

UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE NEUMOLOGÍA Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN ÉL

M. Padilla Bernáldez, A. Hernando Sanz y G. López-Arranz Monge

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: En pacientes ingresados por exacerbación de EPOC, la estancia media es de 9,8 días y la tasa de reingresos a 90 días es del 37 (Pozo-Rodríguez et al. Arch Bronconeumol. 2010;46:349-57).

Objetivos: Valorar la utilidad de un programa de hospitalización domiciliaria (HD) en función del número de días de ingreso hospitalario, ingreso en domicilio y reingresos a los 14 y 90 días tras el alta; así como conocer el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en él.

Material y métodos: Estudio descriptivo con reclutamiento prospectivo de casos desde junio de 2011 hasta noviembre de 2014. El programa de HD se oferta a los pacientes con patología obstructiva de la vía aérea exacerbados, ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología, de acuerdo a unos criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Se recogieron datos de filiación, estancia hospitalaria y de hospitalización en el domicilio, y si precisó reingreso a los 14 y 90 días tras el alta de la HD. El grado de satisfacción fue medido mediante un cuestionario auto-cumplimentado diseñado a tal efecto y entregado el día previo al alta del programa de HD. El cuestionario consta de siete ítems que valoran la atención médica y de enfermería recibida, utilidad de los consejos recibidos, la facilidad de comunicación con los responsables del programa, si el paciente considera que ha sido dado de alta de hospitalización convencional antes de tiempo,

cómo se ha sentido durante el proceso de atención en domicilio y el beneficio global que le ha supuesto la HD. Se ofrece también la posibilidad de realizar sugerencias mediante texto libre al finalizar el cuestionario.

Resultados: Se incluyeron 314 pacientes con una edad media de 71,2 años (DE 14,08), 70,7% fueron hombres. La estancia media hospitalaria fue de 2,87 días (DE 1,73) y de hospitalización en el domicilio de 7,67 días (DE 3,8). El 6,5% de los pacientes reingresaron a los 14 días y el 20,1% a los 90 días tras el alta de HD. De los 314 pacientes incluidos en el programa de HD disponemos de cuestionario de satisfacción de 216 (68,8%). Los resultados de la encuesta de satisfacción están recogidos en la tabla.

	Muy buena/ Muy bien	Buena/Bien	Regular	Mala/Mal	Muy mala/ Muy mal
Atención médica	184 (85,2%)	32 (14,8%)	0	0	0
Atención enfermería	179 (82,9%)	37 (17,1%)	0	0	0
Accesibilidad con responsables de HD	157 (72,7%)	57 (26,4%)	2 (0,9%)	0	0
Cómo se ha sentido atendido durante la HD	189 (87,5%)	27 (12,5%)	0	0	0
	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
Utilidad de los consejos/ explicaciones	167 (77,3%)	46 (21,3%)	3 (1,4%)	0	0
Beneficio que ha supuesto la HD	162 (75%)	47 (21,8%)	6 (2,8%)	1 (0,5%)	0
	Sí	No			
¿Considera haber sido dado de alta del hospital antes de tiempo?	33 (15,3%)	183 (84,7%)			

Conclusiones: 1. El programa de HD reduce la estancia media hospitalaria sin aumentar el número de reingresos, comparándose favorablemente con estos mismos índices para pacientes en hospitalización convencional. 2. El grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares fue elevado, sin la percepción de haber sido dados de alta antes de tiempo.

VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN MÍNIMA EN TABAQUISMO DURANTE EL INGRESO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ENFERMERA

E. Abad López, J. Sellares, E. Bes, B. Ibáñez, P. Gómez, P. Buera, R. Amaro, M. Rossell y A.M. Ramírez

Hospital Clínico.

Introducción: Desde la Red Catalana de Hospitales Libres de Humo (XHLF) se nos recomienda que el ingreso en un hospital sea el entorno adecuado para iniciar un intento de deshabituación. El tratamiento del tabaquismo está considerado un "Gold Standard" en todos los análisis coste-efectividad de intervenciones sanitarias. El ingreso independientemente de la patología incrementa la motivación para el abandono. Se sabe que la inclusión del hábito tabáquico como un signo vital más, es capaz de aumentar desde el 50% -80% del porcentaje de fumadores que reciben intervención mínima.

Objetivos: a) Conocer el nivel de registro en relación al hábito tabáquico del personal de enfermería en la evaluación de un paciente ingresado en una Unidad de Hospitalización Convencional; b) Conocer el grado de intervención en el hábito tabáquico de los pacientes ingresados.

