

ENFERMERÍA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PRUEBA DE BRONCODILATACIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M. Enríquez Jiménez, S. Arranz Alonso, L. Perera López, L. Pareja Hernández, A. Batanero Rodríguez, S. Álvarez López, Y. Ramos Quispe y P. Vaquero Lozano

Grupo de Trabajo de Enfermería de Neumomadrid.

Introducción: La prueba de broncodilatación (PBD), mide la función pulmonar a través de la realización de una espirometría antes y después de la administración por parte de enfermería de un broncodilatador de acción rápida. Estudios recientes reflejan variabilidad en su realización.

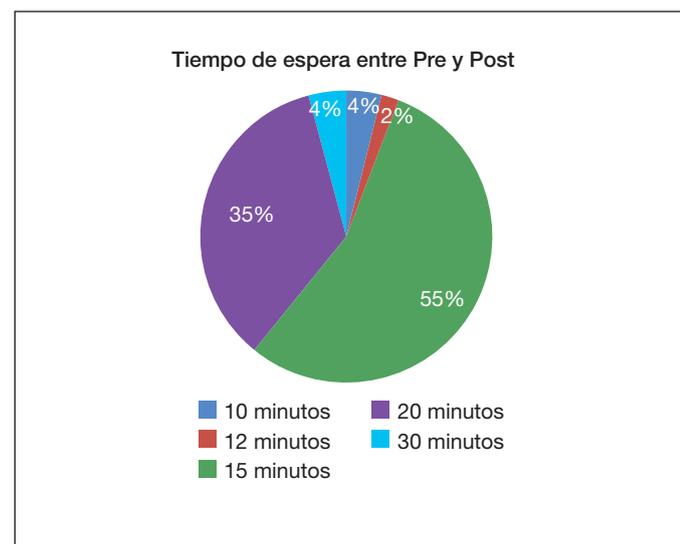
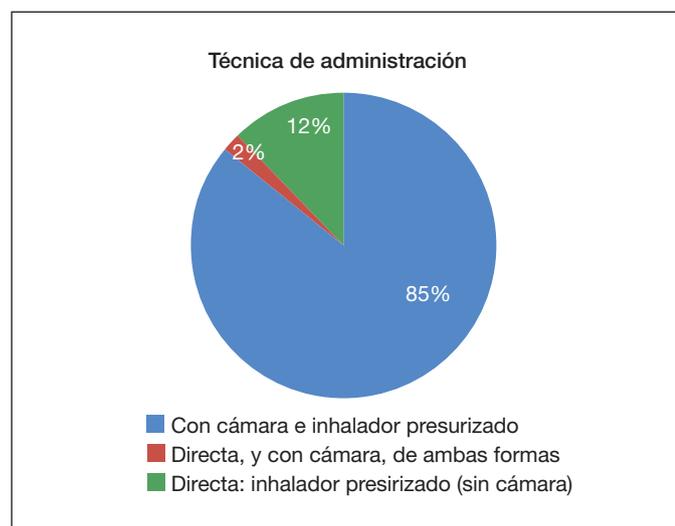
Objetivos: Conocer el ámbito laboral en el que enfermería realiza esta prueba. Determinar su experiencia en la realización de dicha técnica. Conocer los fármacos, dosis, tiempo de espera y forma de administración.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en la Comunidad de Madrid, con encuesta validada por método Delphi.

Resultados: Perfil socio-demográfico. N = 58. Se recibieron 63 encuestas y se eliminaron 5 por ser susceptibles de estar duplicadas tras el cruce de variables. Lugar de trabajo: Laboratorio de pruebas funcio-

nales (46%), Consultas externas (25%), Atención Primaria (16%), Hospitalización (7%), Especializada (4%) y Salud Laboral (2%). El 97% tiene una experiencia en la realización de la PBD \geq 1 año. Utilización y administración de fármacos. Salbutamol 100 μ g: el 45% de los enfermeros encuestados que utilizan salbutamol administran 4 puff el 31% administran 2 puff, el 22% administran 3 puff, y el 2% administran 1 puff. Ipratropio 20 μ g: el 41% de los enfermeros encuestados que utilizaban el ipatropio administran 3 puff, el 30% administran 2 puff y el 29% administran 4 puff. Terbutalina 500 μ g: el 85% de los enfermeros que utilizaban la terbutalina administraban 2 puff, el 8% administraban 1 puff y el 7% administraban 4 puff. Interpretación: 86% de los enfermeros saben interpretar la PBD.

Conclusiones: El 46% de los enfermeros que trabajan realizando la PBD en la comunidad autónoma de Madrid lo hacen el laboratorio de pruebas funcionales. El 97% tiene una antigüedad \geq 1 año y el 86% afirmaban saber interpretar el test. Respecto a la medicación, el 45% de los que utilizaban salbutamol 100 μ g administraban 4 puff, el 41% de los que utilizaban ipratropio 20 μ g administraban 3 puff y por último el 85% que utilizaban terbutalina 500 μ g administraban 2 puff. En relación a los que administraban inhaladores presurizados el 86% utilizaban cámara espaciadora. En cuanto al tiempo de espera entre la pre y post broncodilatación el 55% seguían un intervalo de 15 minutos. Aunque existe una gran variabilidad en la realización de la técnica en nuestra comunidad y que cada servicio sigue sus propios criterios, la mayoría están dentro de las recomendaciones de la SEPAR.



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA PARA PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA

A. Gimeno Cardells, B. Montull Veiga, I. Amara-Elori, A. Piró Dorado, T. Posadas Blázquez, R. Méndez Ocaña, E. Ansotégui Barrera, 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 cursa con exacerbaciones. La atención de enfermería es fundamental para desarrollar tareas de educación en el tratamiento y medidas de salud específicas. El objetivo del estudio fue analizar los errores en el uso de la medicación y la adherencia al tratamiento en una consulta de enfermería monográfica en la primera visita. Esto permitía realizar una intervención educativa más personalizada a cada paciente.

Material y métodos: Estudio observacional trasversal de pacientes con BQ no-FQ atendidos en una consulta de enfermería monográfica durante el primer año de su puesta en marcha. Se recogieron datos sociodemográficos y cronicidad según Consellería de Sanidad. También se recogió los errores en la toma de tratamiento inhalado (TI) por observación directa, dificultades en resto tratamientos y adherencia (autoinformada) en la primera visita mediante anamnesis estructurada. Los componentes de la anamnesis incluían: técnica inhalada, higiene bucal, manejo del nebulizador, orden de tratamientos, vacunación, fisioterapia respiratoria, ejercicio físico, estado nutricional, además de adherencia al tratamiento. Realizamos un estudio univariado mediante un test no paramétrico (U-Mann Whitney) para las variables cuantitativas y chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, edad media $65,9 \pm 15$ y hombres 39 (42,4%). Nivel de estudios: primarios 64 (69,6%), medios 16 (17,4%), superiores 12 (13%). Situación laboral: activo 26 (28,9%), jubilado 64 (71,1%). Nivel de cronicidad: nivel 1-verde 27 (30%), nivel 2-amarillo 42 (46,7%), nivel 3-rojo 21 (23,3%). Se detectaron errores en el TI en 44 (47,8%) y dificultades de manejo del nebulizador en 29 (31,5%). La adherencia autoinformada fue: a TI 74 (83,1%), a orden de tratamientos 41 (75,9%), a fisioterapia respiratoria 42 (45,7%). En la tabla 1 se muestran los factores relacionados con errores en TI. Los datos de intervención-educativa realizada en la consulta se muestran en la tabla 2.

Conclusiones: La consulta monográfica de enfermería detecta un alto porcentaje de errores en pacientes BQ no-FQ y permite una intervención educativa de salud. Aproximadamente el 50% de los pacientes no realizan correctamente el TI y un tercio tiene dificultades con el manejo del nebulizador. El porcentaje superior de errores en la toma de TI se encuentra en los mayores, varones y jubilados.

Tabla 1. Errores en la toma de tratamiento inhalado

	Sin errores	Con errores	P valor
Edad	63,3 \pm 15,9	70,3 \pm 13,2	0,039
Sexo (hombres)	12 (30,8)	25 (56,8)	0,017
Nivel de estudios			0,512
Primarios	26 (66,7)	34 (77,3)	
Medios	8 (20,5)	7 (15,9)	
Superiores	5 (12,8)	3 (6,8)	
Situación laboral			0,013
Activo	15 (38,5)	6 (14,3)	
Jubilado	24 (61,5)	36 (85,7)	
Nivel de cronicidad			0,7
Nivel 1 (verde)	12 (30,8)	10 (23,8)	
Nivel 2 (amarillo)	17 (43,6)	22 (52,4)	
Nivel 3 (rojo)	10 (25,6)	10 (23,8)	

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

Tabla 2. Intervención educativa de enfermería

Educación técnica inhalatoria	50 (54,3)
Educación higiene bucal	42 (46,2)
Educación manejo nebulizador	33 (35,9)
Educación orden tratamientos	37 (40,2)
Educación vacunación	75 (82,4)
Educación fisioterapia respiratoria	54 (59,3)
Educación ejercicio físico	24 (26,1)
Educación nutricional	25 (27,2)

Resultados expresados en n (%).

ADAPTACIÓN CULTURAL AL CASTELLANO DEL BRISTOL COPD KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE (BCKQ)

M. Padilla Bernáldez y A. Hernando Sanz

Hospital 12 de Octubre.

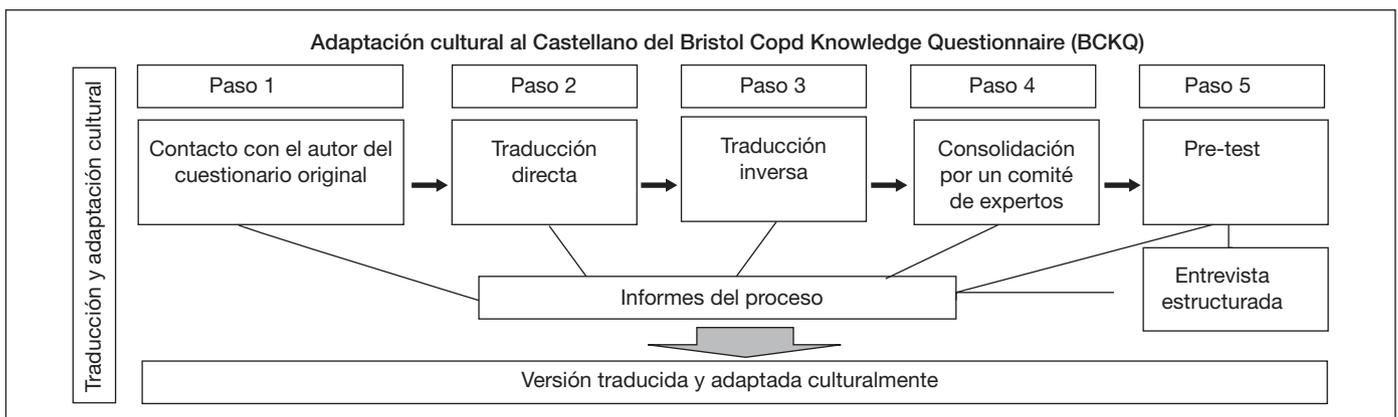
Introducción: El desconocimiento sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la población general española es elevado. Las estrategias educativas para el aprendizaje del automanejo mejoran ciertos aspectos de la enfermedad. El Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ) es un cuestionario validado en lengua inglesa diseñado para determinar los conocimientos de los pacientes con EPOC sobre su enfermedad.

Objetivos: Realizar la adaptación cultural del BCKQ y describir los resultados obtenidos en el proceso de pre-test.

Material y métodos: Se llevó a cabo mediante el proceso de adaptación cultural (fig.). Para la fase de pre-test se incluyeron pacientes con EPOC ingresados en los servicios de Neumología y Medicina Interna, excluyendo a aquellos que no supieran leer y escribir y aquellos que desconocieran que padecían EPOC. El cuestionario consta de 13 ítems con cinco frases afirmativas cada uno, con un total de 65, con la opción de responder verdadero, falso o "no lo sé". Se midió el tiempo que necesitaron para completarlo. Se realizó el análisis descriptivo de las variables recogidas. Para establecer asociación entre variables se utilizaron los tests de Spearman y de Kruskal-Wallis; y para analizar la consistencia interna, el alfa de Cronbach.

Resultados: Realizaron el cuestionario 20 pacientes, de diferentes niveles educativos. El 65% fueron hombres. La edad media fue de 69,9 años (DE 11,7). El tiempo medio requerido para realizar el cuestionario fue de 17,07 minutos (DE 7,26). El número medio de aciertos fue 32,6 (DE 7,9), de fallos 15,5 (DE 5,1) y de respuestas a las que contestaron "no lo sé" 17,3 (DE 10,6). La tabla muestra algunos resultados del cuestionario. No se encontraron diferencias significativas entre el número de aciertos y el nivel de estudios o el tiempo desde el diagnóstico, ni entre la edad y el tiempo necesario para realizar el cuestionario. El coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario completo fue de 0,823.

Preguntas en las que se encontraron más aciertos, más errores y más "No lo sé"	
Preguntas donde se encontraron más aciertos	
1.b. La EPOC solo puede ser confirmada mediante pruebas respiratorias	18 (90%)
1.c. En la EPOC habitualmente hay un empeoramiento con el paso del tiempo	16 (80%)
2.a. Más del 80% de los casos de EPOC están causados por fumar cigarrillos	16 (80%)
3.b. Síntomas frecuentes en la EPOC: cansancio	20 (100%)
3.c. Síntomas frecuentes en la EPOC: sibilancias (pitos al respirar)	20 (100%)
4.d. La dificultad respiratoria es una respuesta normal cuando se hace ejercicio	16 (80%)
4.e. La dificultad respiratoria está causada, en su inicio, por un estrechamiento de los bronquios	17 (85%)
5.a. Las flemas al toser son un síntoma frecuente en la EPOC	16 (80%)
5.b. Expulsar las flemas es más complicado si estás deshidratado	15 (75%)
5.c. Los inhaladores broncodilatadores pueden ayudar a eliminar las flemas	18 (90%)
5.d. Expulsar las flemas produce dolor	15 (75%)
5.e. Los ejercicios respiratorios pueden ayudar a expulsar las flemas	15 (75%)
6.b. Cuando hay infecciones respiratorias las flemas a menudo adquieren color (amarillo o verde)	19 (95%)
7.c. El ejercicio puede ayudar a mantener la densidad ósea	15 (75%)
7.d. El ejercicio ayuda a superar la depresión	16 (80%)
8.a. Dejar de fumar reduce el riesgo de enfermedad del corazón	19 (95%)
8.b. Dejar de fumar frenará el daño pulmonar posterior	15 (75%)
9.a. La vacunación contra la gripe está recomendada anualmente	18 (90%)
9.c. Solo puedes ponerte la vacuna de la gripe si tienes más de 65 años	15 (75%)
10.b. Tanto los broncodilatadores de acción corta como los de prolongada pueden tomarse el mismo día	16 (80%)
Preguntas donde se encontraron más errores	
1.a. En EPOC la palabra "crónica" significa que es grave	13 (65%)
1.d. En la EPOC los niveles de oxígeno en sangre siempre están bajos	14 (70%)
3.d. Síntomas frecuentes en la EPOC: dolor opresivo en el pecho	13 (65%)
4.c. La dificultad respiratoria es una muestra de que tus niveles de oxígeno en la sangre están bajos	16 (80%)
6.a. Las infecciones respiratorias a menudo causan tos sanguinolenta	13 (65%)
7.e. El ejercicio debe interrumpirse si sientes dificultad respiratoria	16 (80%)
8.d. Dejar de fumar logra con frecuencia mejoría en el funcionamiento de los pulmones	17 (85%)
9.b. Puedes desarrollar gripe a partir de ponerte la vacuna de la gripe	16 (80%)
10.a. Todos los broncodilatadores actúan con rapidez (unos 10 minutos)	13 (65%)
11.d. El tratamiento antibiótico es necesario para una exacerbación, aunque sea moderada	13 (65%)
13.b. Los corticoides inhalados pueden usarse para el alivio rápido de la dificultad respiratoria	16 (80%)
13.e. Los corticoides inhalados mejoran la función pulmonar en la EPOC	13 (65%)
Preguntas contestadas con más "No lo sé"	
9.d. Una vacuna contra el neumococo te protege contra todos los tipos de neumonía	13 (65%)
10.c. Las cámaras espaciadores (por ejemplo, Nebuhaler, Aerochamber) deben secarse con una toalla después de lavarse	13 (65%)
10.d. Usar un dispositivo espaciador incrementará la cantidad de medicamento que se deposita en los pulmones	13 (65%)



Conclusiones: 1. Se obtuvo una versión adaptada al castellano del BCKQ. 2. Los datos revelaron una carencia de información de los pacientes sobre su enfermedad. 3. Las preguntas en las que se obtuvieron más aciertos fueron las relacionadas con los síntomas de la EPOC y el tabaco; y más fallos en aquellas relacionadas con falsas creencias en torno a la EPOC. 4. Consideramos difícil su aplicación a la práctica clínica diaria, pero su implementación ayudaría a estandarizar estrategias educativas, como método de evaluación.

ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN PARA PACIENTES EPOC REINGRESADORES (TELEPOC)

M.D. Tovar Echevarría, C. Esteban González, M.I. Arrizubieta Basterrechea, R. Díez San Vicente, F.J. Moraza Cortes y A. Aramburu Ojembarrena

Hospital Galdakao.

Introducción: La EPOC tiene una prevalencia en España en torno al 10,2%. A medida que la enfermedad progresa en severidad, son más susceptibles de exacerbaciones con aumento en el N.º de hospitalizaciones e impacto en la calidad de vida, pérdida de función pulmonar e incremento del gasto sanitario. La telemedicina ha demostrado disminuir el N.º de hospitalizaciones y visitas a los Servicios de urgencias, así como la estancia media hospitalaria, reduciendo los gastos sanitarios. Sin embargo, la información disponible respecto a la adherencia a estos programas es limitada.

Objetivos: Evaluar la adherencia de los pacientes EPOC al programa de telemonitorización telePOC y compararlo con la bibliografía existente.

Material y métodos: telePOC es un programa de telemonitorización para pacientes EPOC reingresadores desde el 2011. Se incluyen pacientes con diagnóstico de EPOC con ≥ 2 ingresos en el último año o ≥ 3 en los últimos 2. Se excluyen pacientes terminales, no capaces de manejar el sistema o los que rechazan. Una enfermera especializada en neumología y en el programa, les explica en qué consiste el programa y adiestra al paciente y al cuidador en el manejo de los dispositivos. Además imparte una charla educativa sobre la enfermedad, tratamiento y hábitos de vida saludables. De forma diaria los pacientes envían información sobre la FC, FR, T³, SpO₂ y pasos caminados. Dependiendo de los datos recibidos, se generaba un sistema de alarmas generando una respuesta: llamada telefónica, valoración por su médico de atención primaria/neumólogo o Servicio de urgencias. Se definió adherencia como % de días que el paciente hace uso del sistema el seguimiento.

Resultados: Se han analizado los primeros 119 pacientes incluidos en el programa, con seguimiento a 3 años, con las características indicadas en la tabla de la derecha (tabla). La adherencia fue del 91,612% y excluidos 10,2%. En la literatura, existe una revisión (Cruz et al. International Journal of Medical Informatics. 2014) donde se incluyen de 12 estudios con diferentes programas de monitorización con unas pérdidas del $\geq 20\%$ y una tasa de adherencia del 80%. En un estudio de Segrelles et al (Respiratory Medicine. 2014), un sistema de monitorización similar (envío diario, enfermería especializada, sistema de alarmas), seguimiento a 7 meses de 30 pacientes, una adherencia del 72,5%.

Excluidos	
Total cohorte	119
Exitus	35 (29,41%)
Total excluidos	12 (10,08%)
Trasplante	3
Situación terminal	3
Incumplimiento	3
Otros	3

Conclusiones: 1. En el programa telEPOC hay una alta adherencia al programa. 2. Está adherencia estaría explicada, al menos en parte, por la intervención de la enfermería en el contexto de la estrategia del programa.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA METODOLOGÍA E-LEARNING Y PRESENCIAL EN EL CURSO “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEUMOLOGÍA”

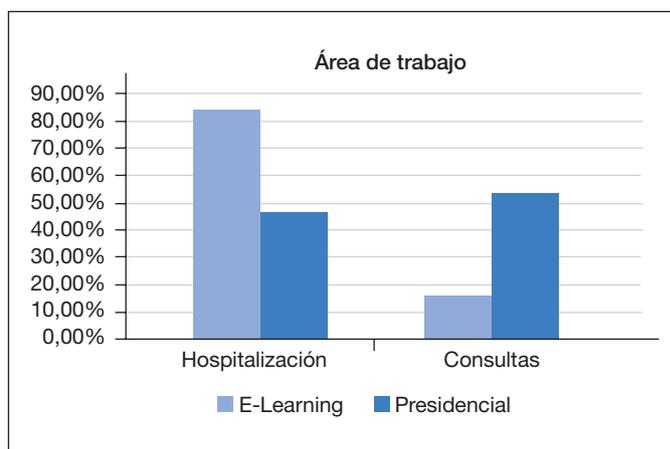
M.M. Olmo Chiches, A.B. Centeno Domínguez, B. Pastor Muñoz, I. Muñoz Díez, M.F. Muñoz Moreno, R. Rodríguez García, M. de Lamo Sutil, E. Herrón Vega, V. Juez Santamaría, A. Ducal García, A.M. Escuredo Merayo y M.S. Ordax Álvarez

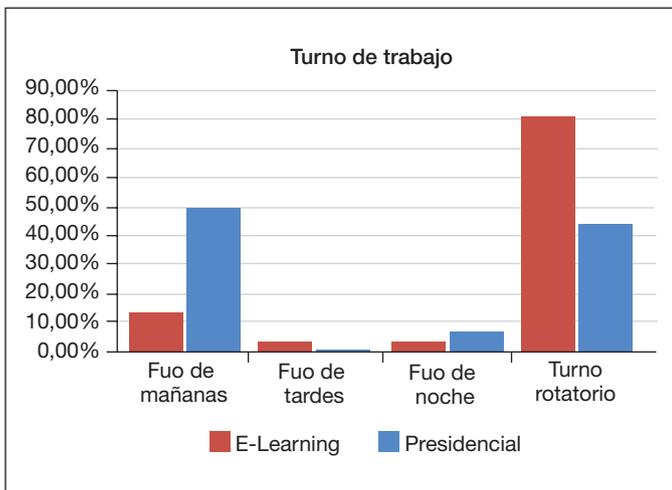
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: El mercado laboral exige flexibilización, capacidad de adaptación y permanente actualización de los trabajadores. La utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) se han convertido en una opción a tener en cuenta en la formación de Personal de Enfermería (PE). El objetivo de este estudio es estudiar si “Existen diferencias en el perfil del PE que influyen en la elección de la metodología docente presencial o e-learning” a través del curso “Cuidados de enfermería en Neumología”.

