

Figura 1.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

30 AÑOS DEL HOSPITAL DE DÍA DE RESPIRATORIO. UN RETO DE FUTURO

M. Arilla Soriano, A. Pelegrí Pedret, I. Solanes García, A. Crespo Lessmann y M. Peiró Fàbregas

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: El Hospital de Día de Respiratorio (HDR) fue creado hace 30 años por profesionales de la Neumología para mejorar el control del paciente respiratorio. Actualmente dispone de un espacio abierto de 4 sillones, una cama y dos habitaciones con cama y con presión negativa. Cuenta con: dos médicos adjuntos, una enfermera a tiempo completo, otra enfermera a tiempo parcial y una media de 2-3 médicos residentes rotantes. Objetivos: 1) Conocer la distribución de pacientes según el tipo de visita desde el año 2016-2017. 2) Conocer la distribución poblacional, la edad media, el sexo, el tipo de visita, la procedencia y el tiempo medio de atención en el HDR durante el año 2017. 3) Adaptar el HDR a los nuevos retos hospitalarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo, poblacional que evaluó: 1) La distribución del tipo de visita de los pacientes: a) ITACA (paciente de alta complejidad), b) pacientes que requirieron una PAAF guiada por TC torácico, c) visitas imprevistas, d) visitas programadas, e) tratamientos endovenoso y/o subcutáneos de administración hospitalaria, f) de aquellas que requirieron ingreso hospitalario durante los años 2016-17 2) Las medias de la edad, el sexo, la procedencia, el tipo de visita y el tiempo medio de atención en el HDR de un total de 2.436 pacientes recogidos entre febrero y octubre del 2017.

Resultados: Las figuras muestran la distribución del tipo de visitas atendidas en el HDR. Se observó: un mayor número de visitas durante los meses de octubre a mayo en ambos años, un mayor número de visitas imprevistas en el año 2017 (1.517) vs el 2016 (1.389), un descenso en el número de visitas programadas en el año 2017 (1.258) vs en el año 2016 (1.353) así como de los tratamientos administrados (312) para el año 2016 con respecto al 2017 (294). De 2.436 pacientes (año 2017) que no necesitaron ingreso hospitalario, 1231 eran hombres, con una media de edad de 66,14 años, con una procedencia de casos desde: el Ambulatorio de 187, de Urgencias 316, de consultas externas de 562, de sala de 196, del domicilio de 683, de controles de HDR de 410, de centros sociosanitarios de 10, de personal hospitalario de 66 y de la Fundación Puigvert de 6 casos. La estancia media mayor en hospital de día fue de 1 a 3 horas (1182 pacientes).

Conclusiones: El conocer la distribución de los pacientes atendidos en HDR nos permite mejorar las necesidades de cada enfermo. El reto de enfermería en el HDR consiste en estar al día de todas las novedades y gestionar mejor sus recursos.

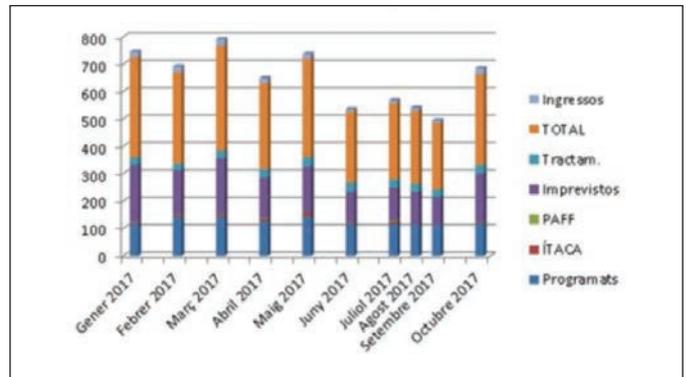


Figura 2.

Data	Programats	ITACA	PAFF	Imprevistos	Tractam.	TOTAL	Ingressos
Gener 2016	150	0	1	170	31	360	18
Febrer 2016	153	14	1	159	34	361	23
Març 2016	148	10	2	164	38	362	22
Abril 2016	123	9	5	144	29	310	21
Maig 2016	149	4	1	154	32	340	20
Juny 2016	136	4	2	115	34	291	16
Juliol 2016	130	3	2	111	30	276	4
Agost 2016	126	1	1	90	25	251	5
Setembre 2016	111	2	0	109	31	253	4
Octubre 2016	119	4	0	157	20	300	9
Novembre 2016	137	8	3	168	34	350	8
Diciembre 2016	127	3	3	164	31	328	15
Mitjanes Mensual	135	5	2	143	31	317	14
Mitjanes Diàries	6,1	0,2	0,1	6,5	1,4	14,4	0,6

Tabla 1.

Data	Programats	ITACA	PAFF	Imprevistos	Tractam.	TOTAL	Ingressos
Gener 2017	120	4	2	206	28	366	20
Febrer 2017	142	6	2	163	23	335	22
Març 2017	142	7	2	205	28	384	24
Abril 2017	126	9	2	149	30	316	17
Maig 2017	145	12	0	170	33	360	18
Juny 2017	118	5	1	111	33	259	9
Juliol 2017	118	8	4	118	31	279	10
Agost 2017	115	1	0	119	29	265	12
Setembre 2017	110	0	2	104	27	243	9
Octubre 2017	122	4	2	172	32	332	22
Total	1258	56	17	1517	294	3139	163
Mitjana	125,8	5,6	1,7	151,7	29,4	313,9	16,3

Tabla 2.

ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPOC FRÁGIL

J.M. Frau Morro, C. Morro Rotger, A. Melero Palomares, J.M. Sánchez García, J. Bauza Derouledé, A. López Pardo, J. Berraondo Fraile, A. Fuster Gomila, C. Oliver Terrassa, P. Gual Capllonch, I. Mir Viladrich y S. Pons Vives

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

Introducción: Disponemos desde diciembre de 2009 de una consulta monográfica de pacientes con EPOC frágil; incluimos pacientes con EPOC moderado-grave con 2 o más ingresos en el año previo. El paciente dispone de un número de teléfono directo, al que puede llamar de 8 a 15 h de lunes a viernes si presenta síntomas de agudización. En una revisión anterior se demostró, en comparación con el año previo, una reducción significativa ($p < 0,05$) en el nº de ingresos hospitalarios (54%), nº de visitas a Urgencias (41%) y una mejora de la adherencia al tratamiento (15%). El papel de enfermería es crucial en esta consulta, principalmente por su labor en educación sanitaria y por ser el primer contacto con el paciente en caso de agudización. El objetivo del estudio actual es analizar las características básicas de los pacientes atendidos en la consulta durante un periodo de baja actividad y valorar los motivos de su atención médica y llamadas telefónicas.

Material y métodos: Durante el periodo de mayo a septiembre de 2017 se revisan de forma prospectiva todas las consultas realizadas, tanto por cita programada como por llamadas telefónicas. Se recogen datos demográficos, clínicos, de agudización y seguimiento

Resultados: Se realizan un total de 148 visitas, 125 (84%) por control habitual y 23 (16%) por llamadas telefónicas. El nº total de pacientes ha sido de 111. Sus características generales se adjuntan en la tabla. La valoración de los pacientes ha sido: Sin agudización 106 casos, AEPOC leve 14, moderada 26, y grave 2. Su manejo ha sido mediante visitas extra en consulta en 20 casos, vía telefónica en 17, y con necesidad de ingreso en 5. El seguimiento de estos pacientes ha generado 81 llamadas telefónicas de control.

Características generales N = 111

Edad (años)	70,7 ± 8,4	Grado de obstrucción FEV1	
Sexo H	89 (80,1%)	Moderado $\geq 50 < 80$	21,60%
Fumadores activos	15,30%	Grave $< 50 \geq 30$	59,40%
Hombres	11,20%	Muy grave < 30	18,90%
Mujeres	31,85%	O2 domicilio	48,60%
BODE	4 ± 4,5	CPAP	20,70%
BODE 0-2	15,20%	BIPAP	7,20%
BODE 3-4	40%	Índice de Charlson	1,8 ± 1,30
BODE 5-6	27,60%		
BODE 7-10	17,10%	Pendientes de trasplante	3
Infección bronquial crónica	21,60%		

Conclusiones: A pesar de ser un periodo de escasa actividad, los pacientes EPOC frágiles precisan de controles exhaustivos en la consulta siendo su manejo y seguimiento por el médico y por enfermería de vital importancia para reducir sus ingresos y atención a urgencias.

ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS SUJETOS QUE PARTICIPAN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

A. Batanero Rodríguez, S. Pelicano Vizuete, C. Gotera Rivera y L. Álvarez Suárez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: Los estudios de investigación son la espina dorsal de todos los avances médicos, brinda esperanza a muchas personas, ayu-

dando a encontrar mejores tratamientos y estudiar las enfermedades. Es esencial para llevarlos a cabo los sujetos que participan en ellos.

Material y métodos: Estudio descriptivo trasversal y observacional basado en un cuestionario a través del programa Google Form, realizado en un dispositivo electrónico portátil de forma anónima y sin intervención por parte del personal sanitario durante dicha realización. El cuestionario está basado en 6 preguntas cada una de ellas con 4 a 5 opciones de respuestas de selección simple realizado durante la visita programada de sujetos participantes en estudios de investigación activos del Servicio de Neumología de la Fundación Jiménez Díaz de julio a noviembre de 2017. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics. Aprobado por el comité de Ética de investigación clínica de nuestro centro.

Resultados: Se reclutaron 30 sujetos, de los cuales el 63,3% fueron mujeres; según rango de edad, el 46,6% fueron sujetos entre 61-70 años, el 20% entre 51-60 años, el 16,6% mayores de 70 años, el 10% entre 41-50 años y el 6% entre 30-40 años. En cuanto al motivo por el cual acepta participar en estudio de investigación, el 46,6% respondió por padecer la enfermedad a estudio, un 23,3% por solicitud de su médico especialista y un 20% por creer que es necesaria la investigación para el avance de la medicina. El 63,3% de los sujetos respondieron que fue su médico especialistas en consulta quien les explico en qué consistía el estudio, en un 13,3% el médico de atención primaria y en un 10% fue el Médico de hospitalización durante el ingreso de un familiar o durante su propio ingreso en hospitalización en un 6,7%. El 43,3% de los sujetos no consideran adecuado la remuneración de su participación, considerando que la participación debe ser altruista, un 30% si estaría de acuerdo y consideran que con ello habría una mayor participación. El 76,6% volvería a participar en un estudio.

Conclusiones: Actualmente la mayoría de los estudios de investigación conllevan el uso de algún tipo de dispositivo electrónico, lo que muchas veces predispone al investigador a excluir de forma inicial a sujetos mayores. Por el contrario, en nuestro estudio la mayoría de los participantes fueron mayores de 60 años (63,2%). Respecto a si los sujetos volverían a participar en un estudio, el 76,6% dieron una respuesta afirmativa de los cuales el 50% es mayor de 60 años.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD EN INGRESADOS A CARGO DE NEUMOLOGÍA DURANTE EL PERÍODO 2014/16 EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ

Á. Cabeza Serrano¹, J. Domingo García Jiménez¹, J.J. Pirla Carvajal², F. Pérez Grimaldi¹, C. Cabrera Galán¹, G. Soto Campos¹, A. Cortes Caballero¹, J.C. Rodríguez Fernández¹, N. de la Cruz Castro¹, J.M. Gálvez Lozano¹, F. Carboneros de la Fuente¹ y F. Valenzuela Mateos¹

¹UGC de Neumología; ²UGC de Documentación Clínica, Hospital de Especialidades de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

Introducción: Las enfermedades respiratorias en España constituyen un problema de salud importante por su elevada morbilidad y mortalidad. Existen escasos datos sobre mortalidad en los servicios hospitalarios. Objetivo: analizar la mortalidad observada en el Servicio de Neumología durante los últimos 3 años, así como conocer las causas de mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los fallecidos a cargo del Servicio de Neumología del Hospital de Jerez durante el periodo 2014/16. Los datos han sido proporcionados desde el Servicio de Documentación Clínica y revisión de Historias Clínicas. Se ha considerado, como causa final del fallecimiento, a la patología fundamental desencadenante del evento.

Resultados: La población estudiada tuvo una edad media de 71 años, siendo el 78% varones y 22% mujeres. Con respecto a las comorbilidades, encontramos un 78% de HTA, 30% diabetes mellitus, 53% de dis-

lipemias, 24% de cáncer previo-actual y un 64% de enfermedades cardiovasculares. El 63% de los fallecidos eran exfumadores, el 8% fumadores y el 29% no fumadores. La carga tabáquica media de fumadores y exfumadores fue de 35 paq/año. Durante el período 2014/16 se ingresaron 2.326 casos, correspondiendo a los años 2014/15/16 n (1) = 808; n (2) = 769; n (3) = 749, lo que supone una media de 765. El número de defunciones totales en los tres años fue de 78, repartidos de la siguiente forma: n (1) = 29; n (2) = 27 y n (3) = 22; lo que supone una media de 26 fallecimientos por año. La tasa de mortalidad por 100 fue de 33,5, correspondiendo a n (1) = 35,9; n (2) = 35,1; n (3) = 29,3. La estancia media de los pacientes fallecidos fue de 15,3 días, siendo por años: n (1) = 14; n (2) = 13; n (3) = 19. El 23% de los sujetos fallecieron en las primeras 72h del ingreso. El 53% tuvo un ingreso anterior al fallecimiento en los 6 meses previos. Las causas de fallecimiento por orden decreciente fueron las siguientes: EPOC agudizado 39%, neumonía 11%, EPID 10%, neoplasia pleuro-pulmonar 8%, SOH 7% y otras 25%.

Conclusiones: La EPOC es la primera causa de mortalidad en nuestra área. El tabaquismo y enfermedades cardiovasculares son un factor de comorbilidad y de riesgo importante. Existe un descenso progresivo en la mortalidad y en los ingresos en los últimos años.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL CONOCIMIENTO DE LA OAFH

L. Fuente Castaños, M.J. Gómez Burgo, K. Ibabe Barruetabeña, N. Prada Calderón, N. Fariñas García, E. González Fernández y A. Loroño Leturiondo

Hospital de Galdakao-Usansolo, Usansolo, Vizcaya, España.

Introducción: El sistema de oxigenoterapia de alto flujo humidificado (OAFH) Optiflow permite administrar una mezcla de aire y oxígeno a través de la vía nasal con un flujo de hasta 60Lx con gas inspirado a 37 °C y humidificado a 44 mg H₂O/L

Material y métodos: Es una encuesta específica para la recogida de datos, es anónima y sin obligatoriedad. Realizada en UCI, Neumología y Reanimación. Con los datos obtenidos se realiza un análisis descriptivo y después un análisis univariante para encontrar posibles asociaciones entre variables.

Resultados: Se analizaron variables a un total de 37 enfermer@s, con una media de edad de 34 años. El 40% de UCI, el 45% de Neumología y el 13% de Reanimación. El tiempo medio trabajado es de 61 meses. El 25% trabajaron menos de 11 meses, el 50% menos de 36 meses y el 75% menos de 62 meses. El tiempo medio de experiencia con OAFH fue de 25 meses, el 25% con una experiencia menor a 6 meses, el 50% inferior a 17 meses y el 25% menor a 48 meses. Con una media de 125,40 meses trabajados en el servicio la percepción del grado de conocimiento es mucho. Con una media de 94,75 meses afirman tener bastante conocimiento, con 50,26 meses dicen saber suficiente y con 38,25 meses trabajados comentan tener escasos conocimientos. En relación al grado de conocimiento y tiempo de cambio del equipo vemos que el 75% lo hace correctamente, es decir, semanalmente, y

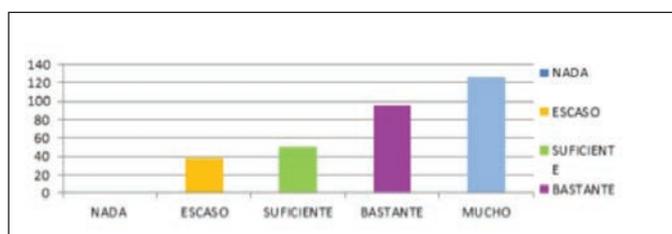


Figura 1. Tiempo trabajado en el servicio y percepción del conocimiento.