Material y métodos: Estudio descriptivo sobre un muestreo representativo del personal asistencial de enfermería, de 12 Unidades de hospitalización escogidas de manera aleatoria, pertenecientes a todos los Servicios que componen el Hospital, excluyendo al S.de Neumología, Atención Integrada, y Psiquiatría, por ser Unidades que siguen un

programa de deshabituación tabáquica y seguimiento al alta. Encuesta estructurada, de elaboración propia. Consta de 4 preguntas identificativas, y 11 preguntas informativas con 4 opciones de respuesta cerrada, que valoran la opinión y actitudes del encuestado. Las respuestas valoran variables cualitativas y cuantitativas cumplimentadas por medio de captura de papel.

Resultados: Se han recogido 213 encuestas, 198 validadas y 15 no cumplimentadas. Han participado 191 mujeres y 7 hombres de 43 ± 16 de edad, con un promedio de 15-30a de ejercicio profesional. En cuanto a la intervención en tabaquismo un 16% siempre refleja el estatus de paciente fumador, un 23% proporciona consejo en deshabituación y nunca monitoriza ni registra síntomas de abstinencia el 68%. El 19% proporciona recomendaciones al alta al paciente fumador. En cuanto a la actitud y predisposición el 83% considera necesario tratar el tabaquismo durante el ingreso y al 72% le interesa recibir formación en el abordaje sobre tabaquismo. Un 13% conoce que hay Unidades en el hospital que siguen programas de deshabituación tabáquica.

Conclusiones: El estudio demuestra que el registro del hábito tabáquico en la evaluación del paciente por parte de la enfermera es escaso, al igual que la intervención mínima. Programas estructurados de educación al personal de enfermería podrían favorecer la intervención en tabaquismo.

¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES PROTEGIDOS FRENTE A LA ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA?

I. Lassaletta Goñi, M. Álvarez González y A. Candela Blanes

Hospital General de Alicante.

Introducción: La enfermedad neumocócica invasiva supone un grave problema de salud entre los adultos con determinadas condiciones y patologías de base, entre los que destacan los inmunodeprimidos y los inmunocompetentes que les hace susceptibles a la infección y favorecen cuadros de mayor gravedad y peor evolución. Entre las estrategias para prevenirla se encuentra la vacunación.

Material y métodos: Entre el 1/11/2013 y el 15/12/2013 realizamos un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en una encuesta a los pacientes que acudían al laboratorio de exploración funcional respiratoria. Evaluamos el conocimiento del concepto de neumonía, antecedentes de haberla padecido, conocimiento de la vacuna antineumocócica y antigripal y haberse vacunado en la presente campaña. Los resultados se analizaron con SPSS versión 11,5 y las comparaciones con el test chi cuadrado.

Resultados: Se realizaron 274 encuestas consecutivas, con 129 hombres (47%) y 145 mujeres (53%). Los diagnósticos más frecuentes eran: asma (29%), EPOC (23%) y otras patologías crónicas (33%). El 41% afirmaba haber padecido una neumonía. El 61% se había vacunado frente a la gripe y el 27% frente al neumococo. Al separar los mayores de 65 años, el 41% de ≥ 65 años había sufrido una neumonía frente al 40% de < 65 años (p 0,48). Los menores de 65 años conocían en mayor grado qué era una neumonía (89% vs 79%; p: 0,019). Habían sido vacunados frente al neumococo el 26% de ≥ 65 años y el 27% de < 65 años (p: 0,49). La vacuna antigripal se había aplicado al 75% de ≥ 65 años y al 47% de < 65 años (p < 0,001).

Conclusiones: Entre una población de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas y durante la campaña de vacunación antigripal, el conocimiento de la vacunación antineumocócica es muy bajo, a pesar del antecedente de neumonía en un alto porcentaje de los encuestados. Los pacientes vacunados frente al neumococo son escasos a diferencia de los vacunados frente a la gripe. Con estos resultados se hace necesario insistir en la difusión y vacunación antineumocócica en grupos de riesgo, siendo Enfermería un pilar importante para alcanzar este objetivo.

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA HIPERRESPUESTA BRONQUIAL A MANITOL DEPENDIENDO DE LA EDAD?

O. Ruiz Rodríguez, F. Castellano Miñán y B. Alcázar Navarrete

Neumología. AIG de Medicina. HAR de Loja.