Material y métodos: Se ha utilizado una metodología mixta: primeramente un estudio cualitativo descriptivo observacional no interviniendo en la elección del formato del curso y en segundo lugar un estudio cuantitativo descriptivo correlacional estudiando los factores que han influido en la elección metodológica. El estudio se ha desarrollado de febrero a septiembre de 2014.

Resultados: El 76% se ha matriculado en el curso e-learning. Han participado en el estudio 40 enfermeras del curso e-learning y 16 del presencial. No se han encontrado diferencias respecto al sexo, edad, estado civil, responsabilidades familiares o antigüedad laboral a la hora de elegir la metodología formativa. El 82% lleva menos de 20 años trabajando. Si se han encontrado diferencias relacionadas con el turno de trabajo ($p 0,030$) y el área de trabajo ($p 0,013$). Resulta significativo ($p 0,010$) el hecho de que el PE ha elegido la metodología que habitualmente elige para su formación. Aquellos que realizan más de 100h de formación al año prefieren la vía e-learning ($p 0,027$). El principal motivo para realizar formación continuada es “La actualización de conocimientos propios de la profesión”. A la pregunta ¿Por qué ha elegido la modalidad e-learning? el 54,54% que ha contestado es “porque se adapta mejor a sus horarios laborales”. No resulta significativo tener ordenador e Internet en el domicilio a la hora de la elección metodológica. Aunque el número de ambos entre el PE es superior a la población general española (73,4%). El 87,27% del PE utiliza Internet como fuente de información.





Conclusiones: Podemos concluir, que existen diferencias entre ambas modalidades formativas, asociadas al puesto de trabajo y al turno de trabajo en la elección metodológica. La formación e-learning podría solventar la mayoría de las barreras que dificultan la formación del PE. Internet se ha convertido en la principal fuente de información del PE. El PE que realiza formación continuada vía e-learning, realiza un mayor número de horas de formación al año.

ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE TELEMONITORIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO INICIAL CON CPAP EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APNEAS DE SUEÑO A LO LARGO DE TRES MESES

M.M. del Olmo Chiches¹, S. Juarros Martínez¹, B. de Vega Sánchez¹, C. Disdier Vicente¹, J. Lobo Carrillo¹, M. García Santos¹, A. Mayoral Aguilera², J. Blanco Alaber² y P. Puerto Fadrique¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Oxigenosalud.

Introducción: La adaptación inicial al tratamiento con CPAP puede ser difícil para algunos pacientes ya que supone un cambio en las condiciones y rutina de sueño. La telemonitorización del tratamiento con CPAP en las fases iniciales del tratamiento, permite identificar eventos y cumplimiento que podrían influir en la adaptación inicial. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer los problemas y cumplimiento inicial del tratamiento con CPAP mediante un sistema de telemonitorización.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo sobre una población de adultos con diagnóstico reciente de SAHS mediante PSG o PCR con indicación de CPAP que han autorizado la telemonitorización. Se han evaluado por control remoto las fugas, el IAH y cumplimiento horario al primer mes, segundo y tercer mes.

Resultados: Se han estudiado 71 pacientes, 55 varones y 16 mujeres, con una edad media de 59,67 años, con un promedio de valores de BMI de 30,6, IAH de 37,84, un CT90 de 10,3 y una presión media de 8,05 cm H₂O. Mediante el sistema de telemonitorización se ha detectado un cumplimiento aceptable en el 67,60% de los pacientes. Los datos de los pacientes cumplidores e incumplidores se reflejan en la tabla (tabla). En el primer mes de tratamiento de los cumplidores están bien controlados el 56,25% de los pacientes. A lo largo de los tres meses dejan de cumplir 7 pacientes (4 con nivel de fugas elevado y 1 con un IAH residual alto). Se ha detectado en los cumplidores un número elevado de pacientes con fugas elevadas e IAH residual por encima de 10 (tabla) Del total de incumplidores en el segundo mes 4 pacientes cumplen más de 4h/día (2 con fugas elevadas) y al tercer mes son 5 los que cumplen (todos con fugas elevadas).

	Cumplidores			No cumplidores		
	1 ^{er} mes	2 ^o mes	3 ^{er} mes	1 ^{er} mes	2 ^o mes	3 ^{er} mes
Uso CPAP (horas) 5:55	5:56	5:50	5:50	2:32	2:19	2:17
IAHr	5,18	5,99	5,4	4,52	4,57	4,86
Fuga (l/min)	20,05	18,93	11,1	27,44	27,71	27,61
Fuga > 24 l/min (%)	31,25%	27,08%	29,16%	47,82%	57,89%	41,66%
IAHr > 10 (%)	14,58%	12,55%	14,58%	17,39%	10,52%	12,50%

Conclusiones: Un sistema de telemonitorización para la adaptación de CPAP puede dar información relevante para el ajuste inicial de fugas y presión. Este sistema de telemonitorización y un sistema de comunicación bidireccional entre la empresa suministradora y los responsables clínicos, favorecería la rápida solución de problemas asociados al mal cumplimiento. Hemos detectado un número importante de pacientes con mala adaptación inicial a la CPAP en los tres primeros meses en los que se podría intervenir para mejorar el cumplimiento. Posiblemente el control de fugas precoz permitiría una mejor adaptación a la CPAP:

ANÁLISIS DEL PRODUCTO ENFERMERO EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA

Y. Martín Vaquero

SACYL-Complejo Asistencial de Zamora.

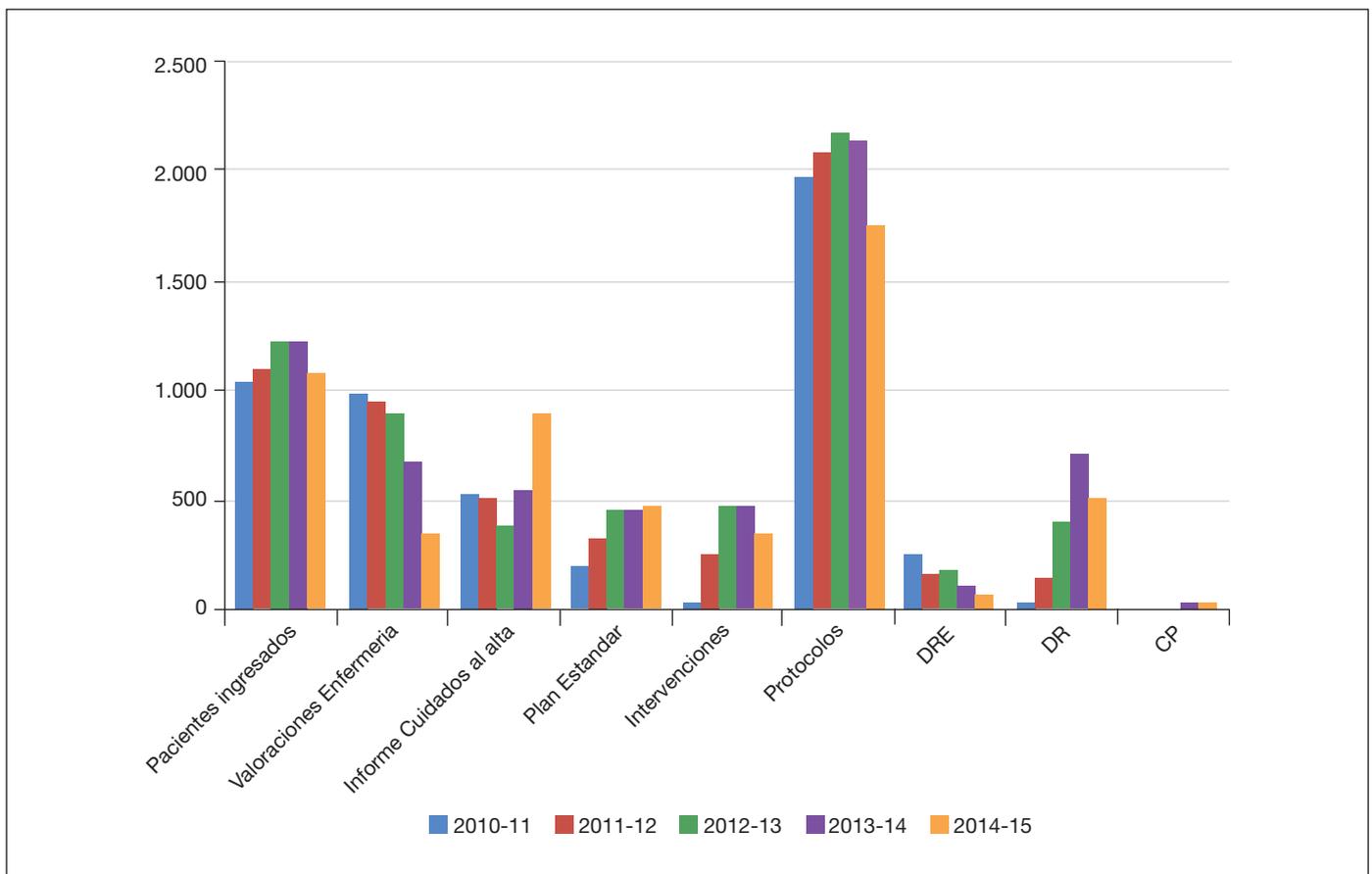
Introducción: La práctica de la enfermería con la introducción de sistemas de información de cuidados (SIC) ha supuesto un cambio muy importante, facilitan el Proceso Enfermero. De forma manuscrita es imposible registrar todo lo que se hace y monitorizar los resultados la realización de los planes cuidados era impensable pasar los conceptos teóricos a la realidad. Las dificultades para escribir a mano la valoración, diagnósticos y programación de los cuidados hacían inviable, ante las numerosas tareas de las enfermeras, la ejecución de estos modelos. La implantación del SIC en la Unidad de Neumología pionera ha supuesto un cambio en el trabajo, oportunidad de revisar, mejorar la práctica clínica, el registro de datos clínicos y planificación de cuidados con NANDA, NOC y NIC. Facilita la continuidad en la atención y el intercambio de datos. Se realizó formación en metodología enfermera y del aplicativo La implantación se inicio en noviembre de 2010, tras cinco años es el momento de analizar las tendencias de los registros del proceso enfermero en la unidad. Analizar indicadores de actividad enfermera. Identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora de la Unidad.

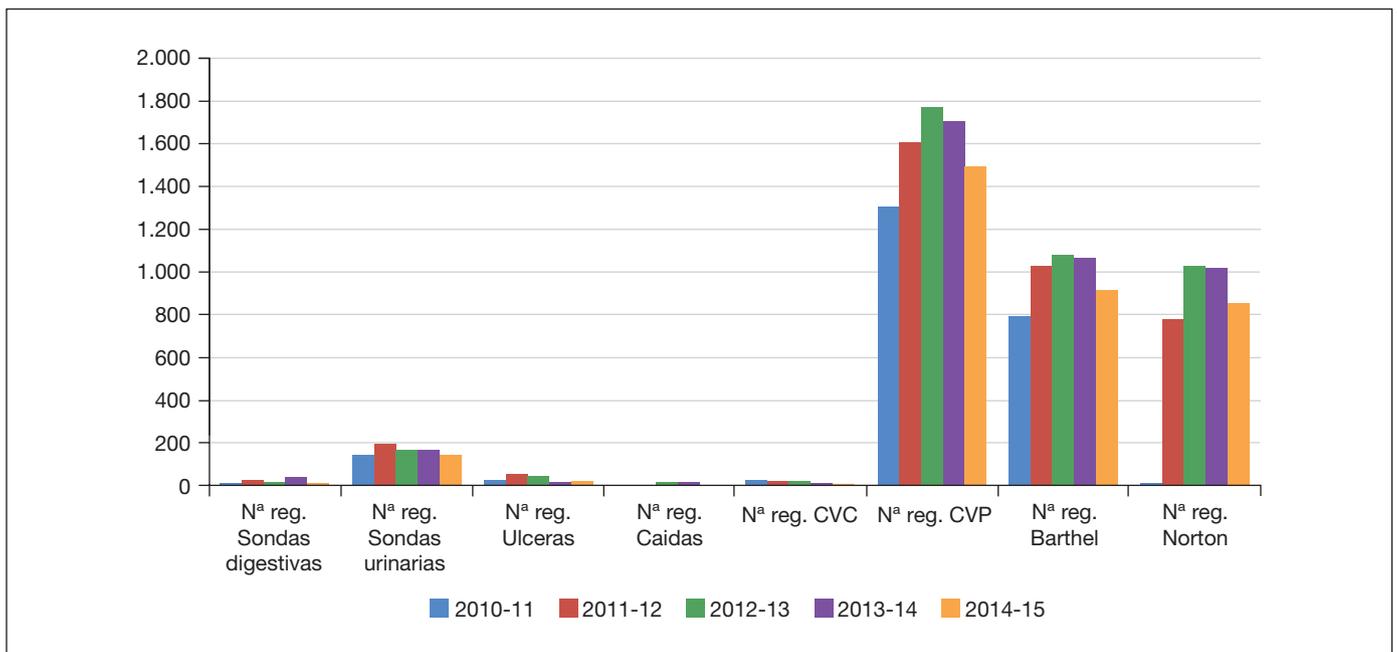
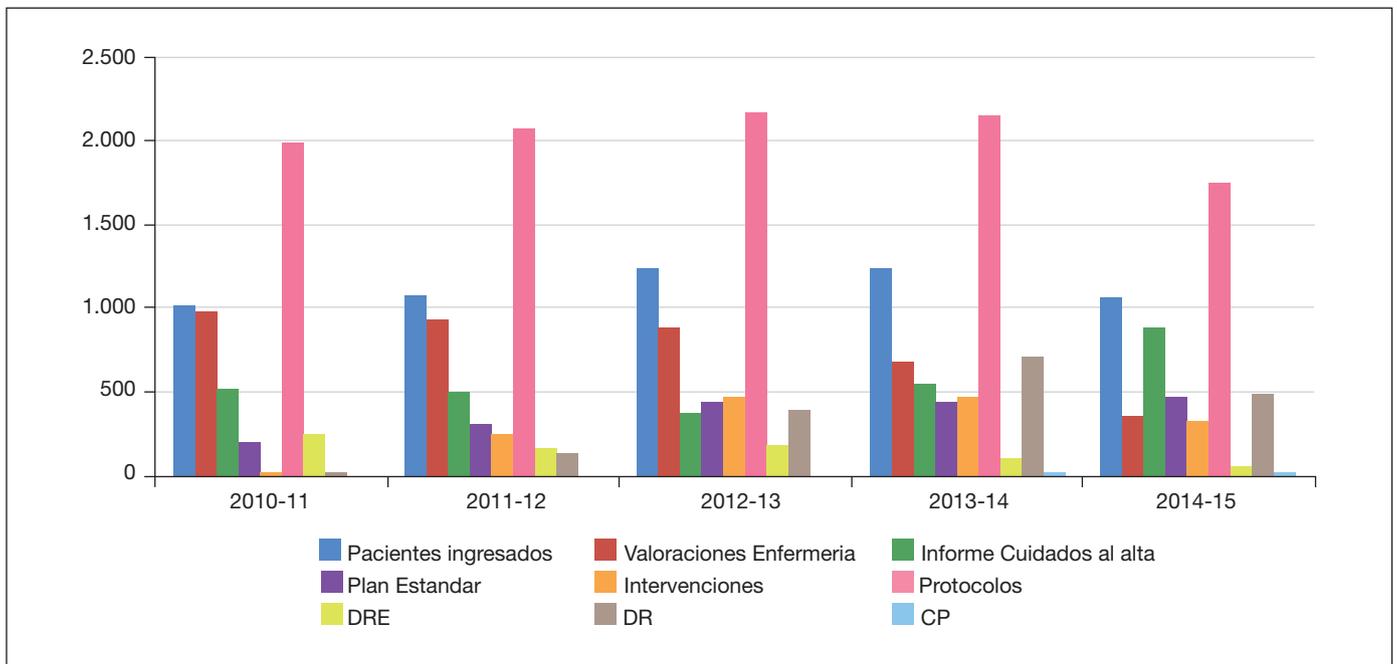
Material y métodos: A través de análisis de las bases de datos del sistema de información, realizando consultas disponibles por periodo anuales en el Aplicativo GACELA CARE realizando el tratamiento descriptivo.

Resultados: Las consultas nos permiten identificar numero de evolutivos realizados, valoraciones, escalas realizadas diagnósticos enfermeros reales, riesgo planes estandarizados, individuales. En cuanto a registros el catéter periférico el más frecuente. Las consultas no dan información de todo (valoración riesgo social Escala Gijón, variables) y no es posible identificar los registros realizados (ulceras, caídas) (tabla).

Conclusiones: La implantación del SIC ha permitido unificar práctica clínica. Procedimientos de la unidad pasan a la base de conocimiento oxigenoterapia, VMNI. La unidad ha tenido una progresión positiva en cantidad, calidad de los registros. Se pide el registro de drenaje torácico. Los planes estándar son el apoyo para el inicio pero en otros pacientes se realizan planes individuales. El aplicativo permite cumplir con las normativas existentes de la documentación de la historia

		11/2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
IA	Informe Cuidados al alta	516	507	381	546	898
IA	Pacientes ingresados	1.020	1.086	1.231	1.232	1.074
IA	Intervenciones	24	260	474	468	336
IA	DRE	247	164	181	104	62
IA	DR	25	143	391	700	503
IA	CP	2	1	3	17	14
IA	Plan Estándar	206	321	455	448	471
IA	Protocolos	1.987	2.080	2.168	2.145	1.750
IA	Registros evolutivos	23.164	26.292	29.199	28.898	24.929
IA	Valoraciones Enfermería	980	943	878	671	353
IA	Variables clínicas					
Índice	Nº reg. sondas digestivas	7	21	19	26	11
Índice	Nº reg. sondas urinarias	149	181	165	165	145
Índice	Nº reg. Barthel	795	1.031	1.081	1.063	921
Índice	Nº reg. caídas	1	2	5	4	2
Índice	Nº reg. CVC	28	18	17	11	3
Índice	Nº reg. CVP	1.307	1.607	1.769	1.705	1.489
Índice	Nº reg. Norton	9	782	1.033	1.019	848
Índice	Nº reg. úlceras	26	45	39	17	23





clínica, los informes de continuidad de cuidados. La explotación de los datos es la base para futuros proyectos abre un mundo de posibilidades completo incluido la evaluación de resultados y propuestas de mejora a los gestores.

ASMA DE DIFÍCIL CONTROL: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ASMA SOBRE CALIDAD DE VIDA, CONTROL DE ASMA Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS

M. Entrambasaguas Martín, M.J. Prunera Pardell, A.B. González Sánchez, F. Bernal Prados, C. Llamazares Carral, B. Rodríguez Naranjo y J.J. Martín Villasclaras

Hospital Regional de Málaga Carlos Haya.

Introducción: El concepto “asma de control difícil” abarca un grupo de pacientes que a pesar de seguir correctamente el tratamiento y haberse descartado otras enfermedades, no logra estabilizar la enfermedad. Representan entre el 5 y 10% de los pacientes con asma. El programa de Educación Sanitaria en Asma es impartido por una enfermera y los pacientes son derivados por un neumólogo desde la consulta de Asma de Atención Especializada del Hospital Regional de Málaga. El programa de Educación se realiza siguiendo las pautas marcadas en el manual GEMA Educadores. El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de un programa de Educación Sanitaria en Asma: aspectos psicológicos, calidad de vida y control del asma en pacientes con asma de difícil control.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo. Criterios de inclusión: todos los pacientes derivados con diagnóstico de asma de

difícil Control y que cumplieran todo el programa de Educación. Criterios de exclusión: abandono del programa. Cuestionarios utilizados: Nijmegen: Mide hiperventilación y disnea funcional (DF). STAI/E y STAI/R: Mide la ansiedad como estado y como rasgo. Test de Depresión de BECK: Mide depresión. MiniAQLQ: Mide calidad de vida en pacientes asmáticos. ACT: Mide control del Asma. Los cuestionarios fueron entregados por la enfermera y rellenados en su presencia de forma voluntaria. El cronograma de visitas es: Visita inicial, 2ª visita (1 semana), Revisión al mes, Revisión 6 meses y Revisiones anuales. Los test se cumplimentaron en la Visita inicial y Revisión de los 6 meses, con el fin de valorar la efectividad del programa de educación. **Resultados:** N.º pacientes incluidos: 44. Edad media: 48 (17-65). 81,8% mujeres y 18,2% hombres. Existen diferencias significativas en los test de ACT y MAQLQ. En los test de NJMG, STAI y De BECK no hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla de resultados

	Pre-intervención	Post-intervención	p
ACT	17,14 ± 5,92	19,05 ± 5,84	0,004
MAQL	67,14 ± 24,42	74,34 ± 24,74	0,003
NJM	23,80 ± 12,66	21,64 ± 14,38	NS
BECK	13,63 ± 10,08	11,56 ± 10,16	NS
STAI/E	24,43 ± 7,18	25,86 ± 6,52	NS
STAI/R	29,25 ± 8,49	27,43 ± 8,49	NS

Conclusiones: La educación al paciente asmático es un elemento esencial para la intervención terapéutica: Aumenta la calidad de vida y conlleva un óptimo control de la enfermedad. Los aspectos psicológicos son subsidiarios de tratamiento por otros especialistas: psicólogos, psiquiatras... Cuando los pacientes llegan a consulta, en el test NJM, el resultado es igual o superior a 23, cifra que se considera diagnóstica de síndrome de hiperventilación (SH). En el Test de BECK la media es de depresión moderada/grave (superior a 12). En cuanto al STAI/R y STAI/E, las puntuaciones indican una ansiedad superior o igual a 25, considerada alta.