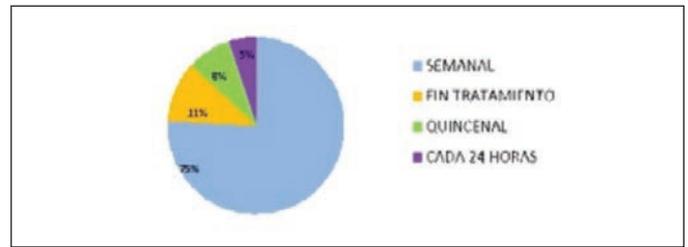


Figura 2. Cambio de equipo.

además un 50% de esas personas tiene una percepción del grado de conocimiento suficiente.

Conclusiones: Casi el 25% del personal tiene una percepción del grado de conocimiento entre mucho y bastante y son las que mayor tiempo llevan trabajando en el servicio. A pesar de considerar un conocimiento suficiente más de la mitad responde correctamente a la pregunta objetiva de la frecuencia de cambio del equipo. Los datos analizados en este trabajo no arrojan valor estadístico significativo puesto que la "p" ha sido siempre superior a 0,05.

ANÁLISIS Y COSTES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE ENFERMERÍA (CARE) EN LAS CONSULTAS DE NEUMOLOGÍA

E. García Rodríguez, M. González Fariña, A. Priegue Carrera, M. Botana Rial, L. Aballe Santos, M.L. Martínez Martínez, S. Fernández García y J.A. Fernández Villar

Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, PneumoVigo I+i, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: La consulta de alta resolución implica reducir visitas y evitar demoras y citas posteriores. Sin embargo no existen estudios que evalúen el papel específico de la enfermería en este sistema. Nuestro objetivo ha sido analizar la aportación de la consulta de alta resolución de enfermería (CARE) en las CCEE de un Servicio de Neumología evitando 2ª visitas y los costes asociados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles en un hospital de 3^{er} nivel. Los casos incluyeron todos los pacientes atendidos por 1ª vez en una de las 8 agendas de CE general, elegida al azar, durante 6 meses tras la creación de la CARE (enero- junio 2017) y los controles los pacientes valorados en la misma agenda 6 meses antes (enero- junio 2016). El cálculo de costes se hizo usando las tarifas SERGAS para 1ª-2ª consultas de especialista. Se registraron variables clínico epidemiológicas, motivo de consulta y altas en la 1ª consulta (PC) antes y después de la creación de la CARE y costes derivados de las diferentes consultas. Se registró el número de altas tras la 2ª consulta en los controles que únicamente se le habían realizado espirometría.

Resultados: Se incluyeron 232 casos y 222 controles. No encontramos diferencias en la edad en ambos grupos (58,6 vs 59,3 años; p = 0,6), ni en los motivos de remisión (EPOC/asma ≈ 20%, sospecha de SAHS ≈ 17%, procesos infecciosos ≈ 7%, sintomatología como tos/disnea ≈ 27%). Encontramos diferencias en cuanto al sexo femenino, que fue superior en el grupo de casos (57% vs 45%; p = 0,01). Se evidenciaron diferencias en el % de altas tras la PC al comparar los 2 grupos (tabla). De los 68 (30,6%) pacientes que fueron alta tras la PC en el grupo de casos, 44 (64%) fueron atendidos en la CARE y en 43 (99%) se realizó una espirometría con PBD. De las 2ª consultas en los controles el 22% fueron alta tras solo estudios funcionales. Extrapolando dichos datos al conjunto de las CCEE Generales anuales (5.500), el nº de pacientes que serían dados de alta tras la PC especializada sería de 1.090, lo que sería un ahorro anual de 63.225€.

	Controles	Casos	p
Alta	40 (17,2%)	68 (30,6%)	0,01
En seguimiento	77,6%	57,2%	
Derivados a otras consultas	5,2	12,5%	

Conclusiones: La CARE permitió disminuir el nº de 2ª visitas eliminando además procedimientos como la espirometría de las listas de espera. Además de la mejoría en la calidad de atención (educación sanitaria, acortamiento tiempos de espera, disminuir tratamientos innecesarios o infratratamiento...) la CARE ha supuesto una importante reducción en los costes económicos. Resultados de seguimiento tras 1ª consulta.

APNEA DEL SUEÑO EN MAYORES DE 65 AÑOS. LA EDAD COMO FACTOR DIFERENCIADOR EN EL CORRECTO CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

L. Pareja Hernández, C. Toribio Martín y M. Gámez Perales

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción: El síndrome de apneas-hipopneas del sueño SAHS afecta al 15-20% de los individuos > 65 años El 60% de estos están tratados con presión positiva continua en la vía aérea CPAP. La consulta de enfermería de SAHS recibe a los pacientes en tratamiento con CPAP para su seguimiento y adaptación (utilización de CPAP más de 4 h/día). Objetivo: evaluar si es la edad un factor que altere la adaptación a CPAP. Comparar los efectos secundarios (uno o más) referidos tras la utilización del dispositivo entre > y < 65 a considerando que puedan afectar al cumplimiento terapéutico.

Material y métodos: Estudio transversal analítico, observacional. Recogida información en consulta enfermería SAHS mediante formulario. Sistema gestión de historias clínicas Selene, a 125 pacientes diagnosticados de apnea del sueño y en tratamiento con CPAP, de ambos sexos, mayores y menores de 65 años, del 1 de agosto al 16 de noviembre de 2017. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y ANOVA (análisis de varianza).

Resultados: n-125 pacientes. 75 (60%) eran < 65 años y 50 (40%) eran > 65 años. 84 (67,2%) eran hombres y 41 (32,8%) mujeres. 72 pacientes (48 hombres y 24 mujeres) < 65, utilizaban CPAP al menos 4h/d. Con una utilización media = 6,2h (desv + 1,57), el 78,9%. 46 pacientes (30

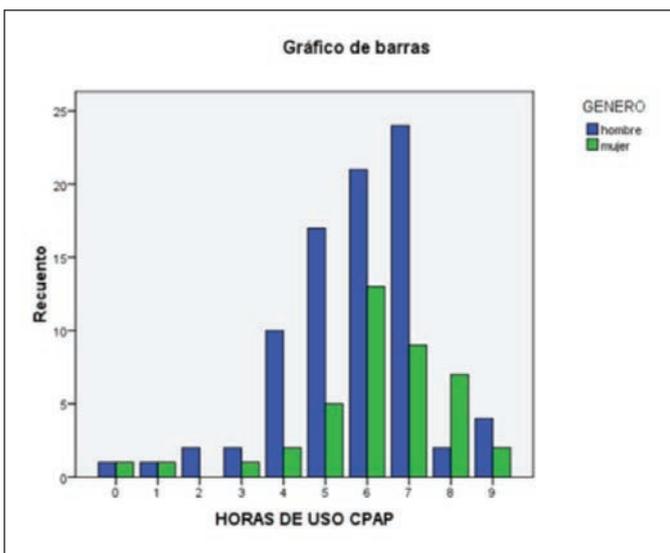


Figura 1.

hombres y 16 mujeres) > 65, utilizaban CPAP al menos 4h/d Con una media = 6,38h (desv +- 1,27h), el 84%, p/valor 0,47. Medidas de asociación, edad* horas de uso de CPAP, Eta = 0,061 y Eta cuadrada = 0,004. 54 pacientes (43,2%) no referían efectos secundarios y 71 (56,8%) presentaban 1 o más. De los que presentan efectos secundarios el 51,2% eran hombres y el 68,2% eran mujeres. En < 65 el 46,7% no referían efectos secundarios y estaban adaptados a CPAP 91,4%. El 52,3% referían efectos secundarios y estaba adaptado el 71,9%. En grupo > 65 a. el 38% no referían efectos secundarios y estaban adaptados el 78,9%. El 62% referían efectos secundarios y estaban adaptados 91,3%.

Conclusiones: El análisis de variables edad y adaptación a CPAP con la obtención de Eta cuadrada 0,004 nos indica que existe poco efecto de control de una variable sobre otra, lo que confirma la p/valor elevada, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Más de la mitad 56,8% de pacientes presenta efectos secundarios a la utilización de CPAP y son las mujeres con el 68,25% quien más las refieren. En > 65a la proporción 62% de los que referían estos efectos es mayor que en los < 65 (52,3%). Y a pesar de referir más efectos secundarios se adaptaban mejor 91,3%.

BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE 28 CASOS

L. Llanos Rodríguez, D. Díaz Pérez, B. Ávila Díaz, L. Pérez Negrín, P. Ramírez Martín, O. Mesa Medina y S. Martín Pulido

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La broncoscopia con fines diagnósticos y terapéuticos en edad pediátrica se realiza cada vez más en los hospitales de nuestro país, es un procedimiento seguro, que aporta información de las propiedades anatómicas y dinámicas de la vía aérea y de las reacciones inflamatorias e infecciosas pulmonares. El objetivo principal de nuestro estudio fue valorar aspectos de los procedimientos que realizamos diariamente con el fin de formalizar actuaciones de la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal y porcentajes según la naturaleza de la variable, que cubrió un periodo de 10 meses (diciembre 2016- septiembre 2017). Se incluyeron los pacientes en edad pediátrica a los que se les realizó una broncoscopia flexible, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Fuente de información: historia clínica, informe de broncoscopia, hoja de registro de sedación. Variables principales: edad, sexo, diagnóstico principal, indicaciones para hacer la broncoscopia, técnicas usadas para la obtención de muestras biológicas, medicación, complicaciones. Como covariables: clasificación ASA, nivel de sedación.

Resultados: Un total de 28 pacientes fueron incluidos en el presente estudio. Un 57% eran niñas. La edad promedio era de 8 ± 5 años. Los diagnósticos más frecuentes son: infección respiratoria (40%), fibrosis quística (32%), y alteraciones anatómicas de la vía aérea (21%). En un 70% de los casos se realizaron dos técnicas: broncoaspirado 86%, lavado broncoalveolar 67%. Se obtuvieron resultados de agentes patógenos en un 18% de los casos, en todos los pacientes con fibrosis quística y como agente patógeno más común el Staphylococcus aureus. La tolerancia de la técnica registrada es buena en el 89% de los casos. En el 54% de los pacientes se usaron dos fármacos sedantes, el propofol se usó en el 68% de los casos con una dosis media de 120 mg. La complicación más frecuente fue la desaturación en un 18% de los casos y relacionado con la administración de propofol. Los diagnósticos más frecuentes tras la broncoscopia fueron: exploración normal 43%, broncorrea 36% y alteración anatómica 18%.

Conclusiones: Alto porcentaje de rentabilidad de las muestras recogidas de los pacientes con fibrosis quística. La buena tolerancia del procedimiento se asocia al grado de sedación de los pacientes. No se correlaciona la dosis de fármaco con la edad (p = 0,131).

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA (UCCRA) TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

M.T. Gómez del Pulgar Murcia, R. Armenta Fernández, M.J. Checa Venegas, D. Sánchez Mellado, M.I. Fernández Ormaechea, P. Lazo Meneses, M. del Olmo Rodríguez y F. Villar Álvarez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: Nuestra Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios (UCCRA) lleva a cabo una asistencia domiciliaria a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave y frágiles, durante un mes tras el alta por un ingreso por agudización de su EPOC, favoreciendo los autocuidados, mejorando el manejo de su enfermedad y evitando los reingresos. El objetivo del estudio fue conocer el grado de satisfacción y la percepción de la calidad asistencial recibida por los pacientes incluidos en la unidad tras recibir la atención domiciliaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional realizado de marzo de 2016 a junio de 2017 en el que se midió la calidad percibida por el paciente al finalizar el mes de asistencia domiciliaria, mediante el algoritmo Net Promoter Score (NPS), cuya puntuación puede variar entre 0 y 10 puntos. Con esta herramienta y mediante la pregunta ¿recomendaría a otros pacientes la atención recibida por nuestra unidad de asistencia domiciliaria (UCCRA), tras el ingreso hospitalario por su patología respiratoria?, realizada por teléfono o correo electrónico, podemos identificar a pacientes promotores (9-10 puntos), pasivos (7-8 puntos) y detractores (≤ 6 puntos). Además, podemos conocer los motivos por los que un paciente se identifica como promotor o detractor.

Resultados: Del total de 468 pacientes dados de alta hospitalaria por agudización de EPOC en dicho periodo, 148 recibieron la asistencia domiciliaria en la UCCRA durante un mes tras el alta, y en 68 (45,9%) se completó el cuestionario. El porcentaje de promotores de la asistencia proporcionada por la UCCRA fue del 89,7%, el de pasivos del 10,3% y el de detractores del 0%. Comparamos estos valores con los obtenidos con el NPS por nuestro Servicio de Neumología en 621 pacientes (promotores: 70,5%, pasivos: 24,5%, detractores: 5%), y por nuestro hospital en 34.506 pacientes (promotores: 61,8%, pasivos: 28,9%, detractores: 9,3%), en el mismo periodo. Los motivos principales por los que los pacientes se declararon promotores fueron: un trato adecuado por enfermería (76,5%), un trato adecuado por el médico (38,2%) y la utilidad de la UCCRA (14,7%).

Conclusiones: La calidad percibida por los pacientes incluidos en nuestro modelo asistencial domiciliaria (UCCRA) es alta. El mayor grado de satisfacción de la atención recibida es por trato por enfermería.

COMPARACIÓN DE UN SENSOR DE FRENTE VERSUS DEDO PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA SATURACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO EN LA PRUEBA DE MARCHA DE 6 MINUTOS

I. Lassaleta Goñi, S. Asensio Sánchez, M. Álvarez González, C. Galindo Boj, I. Villena Gozalvo, M.M. Quereda Climent, D. Gozávez Sáez y C. Martín Serrano

Servicio de Neumología, HGUA, Departamento Medicina Clínica, UMH, ISABIAL, Alicante, España.

Introducción: La monitorización de la saturación arterial de oxígeno (SaO₂) es imprescindible en la prueba de marcha de 6 minutos (PM6') y habitualmente se sensa en el dedo, excepto en pacientes con problemas de perfusión (Raynaud) en donde se puede solventar mediante su monitorización en la frente. Objetivo: 1) Comparar la SaO₂ medida en la frente versus el dedo en la PM6'. 2) Determinar la utilidad clínica del sensor de frente en la PM6'.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se monitorizó de forma simultánea la SaO₂ en la frente (SaO₂_Ft) y en el dedo (SaO₂_D) a todos los pacientes en los que se les indicó una PM6' sin problemas de perfusión en los dedos. Se utilizaron dos pulsioxímetros Oximax-65 Nellcor®, en uno de ellos se conectó el sensor de frente y en el otro el sensor de dedo. Se recogió la SaO₂_Ft y la SaO₂_D inicial (basal), al finalizar la prueba, la magnitud de desaturación (SaO₂ inicial menos final) y el porcentaje de desaturaciones (SaO₂ inicial menos final ≤ 4) según se sensara en la frente o en el dedo. Se excluyeron para la SaO₂ final y desaturación aquellos pacientes con problemas de captación de la SaO₂ durante la prueba. Se analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS 15.0 y Med calc 17.9. El análisis de concordancia se realizó mediante el método de Bland-Altman y el cálculo del índice Kappa.