Introducción: La hiperrespuesta bronquial (HRB) es un fenómeno clave en el diagnóstico del asma bronquial. No se conoce si la HRB es diferente entre pacientes adultos y ancianos. El objetivo de este estudio es analizar las diferencias en los parámetros de hiperrespuesta bronquial en pacientes atendidos en una consulta de neumología por sospecha de asma bronquial con espirometría negativa, dependiendo de la edad mayor o menor de 65 años.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se han analizado todos los pacientes atendidos en nuestra consulta por sospecha de asma bronquial a los que se les ha realizado un test de provocación bronquial con manitol inhalado mediante kit comercial (Osmohale®). Las variables continuas se expresan en media ± DE, las dicotómicas mediante frecuencias absolutas y relativas. La comparación de medias se ha realizado mediante t de Student, la comparación de proporciones mediante χ^2 , utilizando como significación estadística p < 0,05.

Resultados: Estudiamos 38 pacientes, 6 (15,7%) mayores de 65 años, 27 (71,1%) mujeres, con una edad media de 49 ± 15,82 años y con presencia de atopia en 11 (28,9%). Los valores de función pulmonar eran FEV1% 102,67 (± 21,92), FEV1/FVC 81,3 (± 6,11). Los pacientes mayores de 65 años no presentaban diferencias significativas en los parámetros de hiperrespuesta bronquial a manitol como RDR (0,023 ± 0,016 vs 0,040 ± 0,054) ni en el porcentaje de tests positivos (50% vs 50%). Entre los pacientes que presentaron un Osmohale positivo no encontramos diferencias en la RDR (0,037 ± 0,000 vs 0,068 ± 0,067).

Conclusiones: No encontramos diferencias en la HRB a manitol entre pacientes mayores y menores de 65 años.

¿REALIZAN CORRECTAMENTE LA TÉCNICA INHALATORIA LOS PACIENTES EPOC?

L.V. Basualdo Martín¹, A. Acha Vizcarguenaga¹, M.I. Arrizubieta Basterrechea¹, A. Romani Echabe-Sustaeta¹, M.T. Martínez Ramírez¹, M. Pascual Fernández¹, A. Basualdo Pascual², A. Antón Ladislao¹ y C. Esteban¹

¹Hospital Galdakao. ²ASPACE.

Introducción: La terapia inhalada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC es clave en el tratamiento y control de estos pacientes. La técnica inhalatoria (TI) correcta es fundamental para optimizar al máximo dicho tratamiento.

Material y métodos: Estudio analítico observacional, realizado en la consulta (cta) de Neumología del Hospital de Galdakao, durante un periodo de tiempo de 1 año. Se realizó una espirometría según normativa SEPAR, se midió la calidad de vida, las limitaciones de la vida diaria, comorbilidad, disnea, cta programadas al neumólogo y hospitalizaciones, 2 años previos y durante 1 año de seguimiento. El estudio fue realizado por 2 enfermeros entrenados y dedicados a una cta monográfica de EPOC. En la 1ª visita según normativa SEPAR sobre TI, se determinó mediante observación directa las destrezas para ejecutar dicha técnica. Se registraron los resultados en un cuestionario que se elaboró al efecto. Tras una primera comprobación del manejo de la técnica los enfermeros indicaban al paciente los fallos detectados, y le adiestraban hasta lograr que todos los pasos se realizaran correctamente. En la 2ª visita realizada 1 año después, los enfermeros siguieron el mismo protocolo que en la 1ª visita, se registraron los datos con el mismo método y se les adiestró si cometían algún error en la realización de la TI.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 523 pacientes en la 1ª visita y 444 en la 2ª visita. 1. De los 523 pacientes incluidos al inicio del es-

tudio el 65% no realizaba la TI correctamente. 2. En la 2ª visita: 28% de los pacientes realiza correctamente la TI en la 1ª y en la 2ª visita; 30% realiza de manera incorrecta la TI en la 1ª y en la 2ª visita; 33% realiza de manera incorrecta la TI en la 1ª visita y correctamente en la 2ª visita; 9% realiza correctamente la TI en la 1ª visita y de manera incorrecta en la 2ª. 3. Los factores asociados con una mala realización de la TI, fueron la edad y las limitaciones de la vida diaria, con diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: 1. Alta tasa de TI inadecuada en la utilización correcta de los inhaladores en una cta de neumología. 2. Educar mejora la utilización correcta de los inhaladores, pero el n° de pacientes que continúa haciendo de manera incorrecta la TI sigue siendo alto. 3. Existe un % de pacientes no despreciable que pasan de hacer la TI de manera correcta a incorrecta. 4. Los factores relacionados con una TI incorrecta son, la edad y las limitaciones de vida diaria.