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE DISPOSITIVO INHALADOR Y LA PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO DE ASMA Y EPOC

A. Sicras Mainar¹, J.M. Collar Martínez², V. Ferrer¹ y R. Navarro³

¹EAP La Roca del Vallès. ²Mundipharma Pharmaceuticals, S.L. ³Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: Las enfermedades respiratorias obstructivas crónicas suponen una elevada carga social y económica. Asma y EPOC son las enfermedades de este tipo más prevalentes y en ambos casos el tratamiento inhalado suele ser el tipo de tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes. La efectividad de este tipo de tratamientos está claramente relacionada con el grado de persistencia y de adherencia de los pacientes, que generalmente suelen ser bastante bajos. El objetivo del presente estudio fue evaluar la persistencia y adherencia a los tratamientos inhalados combinados de corticosteroides y beta-2 agonistas de larga duración (CI/LABA), que constituyen la base de la terapia en muchos pacientes con estas patologías, según el tipo de dispositivo inhalador, cartucho (MDI) o polvo seco (DPI), para el tratamiento del asma y EPOC en la práctica clínica habitual en el ámbito de la atención primaria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con CI/LABA entre 2007-2011, con un periodo de seguimiento de 3 años. Se analizaron los datos según la patología (asma o EPOC) y el tipo de dispositivo inhalador (MDI o DPI). Los principales parámetros recogidos fueron: persisten-

cia, adherencia (ratio de posesión del medicamento, RPM), medicación, gravedad, comorbilidades, exacerbaciones y uso de recursos.

Resultados: Se analizaron 2.082 pacientes asmáticos (27,2% con MDI), con una edad media de 52,6 años y el 65,3% mujeres. Los pacientes con dispositivos MDI mostraron una mejor persistencia y adherencia al tratamiento (RPM: 82,9% vs 80,8%, $p < 0,05$), con menos exacerbaciones (17,7% vs 24,9%, $p < 0,001$), y menor coste sanitario (2.531€ vs 3.020€, $p < 0,001$). También se analizaron 1.418 pacientes con EPOC (41,9% con MDI), con una edad media de 72,1 años y el 82,7% hombres. Los pacientes dispositivos MDI mostraron una mejor adherencia y un mayor grado de adherencia al tratamiento (RPM: 83,3% vs 79,9%, $p < 0,05$), con menos exacerbaciones (40,1% vs 48,2%, $p = 0,002$), y menor coste sanitario (3.943€ vs 4.621€, $p < 0,001$).

Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio, los dispositivos MDI parecen asociarse con un mayor grado de persistencia y adherencia al tratamiento, ocasionando un menor uso de los recursos y costes en enfermedades respiratorias obstructivas como el asma y la EPOC para el sistema nacional de salud.

CÁNCER DE PULMÓN EN LA MUJER

E. García Rodríguez, V. Leiro Fernández, M. Botana Rial, M.L. Aballe Santos, A. Priego Carrera y A. Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro-Eoxi Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.

Introducción: En los últimos 10 años se ha producido un incremento de las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón (CP) en la mujer. Las previsiones en mujeres europeas anuncian un aumento de la mortalidad secundaria a CP superando a la mortalidad por cáncer de mama. El objetivo de este estudio es analizar las características epidemiológicas y clínicas del CP en mujeres residentes en el área sur de Galicia.

Material y métodos: CP desde junio de 2013 a octubre de 2015. De forma específica y comparativa se analizan las características Estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyeron todas las pacientes diagnosticadas de epidemiológicas y clínicas de las mujeres.

Resultados: Se incluyeron 543 pacientes diagnosticados de CP, de los cuales 120 (22%) eran mujeres, 66 años (RIQ 57-75), 63 (51%) nunca fumadoras. Dentro de las fumadoras la tasa años-paquete fue de 35 (RIQ 35-70). La estirpe histológica más frecuente en la mujer fue el adenocarcinoma (66%) seguido del carcinoma de célula pequeña (11%) y el Escamoso (9%). Los estadios clínicos al diagnóstico fueron predominantemente metastásicos (estadio IV 43,5%), sin embargo, en un tercio de las pacientes (34,6%) el estadio fue inicial (I-II). Al comparar con los hombres y tras ajustar por otras variables las mujeres eran característicamente más jóvenes (OR 0,95; IC95% 0,92-0,99) y con una tasa de tabaquismo inferior (OR 0,97; IC95% 0,97-0,98). En las mujeres se realizaron 59 determinaciones del estatus mutacional EGFR resultando mutado en el 27,1% (deleción exón 21 56% y del exón 19 44%). La mutación del EGFR fue más frecuente en no fumadoras (37,8% vs 62,2%, $p = 0,01$). El ALK se determinó en 36 pacientes resultando mutado en el 11%. La mortalidad fue del 28,3%. La mutación EGFR fue más frecuente en las pacientes no fallecidas (39,4% vs 11,5% $p = 0,02$).

Conclusiones: Las mujeres con CP son más jóvenes y con menor gravedad de tabaquismo en comparación con los hombres. En un tercio de los casos el diagnóstico se realiza en estadios precoces aunque los diagnósticos en estadios avanzados siguen suponiendo más del 40%. La frecuencia de mutación del EGFR y ALK se corresponde con los datos procedentes de otras regiones. El EGFR mutado está relacionado con una menor mortalidad.

CARGA ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA EN PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS

B. Huarte Quesada, M. Gil Echevarría, E. Espí Cavalcanti y C. Caspe Adrián

CHN.

Introducción: La intervención de enfermería es fundamental en las consultas externas de Neumología. Los pacientes que acuden a ellas, realizan varias pruebas funcionales: test de la marcha, FeNO, espirometrías simples y tras broncodilatar. La realización de dichas pruebas, exceptuando el test de la marcha, se llevan a cabo de forma no programada, es decir a demanda de la consulta, lo que implica variabilidad en la carga asistencial.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los datos de la consulta de Neumología aportados por el servicio de Admisión del centro y de los datos del archivo estadístico de pruebas funcionales que se guarda en la unidad. Se ha realizado un análisis del tiempo dedicado por día a la realización de exploraciones funcionales llevadas a cabo por enfermeras experimentadas.

Resultados: En el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2015, se realizan un total de 4978 consultas médicas de las cuales el 37% corresponde a primeras consultas y el 63% corresponde a sucesivas. Se realizan un total de 5.142 exploraciones: 2.509 espirometrías simples, 1.957 espirometrías tras broncodilatador, 568 FeNO y 108 Test de Marcha 6'. Los tiempos empleados al día por enfermera son: 210 minutos en espirometrías simples; 87,2 minutos en espirometrías tras broncodilatador; 32 minutos en FeNO; 45 minutos en test de la marcha. Haciendo un total de 356,2 minutos, aproximadamente 6 horas. La hora y 20' restantes hasta el cumplimiento de la jornada laboral diaria se emplea en: calibración del aparataje, limpieza del material, revisión de resultados y resolución de Incidencias y gestiones de ellas derivadas.

Conclusiones: Un 82% de la carga asistencial de las enfermeras se dedica a la atención directa del paciente y un 18% a la realización de otras actividades complementarias y de apoyo. Un porcentaje superior al 50% de pacientes que acuden a la consulta realizan, al menos 1 o más pruebas funcionales. Un incremento en la carga asistencial podría repercutir en la disminución de la calidad de las exploraciones.

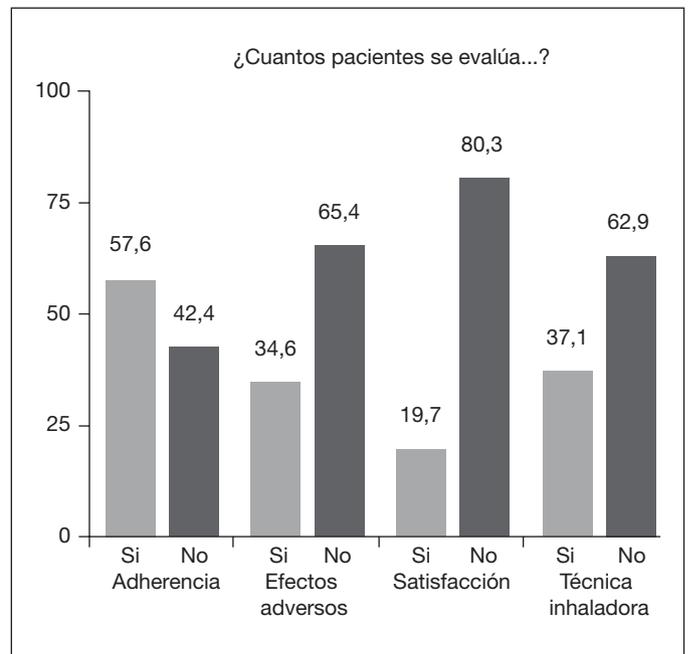
¿CÓMO SE VALORA EN CONSULTA LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA EPOC?

O. Ruiz Rodríguez¹, F. Castellano Miñán¹, B. Alcázar Navarrete¹ y P.J. Romero Palacios²

¹Hospital de Alta Resolución de Loja. ²Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

Introducción: Se desconoce cómo se evalúa la eficacia, satisfacción y seguridad de los fármacos inhalados utilizados en la EPOC en la práctica clínica real. El objetivo de nuestro estudio es conocer cómo se evalúan estos aspectos en pacientes con EPOC en las consultas especializadas de Neumología de distintos hospitales de Andalucía y Extremadura.

Material y métodos: EPOCONSUL es un estudio observacional multicéntrico nacional encaminado a realizar una auditoría de historias clínicas retrospectiva de pacientes con EPOC estable atendidos en una consulta de neumología. Se realiza un estudio observacional trasversal, con reclutamiento prospectivo de casos a lo largo de 12 meses (junio 2014-junio 2015) realizado en 62 centros de España. Se han extraído los datos de los centros de Andalucía y Extremadura para su



análisis. Se analiza las preguntas relacionadas con eficacia, satisfacción y seguridad del tratamiento inhalado de este estudio.

Resultados: El estudio EPOCONSUL incluyó a 13 centros del ámbito de Neumología, que auditaron 926 historias clínicas de pacientes con EPOC (91,5% varones), atendidos en consultas de neumología generales el 57%, con una edad media $70,0 \pm 9,33$ años y un FEV1 medio del $50,7 \pm 17,8\%$. El 51,6% de los servicios disponían de consulta monográfica de EPOC y solo el 45,2% disponían de consulta de enfermería. Sólo el 30,6% tenían algún programa de educación sobre el uso de inhaladores. En el 57% de los pacientes se evaluaba de alguna forma la adherencia terapéutica, en el 34,6% la presencia de efectos adversos, 19,7% la satisfacción con el dispositivo de inhalación, en el 37,1% la técnica de inhalación.

Conclusiones: según los datos de EPOCONSUL de los hospitales de Andalucía y Extremadura, en menos de la mitad de los pacientes visitados en consultas externas se evalúan aspectos clave del tratamiento inhalado, como son la adherencia terapéutica, la satisfacción con los dispositivos de inhalación, la técnica de inhalación o los efectos adversos.

El estudio EPOCONSUL es una iniciativa del área EPOC de SEPAR patrocinada por Boehringer Ingelheim.

CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA. SISTEMA DE REGISTRO

M.T. Ramírez Prieto, A.M. Díaz Rubio, R. Moreno Zabaleta, R. Rodríguez Pérez y B. Rojo Moreno-Arrones

Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción: La conciliación terapéutica es el proceso formal mediante el cual se valora el tratamiento ambulatorio activo con la prescripción farmacológica tras una transición asistencial. Tiene por objeto garantizar la continuidad asistencial. Este proceso afecta a la calidad asistencial y a los eventos adversos que pueden generar complicaciones, alargar la estancia hospitalaria, o aumentar el número de ingresos. El desarrollo de sistemas que mejoren el proceso, es fundamental. Actualmente no existe aún ninguna directiva oficial que exija el cum-

Material y métodos: Se incluyeron a pacientes diagnosticados de asma bronquial (intermitente a moderado) según criterio GEMA, revisados habitualmente en las consultas monográficas de asma y sujetos sanos sin antecedentes de asma ni alteraciones funcionales o de inflamación en el momento de la inclusión. Se recogió el hábito tabáquico, en su caso la gravedad del asma el tratamiento habitual y se realizaron pruebas funcionales (espirometría) y medida de inflamación (FENO) minutos antes y tras la inmersión en piscina pública cubierta por el DUE encargado. Se recogió el tiempo de inmersión y los incidentes durante la misma. Estudiamos las diferencias cualitativas por prueba chi cuadrado y las numéricas por t para muestras independientes o t para muestras relacionadas para los parámetros estudiados (antes- tras la inmersión). Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 68 sujetos (50 normales GC y 18 asmáticos GA), 34 hombres y 34 mujeres, de edad media 39,9 (10,3) años. En el GA presentaban un 50% asma intermitente, 29,4% asma leve y 17,6% asma moderada. El tiempo de inmersión medio fue similar para ambos grupos (GA 31 vs GC 32 minutos). Encontramos diferencias en el FEV1/FVC antes y tras la inmersión entre ambos grupos ($p < 0,002$ y $p < 0,005$, respectivamente), aunque no en el resto de parámetros funcionales o de inflamación. Tras la inmersión en el GA disminuyó de forma significativa los niveles de FENO (28,7 pre vs 23,7 post, $p < 0,001$), mientras no cambiaron el resto de parámetros funcionales. En el GC mejoraron tras la inmersión de forma significativa el FVC ($p < 0,05$) FEV1 ($p < 0,04$), así como disminuyó el FENO ($p < 0,01$).

Conclusiones: La inmersión en piscina cubierta puede mejorar de forma significativa parámetros de función pulmonar en sujetos sanos y disminuye los niveles de FENO tanto en sanos como en asmáticos, no teniendo repercusión sobre la función pulmonar en estos últimos. Estudio Financiado de forma parcial por Beca Fundación Neumosur.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ABANDONO DEL TABACO REALIZADO POR ENFERMERAS EN PACIENTES FUMADORES INGRESADOS EN UNA PLANTA DE RESPIRATORIO

D. Macías¹, C. Florencio¹, J. Hilarés¹, V. Gómez¹, N. Reyes¹ e I. Alfageme²

¹Hospital Universitario Virgen de Valme. ²Universidad de Sevilla.

Introducción: Un gran número de pacientes con enfermedades respiratorias, sobre todo EPOC continúan fumando, incluso aunque hayan sido informados de que el tabaco es perjudicial para ellos e incluso la causa de su enfermedad respiratoria. En un reciente estudio se ha encontrado que hasta el 20% de pacientes con EPOC que están ingresados en los hospitales españoles consumen tabaco (Pozo et al. Arch Bronconeumol. 2010;46:349-57).

Objetivos: Valorar la eficacia de un programa de abandono del tabaco realizado por enfermeras en pacientes fumadores ingresados en una planta de respiratorio.

Material y métodos: Diseño: estudio prospectivo de la eficacia de un programa de deshabituación durante 2 años (2013 y 2014). Pacientes: 125 pacientes fumadores activos ingresados en nuestra planta de respiratorio por enfermedad respiratoria. Ámbito: planta de hospitalización de neumología en el Hospital Universitario Virgen de Valme. Intervenciones: Terapia cognitivo-conductual intensa en todos los pacientes y oferta gratuita de terapia sustitutiva con nicotina con parches si el paciente lo deseaba. Variables: evaluación inicial mediante los test de Fagerström y Richmond, seguimiento posterior mediante llamadas telefónicas tras el alta y evaluación de la abstinencia al año.

Resultados: Se incluyeron a 125 pacientes (101 hombres y 24 mujeres). La media de edad era de 57 años (DE 11,6). La edad media de inicio en el consumo del tabaco fue a los 14,9 años (DE 5,2). La media del consumo de tabaco era de 53,7 paquetes año (DE 30,6). El valor medio del test de Fagerström era de 6,7 (DE 2,2) y el valor medio en

la puntuación del test de Richmond era de 6,9 (DE 1,8). El 23% (29 pacientes) de los pacientes aceptó el tratamiento sustitutivo con nicotina. En el seguimiento, 33 pacientes (26%), fallecieron y 27 de estos en el año siguiente al ingreso. Al final del año 34 pacientes continuaban abstinentes.

Conclusiones: Los pacientes de nuestro programa eran fumadores intensos. El programa de deshabituación realizado por enfermeras es bastante eficaz para conseguir el abandono del tabaco en pacientes ingresados en una planta de respiratorio.

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN SUEÑO (EPAS). PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL HIGIA. RESULTADOS PROVISIONALES

L. Santos Anderez¹, L. Mora¹, M.J. Mendaza¹, E. Olmos¹, E. Cristóbal¹, Y. Rodríguez², C. Arias¹, M. Calvo¹, A. Álvarez¹, L. Guerra¹, M. Azpiazu¹, L. Cancelo¹, J. Durán-Cantolla¹ y C. Egea-Santaolalla¹

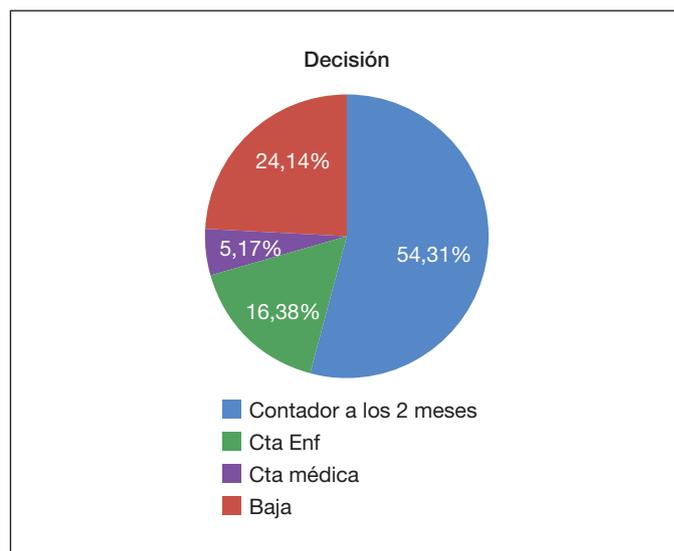
¹Hospital Universitario Araba. ²Instituto de Enfermedades Respiratorias. México.

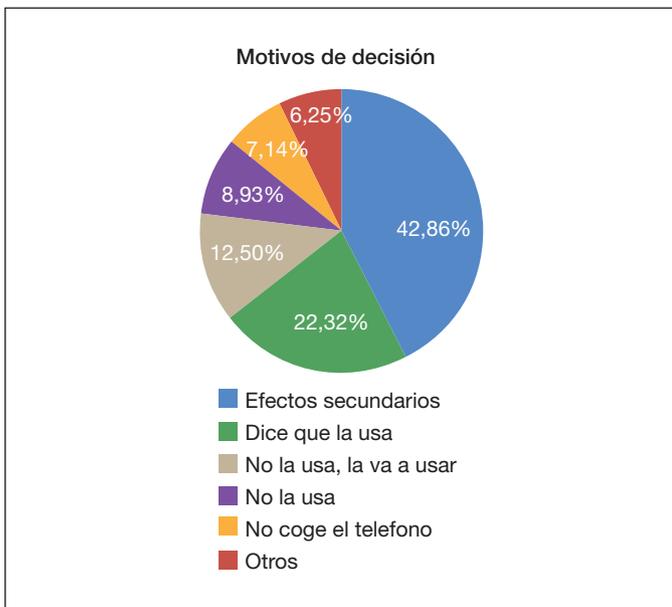
Introducción: La CPAP es el tratamiento que ha demostrado ser más eficaz para el control del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). Con tasas de mal cumplimiento que oscilan del 15% al 50%, asegurar un buen cumplimiento, es el objetivo del seguimiento. En la Cohorte de sueño de Vitoria, 4.274 personas están en tratamiento con CPAP. De ellos, un 15% (649/4.274) hacen un uso medio inferior a 3h y un 6% (271/4.274 pacientes) la utilizan menos de 1 hora/día. El uso menor de 3h no asegura la reducción por parte de la CPAP de los factores de riesgo cardiovascular.

Objetivos: Evaluar, si la intervención de una consulta específica EPAS a pacientes con un cumplimiento < 1 h/día consigue asegurar el cumplimiento de la terapia con CPAP.

Material y métodos: Análisis prospectivo de los datos (junio-diciembre 2015) procedentes del Programa de Bajo cumplimiento de la consulta EPAS, de la Cohorte Sueño Vitoria con cumplimiento medio < 1 hora/día. A través de consulta telefónica (T0) se clasificó al paciente en cuatro grupos (T1) Grupo A: Motivación con Consulta telefónica a los 2,5 meses, Grupo B: Consulta EPA presencial, Grupo C: Evaluación Médica y Grupo D: Baja de tratamiento. Tras estas intervenciones se recogió a los 2,5 el cumplimiento (T2).

Resultados: Se analizan los resultados provisionales de los primeros 138 pacientes (T0), excluyendo a 21/138 pacientes (Programa Telemedicina 13/21, incluidos en proyectos de investigación 5/21, y/o retirada





de CPAP previa 3/21). Un (74/117) 63,2% fueron hombres y (43/117) 33,8% mujeres, con edad media de 61,83 años (DE = 14,4). El IMC fue de 32,83 (DE = 7,28), con un índice de apnea-hipopnea de 41,96 (DE = 21,58) y la media de duración de tratamiento con CPAP fue de 66,8 meses (DE = 53,1). La distribución del T1 fue Grupo A (63/116) 54,31%, Grupo B (19/116) 16,36%, Grupo C (6/116) 5,17% y grupo D (28/116) 24,14%. La causa más frecuente de incumpliendo fue los efectos secundarios 41/116 (42,9%). Los datos provisionales del programa en el tiempo T2 con 45/117, donde 22/41 pacientes (53,7%) aumentaron su cumplimiento a más de 3 horas/día, y en 2/41 (4,9%) se procedió a retirar la CPAP, buscando otras alternativas.

Conclusiones: El análisis provisional de los resultados muestran que una consulta EPAS consigue modificar la evolución del 53% de los pacientes con muy bajo cumplimiento.

¿ES ADECUADA LA TÉCNICA DE LOS INHALADORES EN NUESTROS PACIENTES NEUMOLÓGICOS?