Resultados: Se incluyeron un total de 119 pacientes. Edad media de 63,1 años (14), 53% mujeres. Patologías más frecuentes: hipertensión pulmonar: 26%, EPOC: 20% y fibrosis pulmonar: 12%. Un paciente presentó error de captación de la SaO₂ en ambos sensores, 3 (3,4%) en el dedo y 3 (3,4%) en la frente. La SaO₂_D basal fue de $96 \pm 2,77$ y de la SaO₂_F basal fue de: $97,4 \pm 2,60$; la SaO₂_D final fue $90,2 \pm 7,9$ y la SaO₂_F final fue $92,1 \pm 7,7$. Mediante el método de Bland-Altman la media de la diferencia entre el dedo y la frente para la SaO₂ basal fue de -1,4 (IC95%, -1,7, -1,2) límite de concordancia (1,9 a -4,8), para la SaO₂ final: -1,8 (IC95%, -2,3, -1,4) límite de concordancia (4,5 a -7,5)

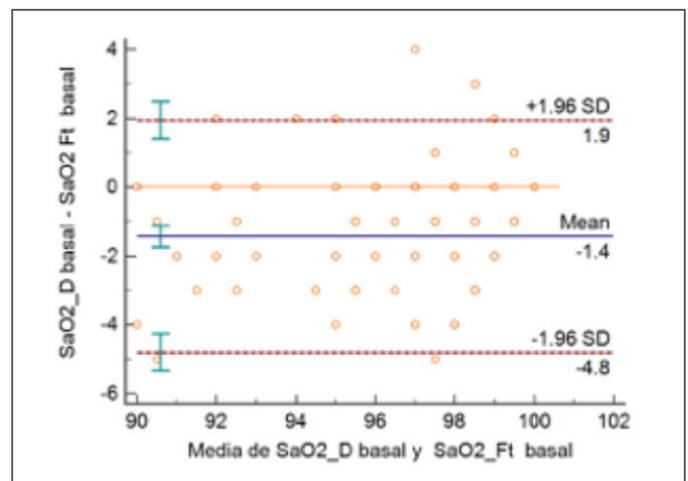


Figura 1. Diferencias individuales entre la SaO₂ basal medida en el dedo o en la frente. Mean: media. SD: Desviación estándar.

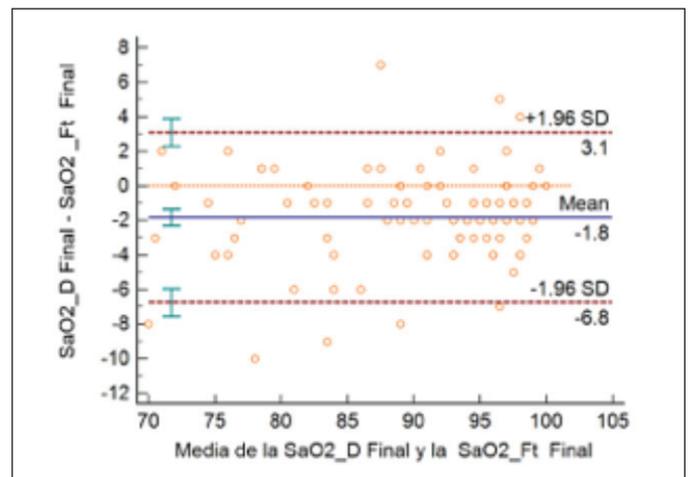


Figura 2. Diferencias individuales entre la SaO₂ final medida en el dedo o en la frente. Mean: media. SD: Desviación estándar.

y para la magnitud de desaturación: 0,3 (IC95% 0,0, 0,9) límite de concordancia (6,4 a -5,9). 54 (48%) de 112 pacientes desaturaron según la frente y 51 (46%) de 112 según el dedo con un índice de concordancia Kappa del 0,84.

Conclusiones: La SaO₂ monitorizada en la frente tiende sólo a ser levemente superior a la del dedo y con un grado de concordancia clínicamente aceptable, por lo que puede utilizarse en la PM6'.

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON VMNI DURANTE EL INGRESO EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA

C. Fernández García, L. Muñoz Díaz, E. Mateo Luque y Á. González García

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se ha consolidado como una forma de tratamiento eficaz en numerosas situaciones de insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica, aunque su uso no está exento de complicaciones. Según la bibliografía consultada, los problemas o complicaciones más comunes son la presencia de úlceras por presión asociada al uso de la mascarilla, la distensión abdominal debido a las presiones y problemas de adaptación. El objetivo de este trabajo es describir la incidencia de complicaciones asociadas a la VMNI registradas en los cursos clínicos y de enfermería de los pacientes ingresados en la unidad de neumología.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de 2º nivel durante un periodo de 9 meses del 2017. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que ingresaron en la unidad de Neumología y precisaban VMNI durante un mínimo de 6 horas al día. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas obtenidas de los registros clínicos y planes de cuidados.

Resultados: De los 141 pacientes que precisaron VMNI en el área de urgencias, 74 (52%) continuaron el tratamiento en la unidad de neumología. De estos, el 45% ya realizaban tratamiento con equipos de soporte respiratorio en domicilio, con presión positiva continua vía aérea (CPAP) o ventilación mecánica domiciliaria (VMD). El principal diagnóstico fue la EPOC (66%), y el motivo de consulta más frecuente fue la disnea (68%). La indicación clínica de uso de VMNI fue en un 61% por valores gasométricos, y el resto por un aumento del trabajo respiratorio. La complicación más frecuente fue la presencia de úlceras por presión asociada a la mascarilla en el 18% de los pacientes, el 2,7% presentaron distensión abdominal y el 36% de los pacientes referían problemas de adaptación y estrés debido a fugas o a altas presiones.

Conclusiones: Este estudio nos ha permitido conocer cuáles son las complicaciones que presentan los pacientes en nuestro entorno y por lo tanto identificar cuáles son las áreas de mejora en relación a los cuidados de los pacientes portadores de VMNI.

¿CONOCEMOS EL PEAK FLOW?

T. López Ramos, Z. Larrea Aretxaga y M.P. Berasaluce Sanz

OSI Barrualde Galdakao, Galdakao-Usansolo, Vizcaya, España.

Introducción: El Peak Flow es un medidor del PEF (flujo espiratorio máximo), es decir, la velocidad máxima con la que una persona puede espirar. Nos ayuda a valorar el estado de las vías respiratorias de calibre grande, pero no sustituye a la prueba funcional de la espirometría. Su utilidad está muy ligada al asma. Su uso puede ser hospitalario y domiciliario. Precisa de unas habilidades y conocimientos por parte del paciente para: su uso mantenimiento e interpretación de los resultados. Es ahí, donde enfermería mediante sus conocimientos sobre Peak Flow, desarrolla un papel fundamental.

Material y métodos: Material: Guía Española para el manejo del asma (GEMA 2009). Guía de prácticas sobre el asma (Osakidetza). Guía GEMA educadores. Archivos de Bronconeumología de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Métodos: revisión bibliográfica de diferentes artículos y estudios sobre el asma (Guía GEMA 2009, Guía GEMA educadores, Guía asma Osakidetza) y base de datos como Cochrane plus o Pubmed (palabra clave: flujo espiratorio máximo, asma).

Resultados: Un correcto uso del medidor Peak Flow, precisa una correcta técnica, habilidad e implicación del paciente y un entrenamiento previo por parte de enfermería. La técnica es sencilla, pudiéndose realizar en niños a partir de 4-5 años. De pie o sentado, se coloca el indicador a 0 y se pone el medidor en posición horizontal. Tras una inspiración máxima, sellar los labios alrededor de la boquilla y soplar de forma explosiva en menos de 2 segundos. El mejor resultado, es el mayor valor que el paciente logra conseguir en 2-3 intentos.

Conclusiones: Información relativa al Peak Flow la encontramos en artículos y estudios sobre el asma. Tras la revisión, como enfermeras del servicio de Neumología, concluimos que, los artículos avalan la implicación por parte del personal sanitario para adquirir habilidades y conocimientos correctos del uso del medidor Peak Flow para un buen seguimiento de la enfermedad.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL CON CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR ATENCIÓN PRIMARIA TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

R. Armenta Fernández, M.T. Gómez del Pulgar Murcia, M.J. Checa Venegas, C. Trillo Civantos, T. de la Huerga Boffil, A. Naya Prieto, L. Álvarez Suárez, G. Peces-Barba Romero y F. Villar Álvarez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: Nuestra Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios (UCCRA) proporciona asistencia domiciliaria a pacientes frágiles ingresados por una agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave durante un mes tras el alta, favoreciendo los autocuidados, optimizando los recursos sanitarios y evitando reingresos. Al mes se realiza una visita conjunta con Atención Primaria (AP) para continuidad asistencial por su parte. El objetivo del estudio es valorar la utilidad de la visita conjunta con continuidad asistencial por AP en la reducción de reingresos por agudización de EPOC.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional de pacientes incluidos en la UCCRA de marzo de 2016 a marzo de 2017 con seguimiento domiciliario tras un ingreso por agudización de EPOC. Al mes se realiza visita conjunta domiciliaria por enfermería de la UCCRA con la de AP, con posterior continuidad asistencial por esta última. Durante la visita conjunta se realizó una valoración global por patrones haciendo hincapié en el respiratorio. Se comprobó la técnica de la terapia inhalada, se informó de las modificaciones en el tratamiento y de las valoraciones en Hospital de Día, además del cumplimiento de vacunación antigripal/antineumocócica. Se han analizado los reingresos en el segundo y tercer mes del alta hospitalaria y tras realizar la visita conjunta con AP, comparando los pacientes a los que se les realizó o no la visita conjunta.

Resultados: De 399 pacientes dados de alta hospitalaria por agudización de EPOC en dicho periodo, se incluyeron 132 pacientes en la UCCRA con asistencia domiciliaria, pertenecientes a 23 centros de salud de nuestra área asistencial. Se realizaron 2,8 visitas de media por centro. Además, se llevaron a cabo 64 (48,5%) visitas conjuntas. No se hicieron 68 (51,5%) por los siguientes motivos: 29,5% anuladas por reingreso en el primer mes, 17,6% no programadas por libre elección, 16,2% por negativa de AP, 7,3% por causas del paciente y 29,4% por otras causas. En los siguientes dos meses de seguimiento por AP tras

la visita conjunta reingresaron con el mismo diagnóstico de agudización de EPOC 9 pacientes (14%), mientras que en los que no se realizó visita conjunta el número de reingresos aumenta a 22 (32,3%).

Conclusiones: La visita conjunta con continuidad asistencial por AP, tras asistencia domiciliaria por la UCCRA, es útil en la reducción de reingresos a los 3 meses por agudización de EPOC.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA EN PACIENTES CON EPOC

J.M. Sepúlveda Sánchez, C. Chacón Reina, A.J. Chica Rama, A. David Rubio Muñoz, J.J. Cebrían Gallardo, J.C. Canca Sánchez y A. Padilla Galo

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España.

Introducción: La Consejería de Salud de Andalucía contempla diferentes estrategias para paliar el número de reingresos de pacientes con patologías crónicas entre las que se encuentra la EPOC. La Telecontinuidad de Cuidados al alta mediante la notificación a Salud Responde y las Escuelas de Pacientes con EPOC son algunas de ellas. Sin embargo existen intervenciones menos extendidas y que ya arrojan resultados positivos en salud en el caso de pacientes quirúrgicos y de Hospital de Día que pueden beneficiar a pacientes crónicos y pluripatológicos. Es el caso del seguimiento telefónico al alta de las unidades de hospitalización.

Material y métodos: Desde el año 2016 la Unidad de Neumología del Hospital Costa del Sol, dispone de un programa de seguimiento telefónico tras el alta del paciente con EPOC con el fin de explorar su estado general, fisuras en la continuidad de cuidados y problemas en relación a la administración de medicación y oxigenoterapia. La llamada la lleva a cabo la enfermería de la unidad al mes de producirse el alta y previo consentimiento del paciente. Utiliza un cuestionario consensuado con el equipo sanitario que queda recogido en la historia clínica. **Resultados:** En el año 2016 se realizaron un total de 126 llamadas de teléfono. El 59% de los pacientes manifestaron un nivel mayor igual de 3 según la Escala de Disnea MRC-Modificada aunque el 20,6% caminaban únicamente por casa y el 15,9% llevaban vida cama sillón. El 11,1% de los pacientes refirió problemas con la medicación pautaada y el 9,5% de los que tenían oxigenoterapia prescrita la utilizaban menos de 16h/día, requiriendo instrucciones. Tras el mes del alta el 17,5% acudió al Centro de Salud, el 4% llamaron a los equipos de urgencias de su zona y el 10,3% acudió a urgencias por disnea. En el 7,1% de los pacientes se aclararon dudas respecto a su cita posterior en el servicio de Neumología y el 4% de los pacientes requirió que nos pusiéramos en contacto con un profesional sanitario para resolver problemas de salud detectados durante la llamada.

Conclusiones: Este programa muestra las necesidades de pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria suponiendo una herramienta que permite explorar la situación de los pacientes y garantizar la continuidad asistencial en otros ámbitos de atención. Su puesta en marcha contribuye a disminuir el número de contactos con el sistema sanitario y mejora el grado de satisfacción de la atención recibida y percibida.

CONTRIBUCIÓN DE LA INSTILACIÓN DE ADRENALINA A LA ANESTESIA TÓPICA NASAL EN LA BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE

M. Cuña Delgado¹, M.T. Santomé Otero¹, C. Salgueiro Solla¹, C. Fernández González¹, M. Núñez Delgado¹, M. Botana Rial², V. Leiro Fernández², C. Vilariño Pombo¹ y A. Fernández Villar²

¹Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo, Vigo, Pontevedra, España. ²Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, PneumoVigo I+i, EOXI de Vigo, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: Aunque en la broncoscopia flexible, la vía transnasal se considera la más conveniente, frecuentemente debido a otros factores como una estenosis o una epistaxis, hay que renunciar a ésta y acceder por vía oral. El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer la eficacia de asociar adrenalina tópica nasal previamente, a la anestesia habitual para evitar la reconversión a vía oral al disminuir la incidencia de epistaxis y dilatar el paso entre cornetes.

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado que incluyó todas las bronoscopias flexibles realizadas durante tres meses excluyendo a los pacientes con contraindicación de utilizar la vía nasal. Aleatorización en 2 grupos: Intervención: previo a la anestesia local se aplicaba en ambas fosas nasales durante 2 minutos una torunda empapada en adrenalina. Control: sin torunda de adrenalina. El resto de la bronoscopias se hizo según nuestra práctica habitual igual en los 2 grupos. El bronoscopista era ciego al uso o no de adrenalina tópica.

Resultados: Se incluyeron 82 (43,4%) bronoscopias en el grupo intervención y 107 (56,6%) en el grupo control, 56,1% varones y edad media 62,2 ± 12,2 años. La tabla muestra el resultado del análisis univariante de factores asociados con riesgo de epistaxis y de conversión a boca. Únicamente el uso de adrenalina se asoció significativamente con menor incidencia de epistaxis. Tras el análisis multivariante, los factores que predecían de forma independiente la conversión a introducción por boca, fueron la utilización de adrenalina (OR = 0,33 (IC95%: 0,151-0,740), p = 0,007) y el uso del bronoscopio terapéutico (OR = 2,66 (IC95%: 1,290-5,486); p = 0,008).

	Epistaxis	p	Conversión a boca	p
Sexo ♂	12/106 (11,3%)	0,45	12/106 (20,8%)	0,4
♀	8/83(9,6%)		19/83 (22,9%)	
Lentinas SI	4/82 (4,9%)	0,02	10/82 (12,2%)	0,004
NO	16/107 (15%)		31/107 (29%)	
Antiagregantes SI	7/49 (14,3%)	0,2	12/49 (24,5%)	0,37
NO	12/138 (8,7%)		29/138 (21%)	
B. terapéutico SI	11/76 (14,5%)	0,1	24/76 (31,6%)	0,006
NO	9/113 (8%)		17/113 (15%)	

Tabla 1. Factores asociados con el riesgo de epistaxis y de conversión vía bucal.