M.J. del Estal López, C. Morala Sánchez, M.T. Ramírez Prieto, M.I. Verdugo Cartas, F.J. Montoro Zulueta y G. Mora Ortega

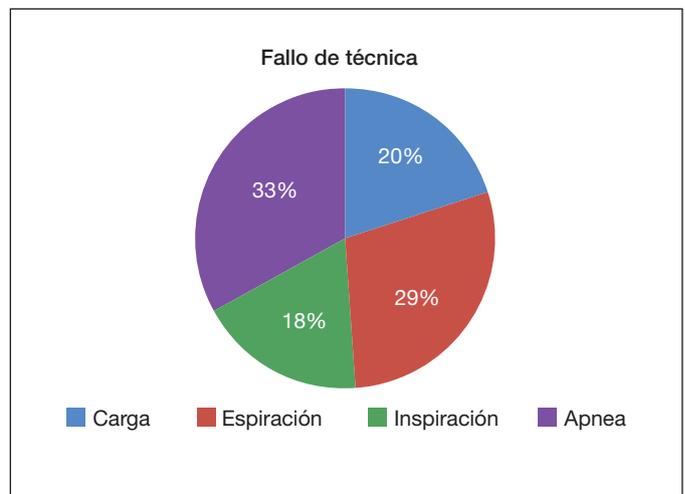
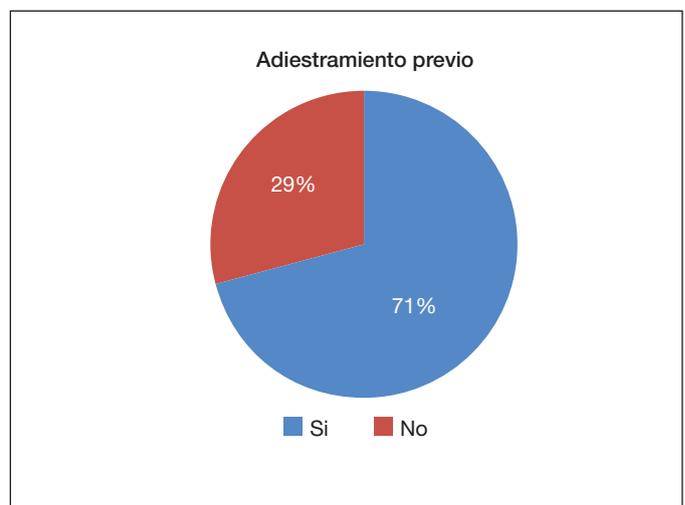
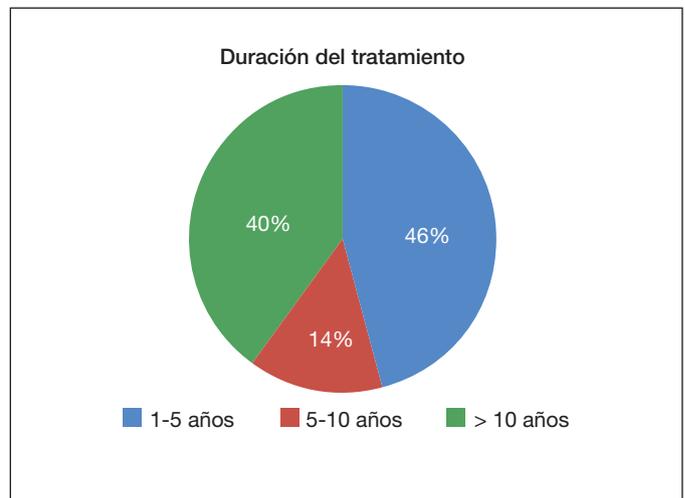
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción: El tratamiento fundamental en la mayoría de los pacientes neumológicos se basa en terapia inhalada. Recientemente se ha publicado la baja adherencia de nuestros pacientes a este tipo de tratamiento, hecho que sumado a la inadecuada técnica resta de forma muy significativa la capacidad de control de las enfermedades de base.

Objetivos: Reconocer el grado de conocimiento de los inhaladores en pacientes con tratamiento crónico

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico con pacientes que acuden a revisión periódica al Servicio de Neumología. Se les hace una mínima entrevista sobre el conocimiento que tiene del dispositivo y se les revisan los cuatro puntos clave de la terapia (carga, espiración, inspiración y apnea).

Resultados: 86 pacientes con una edad media de 62 años (82-19), 44 mujeres (51%), en tratamiento con terapia inhalada desde hacía 7,1 años (1-20). Detectamos que desconocían el dispositivo el 29%, no reconocían el nombre el 19%, con problemas en la adecuada realiza-



ción de la técnica un 40%, de estos había recibido adiestramiento previo un 81% y recibían este tratamiento desde hacía más de tres años.

Conclusiones: Para asegurar los resultados esperados con la terapia inhalada es fundamental invertir en formación continua y supervisada de la misma. Los pacientes con tratamientos más prolongados deben ser supervisados con más frecuencia.

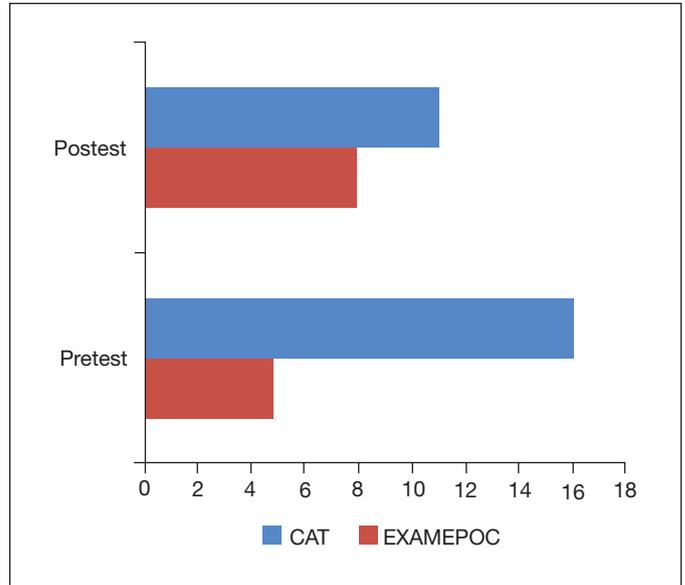
¿ES ÚTIL INFORMAR Y EDUCAR AL PACIENTE EPOC SOBRE SU PATOLOGÍA?

M. Alquezar Fernández, S. Fandos Lorente, C. Gallego Bermejo, C.E. Colás Orós, O. Gavín Blanco, A.M. Torres Pérez y J.J. Aguilón Leiva

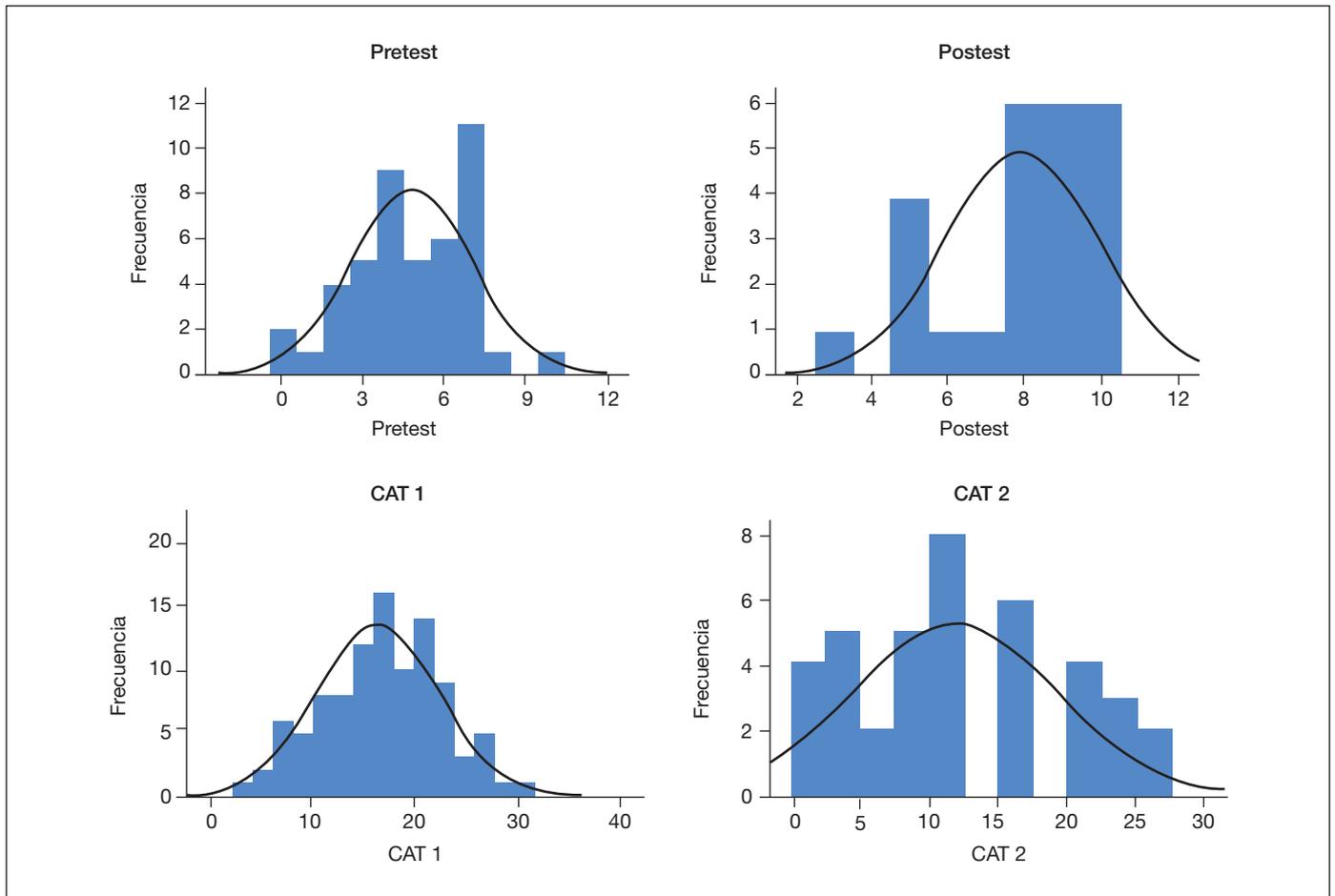
Hospital de Alcañiz.

Introducción: La EPOC a pesar de su prevalencia es una enfermedad poco conocida por la población general e incluso por los propios pacientes que la padecen. El objetivo de este estudio es objetivar si la información y educación del paciente EPOC puede resultar de utilidad.

Material y métodos: Todos los pacientes con diagnóstico de EPOC, en ausencia de otras patologías respiratorias, que visitaron la consulta de neumología 2 del hospital de Alcañiz, fueron encuestados con un examen de 10 puntos sobre el conocimiento que tenían sobre la enfermedad. P1: ¿Cómo se llama la enfermedad que usted padece?; P2: ¿Qué significan las siglas EPOC?; P3: ¿La EPOC se puede curar?; P4: ¿Cuál es el principal tratamiento de la EPOC?; P5: ¿Qué provoca la EPOC?; P6: ¿Cuándo puede el oxígeno formar parte del tratamiento?; P7-10: Indique tres estrategias además de tomar la medicación para mejorar su estado general. Además se les paso el cuestionario de síntomas "CAT" específico para EPOC. Después de la visita fueron instruidos e informados sobre su patología, entregando documentación escrita, con esquemas y dibujos que refuerza la información explicada en la consulta. A todos los pacientes, en las consultas de revisión, siempre y cuando hubiesen pasado al menos 6 meses de la primera visita, se les repitieron los cuestionarios "CAT" y Examen EPOC, comparando los resultados con los de la primera visita.



Resultados: Del total de 81 pacientes con diagnóstico de EPOC vistos en la consulta, se ha podido completar el seguimiento en 45. La media del resultado obtenido en el Examen EPOC en la primera visita es de $4,8 \pm 2,2$ puntos, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con la media de los resultados de la visita de revisión a los 6 meses, que fue de $7,9 \pm 1,9$ puntos. En cuanto al cuestionario "CAT" (en el que una puntuación superior indica un peor control de la enfermedad) también se encontraron mejorías significativas (p



< 0,001) comparando los resultados de la primera visita con una media de 16,3 ± 5,9 puntos y los resultados de la visita control 6 meses después de la intervención, con una media de 11,8 ± 7,3 puntos.

Conclusiones: Con la intervención en la consulta, la instrucción y la información hablada y escrita entregada en la consulta hemos conseguido no solo aumentar los conocimientos de los pacientes sobre su patología sino también alcanzar un mejor control de la enfermedad.

ESPIROMETRÍA FORZADA: ANÁLISIS POBLACIONAL Y GRADO DE CALIDAD

B. de Vega Sánchez¹, A.M. Escuredo¹, C. Disdier Vicente¹, A.M. Andrés Porras¹, I. Lobato Astiárraga¹, M. Rodríguez Pericacho¹, A.I. García Onieva¹, S. Soldarini¹, C. Iglesias Pérez¹ y E. Macías Fernández²

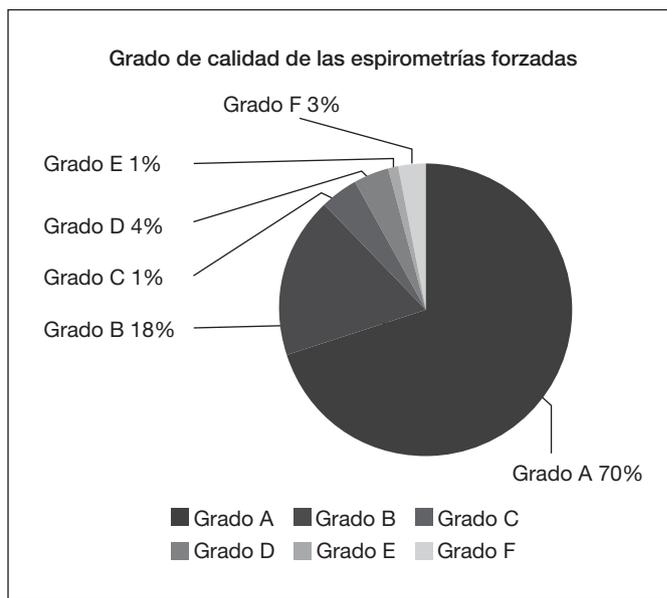
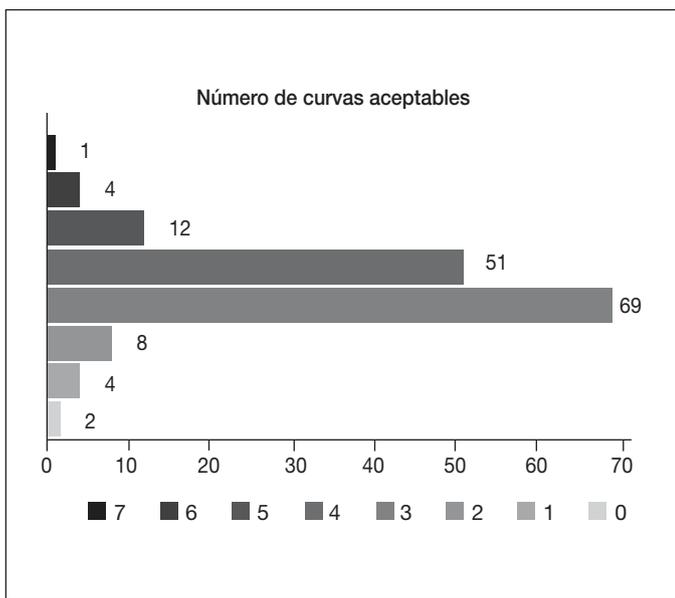
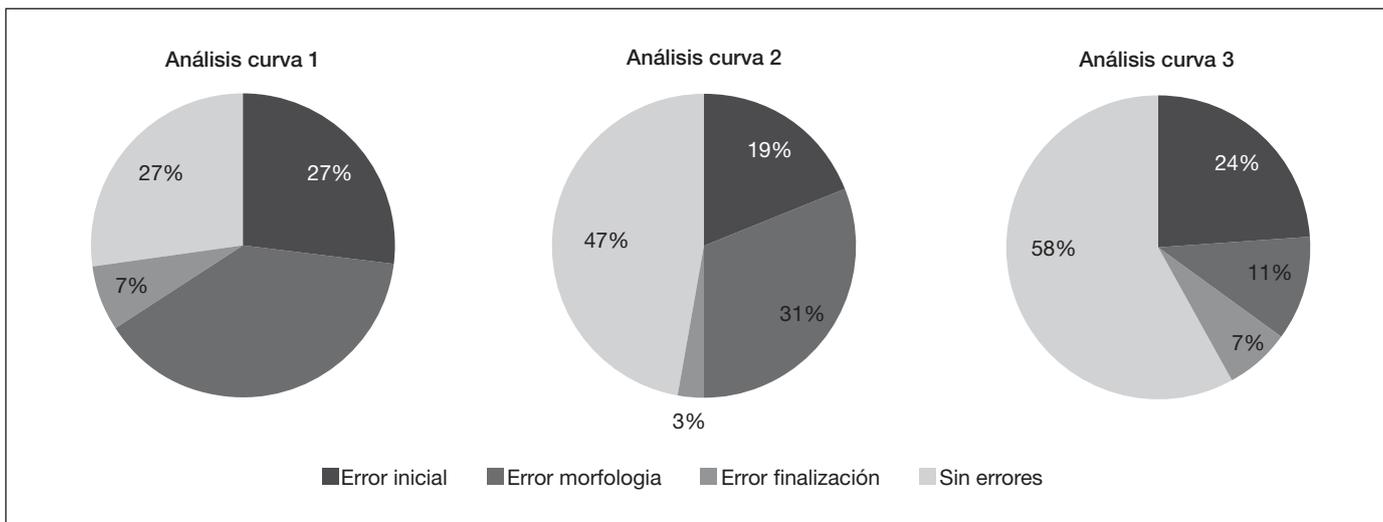
¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Unidad de Exploración Funcional Respiratoria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La espirometría es la prueba que más información aporta acerca de la función pulmonar de un paciente. Su utilidad

abarca varios campos (diagnósticos, monitorización, salud pública e investigación clínica). El más utilizado en la práctica clínica es aquel dirigido a la evaluación de síntomas respiratorios, seguimiento clínico y cribado de sujetos con riesgo personal/laboral de desarrollar enfermedades pulmonares; sin embargo no hemos de olvidarnos de sus amplias utilidades.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de 153 espirometrías forzadas (EF) en pacientes consecutivos, en el Laboratorio de Pruebas Funcionales por una enfermera experta y un médico residente de Neumología. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, número de intentos realizados y calidad de las EF según los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad reflejados en el manual SEPAR. Análisis estadístico SPSS V22.

Resultados: Más del 94% de las EF se realizaron ambulatoriamente, provenientes el 66,7% (N = 107) del servicio de Neumología. El 47,1% eran varones (14,4% fumadores activos y 43,1% exfumadores) con una media de 47,49 años e IMC medio de 25,39. El motivo de petición más frecuente fue asma bronquial (26,8%), 17% EPOC, 9,2% patología intersticial, 5,9% neoplasias pulmonares y 2,6% procesos infecciosos. Más del 50% de los pacientes (n = 77) había realizado EF previas. La media de intentos realizados fue 5,96, siendo lo más frecuente 4 intentos (18,3%), y en el 17,6% de los casos (n = 27) se realizaron 9 espi-



rometrías forzadas. El 45,1% y 33,3% mostraron 3 y 4 curvas aceptables (CA) respectivamente, siendo 2 o menos CA en el 9,8% (fig. 1). El 90,2% (n = 138) fueron reproducibles (69,9% grado A de calidad, 17,6% grado B). Los errores en las maniobras se detallan en la figura 1. El análisis de los patrones espirométricos mostró: normalidad (66%), 31,4% obstructivos y 2% restrictivos. Se realizó prueba broncodilatadora con 2 dosis de salbutamol (500 µg de bromuro de ipatropio si existía contraindicación) en 37 pacientes (24,2%), siendo positiva < 5% (N = 7).

Conclusiones: El entrenamiento exclusivo del personal dedicado a la realización de espirometrías forzadas resulta determinante en la aceptabilidad y reproducibilidad de las pruebas funcionales. El entrenamiento del paciente refleja una mejora de las maniobras espirométricas. El error más frecuente reside en una incorrecta morfología de la curva pico-flujo, seguida de un error en la morfología de la misma.

¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES BIEN ADHERIDOS A SU TRATAMIENTO INHALADOR?

M.J. Velasco Jerez, E.M. Madrid Clemente, J.E. Fernández Caro, S. Díaz Aznar, C. Elías Torregrosa, A. Alcaraz García, S. Jiménez Ros, R. Murcia Requena, G. Bellido Almagro, A.I. Quesada Peláez, P.J. Menchón Martínez y A.T. Ríos Cortes

Hospital General Universitario Santa Lucía.

Introducción: Está ampliamente aceptado que una técnica de inhalación deficiente o inadecuada, incide negativamente sobre la eficacia del tratamiento, y puede derivar en que los pacientes no obtengan el máximo beneficio de este. Tras la validación del test de adherencia a los inhaladores (TAI) en pacientes de asma y EPOC, nos planteamos utilizar esta herramienta para conocer el estado de nuestra población e implementar medidas para mejorar la situación de incumplimiento en su caso así como analizar si el tiempo de tratamiento influye en la adherencia al inhalador.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional transversal donde se analizan un total de 165 pacientes ambulatorios que acudieron a consulta durante 3 semanas consecutivas. Se consideraron casos los pacientes con diagnóstico principal de asma o EPOC con tratamiento inhalador de al menos 1 mes de duración resultando un total de 68 casos mediante entrevista clínica se obtuvieron los resultados del test dando educación sanitaria a todos los pacientes sobre su enfermedad y sobre el uso de su inhalador. Se analizaron variables sociodemográficas, hábito tabáquico, educación sanitaria previa, datos espirométricos, flujo inspiratorio máximo tiempo de tratamiento, así como el inhalador considerado principal. Se utiliza el SPSS 22.0 para análisis de datos.

Resultados: Se estudian 68 pacientes con edad media 62 ± 16 , 48,5% hombres, 51,5% mujeres, con FEV1 68 ± 30 , CVF $79,85 \pm 27$, media tiempo tratamiento en meses 34 ± 40 flujo inspiratorio 98 ± 27 l/min, 45,6% EPOC y 54,4% asma, 19,1% son fumadores activos, un 47,1% usan dispositivo Handihaler, 32,4% MDI y 16,2% Turbuhaler. Con los siguientes resultados puntuación TAI 1-10 $49,1 \pm 1,9$ en EPOC y $46,2 \pm 6,5$ en asma y puntuación TAI 11-12 $3,1 \pm 0,5$ EPOC y $3,3 \pm 0,5$ asma. En cuanto a tiempo de tratamiento la media es de $34,12 \pm 40,5$.

Conclusiones: Existen diferencias significativas entre EPOC y asma tanto en cumplimiento errático como en cumplimiento deliberado, pero no en cumplimiento inconsciente, siendo mejores en la población EPOC no así en relación a la educación previa. El sexo y la edad parecen influir en determinados cumplimientos. Detectamos que la variable tiempo influye positivamente en el nivel de adhesión.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE VÍA RÁPIDA DE CÁNCER DE PULMÓN

E. García Rodríguez, V. Leiro Fernández, M.L. Aballe Santos, A. Priegue Carrera, M. Botana Rial y A. Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro-EOXI Vigo. Instituto de Investigación Biomédica de Vigo.

Introducción: Dentro de los procesos de mejora de la calidad asistencial se incluye la valoración del grado de satisfacción de los usuarios de los servicios médicos. En este trabajo se realiza dicha evaluación en pacientes que se incluyen en el proceso asistencial del diagnóstico rápido de cáncer pulmón.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohortes en el que se incluyen todos los pacientes consecutivos vistos de forma ambulatoria en la vía rápida de cáncer de pulmón durante 1 mes. La evaluación se realizó el día del alta de dicha consulta específica mediante una encuesta cumplimentada por el paciente y/o familiares. El grado de satisfacción de cada ítem se valoró como "mal", "muy mal", "bien", "muy bien" y "excelente".

Resultados: Se incluyen 47 pacientes dentro de los cuales en 25 se llegó al diagnóstico de cáncer de pulmón. De forma global el grado de satisfacción fue alto ("excelente" y "muy bien") en el 97,8% de los pacientes. Teniendo en cuenta la valoración "excelente" y "muy bien" las áreas mejor valoradas fueron la amabilidad (97,8%), el grado de conocimiento y competencias (88,4%), la información recibida (87%) y la claridad de la misma (87%), la atención telefónica (85%) y la seguridad (82,6%). Las siguientes mejor valoradas fueron la limpieza y comodidad (78%), equipamiento (76%), dignidad (72%), disponibilidad (72%), duración del estudio (70%) y el tiempo dedicado en consulta (69%). Solo se obtuvieron valoraciones negativas en el tiempo de espera para entrar en consulta (11%), las señalizaciones (14%) y servicios complementarios (60%).

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes que acuden a una consulta de cáncer de pulmón es alto destacando su confianza en la información y grado de conocimiento del equipo sanitario así como en la atención telefónica y amabilidad. Solo una minoría de pacientes mostró insatisfacción con el retraso en consulta y las señalizaciones del hospital. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes evaluaron de forma negativa los servicios complementarios lo que constituye un punto susceptible de mejora.

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON EPOC, HIPERTENSIÓN PULMONAR Y ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES UTILIZANDO LA RELACIÓN ÍNDICE DE DESATURACIÓN DE OXÍGENO Y DISTANCIA RECORRIDA (DDR)

F. Burgos, X. Alsina, C. Gistau, I. Blanco y J. Roca

Hospital Clínic.

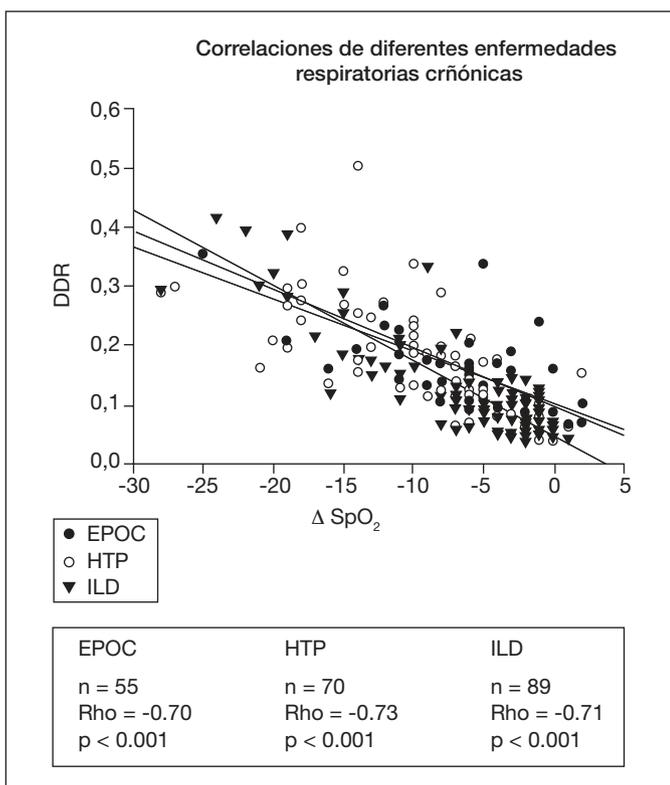
Introducción: La evaluación funcional de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (ERC) se ha vuelto cada vez más importante para su comprensión y tratamiento. La prueba de ejercicio cardiopulmonar y la prueba de caminata de seis minutos (6MWT), a través de sus variables aisladas, se han utilizado hasta ahora para esta evaluación con algunas limitaciones. El objetivo del presente estudio fue utilizar relación índice de desaturación de O₂ y la distancia recorrida (DDR), en la investigación clínica sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la hipertensión pulmonar (HTP), y las enfermedades pulmonares intersticiales (ILD), como una estimación de

la capacidad de ejercicio, así como para examinar el potencial que tiene el DDR en un análisis múltiple de la capacidad de ejercicio.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, incluyendo datos de pacientes que fueron evaluados en el Centro de Diagnóstico Respiratorio, Hospital Clínic de Barcelona entre octubre de 2014 y mayo de 2015. Dos ciento catorce pacientes fueron incluidos en el estudio (EPOC (n = 55), HTP (n = 70) y ILD (n = 89)). Se efectuaron pruebas de función pulmonar, 6MWT, grado de disnea utilizando la escala de Borg, la frecuencia cardíaca (FC) y SpO₂ y se obtuvieron cada minuto durante toda la prueba. Los cambios en la SpO₂ (Δ SpO₂) y los valores de la escala de Borg (Δ Borg) durante los 6MWT se calcularon restando los valores al inicio del estudio de los inmediatamente después de caminar 6 minutos.

	EPOC (n = 55)		HTP (n = 70)		ILD (n = 89)	
6MWT (m)						
FVC (% val ref)	0,32	0,016*	0,25	0,037*	0,22	0,035*
FEV1 (% val ref)	0,09	0,512	0,29	0,016*	0,09	0,415
FEV1/FVC	-0,64	0,641	0,33	0,006*	-0,07	0,525
DLCO (% val ref)	0,05	0,709	0,50	0,001*	0,33	0,002*
Δ HRR1 (segundos)	0,32	0,018*	0,10	0,428	0,42	0,001*
DDR						
FVC (% val ref)	-0,40	0,003*	-0,26	0,027*	-0,56	0,001*
FEV1 (% val ref)	-0,61	0,001*	-0,33	0,005*	-0,46	0,001*
FEV1/FVC	-0,42	0,001*	-0,35	0,003*	-0,24	0,023*
DLCO (% val ref)	-0,61	0,001*	-0,56	0,001*	-0,66	0,001*
Δ HRR1 (segundos)	-0,26	0,053	-0,36	0,002*	-0,25	0,018*

Los datos se presentan como mediana con su rango intercuartil. FVC: capacidad vital forzada; FEV1: volumen expiratorio forzado en el primer segundo; DLCO: capacidad pulmonar y transferencia de monóxido de carbono; Δ HRR: recuperación de la frecuencia cardíaca. *p < 0,05.



Resultados: Los resultados fueron los siguientes: La distancia 6MWT y el mínimo de SpO₂ en la EPOC fueron de 477m (390-519) y el 89% (86-93), de 420m HTP (363-504) y 87% (81-92) y de 499m ILD (412-597) y 92% (87-95), respectivamente.

Conclusiones: El DDR es más informativo para el análisis múltiple de la capacidad de ejercicio asociado con desaturación de oxígeno y la consecuente sensación de disnea durante el ejercicio. Son necesarios más estudios para determinar el papel de la RDA en la predicción de la mortalidad, la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento en estas enfermedades respiratorias crónicas.

EVOLUCIÓN DE LA ADHERENCIA TRAS 9 AÑOS DEL DIAGNÓSTICO DE SAHS

M. Morales García¹, R. Hidalgo Carvajal¹, M.I. Alameda Sánchez², E. López Gabaldón¹, I. García San José¹ y J.I. García del Palacio¹

¹Hospital Virgen de la Salud. ²LindeHealthcare.

Introducción: Describir la evolución de una serie de pacientes diagnosticados de SAHS a los 9 años de iniciar el tratamiento con CPAP. Para ello se analizan las características morfológicas del paciente, la severidad inicial, la comorbilidad, la adherencia, la retirada de CPAP, la causa de dicha retirada y la supervivencia de esta población.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes diagnosticados de SAHS mediante poligrafía domiciliar de julio a diciembre de 2006. Se realizó una revisión de las historias clínicas, llamadas telefónicas para completar información y datos de adherencia en el portal Linde-Healthcare.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes -73,2% varones-, con una edad media de 50,19 años (desviación típica: 11,63). El Epworth inicial fue de 12 (desviación típica 4,61), índice de masa corporal fue de 33,33 y el IAH medio de 49 (desviación típica: 18,4). Las comorbilidades se resumen en la tabla. A los 9 años de iniciar el tratamiento con CPAP continúan 74 pacientes (66,1%) y abandonan 38 (33,9%), 37 por intolerancia y 1 por mejoría. De los pacientes a los que se retiró la CPAP fallecieron posteriormente 2. La adherencia del total de pacientes fue buena (ratio mayor o igual a 4 horas) en el 60,7% de los casos, regular (entre 2 y 4) en el 12,5% y mala (inferior a 2) en el 26,8%. Los pacientes que continuaron con CPAP presentan una adherencia buena en el 89,19%. En general se modificó la presión en 25 pacientes: en 22 se aumentó y en 3 se redujo. De los pacientes a los que se retiró la CPAP se volvió a reanudar en 5 pacientes, de los cuales sólo 1 permanece con CPAP en la actualidad.

Prof. Riesgo	HTA		Isquémica ACV		Tabaquismo		Diabetes		RGE					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
No	82	73	67	60	103	92	109	97	47	42	96	85,7	85	75,9
Sí	30	27	45	40	9	8	3	2,7	28	25	16	14,3	27	24,1
Ex									37	33				
Total	112		112		112		112		112		112		112	

Conclusiones: La mayoría de pacientes son varones. Las mujeres tienen mayor proporción de continuidad en el cumplimiento con CPAP. Ambos presentan un SAHS moderado-grave, la comorbilidad más frecuente fue la HTA. Se han retirado casi un tercio de las CPAP, sobre todo por intolerancia. Los pacientes que continúan presentan un buen cumplimiento en general. Se deberían establecer estrategias para disminuir el número de abandonos. Los resultados del estudio demuestran que se optimiza adecuadamente el uso de la CPAP por la alta adherencia de los pacientes que la utilizan.

EVOLUCIÓN PONDERAL EN PACIENTES SHAS CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL SUPERIOR A 25 Y ADAPTACIÓN A CPAP NASAL

L. Pareja Hernández

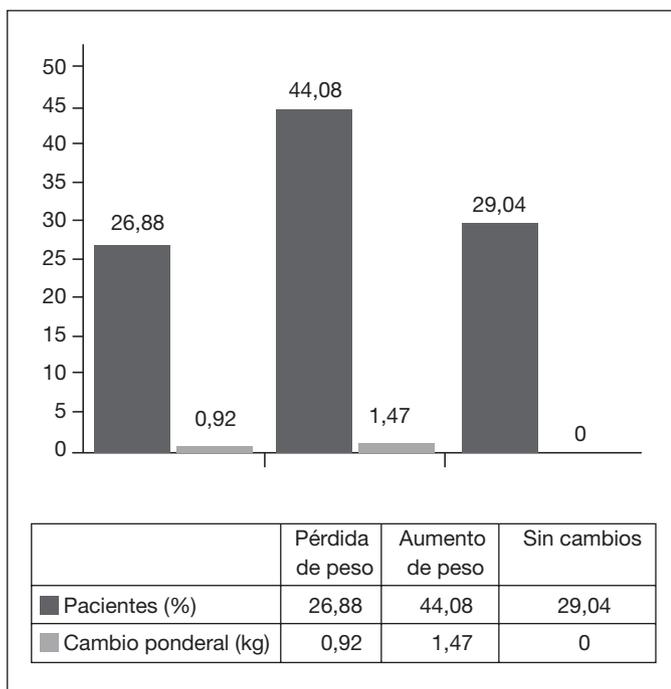
Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: El síndrome de apnea-hipoapnea del sueño es una enfermedad muy prevalente en la población en general. Entre las alternativas terapéuticas, la ventilación no invasiva con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es el tratamiento de elección, y en segundo lugar la pérdida de peso, puesto que es uno de los factores de riesgo más importantes, por lo que una vez adaptado el paciente al dispositivo nasal, la pérdida de peso resulta una medida terapéutica de primera línea.

Material y métodos: Estudio descriptivo trasversal. Se estudiaron 115 pacientes vistos en consulta de enfermería seguimiento SAHS entre enero y octubre de 2015, aleatorizados según orden de llegada. Variables dependientes: adaptación a cpap y utilización de 4-6 h diarias de sueño. Índice de masa corporal (IMC) mayor de 25. Variables independientes: sexo, edad, peso, talla, IMC, pérdida de peso, aumento de peso (en kilos). Criterios de inclusión: pacientes adaptados a cpap y un IMC superior a 25. Criterios de exclusión: pacientes no adaptados y con normopeso.

Resultados: 93 pacientes entraron en el estudio, 71 (76,3%) eran hombres y 22 (23,6%) mujeres, con un promedio de edad de 57,36 años y un índice de masa corporal medio de 32,21. El 31,18% tenían sobrepeso y el 67,74% eran obesos. Todos utilizaban cpap nasal diariamente una media de 6,65 h. de sueño y referían adaptación completa. El 26,88% perdieron peso una media de 0,92 kg desde que se les prescribió cpap (3 meses), 29,04% no modificaron peso y el 44,08% ganaron peso con una media de 1,47 kg.

Conclusiones: Se observa un estancamiento en la evolución de la disminución de IMC como medida terapéutica. El mayor porcentaje de pacientes adaptados a cpap ganaron peso y en menor proporción lo perdieron, aunque la cantidad en kg no sea muy significativa en ninguno de los dos. Se evidencia que no se está cumpliendo la recomendación de pérdida de peso como opción terapéutica de primera magnitud. Por tanto es necesario crear nuevas estrategias que favorezcan el cumplimiento de esta terapia.



IMPACTO ASISTENCIAL DE UNA NUEVA CONSULTA MONOGRÁFICA DE OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA

P. Carmona Arias¹, L.F. Casas Méndez², M. Cervera del Pino¹ y F. Barbe Illa^{1,2}

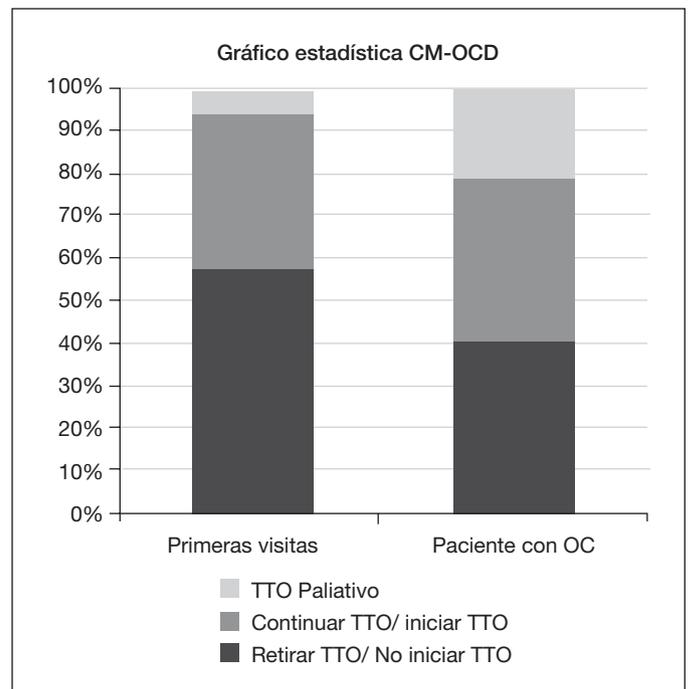
¹Hospital Universitario de Santa María. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

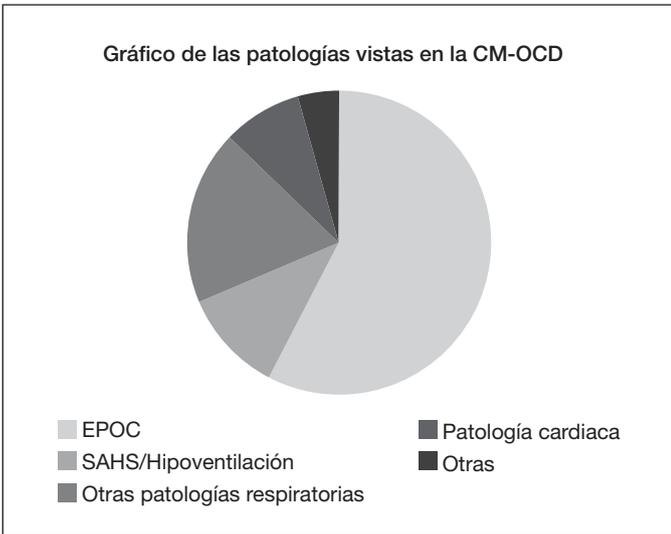
Introducción: Según estadísticas del Observatorio de Terapias Respiratorias Domiciliarias de la Generalitat, hasta diciembre de 2013 la provincia de Lleida tenía la tasa de prescripción de oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) más elevada de Cataluña, muy por encima de las cifras esperadas para las características de la población.

Objetivos: Evaluar el impacto de una consulta monográfica de OCD (CM-OCD) sobre la tasa de prescripción en la Región Sanitaria de Lleida.

Material y métodos: A partir del registro del CatSalut se obtuvo una cohorte de 1236 pacientes con prescripción activa de OCD hasta el 11/04/15. En la CM-OCD se realizaron: valoración conjunta, educación sanitaria, gasometría arterial basal, espirometría, cooximetría y revisión de las indicaciones y del cumplimiento terapéutico, según la Normativa SEPAR de 2014 (Ortega Ruiz et al. Arch Bronconeumol. 2014;50:185-200). Se han analizado los resultados a partir de una base de datos específicamente diseñada para el seguimiento de la OCD dentro de la historia clínica electrónica.

Resultados: Desde el 08/05/14 se han evaluado 331 pacientes con una media de 76 ± 13,5 años, de los que el 15,7% correspondían a primera valoración (PV-OCD). De los 279 con OCD previa, a un 38,4% se le retiró por indicación inadecuada y se renovó indefinidamente a un 21,50% con indicación paliativa (IP-OCD): pacientes institucionalizados con dificultades de desplazamiento, seguimiento por el PADES, cáncer avanzado, etc. De los 52 pacientes derivados para PV-OCD se inició tratamiento en un 63,5% (en un 5,8% por IP-OCD). La principal causa de prescripción de OCD fue la insuficiencia respiratoria crónica por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 57,6%. La media de PaO₂ y de volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) en los pacientes con EPOC y OCD retirada fue 74 ± 8,6 mmHg y 44 ± 17,6%, respectivamente. En los pacientes con OCD de nueva prescripción o renovada fue 58 ± 9,5 mmHg y 35 ± 16,0%, res-





pectivamente. En el caso de las IP-OCD la PaO2 media fue 58 ± 12,6 mmHg. De todos los pacientes evaluados, el 4,2% continuaba fumando.

Conclusiones: En la región sanitaria de Lleida se identificó una significativa prescripción inadecuada de la OCD. La implantación de la CM-OCD ha permitido la retirada de un 38,3% de prescripciones inadecuadas según la Normativa SEPAR. Menos de un 5% de los pacientes mantenía el hábito tabáquico a pesar de la OCD.

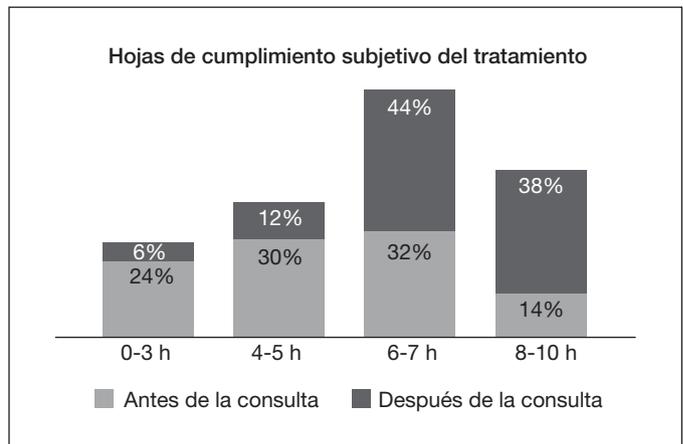
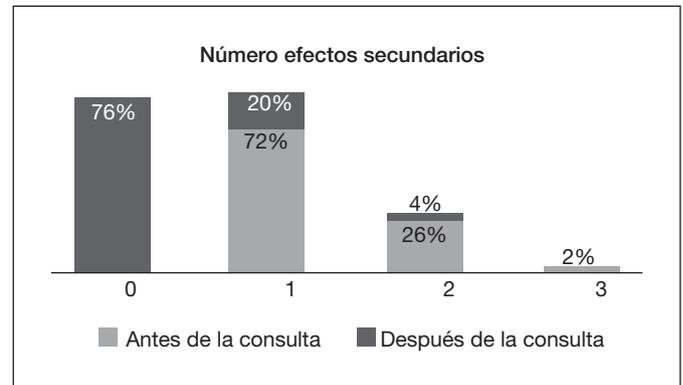
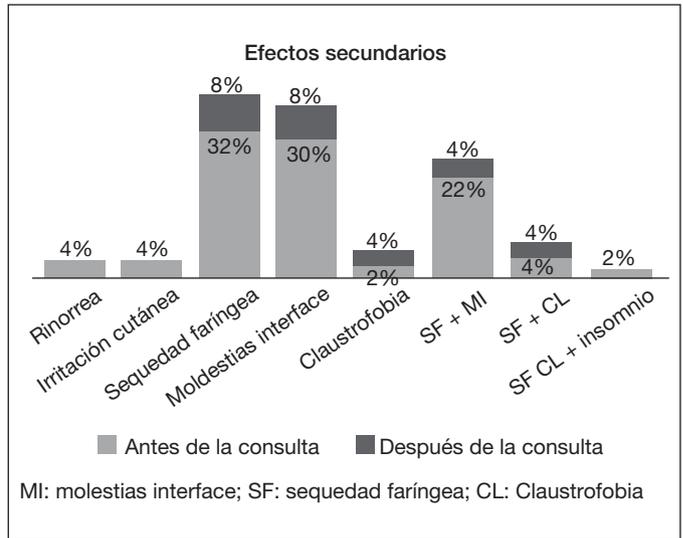
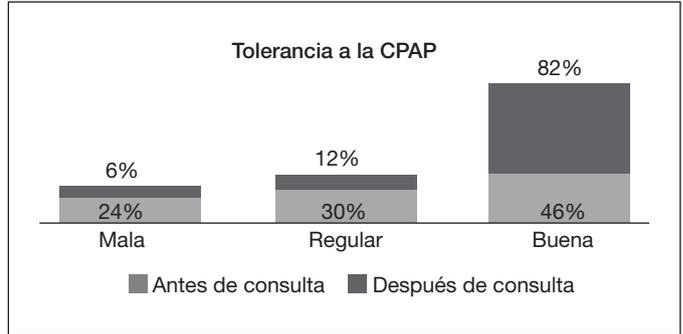
IMPACTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA INICIACIÓN DE TRATAMIENTO CON CPAP