Conclusiones: La aplicación de adrenalina tópica nasal como parte de la anestesia nasal en la broncoscopia flexible es segura y eficaz al disminuir el riesgo de epistaxis y la necesidad de entrada por boca. Su uso debería incluirse en la anestesia nasal de este procedimiento.

CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. ANÁLISIS DE LA PRIMERA EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

M.L. Castillejos Sielva, C. Blasco Martínez, M.J. García López, W. Almonte Batista, F. Agustín Martínez, A. García Guerra, N. Gutiérrez González, A. Núñez Ares, P. López Miguel, R. Sánchez Simón-Talero, R. Godoy Mayoral, R. Sánchez Iniesta, J. Jiménez López y D. Sánchez Alfaro

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción: La criobiopsia transbronquial (CBTB) se ha introducido como una técnica broncoscópica en las Unidades de Neumología Intervencionista para el estudio de EPID apoyada en la evidencia de la óptima calidad de las muestras y mayor rendimiento diagnóstico que la biopsia convencional. Objetivo: describir nuestra experiencia inicial, complicaciones y resultados.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa e indicación de CBTB tras valoración por Comité de EPID. El procedimiento se realizó con anestesia general y manejo de la vía aérea inicial con mascarilla laríngea. Las CBTB fueron guiadas por fluoroscopia hacia las zonas más afectadas. En todos los casos, se colocó un balón de oclusión. Se registraron las complicaciones del procedimiento y de la anestesia, comorbilidad y diagnóstico histológico.

Resultados: Se analizaron los primeros 9 procedimientos. Los pacientes fueron 55,6% mujeres, edad media $66,4 \pm 12,1$ (47,78), 67% mayores de 70 años, tabaquismo 33,3% (activo 11,1%, media de $33,3 \pm 7,6$ p/a. Solicitado por NM 88,9%, MI 11,1%, 33,3% remitidas desde otros centros de la Comunidad. El estudio funcional mostró restricción leve en 77,8% y afectación de la difusión en 88,9% (tabla 1) sin signos de hipertensión pulmonar con oxígeno para deambulación en 1 paciente. Presentaban comorbilidad: HTA en 44,4%, cardiopatía 33,3% (isquémica, valvular, FA en 11,1% respectivamente), obesidad 44,4%, SAHS 11,1%, diabetes 11,1%, hepatopatía 22,2%. Se tomaron una media de $3,9 \pm 1,4$ muestras (1,5) desde LSD (44,4%), LM 22,2%, LID 33,3%. Por espasmo/edema laringe en tres pacientes se procedió a IOT sin complicaciones. Tras la CBTB hubo complicaciones leves (tabla 2) y todos los pacientes fueron dados de alta desde la sala de recuperación de bronoscopias. La CBTB permitió establecer un diagnóstico histológico en 5 (66,7%), con muestras válidas en el resto no concluyentes para diagnóstico histológico definitivo. Un paciente en tratamiento inmunosupresor presentaba cambios patológicos inespecíficos residuales, dos permanecen asintomáticos en seguimiento. Solo se realizó biopsia quirúrgica VATS a un paciente.

Conclusiones: La criobiopsia pulmonar permite la obtención de muestras válidas para el estudio de enfermedad intersticial en pacientes con comorbilidad y afectación funcional respiratoria moderada y reducir el número de procedimientos quirúrgicos más invasivos. Las complicaciones fueron leves, sobre todo sangrado que se controla con las medidas preventivas local.

	Parámetros de función pulmonar	
	Media \pm DE	Rango
FVC	78,7 \pm 16,6	(59, 116)
TLC	77,4 \pm 9,4	(68, 92)
DLCO	64,6 \pm 21,6	(46, 110)
TM6M metros	462 \pm 67	(390, 520)

Tabla 1. Estudio funcional respiratorio de los pacientes sometidos a criobiopsia pulmonar.

Complicaciones de la criobiopsia (%)	
Sangrado (*)	
I: Leve	33,3%
II: Moderado	11,1%
III: Severo	0%
Neumotórax	0%

* Sangrado I: leve, que no precisa maniobras endoscópicas; Sangrado II: moderado que cede en < 3 minutos con maniobras endoscópicas habituales; Sangrado III: grave que no cede en < 3 minutos, obliga a suspender el procedimiento y/o requiere otras actuaciones urgentes.

Tabla 2. Complicaciones de la criobiopsia.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN GRAVE DE LA EPOC

S. Fernández García¹, A. Priegue Carrera¹, C. Represas Represas¹, C. Mouronte Roibás¹, A. Ruano Raviña², I. Portela Ferreiro¹, I. Bóveda López¹ y A. Fernández Villar¹

¹EOXI Vigo, Servicio de Neumología, Grupo Neumovigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

²Departamento de Medicina y Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: La evidencia sobre el perfil clínico y sociodemográfico de la mujer que ingresa por agudización de EPOC (AEPOC) es limitada. Con el objetivo de avanzar en el conocimiento en este aspecto llevamos a cabo este estudio.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con AEPOC ingresados en un hospital terciario durante 11 meses. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, IMC, unidad de convivencia, factores de riesgo, situación económica, vivienda, dependencia) y clínicas (hábitos tóxicos, comorbilidades, función pulmonar, impacto clínico, grado de ansiedad-depresión), utilizando escalas y cuestionarios recomendados en las guías de práctica clínica y documentos institucionales. Se realiza un estudio comparativo entre mujeres y hombres mediante pruebas estadísticas habituales.

Resultados: Se incluyeron 201 pacientes, 40 (20%) mujeres. En comparación con los hombres, las mujeres son más jóvenes (65 vs 70 años, $p = 0,01$), viven con mayor frecuencia solas (40% vs 18%, $p = 0,006$), en zonas urbanas o núcleos rurales (95% vs 82%, $p = 0,01$) y disponen de menos vivienda en propiedad (60% vs 79,4%, $p = 0,01$). Tienen con más frecuencia un trabajo activo remunerado (16% vs 5%; $p = 0,03$) y hay más casos con una renta inferior a 800€ (71% vs 52%, $p = 0,025$). Tienen una menor dependencia (Escala de Lawton y Brody 6% vs 4,5%, $p = 0,005$). La causa de la EPOC no tabáquica es mayor (13% vs 3%, $p = 0,033$), aunque fuman más activamente (63% vs 30%, $p < 0,001$) y la ingesta elevada de alcohol es menor (5% vs 25%, $p = 0,03$). Con una función pulmonar similar, presentan menor número de comorbilidades (índice de Charlson 2,00 vs 2,75, $p = 0,005$), esencialmente cardiovasculares. No se evidenciaron diferencias en IMC, en el nivel de disnea por mMRC (2,1 vs 2,3), en los ingresos previos, valores de cuestionarios, escalas e índices como CAT, Goldberg total, Barthel, Gijón, Zarit y BODEX.

Conclusiones: En pacientes con AEPOC grave existen destacables diferencias en función del género a nivel sociodemográfico, factores de riesgo y comorbilidades, a pesar de una similar gravedad funcional. Estudio cofinanciado por Programa Principia (Xunta de Galicia) y SO-GAPAR.

DIFERENCIAS DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE ENTRE PACIENTES CON EPOC Y ASMA

C. Rodríguez García, A. Ferrer Teruel, R. Esteban Bombín, J.A. Gullón Blanco, M.Á. Villanueva Montes, E. García Coya, J.D. Álvarez Mavarez y M.R. Rodríguez Seoane

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue conocer si existen diferencias entre pacientes que padecen EPOC y asma con respecto a la vacunación de la gripe.

Material y métodos: Fue un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de pacientes con EPOC y asma que acudieron a la consulta general de neumología. Se recogieron datos de edad, sexo, tabaquismo, comorbilidades (cardiopatías, bronquiectasias y EPID), gravedad a los EPOC (GOLD 2011), gravedad de asma (GEMA 4,1) y si habían

tenido exacerbaciones o ingresos en el último año. A los que se habían vacunado de la gripe se les preguntó si habían tenido exacerbación de su enfermedad y a los que no se habían vacunado la razón por la que no lo habían hecho: piensa que no lo necesita, no se la ofrecieron, tuvo problemas otros años, o por catarros, fiebre... Estudio estadístico: distribución chi cuadrado, programa estadístico SPSS 19, con $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes, de los cuales con EPOC 61 pacientes (31,1%) y con asma 135 pacientes (68,9%). Hubo igual número de hombres que de mujeres. La media de edad fue de 63,61 años \pm 15,6, la de exacerbaciones fue de $0,67 \pm 1,4$ y la de ingresos $0,27 \pm 0,64$. 50 pacientes presentaban alguna comorbilidad (25,5%). Se vacunaron 121 pacientes (62%). No hubo diferencias de vacunación según sexo, ni tabaquismo. Se vacunaron: con EPOC 69% de los pacientes y el 58,2% de los asmáticos. Las diferencias entre asma y EPOC no fueron significativas. Tampoco encontramos diferencias entre los grados de gravedad ni del asma ni de EPOC, aunque como vemos en la tabla los pacientes con nivel de gravedad mayor se vacunan más. Los pacientes vacunados tuvieron mayor número de exacerbaciones ($p = 0,01$), ingresos durante el último año ($p = 0,04$) y enfermedades asociadas ($p = 0,001$). Dentro de ellas los pacientes con cardiopatía se vacunaron en una proporción significativamente mayor 88,9% frente a 53,6% ($p = 0,0001$). Con respecto a la agudización posvacunal solo 4 pacientes la presentan: 3 mujeres y 1 hombre. No fue significativo por sexo, ni por tabaquismo. Todas fueron en asma. 3 en pacientes sin comorbilidad.

Vacunación de la gripe en los diferentes grados de asma y EPOC

EPOC	GOLD A	GOLD B	GOLD C	GOLD D
Vacunados sí	8 (19%)	9 (21,4%)	6 (14,3%)	19 (45,3%)
Asma	I. leve	P. leve	P. moderada	P. grave
Vacunados sí	4 (5,1%)	1 (1,3%)	32 (40,5%)	42 (53,1%)

Conclusiones: 1. Más de la mitad de los pacientes con asma y EPOC se vacunan, sobre todo los que presentan cardiopatía añadida. 2. Los pacientes más graves se vacunan más, sin diferencias entre asma y EPOC. 3. Los pacientes con más exacerbaciones y más ingresos se vacunan más. 4. Solo 3,3% de los pacientes presentaron agudización posvacunal, todos ellos diagnosticados previamente de asma.

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN EDUCATIVO EN LOS PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR

M. Enríquez Jiménez¹, S. Arranz Alonso², M.V. Pavón Blanco¹, T. Tostado Lloves¹, M.I. Horcajo Espín¹ y A.M. Carro Ruiz¹

¹Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ²FUDEN, Madrid, España.

Introducción: Los estudios sobre medidas para mejorar la adhesión en pacientes con trasplante de pulmón (TxP) son escasos. En otros trasplantes los esfuerzos educativos y el asesoramiento durante la hospitalización demostró mejoría en el cumplimiento de los inmunosupresores. Muchos programas de trasplante de órganos sólidos reconocen la importancia de un programa educativo para garantizar la adhesión por parte del paciente, además de ayudarle a tomar conciencia de su nueva situación y adquirir habilidades que le ayuden a controlar su enfermedad. Objetivo: crear, instaurar y evaluar un programa educativo estructurado llevado a cabo por enfermería (PEEE), para que los pacientes aprendan y mejoren la adhesión a los tratamientos y autocuidados necesarios tras el TxP.

Material y métodos: Se realizaron dos estudios correlativos en el tiempo. Primera fase: estudio de cohorte que midió la adhesión a las recomendaciones postrasplante, antes y después de una consulta de enfermería de refuerzo educacional. Segunda fase: estudio observacional prospectivo longitudinal, que incluye el diseño de un PEEE ins-

taurándolo en el postoperatorio no inmediato del trasplante (6 consultas) y con visitas de seguimiento. Para evaluar la efectividad del programa y la adhesión a los tratamientos, espirometría domiciliaria y autocuidados de los pacientes, se les realizaba una encuesta a los 3, 6 y 12 meses tras el trasplante pulmonar. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SAS 9.4.

Resultados: Se recogieron datos durante 4 años y 7 meses, incluyéndose en el estudio 61 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Los conocimientos y habilidades aprendidos de los pacientes que habían sido formados por el PEEE, se muestran en la tabla. En la figura se plasma la evolución de la adhesión a las variables estudiadas de los pacientes durante el primer año postrasplante pulmonar. Existe un descenso estadísticamente significativo de la adhesión en las variables estudiadas según pasan los meses desde el TxP (excepto en variables de autocuidados). Siendo adhesión alta en todas ellas por encima del 75%.

Al año del TxP

El 82% se preparan solos la medicación, identifican y conocen el uso de los inmunosupresores.

El 92% realizan una buena reconstrucción de la medicación y el 85% la nebulizan en un tiempo correcto.

El 100% de los pacientes realizan una técnica correcta en las espirometrías.

El 64% utilizan crema con protección solar de manera habitual.

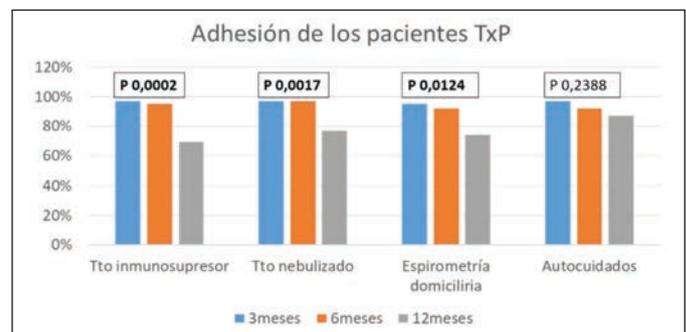


Figura 1.

Conclusiones: El PEEE es eficaz, consigue que los pacientes adquieran la información sobre el trasplante y las habilidades necesarias para la adecuada realización del tratamiento y espirometría domiciliaria, mejorando la adhesión y consiguiendo un autocontrol de la enfermedad. Además, fomenta el autocuidado en aspectos higiénico-dietéticos, para disminuir riesgos de infecciones y otras complicaciones asociadas al TxP.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INSUFLACIÓN-EXUFLACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROMUSCULAR

A. Castaño Menéndez¹, R. González Alonso¹, C. Parra Manzanares¹, B. Punzano Díaz¹, N. Pizarro Gómez¹, A. Hernández Votz² y S. Mayorals Alises³

¹Oximesa, Madrid, España. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ³Hospital Universitario Moncloa, Dirección Médica Oximesa, Madrid, España.

Introducción: La insuflación-exuflación mecánica (IEM) es una terapia eficaz en el manejo de pacientes con enfermedad neuromuscular (ENM) con deterioro del mecanismo de la tos (pico flujo de tos (PFT) < 160 L/min o < 270 L/min durante una infección respiratoria). Aunque

las indicaciones están claras, muchos de los pacientes no se adhieren a la terapia por falta de eficacia y/o mala tolerancia. El objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia y tolerancia de dicha terapia en pacientes ENM e indicación según PFT.