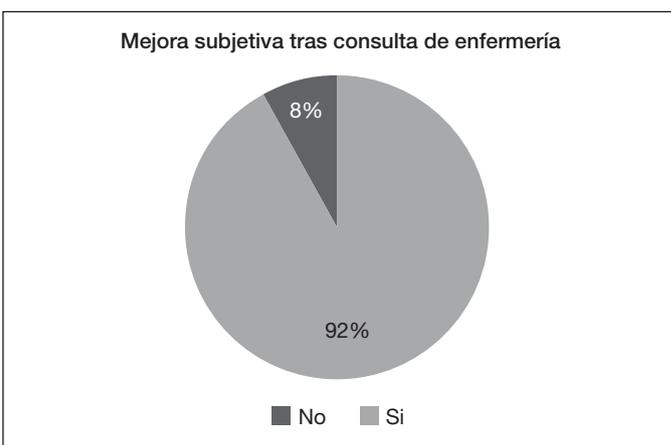
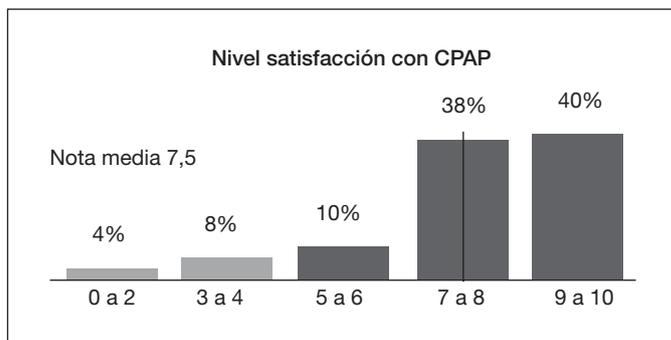
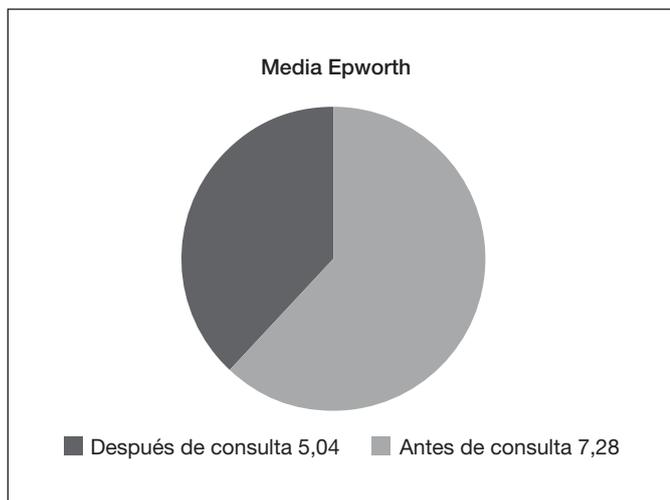
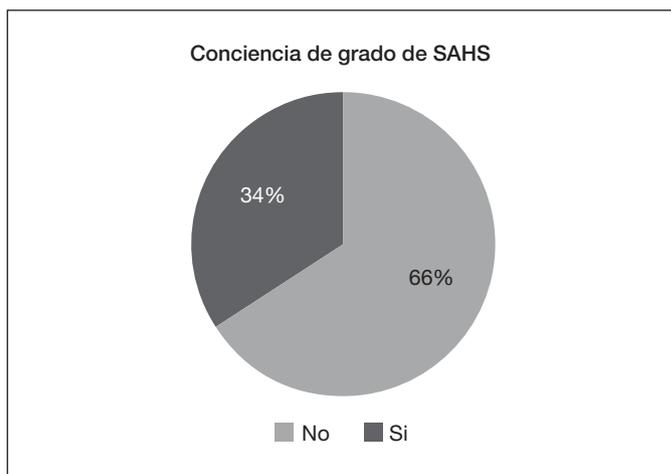
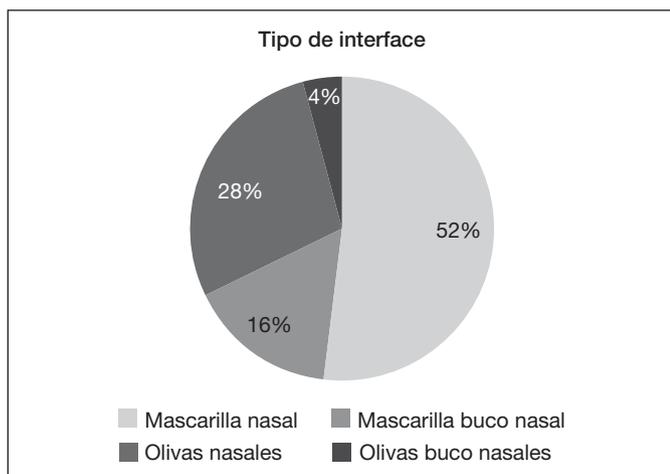
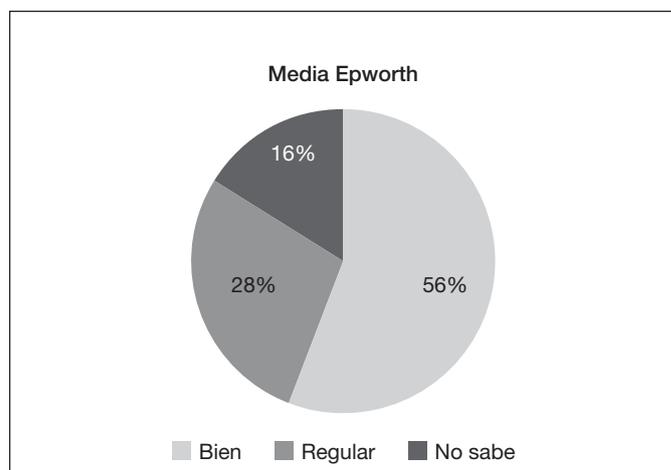
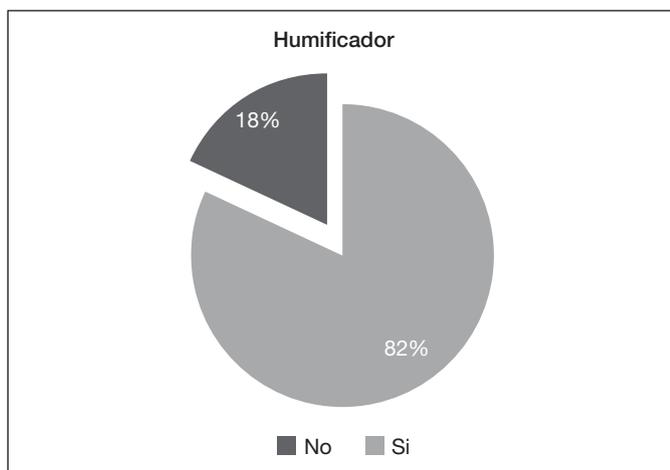
A. Albalat Rodríguez, E. Mañas Baena, A. Jaureguizar Oriol, M.T. Salazar López y P. Pérez Manzanares

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: El síndrome de apnea hipoapnea del sueño (SAHS) es una enfermedad muy prevalente, afecta entre un 3-6% en la población general, ocasiona deterioro de la calidad de vida, se acompaña de importante comorbilidad cardiovascular y puede incrementar la mortalidad. En este contexto, resulta imprescindible el papel de la enfermería especializada en esta patología, para garantizar una adecuada educación sanitaria al paciente y un buen soporte que facilite el cumplimiento de la CPAP en aquellos pacientes que lo requieran. Algunos estudios han mostrado que el cumplimiento al inicio del tratamiento es predictor del cumplimiento a largo plazo. Por este motivo, resultaría útil un seguimiento cercano del paciente en la primera etapa de tratamiento.

Material y métodos: El objetivo principal del estudio es valorar los beneficios de la intervención de enfermería en pacientes con SAHS, en la mejora del conocimiento de su patología y en la adaptación a la CPAP en una primera etapa de tratamiento. Estudio observacional prospectivo. Se estudió a pacientes con SAHS, valorados en la consulta de Enfermería al mes de iniciar tratamiento con CPAP, comparando su situación inicial con la obtenida a través de consulta telefónica para evaluar los cambios obtenidos en la primera intervención. Las variables estudiadas fueron: edad, género, adherencia al tratamiento, efectos secundarios, tipo de interface, necesidad de humidificador, conciencia y grado de SAHS, mejora subjetiva tras la Consulta de Enfermería, número de efectos secundarios, índice de apnea hipoapnea (IAH), Epworth y nivel de satisfacción con CPAP. Las variables son descritas mediante medidas de posición de tendencia central y variaciones porcentuales, apoyados por gráficos.





Resultados: Se han estudiado 50 pacientes, 32 (64%) varones y 18 (36%) mujeres desde marzo 2015-octubre 2015. La mediana de edad resultó en 62,5 años (rango 53). La mediana del IAH de los pacientes valorados fue 35,3 (rango 97,4). Tras la consulta de enfermería, la escala de Epworth disminuyó en un 31%, la tolerancia aumentó un 78%, los efectos secundarios desaparecieron en 76% de los casos y el 56% tiene adecuada conciencia de SAHS.

Conclusiones: La Consulta de Enfermería de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño tiene un gran impacto positivo en el conocimiento del SAHS y en la adaptación a la CPAP, en pacientes que han

iniciado recientemente tratamiento con este dispositivo, incrementando la posibilidad de un buen cumplimiento y control de la enfermedad a largo plazo.

IMPACTO DE LAS NUEVAS TICS (TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN) EN LA ASISTENCIA DEL PACIENTE RESPIRATORIO

N. Rodríguez Valdivia¹, N. Angrill Selles¹, D. Aisa Carpio¹, I. Amo Mora², J.L. Cisneros Antó¹, M.D. Navarro Rubio³, P. González Flores⁴ y P. Rubinstein Aguñín¹

¹Hospital General de Catalunya. ²Facultad de Psicología. Universitat Oberta de Catalunya. ³Universidad Internacional de Catalunya. ⁴Institut Català de la Salut.

Introducción: El paciente respiratorio requiere seguimiento estrecho, con frecuentes modificaciones terapéuticas según su estado clínico, las cuales pueden generar dudas. Adoptar nuevas formas de seguimiento puede permitir que el paciente se involucre más en su salud, adecuar la asistencia a las necesidades reales, favorecer una mejor cumplimentación terapéutica, mayor satisfacción, así como disminuir costes asistenciales.

Objetivos: Valorar el impacto de implantar la utilización de TICS, (email y teléfono) en una consulta de Neumología (CCEE).

Material y métodos: En la visita de CCEE se ofreció al paciente la posibilidad de comunicarse con el equipo asistencial, vía teléfono y/o email. Se registró la comunicación vía email y telefónica durante noviembre de 2015. Todas las comunicaciones fueron analizadas por DUE y neumólogo, registrándose nombre del paciente, patología, edad, motivo y si la demanda del se solucionó o no, y por cuál vía (telefónica, mail, presencial).

Resultados: Fueron atendidos mediante TICS 36 pacientes (21 mujeres, edad media 50,5 años (23-83 años), de los cuales, 11 contactaron por teléfono y 25 por mail. Las patologías fueron: adenocarcinoma-1, asma-16, bronquiectasias-3, linfoma-1, EPOC-5, EPOC + nódulo pulmonar-2, EPOC + deshabitación tabáquica-2, sarcoidosis-1, Tumor-1, tos crónica-2, TBC-2. Los motivos de comunicación fueron: 10 por exacerbación, 19 por dudas sobre el tratamiento; 3 por información sobre pruebas (fibrobroncoscopia/EBUS), 2 por resultados de analítica, y 2 casos para consensuar el tratamiento con su médico de AP. A 10 pacientes se les resolvió la consulta por teléfono, evitando el desplazamiento al hospital; a 18 se resolvió por mail, 8 requirieron visita presencial y 2 de 8 se derivaron a urgencias. De las 36 consultas mediante TICS, 28 se resolvieron de manera no presencial, lo cual significa un ahorro económico en visitas de 700€/mes (25€ × 28 = 700€). Además, el tratamiento precoz de exacerbación podría evitar que los pacientes acudan a Urgencias, o a la consulta cuando la situación se agrava (ahorro adicional). A su vez, el aclarar dudas sobre el tratamiento farmacológico (vg, dosificación) puede significar una mejor cumplimentación terapéutica.

Conclusiones: El contacto rápido con el equipo asistencial es tranquilizador para el paciente, permite resolver dudas (disminuir ansiedad) antes de procedimientos, favorece la comunicación con AP, responde con celeridad a las necesidades de pacientes sin desplazarse ni esperar una cita, y disminuye la sobrecarga de agendas y ahorra dinero.

IMPACTO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON EPOC SOBRE LA PREVENCIÓN DEL REINGRESO (PROGRAMA APRENDEPOC)

N. Seijas¹, A. Folch², L. Macià³, C. Grané¹, I. Orts³, J. Aibar¹, C. Esquinas⁴ y C. Hernández¹

¹Hospital Clínic de Barcelona. ²Universidad Jaume I. ³Universidad de Alicante. ⁴Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: Las exacerbaciones en la EPOC, empeoran la calidad de vida y generan un elevado coste sociosanitario. Existe evidencia científica del impacto del tratamiento no farmacológico en la prevención de las exacerbaciones. El documento ATS/ERS (Am J Respir Crit Care Med. 2013) sitúa la educación terapéutica (ET) y la Rehabilitación como piezas clave en los Modelos de Atención Integrada. Los resultados de los ET son poco concluyentes.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la ET en la prevención de exacerbaciones, utilizando como material educativo el libro Controlando la EPOC (www.separ.es), en pacientes que ingresan por una exacerbación grave en comparación con el tratamiento convencional.

Material y métodos: Estudio de intervención controlado y aleatorizado (1:1) con seguimiento de 3m desde el alta hospitalaria. Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron. Dos hospitales universitarios: a) Hospital Universitario General de Castellón (ET exclusiva) y Hospital Clínic de Barcelona (ET como parte de un Servicio de Atención Integrada). Periodo de reclutamiento: 12 m. Valoración del paciente utilizando 5 dominios propuestos por la OMS (www.euro.who.int), al inicio y a los 3m. Intervención: Programa de 5 sesiones de ET grupales. Variables diana: Reingresos, visitas a urgencias y mortalidad. Los pacientes firmaron consentimiento informado.

Resultados: 186 pacientes (edad 73 ± 7, 86% man), fumador activo 19% y un índice de Charlson de 5 ± 2. Sin diferencias entre los grupos. La tasa de reingresos global a los 3 m fue del 25%, un 24% realizaron al menos una visita a los servicios de urgencias y un 4% fue exitos. Los pacientes del grupo intervención con ET exclusiva, presentaron un aumento de los ingresos hospitalarios (p = 0,018) respecto al grupo control. No se observó significación estadística con el resto de las variables. Los pacientes del grupo intervención del Modelo de Atención Integrada, tuvieron una disminución del número de visitas al Servicio de urgencias (p = 0,022) respecto al grupo control y además se modificó el patrón del ingreso siendo el 80% ingresos programados desde el domicilio a la unidad de hospitalización.

Conclusiones: El programa de ET por sí solo (sin un modelo de Atención Integrada), no tiene impacto en la utilización de recursos sanitarios a los 3 meses del alta. La evaluación propuesta por la OMS, es útil para la evaluación global de la EPOC.

Proyecto Beca SEPAR Área Enfermería (191/2013).

IMPACTO DEL USO DE ANESTESIA LOCAL EN LA GASOMETRÍA ARTERIAL. ESTUDIO OBSERVACIONAL

M.A Gimeno Peribañez¹, R. Cabestre², M. Alquezar³ y R. Badia⁴

¹SSIBE. ²Hospital Royo Villanova. ³Hospital de Alcañiz. ⁴Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: La punción arterial es la prueba básica para conocer el estado del intercambio de gases. Pero hay un punto en el que se presenta controvertida la utilización de anestesia local previa a la punción. Tanto los defensores de utilizarla como los que son partidarios de que no es necesaria, defienden sus posturas.

Objetivos: Valorar el impacto de la utilización de anestesia local previa a la gasometría en cuanto al dolor referido directamente por los pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional de tipo transversal multicéntrico, en 4 centros hospitalarios españoles. Los centros colaboradores en función de la metodología de la gasometría formarán los dos grupos de estudio: Grupo 1: pacientes provenientes de los centros en los que se utiliza anestesia local antes de la realización de la gasometría de manera habitual. Grupo 2: pacientes provenientes de los centros en los que no se utiliza anestesia local antes de la realización de la gasometría de manera habitual. Tras la gasometría se les pregunta-

rá al paciente por su grado de dolor valorado por dos escalas, EVA y numérica.

Resultados: Hasta la fecha, se han obtuvieron un total de 48 los pacientes, de los cuales eran 39 hombres (81,3%) y con una media de edad de 71 años. Un 27,1% eran fumadores activos, 56,3% ex fumadores y un 14,6% nunca había fumado. La clasificación de gravedad según la GOLD fue GOLD 0,1%, GOLD I, 5%, GOLD 2,14%, GOLD 3 un 18% y GOLD 4 8%. Del total de la muestra un 50% tenía oxigenoterapia continua. Y la media de índice comorbilidad de Charlson fue un 2,37 con DE 1,45. El uso de anestesia local, disminuye el dolor de la gasometría arterial, hallando una diferencia significativa en las 2 escalas utilizadas para medir el mismo. La media del grado de dolor del grupo donde se realiza anestesia previa fue de 0,63 en la escala numérica y de 0,59 en escala EVA, que comparado con la media del grado de dolor de los que no se realizó con anestesia obteniendo unos resultados de una media de 7,36 en escala numérica y 7,29 es escala EVA. Obteniendo una p significativa $p < 0,001$.

Conclusiones: El grado de dolor, referido por los pacientes en la punición arterial es menor con la utilización previa de anestesia.

IMPACTO EN EL CONTROL Y EXACERBACIONES ASMÁTICAS DE LA TELEMEDICINA PROMOVIDA POR ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN CONSULTAS JERARQUIZADAS DE NEUMOLOGÍA

C. Hortelano Ibáñez, A.M. Sarria Pentón, A. Aldazábal Muñiategui, M.I. Arrizubieta Basterrechea, R. Díez San Vicent, A. Acha Vizcargüenaga, A. Moyano Castilla, J.A. Valle Zurita, S. Dorado Arenas, A. Ballaz Quincoces, S. Pascual Erquicia, I. Urrutia Landa, A. García Loizaga, S. Pastor Espejo, O. Bronte Moreno, S. Rodríguez Pedrosa y L.V. Basualdo Martín

Osi Barrualde-Galdakao.

Introducción: El asma es una enfermedad crónica muy prevalente que afecta a pacientes de todas las edades, cuyo control es indispensable pero solamente se consigue en menos del 50% de los pacientes. Se ha constatado la clara evidencia del valor de la educación en el buen control de la enfermedad y la disminución de exacerbaciones, conociéndose asimismo que la exacerbación hospitalaria es 10 veces más costosa que la manejada de forma ambulatoria (Estudio Asma-cost).

Objetivos: Valorar el impacto en el control de la enfermedad y el manejo de las exacerbaciones del refuerzo educacional y contacto telefónico bidireccional realizado por parte de enfermería especializada en asma en las consultas de Neumología.

Material y métodos: El hospital de Galdakao cubre una población de 300.000 habitantes, disponiendo de consultas de Neumología monográficas en el hospital y otras 5 consultas jerarquizadas de Neumología en diferentes áreas, donde más del 50% de las consultas son dedicadas a la enfermedad asmática. En 2 de las consultas jerarquizadas se implantó desde 2011 un registro y refuerzo telefónico por parte de enfermería especializada en asma para mejorar el manejo y control del paciente asmático. El teléfono es utilizado de manera bidireccional por diversos motivos (tabla 1).

Tabla 1. Teléfono

Enfermería→Paciente	Paciente→Enfermería
Control entre revisiones	Dudas acerca del manejo de la enfermedad
Adherencia al tratamiento	Dudas acerca del tratamiento
Modificación del tratamiento o de escalón terapéutico	Dudas acerca del plan de autocuidado
Mal control	Exacerbación
Tras una exacerbación	

Resultados: Hay un total de 1244 pacientes registrados como asmáticos en estas 2 áreas de Neumología (tabla 2).

Tabla 2

	N (%)
Pacientes asmáticos registrados	1.244 (100%)
Sexo	
Hombre	562 (45,25%)
Mujer	680 (54,75%)
Edad	50,91 (± 21,39)
Tipo de diagnóstico	
Concluyente	1.038 (94,71%)
No concluyente	58 (5,29%)
Llamadas totales	3.600 (100%)
Repaso de pauta de tratamiento y plan de autocuidado	
Correcto	251 (97,29%)
Incorrecto	7 (2,71%)
Peak-flow	
Valor total	194,26 (± 228,30)
Cuestionario ACT (puntuación)	21,82 ± 14,70
Buen control (> 20)	221 (91,70%)
Mal control (< 20)	20 (8,30%)
Exacerbaciones (corticoterapia sistémica):	360
Urgencias del ambulatorio	39 (11,02%)
Urgencias del hospital	56 (15,82%)
Ingreso hospitalario	39 (11,02%)
Médico de Atención Primaria	140 (39,55%)
Consulta especializada de Neumología	75 (21,19%)
Plan de autocuidado	5 (1,41%)

Conclusiones: El contacto telefónico bidireccional y refuerzo educacional logran un buen control de la enfermedad asmática en la mayoría de los pacientes (91%). Estudios anteriores en nuestra área de influencia (en base a ACQ y guía GEMA) mostraban un buen control solamente en el 33% (Urrutia et al. Journal of asthma 2012;49:201-8). El plan de autocuidado e indicaciones telefónicas de aumento de inhaladores en la fase temprana de la exacerbación parece que disminuyen el número de exacerbaciones moderadas-graves, propiciándose si es necesaria la atención en consultas de Atención Primaria o Neumología y evitando la visita a urgencias o ingreso hospitalario.

IMPACTO POBLACIONAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA PROVINCIA DE VALENCIA. RESULTADOS

S.P. Lorenzo Montalvo, S. Toledano Gómez, J.I. Berraondo Fraile, A.M. López Vázquez, A. Aibar Díaz, A.L. Salcedo Patricio y E. Fernández Fabrellas

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La Comunidad Valenciana es la que muestra un mayor grado de desconocimiento sobre la EPOC en España (Arch Bronconeumol. 2012;48:308-15), por lo que son necesarias intervenciones divulgativas y de concienciación. La "Ruta de la Salud", puesta en marcha por nuestro hospital y realizada en 2014 y 2015 pretende promover hábitos saludables y realizar un screening de enfermedades prevalentes, entre ellas las respiratorias.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en los dos periodos de tiempo de la Ruta de la Salud: septiembre a noviembre 2014, y abril a noviembre 2015, abarcando un total de 93 municipios de la provincia de Valencia. Se realizó encuesta sobre salud respiratoria a la población y exploraciones básicas (espirometría, oximetría y cooxi-

metría). Analizamos datos demográficos, antecedentes de enfermedad respiratoria crónica (ERC), resultados de exploraciones y de la recomendación o no de seguimiento médico si se detectó ERC desconocida. Análisis estadístico: ANOVA y test t.

Resultados: Los municipios visitados suman 708.075 hab (27,8% de la provincia). Se realizaron 4.103 exploraciones a 2015 personas de 63,8 ± 14 años, IMC 27,5 ± 4,6 Kg/m², 72,7% mujeres, 13,2% fumadores activos. Solo 9,8% reconocían ERC (4,8% asma, 1,4% EPOC y 1,5% SAHS). De las 2015 espirometrías realizadas, 568 resultaron obstructivas (28%), siendo ésta la primera vez que se realizaba a 211 personas (37,1% de las obstructivas). De las 1815 personas que desconocían ERC, 476 (26,2%) tuvieron patrón obstructivo con valores medios de FEV1/FVC = 62,5 ± 13% (p < 0,001) y de FEV1 = 82 ± 17% (p < 0,001).

Conclusiones: Hemos detectado una importante proporción de personas con enfermedad respiratoria obstructiva no detectada hasta el momento entre la población que participó voluntariamente de los municipios que recorrió "La Ruta de la Salud".

INCREMENTO PONDERAL Y DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

P. Vaquero Lozano¹, S. Solano Reina¹, T. López Ruiz¹, R. Solano García-Tenorio², 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. Reino Unido.

Introducción: La ganancia ponderal es uno de los problemas más frecuentes del proceso de deshabituación tabáquica, y uno de los motivos de recaída. Diversos estudios demuestran que el abandono del tabaco genera un sobrepeso de entre dos y cuatro kilos.

Objetivos: Evaluar la ganancia ponderal en un grupo de fumadores que permanecen abstinentes 12 meses después de dejar de fumar y valorar su relación con el tratamiento utilizado.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, de octubre de 2014 a octubre de 2015. A todos los pacientes se les realizó Historia de Tabaquismo, se les dio recomendaciones higiénico-dietéticas e hicieron 7 visitas. Además del peso se determinaron las variables: sexo, edad, número de cig/día, edad de inicio, motivación, intentos previos, medición de CO y %CoHb y grado de dependencia. La manifestación verbal de abstinencia se confirmó mediante validación de CO en aire espirado.

Resultados: Obtuvimos una n de 102 pacientes, 49 (48%) varones y 53 (52%) mujeres. Con una edad media de 50,91 años. Presentaban un consumo medio de 22,5 cig/día. La media de edad de inicio al consumo fue de 15,77 años. El análisis de la dependencia física mediante test de Fagerström mostró una media de 7,3, la Escala Analógica Visual se situaba en 8,09 puntos, la coximetría en 17 y la carboxihemoglobina 3,29. En cuanto a los intentos previos habían realizado una media de 1,7. En relación al peso medio obtuvimos los siguientes resultados: Peso total inicio 73,17 Kg, peso final 76,19 Kg, diferencia media 3,01 Kg. Peso inicial hombres 73,39 Kg, peso final 76,45 Kg, diferencia media 3,04 Kg. Peso inicial mujeres 73,17 Kg, peso final 76,18, diferencia media 3 Kg. Los pacientes realizaron tratamiento con: bupropion 5, comp nicotina 6, parches + comp 7, parches 24, chicles nicotina 3, vareniclina + comp 3 y vareniclina 54. En cuanto al aumento de peso y la medicación: con bupropion 2,01 Kg.; comp 3,21 Kg; parches comp 3,76 Kg; parches 2,48 Kg; chicles 3,09 Kg; vareniclina + comp 3,45 Kg y con vareniclina 2,93 Kg de promedio.

Conclusiones: No se obtuvieron grandes diferencias al relacionar el promedio del incremento ponderal con el tipo de intervención ni con el sexo, aspectos recogidos también en anteriores estudios. Observamos que el menor aumento de peso se obtuvo con bupropion (2,01

Kg) y el mayor con parches + comprimidos (3,76 Kg). El incremento de peso, si bien es un hándicap más o menos importante a la hora de conseguir la abstinencia tabáquica, es moderado y se estabiliza con el tiempo.

OXIGENOTERAPIA PORTÁTIL EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

M.L. Aballe Santos, C. Represas Represas, A. Priegue Carrera, L. Souto Sayar, E. García Rodríguez y A. Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción: La aparición de los sistemas portátiles (oxígeno líquido-OL, y concentradores portátiles-CPO) en el escenario de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) plantea nuevos problemas técnicos, problemas clínicos relacionados con la selección de pacientes candidatos y económicos. El objetivo de este estudio fue conocer las características de los pacientes y el perfil de prescripción de OD portátil en el área sanitaria de Vigo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas y llamadas telefónicas a todos los pacientes con prescripción de algún sistema de OD portátil hasta mayo 2015. Se recogieron datos epidemiológicos, características de la prescripción, perfil de movilidad del paciente, realización previa de prueba de marcha de 6 minutos (PM6M), y datos facilitados por la empresa prescriptora Oximesa sobre el tipo de dispositivo prescrito y horas de cumplimiento.

Resultados: Se incluyeron 118 pacientes (12,5% del total de pacientes con OD), 72 (61%) varones, con edad media de 70 (13) años. Los tipos de dispositivos prescritos con mayor frecuencia son CPO (88,2%): Easypulse 35 (29,6%), Symplygo 23 (19,5%), Eclipse 14 (11,9%), Airset 6 (5,1%), Inogen OneG 4 (3,4%), Evergo 2 (1,7%), MD 2 (1,7%); y en 14 casos (11,8%) la prescripción era de OL. En 50 pacientes (42,4%) la indicación era para mantener la OD durante las 24h, y en 46 (39%) se prescribió como O2 para deambulación. La PM6M se había realizado en 67 pacientes (56,8%), demostrando desaturación en 60 de ellos (50,8%). Las horas de uso medio de estos dispositivos era de 2,4 (3,9) horas/día, con una mediana de 1,2 horas, pero con un 46% de los casos con consumo inferior a 1 h al día. 68 pacientes (57,6%) tenían un consumo de concentrador estacionario inferior a las 16 horas/día recomendadas. 35 (30%) de los pacientes con esta prescripción de sistema portátil de O2 no realizan actividades habituales fuera del domicilio (sólo salidas puntuales para ir a consultas médicas, a domicilios de otros familiares, o desplazamientos dentro de una residencia).

Conclusiones: 1. Un número significativo de pacientes con OD tiene algún sistema portátil, la mayoría CPO, y se prevé un incremento progresivo. 2. La prescripción no es adecuada en muchos casos por no realizar actividades habituales fuera del domicilio y el cumplimiento es insuficiente en un gran número de ellos. 3. Es necesario el control de estas terapias para contener el gasto asociado.

¿POR QUÉ NO VUELVE A LA CONSULTA UN FUMADOR?

M.V. González Dou y S. Arranz Alonso

Consorci Sanitari Integral. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Introducción: Tomar la decisión de dejar el tabaco es difícil y necesita el apoyo de todos. Un número no despreciable de pacientes no vuelve a la consulta de deshabituación tabáquica después de realizada la primera visita. El objetivo de este estudio es averiguar si existe alguna característica que permita predecir los abandonos precoces (no acudir a la tercera visita) en la consulta de deshabituación tabáquica.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes atendidos en consulta de enfermería especializada en deshabituación tabáquica los primeros 6 meses del año 2015. Los pacientes provienen de las consultas externas del hospital, de las consultas de especialista del CAE, de los ABS así mismo los trabajadores de los centros pertenecientes al Consorci Sanitari Integral (Baix Llobregat). Se revisa las siguientes variables: N.º paq/año, años de fumador, patologías previas, intentos previos de deshabituación, Test de motivación (Richmond), Test de dependencia (Fagerström), cooximetría y grado de tabaquismo.

Resultados: Se incluyen en el estudio 62 pacientes: 30 hombres (48,38%) y 32 mujeres (51,62%). No acuden a revisión programada después de la primera visita 36 (58,06%) pacientes, 20 hombres (32,25%) y 16 mujeres (25,80%). Los pacientes que abandonaron consumían una media de 45,47 paq/año, llevaban 34,52 años de media fumando. El 22,22% no presentaban ninguna patología, el 19,44% presentaba patología respiratoria y el 11,11% patología psiquiátrica. 18 (50%) de los pacientes habían realizado > 4 intentos. Tenían una media de 6,41 en el test de Fagerström y 7,16 en el test de Richmond. En relación al grado de tabaquismo era muy alto en 20 (55,55%) de los pacientes y alto en 10 (27,77%) de ellos.

Conclusiones: Los hombres abandonan en mayor porcentaje que las mujeres. El grado de tabaquismo en los pacientes que abandonan era muy alto o alto (83,33%). El 22,22% no presentaba ninguna patología. El consumo de paq/año era elevado. Creemos que la motivación en la primera visita necesita de un apoyo de nuestra parte. Estos resultados nos incitan a realizar un estudio más profundo, con un seguimiento de estos pacientes.

PROBABILIDAD PRE-TEST DE METACOLINA POSITIVA ANTE UN FENO POSITIVO

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

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción: La última guía GEMA 4.0 establece que el diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha pero debe confirmarse mediante pruebas objetivas, habitualmente, pruebas de función respiratoria. En el reciente algoritmo es diagnóstico de asma, entre otras, una prueba de broncoconstricción positiva. Un FENO > 50 ppb también se considera diagnóstico de asma aunque si la prueba de broncoconstricción es negativa habría que considerar la posibilidad de otros diagnósticos.

Objetivos: Conocer la probabilidad de que ante un FENO positivo, la prueba de broncoconstricción también vaya a ser positiva y si tiene relación con sensibilización a neuroalérgenos.

Material y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva las pruebas de broncoconstricción realizadas con metacolina en el laboratorio de pruebas de función respiratoria de nuestro centro entre los meses de mayo a noviembre/15. Variables estudiadas: edad, sexo, servicio de procedencia, valor del FENO (expresado en ppb), metacolina y sensibilización medido por prick-test o RAST. Los datos se introdujeron en tabla Excel realizándose análisis de los datos con el programa SPSS v.19.0.

Resultados: 72 pruebas de metacolina. 46 mujeres y 26 varones. Edad media: 51,43 años (DE: 18,63) (rango: 9-82 años). 10 pacientes provenían del Servicio de Alergología. El resto fueron solicitadas por el Sº Neumología. En 3 casos la metacolina fue negativa y el FENO positivo (FENO medio: 57,8 ppb). En 10 casos el FENO y la metacolina fueron positivas (FENO medio: 102,2). En este subgrupo las pruebas de sensibilización fueron positivas en el 50% de los pacientes aunque no se

realizaron en un 30%. En 26 la metacolina fue positiva y el FENO negativo (FENO medio: 27,3). Finalmente, en 33 casos el FENO y la metacolina fueron negativos (FENO medio: 24,6). En este último grupo no se hicieron pruebas de sensibilización en el 60,6% de los casos. No encontramos diferencias entre sexo y positividad de metacolina y FENO. De los pacientes con FENO positivo, todos los pacientes con metacolina negativa tuvieron valores de FENO < 70 mientras que los que tenían metacolina positiva el valor de todos, menos 1, fue > 70 ppb. No encontramos relación entre valor de FENO y pruebas de sensibilización positivas.

Conclusiones: No encontramos un valor de FENO a partir del cual pudiéramos determinar la probabilidad de que la metacolina fuera positiva. No obstante, los pacientes con valores de FENO > 70 ppb suelen tener una metacolina positiva.

PROGRAMA DE GESTIÓN COMPARTIDA ENTRE UNIDAD DEL SUEÑO Y ATENCIÓN PRIMARIA DEL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

M. Piñar Fernández¹, E. Ramírez Prat¹, D.R. Monserrate Mitchell¹, M. Bullich Ramón¹, A. Galera Inverno¹, I. Arranz Cardaba¹, H. Espuela Muñoz¹, N. Martínez López¹, M. Montaña Peironcely¹, L. Urrelo Cerrón¹, L. Vigil Giménez¹, E. Bellerino Serrano², J.M. Bonet Simó², E. Monsó Molas¹ y M.J. Masdeu Margalef¹

¹Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. ²Institut Català de la Salut. SAP Vallès Occidental.

Introducción: SAHS, enfermedad de elevada prevalencia y morbimortalidad lo que sitúa a la enfermedad como una carga elevada para la sanidad pública. El enfoque de la patología como un proceso crónico obliga a los sistemas sanitarios a replantear el modelo organizativo actual, centrado únicamente en la Unidad del Sueño y trabajar en una red de profesionales de diferentes niveles asistenciales. El Hospital de Sabadell, con una Unidad del Sueño Multidisciplinar, realiza 1.000 estudios/año por sospecha de SAHS. En 2014 un 77% confirmaron el diagnóstico de SAHS y un 70% iniciaron CPAP siendo los datos de actividad similar en el tiempo. Este elevado volumen de pacientes en tratamiento y que precisarán seguimiento a largo plazo comporta la necesidad de replantear el modelo asistencial. El objetivo fue implementar un modelo asistencial de gestión compartida entre Atención Especializada/Unidad del Sueño (AE) y Atención Primaria (AP) para el seguimiento a largo plazo de los pacientes con SAHS manteniendo la adherencia a CPAP de los pacientes derivados a AP.

Material y métodos: Selección de SAHS para seguimiento a largo plazo. Población: SAHS únicamente con medidas higiénico-dietéticas del sueño y SAHS con CPAP con un año mínimo de seguimiento en AE, buena adherencia y sin comorbilidades graves. Procedimientos. Consulta enfermería AP. Los pacientes se derivaron a AP para visitas sucesivas en consulta de enfermería con soporte médico/AP y consultoría online con AE. Base de datos. Gestión de los datos clínicos y emisión de informes semestral. Red profesional entre AE y referentes de la patología en AP. Formación específica profesionales AP. Se generó una guía clínica de manejo del tratamiento con CPAP y hoja de monitorización en las visitas. Consultoría online con AE (enfermería/médico) para reevaluar incidencias complejas de los pacientes derivados a AP.

Resultados: Período 2013-2015. (2013) implementación logística y formación profesionales. (enero 2014) primera derivación de pacientes (junio 2014-diciembre 2015) visitas seguimiento AP (tabla 1). Datos demográficos y clínicos (tabla 2). Consultoría online. Al año del seguimiento en enfermería AP se realizaron 31 interconsultas a enfermería AE, únicamente 6 por baja adherencia a CPAP.

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos de la población (n = 1.214)

Género	951 (78.3%) hombres, 263 (21.7%) mujeres
Tabaquismo	
No fumadores	458 (37.7%)
Activo	260 (21.4%)
Exfumadores	496 (40.8%)
Profesión de riesgo	72 (5.9%)
Edad (años)	64,7 ± 13,1
Índice masa corporal (kg/m ²)	33,22 ± 5,75
Estudio Sueño	
Pulsioximetría	29 (2,4%)
Poligrafía Respiratoria	991 (81,6%)
Polisomnografía convencional	110 (9,1%)
Desconocido	84 (6,9%)
Gravedad del SAHS (eventos/hora)	47,1 ± 23,2
SAHS leve (IAH ≤ 15)	6,4%
SAHS moderado (IAH 16-30)	21,4%
SAHS grave (IAH > 30)	72,2%
Tratamiento del SAHS	
Medidas higiénico-dietéticas	45 (3,7%)
CPAP	1.132 (93,2%)
APAP	36 (3,1%)
Horas cumplimiento CPAP (derivación AP)	6,48 ± 1,52
Comorbilidades asociadas	
HTA	52,9%
Diabetes mellitus	17,9%
Cardiopatía Isquémica	10,9%
Ictus	3,1%
EPOC	5,1%
Asma	3,5%
Período seguimiento Unidad Sueño (años)	6,2 ± 3,8

Datos mostrados como media ± desviación estándar.

Tabla 2. Consultas realizadas desde Atención Primaria a la Unidad del Sueño (n = 31)

Gestión agendas (7)	Síntomas de la enfermedad (4)	Manejo tratamiento (6)	Efectos secundarios CPAP (8)	Cumplimiento CPAP (6)
Dudas en periodicidad del seguimiento en AP (1)	Somnolencia (2)	Solicitud de revaloración tratamiento a petición de ORL (1)	Aumento somnolencia diurna (2)	Bajo cumplimiento CPAP (4)
Seguimiento en centro privado por decisión propia del paciente (2)	Aumento de peso (1)	Dudas manejo CPAP (humidificador, contador) (3)	Aumento peso (3)	Retirada de CPAP, bajo cumplimiento (2)
Revaloración del caso por no visita en la Unidad del sueño previa a la derivación (4)	Ronquidos (1)	Dudas con la presión de la CPAP (2)	Sequedad boca (1)	
			Insomnio (2)	

Consultoría enfermería Atención Especializada - Atención Primaria. 31 consultas; 23 con resolución online, 8 rederivaciones Unidad de Sueño. Rederivaciones Unidad de Sueño: 6 por adherencia CPAP, 2 por somnolencia.

Conclusiones: SAHS derivados a AP para seguimiento representan perfil de baja complejidad, diagnóstico por poligrafía respiratoria y comorbilidades no graves. El seguimiento de estos pacientes por enfermería AP con soporte de enfermería especializada permite mantener la adherencia al tratamiento.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC (UCCRA). PAPEL DE ENFERMERÍA

M.T. Gómez del Pulgar Murcia, R. Armenta Fernández, M.J. Checa Venegas, C. Trillo Civantos, I. Fernández Ormaechea, D. Sánchez Mellado, L. Álvarez Suárez y F. Villar Álvarez

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

Introducción: Las hospitalizaciones y los reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agravan la enfermedad y empeoran su supervivencia. Con el objetivo de mejorar el control y el manejo de la enfermedad, además de favorecer la autonomía en los autocuidados respiratorios se crea nuestra Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios (UCCRA) con asistencia domiciliaria.

Material y métodos: Estudio observacional de diez meses de duración en el que pacientes frágiles y agudizadores se incluyen en UCCRA tras un ingreso por exacerbación de EPOC. Al alta, enfermería informa al paciente del seguimiento que se realizará durante un mes con asistencia en domicilio y apoyo por vía telefónica y on line. En las primeras 24 horas se realiza la valoración domiciliaria del paciente (exploración física, constantes vitales, hábitos tóxicos, alimentación, eliminación, movilidad, sueño y estado de la piel), conciliación de tratamiento, revisión del cumplimiento del no farmacológico (oxigenoterapia, BiPAP, CPAP u otras medidas según cada paciente) y manejo de la terapia inhalada. La enfermera de enlace con Atención Primaria comunica la inclusión del paciente a su enfermera del Centro de Salud de referencia. En caso de empeoramiento, se actúa según el protocolo establecido, con apoyo del neumólogo de forma telefónica o presencial en el Hospital de Día.

Resultados: De los 290 pacientes dados de alta en el periodo de enero a octubre de 2015, se incluyeron en UCCRA 140. Los pacientes recibieron, de media, 5,1 visitas en su domicilio y 4,3 llamadas telefónicas. En un 10% se cambió del dispositivo inhalado por mala adherencia. En 72 pacientes se solventaron las incidencias del tratamiento no farmacológico (oxigenoterapia, BIPAP o CPAP). Se confirmaron y adelantaron citas a 124 pacientes. En 210 ocasiones se solicitó apoyo del neumólogo por vía telefónica. 55 pacientes fueron valorados en Hospital de Día (39,2%), no reingresando 41 de ellos (74,5%). Se recogieron 30 muestras de esputo para su cultivo. También se entregaron 33 recetas por cambios de tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Nuestra UCCRA con seguimiento domiciliario ha demostrado ser válida para favorecer los autocuidados del paciente con EPOC, mejorando el manejo de su enfermedad y evitando reingresos.

¿SE ADMINISTRA CORRECTAMENTE LA OXIGENOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN? PROPUESTA DE CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORA

G. Bellido Almagro, E.M. Madrid Clemente, S. Jiménez Ros, A.I. Quesada Peláez, R. Murcia Requena, S. Díaz Aznar, J.E. Fernández Caro, C. Elías Torregrosa, M.J. Velasco Jerez, A.T. Ríos Cortes y P.J. Menchón Martínez

Hospital General Universitario Santa Lucía.

Introducción: La terapia con oxígeno es muy habitual a nivel hospitalario. Está indicada en múltiples ámbitos no solo en Neumología. A pesar de presentar pocos efectos secundarios la posología debe personalizarse y realizar un control estricto para evitar la aparición de complicaciones graves. Para la enfermería de Neumología que atiende con frecuencia estas situaciones la oxigenoterapia tiene una impor-

tancia primordial. Por ello nos planteamos conocer la situación de la administración de oxigenoterapia en el servicio de Neumología así como en resto de servicios de Hospitalización y detectar situaciones problemáticas afecten a la atención del paciente, implementando medidas en su caso.

Material y métodos: De 229 pacientes ingresados en las 9 unidades de Hospitalización, se analizan todos los pacientes que en el momento de las mediciones tenían prescripción de oxigenoterapia (hasta 24h antes), resultando un total de 78 casos. Las fuentes de datos utilizadas son los registros de la historia clínica electrónica y la observación directa del paciente. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas de los sujetos de estudio y datos de las unidades en cuanto a ocupación servicio y dotación de personal. Se realiza estudio observacional y transversal de una tarde por evaluadores internos del cumplimiento de 4 criterios de calidad cualitativos dicotómicos proceso y de resultado. La dimensión estudiada es la científico-técnica.