Material y métodos: Análisis observacional de 1 año de duración de 21 pacientes con diagnóstico de ENM e indicación de IEM. Fueron remitidos por el Servicio de Neumología a la consulta de enfermería para adaptación donde se les realizó una prueba de tolerancia/eficacia con un asistente mecánico de la tos (6-8 ciclos manuales de insuflación-exuflación con sus períodos de descanso, y presiones de -30/-40 hasta +30/+40 cmH₂O) monitorizados con pulsioximetría. El tratamiento se consideró eficaz si se cumplían 3 ítems: 1. Buena coordinación del paciente con la terapia IEM. 2. Generación de una maniobra de tos efectiva post tratamiento (apreciación subjetiva de la magnitud de la fase espiratoria expulsiva así como el sonido de la apertura de glotis o medición del PFT). 3. Ausencia de colapso de vía aérea superior durante la fase expulsiva de la tos. Durante la visita se instruyó al familiar y paciente en la correcta realización de la técnica.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes ENM (13 varones y 8 mujeres) con una mediana de edad de 55 años (3-80 años). 17 pacientes estaban en tratamiento con ventilación mecánica (1 de ellos mediante traqueotomía). Los diagnósticos fueron los siguientes: 16 ELA (11 con afectación bulbar y 6 sin afectación bulbar), 2 miastenias graves, 1 distrofia muscular de Duchenne (DMD) y 1 miopatía por cistinosis. La IEM fue eficaz y bien tolerada en el 42,8% de los pacientes (n = 9) con los siguientes diagnósticos: ELA no bulbar (6), miastenia grave (1), miopatía por cistinosis (1) y DMD (1). La IEM resultó ineficaz en 12 de ellos (57,2% de la muestra), de los cuales 11 tenían ELA bulbar y 1 miastenia grave.

Conclusiones: La indicación de IEM en pacientes neuromusculares según parámetros de función pulmonar no asegura que sea eficaz. Para asegurar el uso y el máximo beneficio clínico es necesario realizar una prueba de tolerancia/eficacia en estos pacientes. En más del 50% de nuestros pacientes con ENM y tos ineficaz la IEM no fue eficaz y/o bien tolerada.

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN SUEÑO (EPAS). TELEMONITORIZACIÓN EN PACIENTES CON MUY BAJO CUMPLIMIENTO. RESULTADOS PROVISIONALES

M.J. Mendaza Ortiz¹, L. Mora García¹, E. Olmos Tejero¹,
L. Santos Anderez¹, D. Díez Fuente², M.T. Burzaco Foronda¹,
E. Cristóbal Domínguez¹, L. Guerra Martín¹,
A. Álvarez Ruiz de Larrinaga¹, N.B. Navarro Soriano¹,
J. Carrillo Hernández-Rubio³, M.J. Azpiazu Blocona¹, L. Cancelo Díaz¹
y B. Muria Díaz¹

¹OSI Araba, Vitoria, Álava, España. ²Linde Médica, Vitoria, Álava, España. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.

Introducción: La CPAP ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para el control del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). Con tasas de mal cumplimiento que oscilan del 15-50%, asegurar un buen cumplimiento es el objetivo del seguimiento. En la Cohorte de sueño de Vitoria, 5994 personas están en tratamiento con CPAP. De ellos, un 12% hacen un uso medio < 3h y un 4% la utilizan < 1h/día. El uso de CPAP menor de 3h no asegura la reducción de los factores de riesgo cardiovascular asociados al SAHS. Objetivo: evaluar el cumplimiento del tratamiento con CPAP a través de un programa de salud que usa dispositivos de telemedicina de incumplidores de < 1 hora/día.

Material y métodos: Estudio prospectivo, analítico, aleatorizado, de pacientes en tratamiento con CPAP > a 6 meses y que con un cumplimiento < 1 hora/día. Realizado de marzo a octubre del 2017. El sistema

de monitorización utilizado fue SRETT T4P. Una vez revisados los pacientes de forma presencial en la consulta EPAS (Tiempo T0) y resueltas las causas que supusieran un bajo cumplimiento, se aleatorizó a los sujetos en dos grupos: Grupo A (intervención), y Grupo B (control). Al grupo intervención, se le instaló el dispositivo de telemonitorización (T1) para posteriormente retirarlo al mes (T2). Durante este tiempo se registró telemáticamente la fuga diaria, la presión, el índice de apnea-hipopnea (IAH), y el cumplimiento horario. Ambos grupos siguieron visitas presenciales EPAS: al mes de tratamiento (T2), a los 3 meses (T3), y a los 6 meses (T4); en las que se analizaban los resultados de cumplimiento y se solucionaban posibles efectos secundarios.

Resultados: Se analizaron los resultados provisionales de los primeros 35 pacientes, 16 (48,5%) en el grupo A y 17 (51,5%) en el grupo B. Del total de pacientes, 26 (74,3%) eran hombres y 9 (25,7%) mujeres, edad media 62 años (DE= 11,43). El IMC medio 32 (DE= 7,21), IAH medio 43 (DE= 23,14). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La causa más frecuente de incumplimiento fue la aparición de efectos secundarios 26 (68,6%). Tras el seguimiento, en el tiempo (T4), 8 pacientes (50%) del grupo A aumentaron su cumplimiento a más de 3h/día, y 9 pacientes (52,9%) en el grupo B, (p = 0,78).

Conclusiones: El análisis provisional de los resultados muestra que una consulta EPAS mejora la evolución del 51,5% de los pacientes, consiguiendo cumplimientos superiores a 3h/día. La implementación de dispositivos de telemonitorización no aporta valor añadido al seguimiento en consulta presencial.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA: ¿SOMOS LO QUE QUEREMOS SER? ESTUDIO CUALITATIVO DE PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA HERMENÉUTICA DE ÁMBITO NACIONAL

S. Arranz Alonso¹, S. Parra Cordero² y M. Enríquez Jiménez³

¹Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Madrid, España. ²C.M. Zambrana, Valladolid, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: La enfermería respiratoria (ER) continúa siendo invisible en España, a nivel legislativo y normativo. Objetivo: conocer la construcción identitaria y social de la ER desde la experiencia del colectivo. Ayuda Inv SEPAR2015.

Material y métodos: Estudio cualitativo de perspectiva fenomenológica hermenéutica, 2015-17. Población: enfermeros respiratorios (EnR) en España. Muestreo teórico hasta alcanzar saturación del discurso: 12 entrevistas (E) semiestructuradas. Análisis de datos: inductivo. Modelo fenomenológico Van Manen (1990).

Resultados: N = 12. Datos demográficos de la muestra (tabla). Existe una brecha entre la situación presente y la imaginada en el futuro para la ER. ¿Qué es la enfermería respiratoria en el presente? La identidad actual está en construcción influida por la forma de enfrenarse a las necesidades, barreras y competencias al no contar con marco normativo-legal que regule su práctica. Las estructuras que regula la experiencia actual son: Práctica técnica, Alianzas multidisciplinares, Autodidactismo (fig.). ¿Qué quiere ser la enfermería respiratoria en el futuro? 1. Especialidad reglada/legislada vs definición competencias reconocimiento y visibilidad. E4: "Nos tenemos que plantar y nos tenemos que hacer respetar". 2. Formación especializada: posgrado de 1-2 años de duración. E10: "Entre unos 9 meses podía hacer esa revisión global y esos 9 meses sería el aprendizaje básico de manejo de todos los componentes de lo que sería un servicio de respiratorio completo. Y a partir de ahí, yo creo que para llegar a ser un especialista en neumología yo creo que hay que ir a los 2-3 años". 3. Empleo de herramientas enfermeras: lenguajes estandarizados. E5: "Dentro

de 10 años toda la gente que sale de la facultad, sale con esa taxonomía aprendida y por lo tanto dentro de 10 años esto va a cambiar por completo". Puentes entre ambas realidades: las sociedades científicas, la motivación de los EnR y el neumólogo/a.

Perfil de género, edad, antigüedad y lugar de ejercicio profesional

Datos descriptivos	
Enfermeros respiratorios EnR (n)	12
Género (mujer) (n%)	6 (66%)
Edad, años	49 (30-62 años)
Antigüedad, años	16 (5-39 años)
Ámbito (consulta) (n%)	6 (50%)



Figura 1. Estructuras esenciales que regulan la experiencia actual y la futura estructura de la especialidad de enfermería respiratoria.

Conclusiones: La ER siente la necesidad de una especialización técnica para legitimar y dotar de herramientas su campo de conocimientos. Las sociedades científicas son el contexto físico, social y simbólico donde se materializa el imaginario de la especialidad de ER. El neumólogo/a es el transmisor de conocimiento teórico y técnico. El grado de vinculación entre el enfermero/a y el neumólogo/a condiciona la forma de identificarse, posicionarse y entender la profesión. Es necesario explorar recursos disponibles para construir puentes que acerquen la realidad presente y el futuro deseado por los profesionales.

EPOC Y ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA: FACTORES PREDICTORES

M.T. Martínez Ramírez, L.E. Barriuso Carazo, I. Arrizubieta Basterrechea, B. González Vesga, S. Rodríguez Pedrosa, A.M. Sarria Pentón, A. Moyano Castilla, I. Noria Alonso, S. Azpiri Rivero, L. Sainz de Aja Gallastegui, U. Aguirre Larracochea, A. Aramburu Ojambarrena y C. Esteban González

OSI Barrualde-Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: Estudiar la adherencia al tratamiento inhalado de una cohorte de pacientes con EPOC.

Material y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 113 pacientes con EPOC (FEV1 < 80% y FEV1/FVC < 70%). Los pacientes habían de haber estado clínicamente estables al menos durante las 6 semanas previas a la inclusión en el estudio. Se recogieron diversas variables y en el mismo día se registró la técnica de inhalación y la adherencia a la terapia inhalada mediante el cuestionario TAI (Test de Adhesión a

los Inhaladores). Se realizaron mediciones de función pulmonar, calidad de vida (COPD Assessment Test), limitaciones de la vida diaria (London Chest Activity of Daily Living scale) y test de 6 minutos marcha. Se realizaron análisis univariantes.

Resultados: De los 113 pacientes incluidos el 79% fueron hombres, edad media de 67 (DE ± 10) años, disnea media grado 2 en la escala mMRC, índice de Charlson 2,7 (DE ± 1,6), y FEV1% posbroncodilatación 58,5 (DE ± 19,8). La distancia media realizada durante el test de marcha de 6 minutos fue 408,9 (DE ± 92,4) metros. La tasa de incumplidores fue del 22%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (cumplidores/incumplidores) en el volumen residual (RV), a menor RV más tasa de incumplidores (punto de corte en 145%; p = 0,047), en el test de 6 minutos marcha, a mayor distancia recorrida más tasa de incumplidores (punto de corte 482 metros; p = 0,002) y en las limitaciones de la vida diaria, a menor limitación más tasa de incumplidores (LCADL con punto de corte en 15; p < 0,001). Variables como edad, género, índice de Charlson, tabaquismo, disnea, FEV1, calidad de vida (CAT), ansiedad/depresión no se asociaron con la tasa de incumplimiento. Tampoco lo hicieron el número de fármacos inhalados que tomaban, el tipo de dispositivo ni el número total de medicación que tomaban los pacientes incluidos. Tampoco se asoció el incumplimiento con la calidad de la técnica de inhalación.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes incumplidores en nuestra muestra fue importante. Variables relacionadas con un menor deterioro clínico-funcional se asociaron con una mayor tasa de incumplimiento.

¿ES POSIBLE HACER ENSAYOS CLÍNICOS EN NEUMOLOGÍA?

M. López Zamora¹, Á. Ríos Olivencia¹, C. Aguiló Monjo¹, M. Ensenyat Catalunya², N. Toledo Pons³, A. Iglesias Coma⁴, E. Sala Llinas² y F.B. García-Cosío Piqueras²

¹IdISBa-Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

²Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

³CIBERES-Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

⁴CIBERES-IdISBa, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

Introducción: Los ensayos clínicos son una vía de investigación traslacional que contribuyen de forma importante a la aplicación de la innovación en nuevos tratamientos para pacientes respiratorios. Sin embargo, las necesidades de estructura y la actividad necesaria para poder hacer ensayos clínicos de calidad no está bien estandarizada. El objetivo de este trabajo es describir la tipología y actividad realizada en una Unidad de Ensayos Clínicos centrada en fármacos con aplicación en neumología.

Material y métodos: Análisis del registro de actividad en neumología de la Unidad de Ensayos Clínicos del Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBa) durante el año 2016.

Resultados: La Unidad de Ensayos Clínicos cuenta con dos DUE en jornada completa y un neumólogo a tiempo parcial, con el soporte administrativo y de gestión del IdISBa, y que realizan su actividad en un espacio de 80 m² que cuenta con dos consultas, espirometro, electrocardiógrafo, lector de cuestionarios y equipamiento para extracción y procesado de muestras biológicas, principalmente sangre y esputo. Durante el año 2016 se realizaron 8 ensayos clínicos en neumología, (5 de ellos con fármacos biológicos, 3 con broncodilatadores) y 2 observacionales que supusieron la realización de 213 visitas, 109 extracciones con procesado de sangre, 60 exploraciones funcionales completas, 50 pruebas de la marcha de 6 minutos, 54 espirometrías con prueba broncodilatadora, 117 ECG y 89 cuestionarios que fueron introducidos en un CRF electrónico.

Año 2016	BORA	MELTEMI	GALATHEA	IMPACT	DYNAGITO	LIBERTY	CISEPOC	BI 352,2069	NOVARTIS CQAW039	TOTAL
Nº visitas	33	3	47	16	5	14	80	10	5	213
Nº constantes vitales	32	3	15	15	6	14	40	10	5	140
Extracción sangre HUSE	0	0	0	0	0	0	40	0	0	40
Extracción sangre + procesado lab. comercial	18	1	15	10	2	10	0	10	3	69
Procesado muestras orina	11	1	10	0	0	6	40	10	3	81
Espirometría simple	6	0	5	0	0	4	0	0	2	17
Espirometría simple + PBD	5	1	5	11	0	10	0	0	5	37
Estudio completo función pulmonar	0	0	0	0	0	0	40	20	0	60
6MWT	0	0	0	0	0	0	40	10	0	50
ECG	10	1	11	9	0	7	40	5	13	96
Espudo inducido + procesado muestra	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
Cateterismo vía venosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FENO	0	0	0	0	0	26	0	0	0	26
Medicación ensayo	26	3	0	9	3	9	0	0	2	52
Cuestionarios/visitas	33	1	18	11	5	12	0	5	4	89

Conclusiones: El papel de la enfermería en la investigación traslacional es indispensable. La realización de ensayos clínicos implica una inversión en recursos humanos y materiales que, en los centros asociados a un Instituto de Investigación Sanitaria, facilita el desarrollo de la investigación traslacional y la obtención de recursos. Actividad detallada por pruebas de los ensayos de neumología realizados durante el 2016 por la plataforma de ensayos clínicos del IdISBa.

ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMERÍA

A. Piró Dorado, A. Gimeno Cardells, I. Amara Elori, B. Montull Veiga, P. González Jiménez, L. Feced Olmos y R. Menéndez Villanueva

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: Las bronquiectasias (BE) son una patología de la vía aérea que se caracteriza por la presencia de dilataciones bronquiales crónicas e infecciones respiratorias recurrentes. La consulta de enfermería (CE) es el espacio adecuado para el manejo del paciente con BE basándose en el cuidado holístico. El objetivo del estudio fue describir el estado de salud de los pacientes con bronquiectasias atendidos en una consulta monográfica de enfermería.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con BE atendidos en una consulta de enfermería monográfica de un hospital terciario. La consulta de enfermería se desarrolla contigua a la consulta médica. Tiene como objetivo la valoración y la educación para la salud en hábitos tóxicos, vacunación, nutrición y ejercicio físico, fisioterapia respiratoria así como administración y adiestramiento en los tratamientos inhalados y/o nebulizados. Se recogieron datos demográficos, clínicos, pronósticos (escalas FACED y BSI), tipos de tratamientos inhalados y una valoración funcional mediante la escala de Karnofsky. Se presentan las frecuencias N (%) de las características de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes con una edad media de 65,41 ± 14,82 años; hombres 35 (42,7%) y mujeres 47 (57,3%) con un IMC de 25,31 ± 6,50. El perfil del paciente que se atiende en la consulta monográfica de enfermería se describe en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a la consulta de enfermería son independientes en sus autocuidados. Los pacientes atendidos en la consulta monográfica de enfermería tienen una alta comorbilidad, elevado uso de tratamientos inhalados y una puntuación de moderado-grave en la escala BSI. El papel de la enfermera especializada es fundamental en la educación del autocuidado respiratorio.

PERFIL DE LOS PACIENTES CON BE ATENDIDOS EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMERÍA	
Comorbilidad/estado de salud	
- HTA	35 (42,7%)
- DL	16 (19,5%)
- EPOC	21 (25,6%)
- ASMA	10 (12,2%)
- Cardiopatía	14 (17,1%)
- Índice de Charlson	4,04 ± 2,20
- Escala Karnofsky ≥ 70	69 (84,1%)
Vacunación	
- Gripe	56 (68,3%)
- Neumococo	39 (47,6%)
Gravedad	
BSI	
- Leve	13 (15,9%)
- Moderado	28 (34,1%)
- Grave	39 (47,6%)
FACED	
- Leve	43 (52,4%)
- Moderado	23 (28,0%)
- Grave	14 (17,1%)
Exacerbación último año	2 ± 1,5
Visitas a urgencias	0,95 ± 1,31
Tratamiento inhalado	
- Corticoides inhalados	56 (68,3%)
- Broncodilatadores	61 (74,4%)
- Anticolinérgicos	36 (43,9%)
- Antibiótico	34 (41,5%)
Colistina	29 (35,4%)
Tobramicina	5 (6,1%)
Colonización crónica	
- P. aeruginosa	53 (64,6%)
- S. aureus	11 (13,4%)

Tabla 1.

ESTUDIO INICIAL Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL DISEÑADA POR UN EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

S. Herrero Cereceda¹, J. Castro Toro¹, J. Morente López¹, A. Torres Hidalgo¹, M. Durán Agüí¹, A. Gil Martínez¹, R. Casitas Mateo² y E. Martínez Cerón²

¹Grupo de Investigación en Cuidados, Área de Patología de Grandes Sistemas, Instituto de Investigación IDIPAZ-Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Estudio de los datos iniciales de uso presentación y desarrollo de una aplicación móvil como herramienta de utilidad para el paciente con EPOC con el objetivo de mejora de su adherencia al tratamiento, mejora global en los cuidados de su enfermedad, y en su calidad de vida.

Material y métodos: Pacientes con EPOC moderada seleccionables en la consulta monográfica de EPOC del Servicio Neumología del Hospital La Paz. Cuestionario de satisfacción. Herramienta desarrollada resultado de acuerdo con Navandhu Technologies y Grupo de investigación en Cuidados de IdiPAZ, a través de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario La Paz (FIBHULP) y registrada como marca [M3617689(3)].

Resultados: Se realizó un estudio de prueba piloto como primera puesta en práctica del proyecto con la intención de considerar las facilidades de implementación con un Grupo focal de 6 pacientes seleccionados de la consulta monográfica de EPOC a los que se les facilitó la disponibilidad de la aplicación con la finalidad de que evaluaran: usabilidad, confiabilidad (personal sanitario como generador de contenidos), socialización (perfiles, red social y geolocalización). Se ha incluido un apartado que permite geolocalización, si el paciente lo autoriza, con otros pacientes próximos con EPOC, gamificación (medallas y logros): existe un sistema de incentivación y recompensa por cumplimiento de objetivos terapéuticos (cumplimiento de medicación) y de actividad física recomendada, refuerzo y apoyo emocional (citas, estados y redes) se recuerdan las citas médicas, fotos de los envases de medicación, vídeos de los diferentes dispositivos. Cuestionario para valorar los diferentes ítems de la aplicación con cuatro niveles de aceptación para cada uno.

Conclusiones: La utilización de una aplicación en el teléfono móvil como la que se presenta puede ser una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes respiratorios y en particular los que padecen EPOC. El desarrollo y la implementación de este tipo de herramientas en dispositivos puede ser en un futuro no muy lejano un apoyo importante para este tipo de pacientes, siendo necesarios estudios de mayor extensión y ensayos clínicos reglados para validación científica. Nuestro grupo desarrolla un proyecto a tal efecto. Los profesionales de enfermería tendrán un papel relevante como principales actores en la implementación de estos cuidados, en su instrucción a los pacientes y en la recogida y análisis de los datos.



Figura 1. Menú-pantalla inicial interactiva de la aplicación.



Figura 2. Submenú de optimización de cuidados y control.

FACTORES PREDICTORES DE ERRORES CRÍTICOS EN LA TERAPIA INHALADA

M.L. Aballe Santos, C. Represas Represas, A. Priegue Carrera, M. González Fariña, E. García Rodríguez, I. Portela Ferreño, S. Fernández García y A. Fernández Villar

Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, PneumoVigo I+i, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: La terapia inhalada (TI) es uno de los pilares fundamentales del tratamiento de los pacientes con EPOC, siendo preciso una técnica inhalatoria y cumplimiento terapéutico adecuados para obtener beneficio clínico. El objetivo de este estudio fue evaluar la adecuación (errores críticos) de la praxis inhalatoria en pacientes con EPOC y TI y los factores relacionados con ello.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Inclusión de pacientes con EPOC valorados en las consultas de enfermería de Neumología del HAC. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, funcionales e instrucciones previas sobre la TI. La intervención en consulta incluye: adiestramiento/revisión de praxis inhalatoria, valoración de adherencia (cuestionario TAI), satisfacción con el/los inhaladores prescritos (cuestionario FSI-10), medición de impacto de la EPOC en calidad de vida (cuestionario CAT). Evaluación de errores críticos con cada DI y análisis uni/multivariante de predictores.

Resultados: 122 pacientes, 229 dispositivos (DI). En la tabla se muestran las características generales de los pacientes. El 88% llevaban más de 1 año con su DI. De los que habían recibido instrucciones sobre el uso del DI, sólo en 16% lo había hecho personal de enfermería. Al revisar la praxis con cada DI, en el 53,7% de ellos cometían algún error crítico, y con el 14,8% además algún otro error no crítico. El 77,5% estaban muy satisfechos con su inhalador. El 73,4% mostraban buena adherencia según el TAI. En la tabla se muestran los factores que se relacionan con los errores críticos. En el análisis multivariante se mostraron como factores predictores de no tener un error crítico el sexo femenino (OR 4, IC95% 1,1-15; $p = 0,04$), la revisión de la praxis (OR 6,1, IC95% 2,4-15,4; $p < 0,001$) y un nivel de estudios secundarios/superiores (OR 2,8, IC95% 1,1-7,1; $p = 0,03$).

Conclusiones: En un número significativo de pacientes se observan errores críticos en la realización de la praxis inhalatoria con alguno de

sus DI. Se muestran como factores protectores de errores críticos el sexo femenino, el nivel de estudios medios o superiores y la revisión de la praxis en el seguimiento del paciente. El papel de la enfermería es clave para la educación en TI, y su intervención debe ser intensificada.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

A. López Eizaguirre, M. Calpena Irisarri, M. Gutiérrez Rouco, S. Palacín Calderón, J.M. Blanco Valle, J. Gutiérrez Anguita y M. Peiro Fabregat

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por tener una gran comorbilidad, lo que contribuye a aumentar la repercusión social, el coste anual de la enfermedad y es un factor pronóstico de mortalidad, y uno de los síntomas más invalidantes es la disnea. Objetivos: determinar los factores que influyen en las actividades de la vida diaria (AVD) y en la salud de los pacientes con EPOC.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en sala de Neumología del Hospital de Sant Pau de Barcelona entre septiembre y noviembre 2017 con diagnóstico de EPOC. Se recogieron datos socio-demográficos, funcionales y clínicos, índice de Barthel, COPD Assessment test (CAT), índice de Charlson tipo de terapias respiratorias domiciliarias.

Resultados: Se recogieron datos de 49 pacientes. Los datos descriptivos de la muestra se muestran en la tabla. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el índice de Charlson y el índice de Barthel $r = 0,020$ ($p = 0,203$), ni entre el índice de Charlson y la puntuación del CAT $r = 0,033$ ($p = 0,823$), pero sí hubo una correlación negativa entre el índice de Barthel y la puntuación del CAT $r = -0,43$ ($p = 0,002$), y entre la escala de MRC y el índice de Barthel $r = -0,31$ ($p = 0,026$). También hubo significación estadística al relacionar la escala de la MRC y la puntuación del CAT $r = 0,40$ ($p = 0,008$) y entre CAT Y FEV1 $r = -0,40$ ($p = 0,028$).

	Total (n=122)	Errores críticos (n=123 DI)	No errores críticos (n=106 DI)	P
Edad, años	68(10,5)	69,9	66,15	0,05
IMC	28,5(5,7)	27,6	29,3	0,11
Exacerbaciones/año	1,2(1,3)	1,47	1,07	0,02
Disnea mMRC	1,7(1)	1,74	1,72	0,86
CAT	15,4(7,3)	15,4	15,4	0,96
FEV1, ml	1260(490)	1250	1280	0,58
FEV1, %	46,3(16)	45,7%	47,1%	0,5
FVC, ml	2771(858)	2760	2780	0,87
FVC, %	75,6(18)	75%	76,4%	0,52
FSI-10	44,4(6)	44	45	0,2
Consulta general vs específica EPOC	47,8%	68,5%	31,5%	<0,001
	52,2%	40,5%	60%	
Sexo varón vs Mujer	87%	55,7%	44,3%	0,02
	13%	25%	75%	
Estudios básicos vs otros	63%	57,7%	42,3%	0,05
	37%	40%	60%	
No instrucciones previas	26,6%	62,3%	37,7%	0,11
No revisión de praxis	42,2%	72,8%	27,2%	<0,001
Diferentes tipos DI	32%	65,8%	34,2%	0,01
No conoce dosis	7,4%	76,5%	23,5%	0,05
Incumplimiento errático	16,6%	57,9%	42,1%	0,57
Incumplimiento deliberado	8,3%	47,4%	52,6%	0,6
Incumplimiento inconsciente	62,4%	83,2%	16,8%	<0,001

Resultados expresados en media (desviación estándar) o frecuencias absolutas (%) según la naturaleza de las variables.

Tabla 1. Características de la población estudiada y análisis bivalente de predictores de errores críticos en la TI.

Datos sociodemográficos	n = 49
Sexo H/M (%)	38 (78%)/11 (22%)
Edad	74 ± 11 (47-89) años
Viven en su propio domicilio	36 (74%)
Cuidador principal esposo/a	34 (69%)
Clasificación EPOC GOLD III/GOLD IV	15 (31%)/31 (69%)
Habito tabáquico	
Fumadores	12 (24%)
Exfumadores	37 (76%)
Datos funcionales y clínicos	
Fev1% (DE)	(42)11
MRC (DE)	3 (1)
Tipo de terapias respiratorias domiciliarias	
Portadores O2 (%)	27 (55%)
Portadores de ventilación no invasiva (%)	5 (10%)
Variables principales	
Charlson (DE)	3 (2)
Barthel (DE):	
Dependencia grave:20-40	2 (4%)
Dependencia moderada:45-55	8 (16%)
Dependencia leve:60-95	38 (78%)
Independencia:100	1 (2%)
CAT (DE)	25 (6)

Conclusiones: La comorbilidad no se asocia a un impacto en la vida de los pacientes ni a una mayor dependencia de las AVD. En cambio, el nivel de disnea sí se asocia a un mayor impacto en su salud y a las AVD. Existe una correlación entre los pacientes con más dependencia en las AVD y el impacto en el bienestar y en la vida diaria. El buen control de la disnea sería uno de los objetivos de estudio.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE CPAP EN PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE SUEÑO

M.J. Mendaza Ortiz, M. Azpiazu Blocona, N.B. Navarro Soriano, D. Díez Fuente, E. Olmos Tejero, L. Mora García, M.T. Burzaco Foronda y C.J. Egea Santaolalla

Hospital Universitario Araba, Vitoria, Álava, España.

Introducción: Tanto la apnea de sueño (SAHS) como su tratamiento con CPAP reúnen una serie de condiciones para que el grado de cumplimiento sea deficiente y esto además supone un importante coste económico. En la literatura se define cumplimiento adecuado como un uso medio de al menos 4 horas por noche en el 70% de las noches. El grado de cumplimiento adecuado se suele situar entre 30-60% de pacientes. Habitualmente se calcula el cumplimiento con los datos proporcionados por la tarjeta de memoria del dispositivo. Nos planteamos cuantificar el grado de cumplimiento de CPAP en nuestro medio antes de iniciar un proceso de mejora del cumplimiento con herramientas de telemedicina.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre todas las altas de prescripción CPAP en pacientes adultos durante 2016. Datos proporcionados por la empresa de terapias respiratorias de nuestra área (Linde Healthcare). Los criterios de exclusión fueron: pacientes sin lectura de cumplimiento; altas no indicadas por la Unidad de Sueño; cumplimiento medio mayor de 10h; primera lectura por encima de 6 meses; fecha de baja en el primer mes posterior al alta. La variable de tiempo de cumplimiento se expresa con la mediana y el rango intercuartílico, por ser una distribución no normal. Para comparar los tiempos de cumplimiento se ha realizado el test de Wilcoxon.

Resultados: Durante 2016 se dieron de alta 941 pacientes para iniciar tratamiento con CPAP, de los que se incluyen en nuestra muestra 715 (76%). A los 3 meses, la mediana de cumplimiento en 715 pacientes (100%) fue de 5,3 horas/noche (rIQ 2,6-6,5). Un 13% cumplió menos de 1h y un 36% menos de 4h/noche. El 74% cumplieron al menos 4h en el 70% de las noches. A los 6 meses, la mediana de cumplimiento en 401 pacientes (56%) fue de 5,4h/noche (rIQ 3,1-6,6). Un 9% cumplió menos de 1h y un 34% menos de 4h/noche. El 78% cumplieron al menos 4h en el 70% de las noches. La diferencia en la mediana de cumplimiento entre el 3º y 6º mes no fue significativa (p 0,641). Durante este periodo se dieron 179 bajas (25% de los incluidos).



Figura 1.

Conclusiones: El grado de cumplimiento de nuestros pacientes se sitúa por encima de los datos descritos en la literatura. No encontramos diferencias en el grado de cumplimiento al 3º y al 6º mes. Disponemos todavía de margen para implementar el proceso de mejora previsto para el cumplimiento de CPAP.

¿HAY DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE UNA PBD++ Y UNA PBD+ EN PACIENTES CON OCFA?

J.L. Valera Felices¹, N. Toledo Pons¹, M. Román Rodríguez², J.B. Soriano Ortiz³, J. Van Boven⁴, N. Pérez García² y B. García-Cosío Piqueras¹

¹Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España. ²Centro de Salud Son Pisà, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España. ³Instituto de Investigación Hospital Universitario de La Princesa (IISP), Madrid, España. ⁴Groningen Research Institute for Asthma and COPD, Groningen, Países Bajos.

Introducción: La prueba broncodilatadora muy positiva (PBD++: > 400 ml y > 15%) se asocia comúnmente a asma y en la actualidad es un criterio utilizado para definir el síndrome de solapamiento EPOC-asma (ACO) en presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) definida como FEV1/FVC posbroncodilatación (postBD) < 0,7. El objetivo del presente estudio es evaluar en una cohorte poblacional la prevalencia de la PBD++ y comparar las características clínicas, funcionales y analíticas entre los pacientes con prueba broncodilatadora positiva (PBD+: > 200 ml y > 12%) y los pacientes con PBD++.