Resultados: Se emplea SPSS 22.0 con chi-cuadrado variables cualitativas y t-Student para medias entre grupos. Hay diferencias por ingreso respiratorio NML/NoNml (χ^2 13,371, $p = 0,038$) y por servicio médico NML/NoNML (χ^2 43,200, $p < 0,001$). En cuanto a los indicadores no hay diferencias en el indicador 1.1 y 1.2 (registro en tratamiento médico) entre planta NML/NoNml, así como en el 4.2 (estado del dispositivo de oxigenoterapia) y 4.3 (estado del dispositivo de humidificación). Sin embargo obtenemos significación estadística importante en el indicador 2.1 (registro de enfermería) NML/NoNml (χ^2 31,656, $p < 0,001$), en el 2.2 (registro medico/enfermería) NML/NoNml (χ^2 42,937, $p < 0,001$), en el 3 (correspondencia prescrito/administrado) NML/NoNml (χ^2 4,523, $p = 0,033$) y en el 4 (administración tratamiento) NML/NoNml (χ^2 4,348, $p = 0,037$).

Conclusiones: La administración de oxigenoterapia se realiza con mayor calidad en el servicio de Neumología en comparación con el resto de servicios de Hospitalización observándose las mayores diferencias en los registros de enfermería y en el cumplimiento de la terapia prescrita.

SEDACIÓN, TOLERANCIA Y COMPLICACIONES DE LA PUNCIÓN TRANSBRONQUIAL CON ECOBRONCOSCOPÍA LINEAL (EBUS)

C. Blasco, M.L. Castillejos, M.J. García, M.M. Martínez, E.M. Bote, A. Molina, W. Almonte, J. Jiménez, P. López, J. Cruz, S. García y A. Núñez

CHUA.

Introducción: Conocer la técnica de sedación utilizada para la realización de EBUS en nuestra unidad desde 2012 hasta octubre de 2015, las complicaciones y tolerancia del procedimiento. Analizar su relación con la comorbilidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de todos los pacientes remitidos para la realización de punción transbronquial (PTB) con EBUS desde su implantación en nuestra unidad en 2012. La técnica fue realizada bajo anestesia local con lidocaína y sedación moderada (ASA) con midazolam, fentanilo y/o propofol por parte de un neumólogo y enfermera entrenados con colaboración de intensivista si se requería sedación más profunda o ventilación mecánica. Se realizó al menos una PTB. Registramos las características clínicas de los pacientes y las complicaciones del procedimiento. La tolerancia fue evaluada por el paciente al finalizar la prueba como mala, regular o buena. Análisis comparativo con prueba χ^2 y t Student.

Resultados: Estudiamos 252 pacientes, 76,6% varones, edad media 62,6 años DE 11,8 (26, 86). Utilizamos midazolam con una mediana 5 mg (P25-75: 4-7), se asoció fentanilo en 86,5%, mediana 0,08 mg (0.05 1) y propofol en 36,5% con mediana 10 mg (7, 13). Precisaron BIPAP 8 casos (3,2%) e IOT 3 de ellos (1,2%). Los pacientes fueron remitidos por Neumología en el 58,3%, 44,8% desde nuestro complejo hospitalario y

el resto de otros hospitales de nuestra comunidad autónoma. En 84,5% se realizó en régimen ambulatorio. Los pacientes presentan historia de tabaquismo en 76,2% (activo 36,5%) EPOC en 50%, HTA 36,1%, cardiopatía 19%, obesidad 11,2%, SAHS 9,1%, OCD 29% y neoplasia previa en 29%. La tolerancia fue buena en 91,7% y regular en el resto. Hubo complicaciones en 8,3%, todas leves: sangrado 0,8%, agitación 3,2%, tos 1,2%, broncoespasmo 1,6%, depresión respiratoria 1,6%. La obesidad fue el único factor relacionado con la presencia de complicaciones (21,4% vs 6,7%, $p = 0,008$), sobre todo agitación y desaturación. La BI-PAP se precisó en pacientes con comorbilidad respiratoria: OCD (15 vs 2,2%; $p = 0,002$), EPOC (5,5 vs 0,8%; 0,033), obesidad (10,7 vs 2,2%; 0,016), SAOS (21,7 vs 1,3%; 0,000).

Conclusiones: 1. La ecobroncoscopia es una técnica que puede realizarse con sedación moderada en pacientes con comorbilidad respiratoria y cardiovascular de forma ambulante sin intubación en la gran mayoría de los casos. 2. La PTB guiada por EBUS es una herramienta diagnóstica bien tolerada. 3. Las complicaciones fueron todas leves y más frecuentes en los pacientes con obesidad.

SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA TRAS LA REALIZACIÓN DE CRIOBIOPSIA Y BIOPSIA TRANSBRONQUIAL CONVENCIONAL EN UNA UNIDAD DE BRONCOSCOPÍA INTERVENCIONISTA

I. Sánchez¹, M. Gil¹, M. Ariza², A. Pando², A. Bango² y M. González¹

¹Área del Pulmón; ²Área del Pulmón. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: Comparar las manifestaciones clínicas, necesidad de ingreso hospitalario y complicaciones a las 24 horas de la realización de criobiopsia vs biopsia transbronquial (BTB) convencional por enfermería en una unidad de broncoscopia intervencionista.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 1 año de duración en el que a todos los pacientes que fueron sometidos a criobiopsia o BTB convencional se realizaba llamada telefónica a las 24 horas del procedimiento con un cuestionario que analizaba presencia de fiebre, dolor torácico, disnea o hemoptisis. También se analizó la presencia de neumotórax tras el procedimiento y la necesidad de ingreso hospitalario en menos de 24 horas, fallecimiento y si el procedimiento fue realizado de forma ambulatoria/hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, 60% varones, edad media 61,28 \pm 11,12 años. Se realizaron 28 criobiopsias y 12 BTB. 15 fueron realizados en pacientes hospitalizados y 25 de forma ambulatoria. Fueron diagnósticas el 60%. Complicaciones: 5 neumotórax (12,5%). Ningún paciente falleció. Las diferencias entre ambos grupos se muestran en la tabla.

Variable	BTB (n = 12)	Criobiopsia (n = 28)	p
Edad media	65,25 \pm 10,06	59,57 \pm 27	NS, $p = 0,141$
Realizados de forma hospitalaria	6	9	NS, $p = 0,311$
Fiebre	0	2	NS, $p = 1$
Dolor torácico	2	1	NS, $p = 0,209$
Neumotórax	1	4	NS, $p = 1$
Prueba diagnóstica	4	20	$p = 0,031$
Ingreso en las primeras 24 horas	0	3	NS, $p = 0,540$

Conclusiones: La criobiopsia no presentó aumento de complicaciones respecto a la BTB convencional. La rentabilidad diagnóstica de la criobiopsia fue superior a la BTB convencional. El seguimiento telefónico mediante un cuestionario podría ayudar a detectar precozmente complicaciones relacionadas con la técnica.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

J.A. Piña Fernández¹, A. Mochón Doña¹, A.M. Escribano Dueñas² y J.J. Cebrián Gallardo²

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

Introducción: El oxígeno fue el primer tratamiento que demostró aumentar la supervivencia en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La OCD está indicada en pacientes con EPOC y PaO₂ en reposo \leq 55 mmHg o PaO₂ en reposo entre 56 y 59 mmHg con evidencias de hipertensión pulmonar crónica o policitemia. El objetivo del estudio es conocer la situación actual de la OCD en el ámbito de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se ha medido la prevalencia de pacientes que a fecha 31 de octubre de 2015 estaban con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). Hemos diferenciado según el tipo de fuente de oxígeno que tiene el paciente en domicilio. Los datos han sido obtenidos de la base de datos de la empresa suministradora de terapias respiratorias domiciliarias mediante el programa informático de gestión de tratamientos puesto a disposición del hospital.

Resultados: Concentrador de oxígeno 469; pacientes oxígeno botella: 12 pacientes; oxígeno líquido: 77 pacientes; oxígeno portátil (botella pequeña + concentrador portátil) 107 pacientes.

Conclusiones: La fuente de oxígeno más usada es el concentrador de oxígeno y la que menos la botella de oxígeno al igual que en la mayoría de los hospitales de la zona. Hay un nuevo equipo de concentrador portátil para dar mayor autonomía a los pacientes para deambulación, pero todavía son pocos los pacientes que lo tienen y los tenemos englobados en el apartado de oxígeno portátil.

TELE-ENFERMERÍA. LA HIPERTENSIÓN PULMONAR AL ALCANCE DE TODOS

R. Badia Royes, M. Hueso Cuberos, M.M. Sevillano Lalinde, A.A. Vidal López, P. García Bastida, B. Siles Pallejá, T. Torro Biosca, L. Borrás Español y A. Román Broto

Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) se define por la OMS como una enfermedad grave o de invalidez crónica. En la actualidad afecta a 1600 pacientes en todo el país. Durante los últimos años se han producido importantes avances en el diagnóstico y el tratamiento que han conseguido una mejora significativa de la supervivencia y de la calidad de vida. Es Enfermería la encargada de aplicar los procesos de aprendizaje y de consolidación, llevando a cabo la educación, apoderamiento y evaluación del paciente en lo referente a al manejo de su enfermedad y manipulación segura del fármaco en la clase funcional III y IV de la enfermedad. Tratándose de una enfermedad rara y atendiendo a la amplia zona de influencia del que nuestro hospital es referente, vimos la necesidad de facilitar al paciente y a profesionales de otras áreas asistenciales las recomendaciones adecuadas y seguras sobre una enfermedad poco conocida y sobre un tratamiento endovenoso de alta complejidad. Todo ello de una manera fácil aplicando un código QR a la tarjeta del paciente para acceder desde cualquier móvil a la información.

Objetivos: Mejorar la accesibilidad a la información del paciente, cuidador u otros profesionales de salud en cualquier momento o lugar.

Material y métodos: Asignar a todos los pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización de Neumología con diagnóstico de Hipertensión Pulmonar en clase funcional III y IV con epopostrenol endovenoso una tarjeta identificativa con dos códigos QR sobre manejo de la enfermedad y tutoriales sobre preparación del fármaco. Durante el

ingreso se apodera al paciente en los cuidados y le añadimos en su móvil y en los de los familiares las aplicaciones necesarias de uso de código QR.

Resultados: Mejora la accesibilidad a la información por parte de otros profesionales de Salud. Ofrece un recurso de apoyo al paciente para poder actuar en situaciones de emergencia.

Conclusiones: La incorporación de las nuevas tecnologías a la asistencia sanitaria garantiza el continuo asistencial y la seguridad de los pacientes que atendemos. Mejora los resultados coste-eficiencia evitando intervenciones sanitarias innecesarias.

TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN LA EPOC ESTABLE: ANÁLISIS DE LOS DATOS ANDALUCES DEL ESTUDIO EPOCONSUL

J. Huertas Martínez¹, F. Castellano Miñán², B. Alcázar Navarrete² y O. Ruiz Rodríguez²

¹Gasmedi Healthcare. ²Hospital de Alta Resolución de Loja.

Introducción: las terapias respiratorias domiciliarias (incluyendo a la oxigenoterapia domiciliaria-OCD y la ventilación mecánica domiciliaria- VMNI) son una medida terapéutica de utilidad contrastada en la EPOC. Se desconoce el porcentaje de pacientes con EPOC valorados en C.E. de Neumología que siguen estos tratamientos así como su distribución en fenotipos.

Material y métodos: EPOCONSUL es un estudio observacional multicéntrico nacional encaminado a realizar una auditoría de historias clínicas retrospectiva de pacientes con EPOC estable atendidos en una consulta de neumología. Se realiza un estudio observacional trasversal, con reclutamiento prospectivo de casos a lo largo de 12 meses (junio 2014-junio 2015) realizado en 62 centros de España. Se han extraído los datos de los centros del ámbito Neumosur para su análisis, analizando si existen diferencias en la prescripción de terapias respiratorias domiciliarias o en la prevalencia de SAHS dependiendo del fenotipo clínico.

Resultados: El estudio EPOCONSUL incluyó a 13 centros del ámbito de Neumosur, que auditaron 926 historias clínicas de pacientes con EPOC, varones en el 91,5%, de los que el 57% fueron atendidos en consultas de neumología generales, con una edad media 70,0 \pm 9,33 años y un FEV1 medio del 50,7 \pm 17,8%. 167 pacientes (18,0% del total) tenían un diagnóstico previo de SAHS (21,9% de los agudizadores con bronquitis crónica, 5,6% de los agudizadores con enfisema, 13,2% de los ACOS y 16,2% de los no agudizadores). Un 26,5% de los pacientes recibía tratamiento con OCD y un 11,8% VMNI/CPAP domiciliaria. La prescripción de OCD y VMNI/CPAP era superior en el fenotipo agudizador con bronquitis crónica (49,1% y 14,9%, respectivamente) y agudizador con enfisema (44,1% y 11,1%), frente al fenotipo no agudizador (16,7% y 9,3%) y ACOS (17,6 y 4,4%) ($p < 0,0001$ para la OCD, $p = 0,145$ para la VMNI/CPAP).

Conclusiones: Según los datos de EPOCONSUL de los hospitales del ámbito Neumosur, un 18% de los pacientes atendidos en consultas de Neumología presentan SAHS, un 26% tienen prescrita oxigenoterapia domiciliaria y un 11,8% tratamiento con VMNI/CPAP. La OCD es más frecuentemente prescrita para los pacientes con fenotipo agudizador frente a no agudizadores o ACOS. No existen diferencias en el uso de VMNI/CPAP dependiendo de los fenotipos.

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA. SEGUIMIENTO PRESENCIAL VERSUS SEGUIMIENTO TELEFÓNICO POR LA GESTORA DE CASOS DE TUBERCULOSIS

I. López Aranaga, N. Ortiz Laza, E. Taberner Huguet y E. Ciruelos Ayuso

Hospital Universitario Cruces.

Introducción: El tratamiento de la infección tuberculosa (TIT) evita nuevos casos de tuberculosis (tb), fundamental motivar al paciente y facilitarle el seguimiento para que no lo abandone.

Objetivos: 1. Comparar la eficacia de protocolo de seguimiento telefónico del paciente con TIT por la enfermera gestora, con el seguimiento presencial en consulta, y valorar si aumenta la cumplimentación del TIT. 2. Describir las características de los pacientes que abandonan el TIT.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de 129 pacientes con TIT por contacto con tb en 2 comarcas sanitarias de Bizkaia (Ezkerraldea-Enkarterri y Uribe), diciembre 2012-agosto 2015. Se revisa el programa de control de tb de la CAPV, seguimiento finalizado de 122 pacientes. El seguimiento del TIT se realiza en 7 consultas de neumología ambulatoria, o por la gestora en colaboración con neumólogo de referencia. Protocolo: el médico indica TIT, recetas, el paciente recibe de la gestora información verbal y escrita sobre TIT; volantes batería hepática para C. Salud a los 15 días, 45 y fin de TIT; teléfono de contacto para resultado de analítica, dudas, reacción adversa. La gestora valora el resultado e indica al paciente si puede continuar TIT, si alteración hepática (valor duplicado), el médico decide la continuidad del TIT. Registro en historia electrónica. Revisión de variables asociadas al abandono del TIT: edad, sexo, país origen, grado de contacto, pauta.

Resultados: 1. Consulta presencial: 82 pacientes, 25 extranjeros (extr.) y 57 autóctonos (autoct.), 61/82 completan el TIT (74,3%); 14/82 abandonan (17%), 3/82 traslado (3,6%); 3/82 alteración hepática; 1/82 intolerancia digestiva (1,2%). Consulta telefónica: 40 pacientes (14 extr. y 26 autoct.), 34/40 (85%) completan el TIT; 2/40 (5%) abandonan; 4/40 (10%) intolerancia digestiva. 2. Población estudio 122 pacientes: 78 autoct., 39 extr, 5 origen desconocido; sexo: 54H y 68M; edad media 30 años (14-82 años). Pauta: 6H 46 pacientes (37,7%); 3HR 74 (60,6%); 4R 2. Abandonan TIT 19/122 (15,5%); edad media 35 años (20-58); sexo: 11/54 (20%) y 8/68 (11,7%); 14/19 son extr. contactos de 5 casos tb; 4/19 autoct. contactos de 3 tb; 1/19 origen desconocido. Grado contacto íntimo con caso tb 17/19. Pauta 3HR: 6/19 (31,5%) y pauta 6H: 13/19 (68,4%).

Conclusiones: 1. El protocolo de seguimiento por gestora aumenta el cumplimiento del TIT (85%) respecto al presencial (74%). 2. Los pacientes extranjeros mayor abandono del TIT (35,8%) que los autóctonos (5%). 3. El abandono por sexo masculino (20%) superior al femenino (12%). 4. Mayor el abandono de pauta 6H, la mayoría en los 2 primeros meses.

VALOR EN EL MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO DE LA TELEMEDICINA POR ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN ASMA EN CONSULTAS JERARQUIZADAS DE NEUMOLOGÍA

A.M. Sarria Pentón, C. Hortelano Ibáñez, A. Aldazábal Muñiategui, M.I. Arrizubieta Basterrechea, A. Acha Vizcarguenaga, R. Díez San Vicent, A. Moyano Castilla, J.A. Valle Zurita, S. Pastor Espejo, S. Rodríguez Pedrosa, L.V. Basualdo Martín, M.T. Martínez Ramírez, S. Dorado Arenas, A. Ballaz Quincoces, S. Pascual Erquicia, I. Urrutia Landa, A. García Loizaga y O. Bronte Moreno

Osi Barrualde Galdakao.

Introducción: El asma es una enfermedad crónica muy prevalente que afecta a pacientes de todas las edades, pudiendo variar su grado de severidad a lo largo de la vida y, por lo tanto, el tratamiento necesario. Asimismo se ha constatado la clara evidencia del valor de la educación y adherencia al tratamiento en el control de la enfermedad.

Objetivos: Valorar el impacto y motivo de las llamadas realizadas por parte de enfermería especializada en asma en las consultas de Neumología.

Material y métodos: El hospital de Galdakao cubre una población de 300.000 habitantes, disponiendo de consultas de Neumología monográficas en el hospital y otras 5 consultas jerarquizadas de Neumología en diferentes áreas, donde más del 50% de las consultas son dedicadas a la enfermedad asmática. En 2 de las consultas jerarquizadas se implantó desde 2011 un registro y refuerzo telefónico por parte de enfermería especializada en asma para mejorar el manejo y control del paciente asmático. El teléfono es utilizado de forma bidireccional por diversos motivos que explicaremos a continuación.

Resultados: Hay un total de 1.244 pacientes registrados como asmáticos en estas 2 áreas de Neumología (tabla).

	N (%)
Pacientes asmáticos registrados	1.244 (100%)
Sexo	
Hombre	562 (45,25%)
Mujer	680 (54,75%)
Edad	50,91 (± 21,39)
Tipo de diagnóstico	
Concluyente	1.038 (94,71%)
No concluyente	58 (5,29%)
Motivo de llamada	
Aumento de tratamiento	510 (41,77%)
Diminución de tratamiento	578 (46,47%)
Cambio de tratamiento	108 (8,71%)
Adherencia y controles entre revisiones	2.257 (182,36%)
Llamadas totales	3.453 (100%)
¿Cómo está?	
Igual	1.541 (79,47%)
Mejor	324 (16,71%)
Peor	74 (3,81%)
Grado de adherencia	
< 25%	20 (0,91%)
25-50%	37 (1,69%)
50-80%	180 (8,25%)
> 80%	1.943 (89,12%)

Conclusiones: El refuerzo educacional y contacto telefónico bidireccional enfermería-paciente: facilita al neumólogo actualizar el tratamiento antiasmático de manera activa, inclusive la bajada de escalón terapéutico, gracias al apoyo de control telefónico de la enfermería con el paciente. Posibilita mantener una adhesión terapéutica correcta gracias al refuerzo educacional telefónico, lo cual es imprescindible para lograr un buen control del paciente asmático.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASORA EN AGUDOS Y ÚLCERAS DE PRESIÓN POR LA MASCARILLA COMO EFECTO SECUNDARIO

M.S. García Santano, P.M. Pérez González, D. Castillo Sánchez, C. Torralba Sánchez, J. Feroso Gutiérrez, M.A. Rey Hernández, N.M. Pan Suárez, M.A. Viro Ruiz, P. Landete Rodríguez y E. Zamora García

Hospital Universitario La Princesa.

Introducción: La ventilación mecánica no invasora (VMNI) es una opción de tratamiento cada vez más empleada en diversas patologías. Un efecto secundario frecuente y que puede condicionar su utilización son las úlceras faciales por presión de la mascarilla. El objetivo del estudio fue valorar las úlceras por presión que se producían en nuestra unidad, así como las características de los pacientes.

Material y métodos: Se recogieron datos de edad, sexo, causa que inició la VMNI, mascarilla empleada, modo de ventilación (nocturna,

con desconexiones y continua de más de 72 o menos de 72 horas), escala analógica visual de dolor (EVA), nivel nutricional, valorado con la alerta "CONUT" (evaluación de linfocitos, albúmina y colesterol total), escala de riesgo de úlceras por presión "Norton", escala del riesgo de caídas Dowton, existencia de úlceras por la mascarilla y caídas durante el ingreso, días de estancia media y exitus, de todos los pacientes ventilados en una unidad de monitorización de agudos durante un período de los últimos 20 meses.

Resultados: Se recogieron datos de 216 pacientes, de los que 52% eran mujeres, con una edad media de 73 ± 12 y una estancia media de 10 ± 9 días. Un total de 185 pacientes (85,6%) fue dado de alta. Se intubaron 6 pacientes (2,8%). La mortalidad fue del 11,6% (25 pacientes). La causa que generó la insuficiencia respiratoria fue EPOC en el 48,6%; Insuficiencia cardíaca 17,6%, síndrome de hipoventilación-obesidad 17,1%, enfermedad neuromuscular 3,2% y otras en 13,4%. La mascarilla empleada fue oronasal en 75,5%, nasal en 23,1%, otra en 1,4%. El modo de ventilación fue nocturna en el 28,7%, con desconexiones 10,6%, continua < 72 horas en 56,5% y continua > 72 horas 4,2%. El nivel de alerta de desnutrición según el CONUT fue bajo en 96 pacientes (44,4%), moderado en 99 (45,8%) y alto en 9 (4,2%). La EVA presentó una puntuación media de 2 ± 2 , la escala de Dowton 4 ± 1 , Norton 14 ± 3 . Sólo 2 (0,9%) sufrieron una caída durante el ingreso. Un 5,1% tuvieron úlceras por presión con la mascarilla. Se observó que los pacientes con más días de VMNI presentaron mayor CONUT ($p = 0,03$) y mayor riesgo de aparición de úlceras ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes que precisan VMNI prolongada, presentan mayor desnutrición y por ello aumenta el riesgo de aparición de úlceras por presión, aunque en este trabajo sólo el 5,1% de nuestros pacientes presentan úlceras en relación con la interfase. El riesgo de úlceras por presión según escala Norton fue medio. La alerta de desnutrición fue alto sólo en el 4,2% de los pacientes.