Material y métodos: Se estudiaron pacientes de la cohorte MAJORICA que incluye información sobre atención primaria, hospitalización y farmacia de pacientes con diagnóstico de EPOC y/o asma en el año 2012 con seguimiento hasta 2014 en las Islas Baleares. Se seleccionaron aquellos pacientes mayores de 40 años que presentaban OCFA y se extrajeron datos sociodemográficos, funcionales, comorbilidades, analíticas, tratamiento e ingresos o visitas a urgencias.

Resultados: Se identificaron 803 pacientes > 40 años con OCFA y diagnóstico de EPOC y/o asma. Sólo 25 pacientes (3,11%) presentaron una PBD++ mientras que 132 pacientes (16,43%) presentaron PBD+. Los pacientes con PBD++ eran más jóvenes ($56,68 \pm 10,40$ vs $65,55 \pm 9,55$ años. $p < 0,001$), presentaban con mayor frecuencia el diagnóstico de asma y menos frecuentemente eran diagnosticados como EPOC respecto al grupo de pacientes con PBD+. No hubo diferencias en la función pulmonar, conteo de eosinófilos en sangre periférica, tratamiento, visitas a urgencias u hospitalización en los años de seguimiento.

Conclusiones: La PBD++ es muy poco frecuente en la población general. Los pacientes con PBD++ no presentan características clínicas ni funcionales diferenciadoras respecto a la población con PBD+.

¿INFLUYEN LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS DEL PACIENTE Y SU CUIDADOR EN LA BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO?

A. Aibar Díaz, M.P. Valle Dávalos, M.I. Tárrega Molina, Á. March Ortiz, M.C. Asensi Benimeli, M. Ramírez Expósito, P. Boluda Bernat y E. Fernández Fabrellas

Hospital General Universitario, Valencia, España.

Introducción: Nos propusimos evaluar la Buena Adherencia al tratamiento de asmáticos y EPOC ambulatorios o ingresados utilizando el cuestionario TAI, e identificar si se relacionaba con factores del entorno cercano del paciente, su cuidador o deficiencias asistenciales.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal (junio-noviembre 2017) incluyendo pacientes de asma y EPOC con tratamiento inhalado al menos 1 año y capaces para participar. Los dividimos en 4

grupos: AA: asmáticos ambulatorios (sin ingreso en 6 meses). AI: asmáticos ingresados. EA: EPOC ambulatorios (sin ingreso en 6 meses). EI: EPOC ingresados. Realizamos encuesta de datos sociodemográficos, sociosanitarios, nivel de estudios, tratamiento inhalado y percepción de su dificultad y eficacia. Revisamos técnica inhalatoria con sus dispositivos habituales, y cuestionario TAI. Si hay cuidador principal, se realiza también encuesta similar. Análisis descriptivo y comparativo entre grupos mediante chi cuadrado y Kruskal-Wallis.

Resultados: 95 pacientes de $65,6 \pm 15$ años, 40% asmáticos y 60% EPOC, agrupados en 27 AA (28,4%), 11 AI (11,6%), 38 EA (40%) y 19 EI

(20%). Diferencias entre grupos en tabla 1. Necesitan cuidador principal 37 pacientes y su edad es $54 \pm 20,2$ años, 81,1% mujeres, desde hace $14,6 \pm 17$ años. Por grupos, tiene cuidador 11,1% AA, 54,5% AI, 28,9% EA y 66,7% EI ($p = 0,001$). Solo 50 pacientes (52,6%) cumplían criterios de buena adherencia ($TAI-10 \geq 50$), sin diferencias significativas en cuanto a factores sociodemográficos o sociosanitarios respecto al resto (tabla 2).

Conclusiones: Encontramos un bajo porcentaje de pacientes con adherencia buena al tratamiento inhalado, sin diferencias entre los grupos ni relacionada con factores sociodemográficos del paciente o su

	AA (n=27)	AI (n=11)	EA (n=38)	EI (n=19)	p
Hombre / Mujer	40,7% / 59,3%	20% / 80%	75% / 26,3%	73,7% / 26,3%	0.001
Tabaquismo	29,6%	54,6%	94,7%	100%	< 0.001
En activo	33,3%	20%	10,8%	0%	0.021
Edad	$62,28 \pm 15$	$51,45 \pm 23$	$70,5 \pm 10$	$69,1 \pm 12$	0.023
Años de Tto inhalado	$16,96 \pm 12,9$	$14,3 \pm 11,9$	$6,45 \pm 5,8$	$11,3 \pm 9,5$	0.001
Nº ingresos último año	$2,52 \pm 6,57$	$3 \pm 2,6$	$0,5 \pm 0,9$	$2,28 \pm 1,32$	< 0.001
Necesita cuidador	11,1%	54,5%	28,9%	66,7%	0.001
Cambios de Tto último año	57,7%	54,5%	28,9%	47,4%	0.10
Considera que sigue el Tto	85,2%	100%	92,1%	89,5%	0.53
Enfermera le explicó el Tto	0%	20%	3,3%	5,9%	0.32
Considera difícil el Tto	11,1%	9,1%	5,3%	10,5%	0.83
Considera NO efectivo el Tto	14,8%	10%	7,9%	5,3%	0.70
NO revisión periódica de técnica inhalatoria	61,5%	36,4%	81,6%	57,9%	0.027
Técnica INCORRECTA	25,9%	27,3%	41,7%	29,4%	0.55
Adherencia BUENA ($TAI-10 \geq 50$)	46,2%	54,5%	60,5%	47,4%	0.59

Tabla 1.

	Adherencia BUENA ($TAI-10 \geq 50$) (n=50)	Adherencia NO BUENA ($TAI < 50$) (n=45)	p
Grupos de pacientes			
AA	24%	33,3%	0.59
AI	12%	11,1%	
EA	46%	33,3%	
EI	18%	22,2%	
Nivel estudios paciente \geq secundarios	28,6%	36,4%	0.58
Nivel estudios cuidador \geq secundarios	33,4%	27,8%	0.76
Paciente jubilado	79,6%	63,6%	0.14
Vive con familia en casa	77,6%	82,2%	0.61
Paciente realiza técnica correcta	72,3%	61,4%	0.37
Tiene cuidador principal	30,6%	37,8%	0.51
Vínculo con el cuidador			
Cónyuge	35,3%	41,2%	0.43
Familiar conviviente	35,3%	23,5%	
Familiar no conviviente	11,8%	29,4%	
Contratado	5,9%	17,6%	
Técnica inhalatoria explicada a cuidador	77,8%	83,3%	1

Tabla 2.

cuidador principal. En nuestro entorno, es llamativa la escasa participación de enfermería en explicar la técnica al prescribir el tratamiento inhalado, así como su falta de revisión periódica en todos los grupos de pacientes.

IMPACTO A CORTO Y LARGO PLAZO DE UNA INTERVENCIÓN DE SALUD CON APOYO DIDÁCTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

A. Gimeno Cardells, A. Piró Dorado, M.I. Silvestre Antón, P. González Jiménez, L. Feded Olmos, S. Reyes Calzada y R. Menéndez Villanueva

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad con una importante morbimortalidad asociada. La vacunación antigripal y antineumocócica es un factor protector ampliamente estudiado. Se han descrito factores de riesgo de la NAC relacionados con los hábitos de salud como el tabaquismo y la salud bucodental. El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad de una intervención de salud del paciente hospitalizado con NAC con recomendaciones al alta.

Material y métodos: Se diseñó un estudio cuasiexperimental (antes-después) en pacientes hospitalizados por NAC. La intervención consistía de una valoración inicial de los hábitos de salud (tabaquismo, salud bucodental, vacunación, alimentación, ejercicio físico y control de comorbilidad y tratamientos) realizada el día del alta hospitalaria y por una enfermera especializada. Además, se incluyó una guía general de recomendaciones de enfermería al alta para los pacientes con NAC realizada ad-hoc y se recomendaba en un función de los factores de riesgo de cada paciente. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas a los 30 días y al año para analizar los hábitos de salud. Se aplicó estadística descriptiva en función del tipo de variables y para la comparación de muestras pareadas se realizó la prueba de Friedman (3 periodos temporales) y Mc Nemar (2 periodos); y t Student para cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes: edad media 68,3 ± 16,4, hombres 66 (63,5%). Se realizó intervención educativa en: hábito tabáquico 26 (25%), alcoholismo 3 (2,9%), vacunación 79 (76%), dieta y alimentación 47 (46,1%), ejercicio físico 36 (36,4%), higiene dental 52 (54,2%), adherencia al tratamiento 24 (23,1%). Acudieron a la visita al mes 98 (94,2%), reingreso al mes 8 (7,7%), complicaciones al mes 12 (11,8%), exitus 2 (2,6%). Las diferencias en hábitos de salud durante la hospitalización, a los 30 días y al año se muestran en la tabla.

Conclusiones: 1. El hábito tabáquico y la carga tabáquica disminuyeron tras la intervención. 2. La tasa de vacunación tanto gripal como neumocócica mejoró al año desde la hospitalización. 3. La intervención

	BASAL n=104	30 DÍAS n=98	1 AÑO n=44	p-valor
TABAQUISMO				
- Cigarrillos/día	26 (25%) 15,2±8,4	11 (11,3%) 3,3±4,5	7 (14,3%) 9,6±10,5	0,008 0,001
ALCOHOLISMO	3 (2,9%)	3 (2,9%)	1 (2%)	0,717
VACUNACION				
- Vacunación neumococo	12 (11,5%)	-	19 (37,3%)	0,001
- Vacunación gripe	38 (36,5%)	-	33 (64,7%)	<0,001
ALIMENTACIÓN				
- IMC	27,6±5,9	27,4±5,5	26,4±5,1	0,672
EJERCICIO FISICO	40 (42,1%)	-	25 (55,6%)	0,454
HIGIENE DENTAL				
- Nº Cepillados/día	59 (68,6%) 1,8±1	65 (85,5%) 2±1	35 (89,7%) 1,9±0,9	0,174 0,565
ADHERENCIA TRATAMIENTO	83 (94,3%)	91 (98%)	37 (94,9%)	0,368

Resultados expresados en media± desviación típica y n (%)

Tabla 1. Diferencias en hábitos de salud durante la hospitalización, a los 30 días y al año del alta hospitalaria.

de salud durante la hospitalización contribuye en la mejora de medidas preventivas en los pacientes con NAC.

IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PRECOZ EN LAS EXACERBACIONES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) REINGRESADORES

F. Morante Vélez¹, G. Flotats Farré², L. Paz del Río¹, M. Peiró Fábregas¹, C. Closa Rusinés², P. Peñacoba Toribio¹, D. Ouchi V¹, I. Bolibar Ribas¹ y M.R. Güell Rous¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Corporación Fisiogestión, Barcelona, España.

Introducción: Los programas de rehabilitación respiratoria (RR) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son muy variados en su inicio, duración, ubicación y contenidos. Cada vez hay más evidencia de que los programas de RR pueden aplicarse ya en fase aguda de una exacerbación pero con resultados aún controvertidos. Objetivo: evaluar si un programa de RR de inicio precoz es más efectivo que un programa convencional en reducir las exacerbaciones de pacientes con EPOC reingresadores, y comparar sus beneficios en términos de capacidad funcional y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Material y métodos: Se trata de un ensayo clínico aleatorizado a: un programa de RR precoz (RRP) iniciado durante el ingreso versus uno convencional (RRC) iniciado al mes del alta. Ambos programas se mantuvieron durante 3 meses en domicilio. Se realizaron visitas de seguimiento al final del programa, a los 3 y 9 meses. Las variables recogidas fueron: número de exacerbaciones según definición guía GOLD, disnea medida con el área de disnea del cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (CRQ) original, capacidad de esfuerzo con la prueba de 6 minutos de marcha (PM6M) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con los cuestionarios autoadministrados CRQ y CAT.

Resultados: De los 53 pacientes incluidos, 44 completaron el programa (21 en el grupo RRP y 23 en el RRC). 35 fueron varones y 9 mujeres con una edad media de 72,59 años (DE 8,21). Eran pacientes con EPOC grave con FEV1 medio 33% (DE 12) y RV medio 179,57% (DE 63,72). Un 54,8% era portador de oxígeno continuo domiciliario. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características antropométricas y funcionales entre ambos grupos. En el seguimiento, las exacerbaciones fueron más frecuentes y graves en el grupo RRP pero sin significación estadística (tabla). En el grupo RRC, después del programa, se observó mejoría clínicamente relevante en disnea, la PM6M y en todas las áreas del CRQ. Sin embargo, en el grupo RRP únicamente se observó en las áreas de CVRS de disnea, función emocional y control de la enfermedad (fig.). Las mejoras se perdieron a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: Un programa de RRP, aplicado a pacientes con EPOC muy grave, no consigue reducir las exacerbaciones; ni mejorías signi-

Exacerbaciones durante el seguimiento del estudio	media (ds) n= 44	RRP (n=21)	RRC (n= 23)	p-valor
Nº de pacientes con al menos una exacerbación, n (%)	40 (90.90)	19 (90.48)	21 (91.30)	0.368
Nº exacerbaciones por individuo	3.55 (2.23)	3.89 (2.08)	3.24 (2.36)	0.359
Tiempo hasta la primera exacerbación, días	103.97 (106.13)	111.16 (118.22)	97.48 (96.40)	0.689
Tipo de exacerbación				
Leve	4.88 (3.60)	5.37 (3.34)	4.43 (3.84)	0.416
Moderada	2.70 (2.07)	3.11 (2.08)	2.33 (2.03)	0.243
Grave	1.70 (1.64)	2.00 (1.49)	1.43 (1.75)	0.276

Tabla 1.

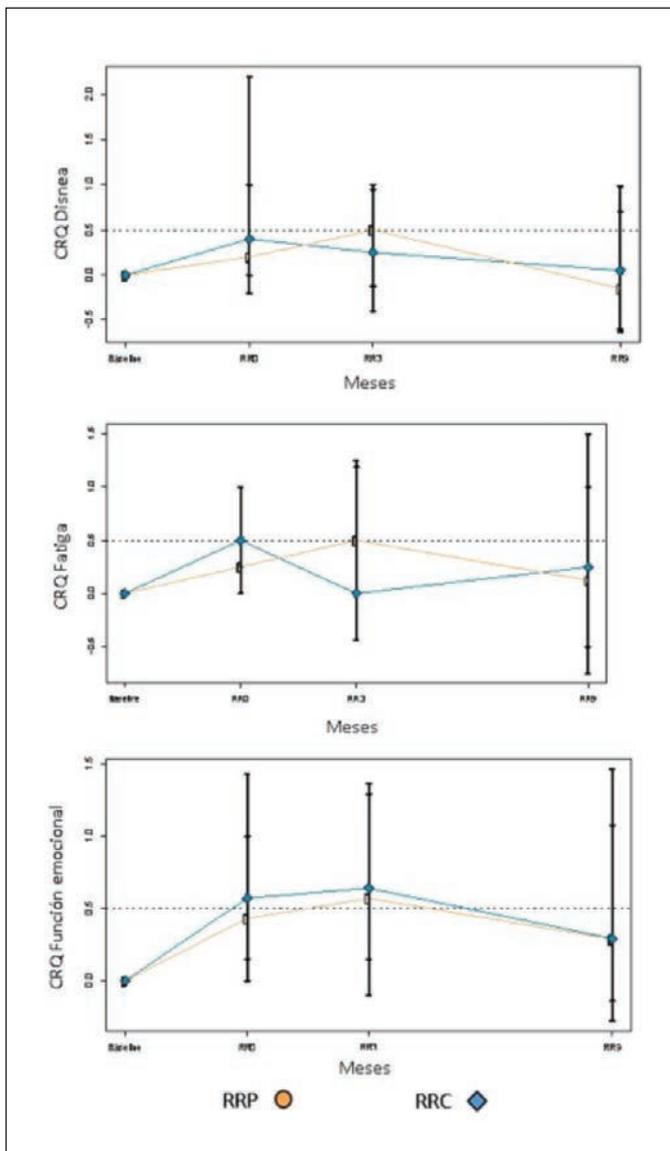


Figura 1. Evolución en incrementos. La línea de puntos marca el valor de la diferencia clínicamente significativa.

ficativas en disnea, capacidad de esfuerzo y algunas áreas de CVRS en relación al grupo RRC.

Beca SEPAR Enfermería 2012.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS TRAS UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EDUCATIVA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

P. Fuentes Gala, S. Márquez López, J.C. Toribio Montero, Y. Sánchez García, D. Domínguez González, A. Padilla Galo, F. Rivas Ruiz y J.J. Cebrián Gallardo

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España.

Introducción: El asma representa un problema importante de salud que afecta de forma significativa a la calidad de vida de los pacientes. La evidencia describe que la implementación de programas de educación sanitaria junto con un plan de acción por escrito y revisiones médicas periódicas, permiten conseguir el control total de la enfermedad. Mediante este estudio pretendemos evaluar el impacto en la

calidad de vida de los pacientes asmáticos tras una intervención enfermera educativa.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental sin grupo control para evaluar el impacto en la calidad de vida de una intervención enfermera educativa realizada en las consultas externas de Neumología del H. Costa del Sol de julio-2016 a octubre-2017. Consecutivamente se incluyeron los pacientes asmáticos +14 años que consintieron en participar en el programa, que englobaba el conocimiento de su enfermedad, identificación de los desencadenantes de síntomas, tipo de inhaladores y su administración, y actuación frente a una crisis. Se administró la escala de calidad de vida (CV) AQLQ con 20 ítems, en dos momentos: basalmente y al finalizar el programa educativo a los 3 meses. Los ítems se agrupan en cuatro dimensiones con una puntuación estandarizada de 0 a 10 puntos (sensación de ahogo, estado de ánimo, restricción social, preocupación, y una puntuación global, a mayor puntuación peor percepción de CV). Se describen las puntuaciones medias estandarizadas por dimensión y globalmente, y el cambio estandarizado de 0 a 1 puntos (CE).

Resultados: En el periodo de estudio se capturaron a 107 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 71 (66,4%) completaron la segunda medición de calidad de vida, que conformaron la población de estudio. De los mismos el 62% eran mujeres, teniendo 65 o más años el 16,9%, con una media de 41,2 (DE: 19,1). El diagnóstico más fue asma bronquial persistente moderado controlado (29,8%). Entre las dimensiones reflejadas por el cuestionario de CVRS, hubo una mejora en cada uno de ellos, destacando mejora el estado de ánimo (3,8 en 1ª evaluación a 2,4 en 2ª, CE 0,6) y preocupación (2,7 1ª a 1,7 2ª, CE 0,6), junto con la valoración global (3 puntos 1ª, 2,1 2ª, CE 0,7).

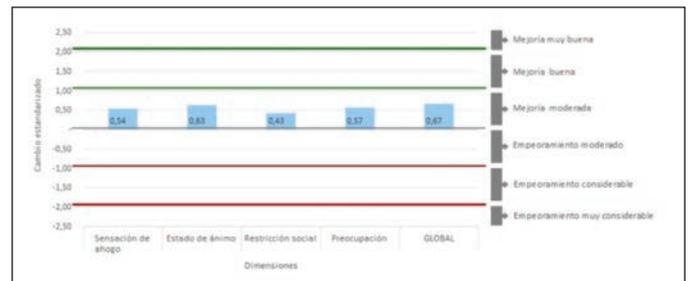


Figura 1.

Conclusiones: La intervención enfermera educativa se ha mostrado eficaz en la mejora de CV en cada una de las dimensiones y de forma global, facilitando un mejor control y afrontamiento de la enfermedad. En futuros proyectos, desarrollaremos estudios aleatorizados y multicéntricos para reforzar la evidencia.

IMPORTANCIA A LARGO PLAZO DE LA VMNI DOMICILIARIA EN PACIENTES CON AGUDIZACIONES DE LA EPOC

M. Entrambasaguas Martín, M. Ruiz Fernández, M.J. Prunera Pardell, A.B. González Sánchez, F. Bernal Prados, C. Llamazares Carral y A. Doménech del Río

Hospital Regional de Málaga, Málaga, España.

Introducción: En las agudizaciones de EPOC (AEPOC) graves con insuficiencia respiratoria global y acidosis respiratoria, el papel de la VMNI está claramente definido y tiene una evidencia máxima: disminuye el trabajo respiratorio, mejora el intercambio de gases, reduce los ingresos en UVI y la mortalidad de estos pacientes. Sin embargo,

el papel de dicha VMNI a largo plazo en estos pacientes está aún sujeto a controversia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de un grupo de 55 pacientes con EPOC grave o muy grave en seguimiento en consulta monográfica de EPOC a los que se les indicó VMNI domiciliaria tras una agudización. Revisamos la historia clínica de los pacientes en el año anterior y posterior al inicio de VMNI domiciliaria. Tuvimos en cuenta tanto las agudizaciones graves como no graves, antes y después del inicio de VMNI domiciliaria. Se consideró grave la AEPOC que requirió tratamiento hospitalario, y no grave la que se dio de alta desde la urgencia hospitalaria. Revisamos el tiempo de supervivencia tras el inicio de VMNI domiciliaria.

Resultados: En el análisis del conjunto de la cohorte, el número de AEPOC graves en el año anterior y posterior al inicio de la VMNI domiciliaria pasó de una media de 1,58 en el año anterior, a una media 0,70 en el año posterior ($p < 0,0001$), lo que supone un descenso del 55,1%, pudiendo estimarse que se evitaron 48 ingresos por AEPOC grave. No existían diferencias significativas entre los pacientes que eran seguidos desde hacía más de un año en la consulta monográfica de EPOC y los que fueron incluidos en esa agudización o llevaban menos de un año. En cuanto a la supervivencia, 6 pacientes fallecieron en el año siguiente al año del inicio de la VMNI, y a lo largo de todo el estudio fallecieron 19 (34,5%), con una media de supervivencia de

24,9 meses tras el inicio de VMNI. El seguimiento medio fue de 33,6 meses.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la intervención con VMNI domiciliaria tras el tratamiento de una AEPOC grave disminuyó el riesgo de nuevas AEPOC graves en el plazo de un año a la mitad, con el consiguiente impacto en los ingresos hospitalarios y en la evolución de la enfermedad. No se encontraron diferencias en la disminución de agudizaciones no graves tras la intervención con VMNI domiciliaria.

IMPORTANCIA DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN LA CALIDAD DE VIDA

B. Sanz Abos, L. Anoro Abenoza, F. Martínez Quiñones, C. Gómez González y A. Cortés Santidrián

Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España.

Introducción: La consulta de enfermería de cribado de trastornos respiratorios del sueño permite a los profesionales sanitarios diagnosticar de forma precoz alteraciones del sueño y su influencia en el deterioro de la calidad de vida. Objetivo: importancia de la detección temprana de trastornos respiratorios del sueño en relación con la calidad de vida en pacientes derivados de atención primaria con sospecha de síndrome de apnea/hipoapnea del sueño (SAHS).

Material y métodos: Estudio descriptivo de una muestra de 47 pacientes que acuden a consulta de trastornos del sueño del servicio de Neumología del Hospital General de la Defensa de Zaragoza. Se les realiza un cuestionario sobre trastornos respiratorios del sueño, poligrafía respiratoria (polígrafo Screen&go), espirometría, valoración con la escala de somnolencia de EPWORTH (ESE), y cuestionario de calidad de vida Euro-QoL-5D, todo ello realizado por personal cualificado de enfermería. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, así como un análisis manual de las poligrafías obteniendo el IAR (índice de apnea respiratoria) y la gravedad del SAHS (< 5 no SAHS; 5-15:SHAS leve; 15-30: moderado; > 30 grave).

Resultados: De los 47 pacientes de la muestra el 80,9% fueron varones y el 19,1% mujeres, con una media de edad de $49,1 \pm 13,3$. El IMC medio fue $28,3 \pm 4,5$. La muestra se compuso por 13 fumadores, 20 no fumadores y 14 exfumadores. El IAR medio manual fue $19,1 \pm 16,6$, el IAH medio manual en posición no supino fue $13,03 \pm 16,4$. La media de ESE fue $9,8 \pm 4,9$; la media del EQ-5D fue 0,7479 y la gravedad del SAHS fue de: 8,5% de no SAHS, 40,4% leve, 34% moderado y un 17% grave. Se realizó la correlación de Spearman entre calidad de vida y la (ESE) cuyo resultado $-,434$ fue significativo al 0,05 (bilateral), estableciéndose una correlación inversa moderada que nos indica que a mayores niveles de somnolencia peor calidad de vida. Se realiza un dia-

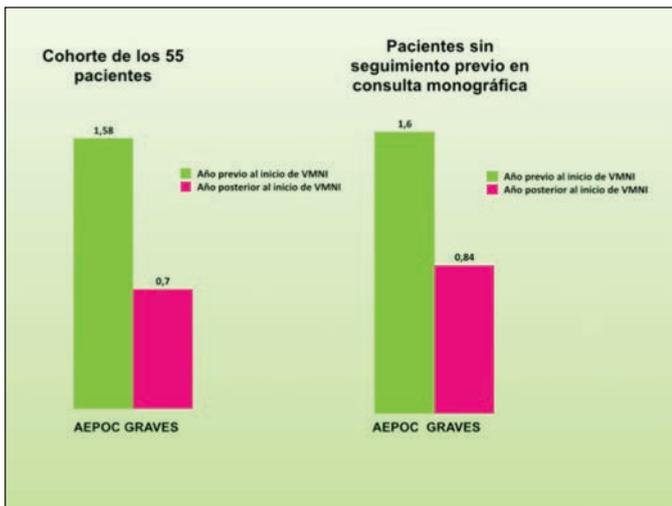


Figura 1.



Figura 2.

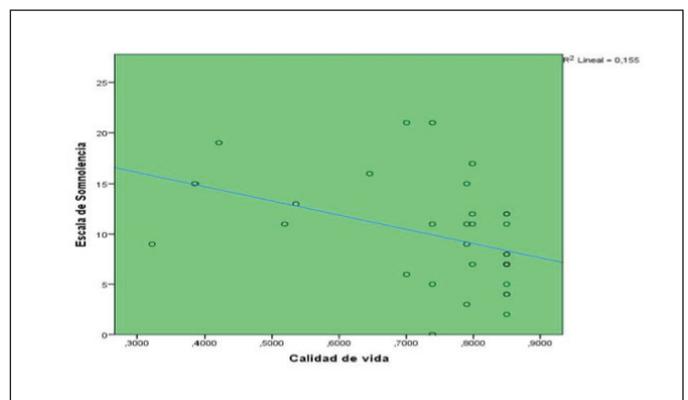


Figura 1. Diagrama de dispersión y rectas de regresión.

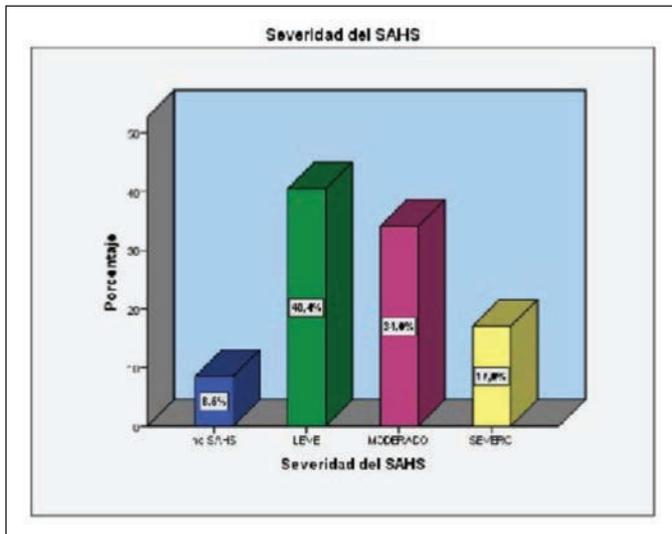


Figura 2. Gravedad del SAHS.

grama de dispersión obteniéndose una recta de regresión con pendiente negativa entre las dos variables, compartiendo un 15,5% de la varianza (sig. 0,05). No se obtiene una relación significativa entre el (ESE) y el grado de severidad del SAHS (Spearman) y no se obtienen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de somnolencia (t-Student).

Conclusiones: Es importante la detección temprana de los trastornos respiratorios del sueño, como la somnolencia diurna, para mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan SAHS.

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOSANITARIOS Y CLÍNICOS EN LA ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN GRAVE DE LA EPOC

S. Fernández García¹, A. Priegue Carrera¹, C. Represas Represas¹, C. Mouronte Roibás¹, A. Ruano Raviña², I. Bóveda López¹, E. García Rodríguez¹, M. González Fariña¹, I. Portela Ferreiro¹ y A. Fernández Villar¹

¹EOXI Vigo, Servicio de Neumología, Grupo Neumovigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

²Departamento de Medicina y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: Las AEPOC graves suponen el 60% del coste total de la enfermedad, debido fundamentalmente a la hospitalización. Aunque existen evidencias sobre la influencia de múltiples factores clínicos en la duración de los ingresos, apenas hay estudios que evalúen cómo impactan aspectos de la esfera social o si estos son valorados antes del alta. Con el objetivo de mejorar esta evidencia, llevamos a cabo el presente estudio.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes AEPOC ingresados en un hospital en 11 meses. Se registró la estancia media (EM) y se clasificó en baja o alta en función de su mediana (< o ≥ 7 días). Para la búsqueda de los factores que influyeron en la EM se recogieron variables sociodemográficas (edad, IMC, convivencia, riesgo social, situación económica, vivienda, fragilidad/dependencia, sobrecarga del cuidador) y clínicas (tóxicos, comorbilidades, eosinófilos en sangre, función pulmonar, impacto, disnea y ansiedad-depresión) utilizando escalas y cuestionarios recomendados en las GPC y docu-

mentos institucionales. Se realizó un análisis uni/multivariante para determinar aquellas diferentes en función de la EM.

Resultados: Se incluyeron 201 pacientes, 52% con elevada EM, edad 69 (10) años, 80% varones. La EM fue de 8,4 (8,7). Los factores clínicos presentes en pacientes con mayor EM fueron mayor puntuación en el cuestionario CAT (20 vs 18, p = 0,02) y la escala BODEX (4,5 vs 3,9, p = 0,03), el no ser fumador activo (42% vs 53%, p = 0,04), una cifra de eosinófilos mayor (130 vs 80 céls/μL, p = 0,03) y el grado disnea 3-4 (59% vs 40%, p = 0,05). Como factores sociales, solo dos dimensiones del cuestionario Barber (problemas para valerse por sí mismo/salir a la calle) se asociaron con una EM alta (67% vs 33, p = 0,03 y 61% vs 39%, p = 0,04). No se observaron diferencias en función de otros parámetros clínicos ni en los valores de escalas/índices sociales como Barber total, Barthel, Goldberg, Gijón, Lawton y Brody y Zarit. En el estudio multivariante se relacionaron la cifra de eosinófilos (OR = 0,9; p = 0,03) y la puntuación en el BODEX (OR = 1,2, p = 0,02).

Conclusiones: De más de un centenar de variables sociodemográficas y clínicas analizadas solo la cifra de eosinófilos y la puntuación del BODEX parecen correlacionarse de forma independiente con la EM en las AEPOC graves. Es posible que exista una gran infravaloración de los factores sociales para la decisión del alta, lo que puede influir en eventos posteriores como los reingresos.

Cofinanciado por Prog. Principia (Xunta Galicia) y SOGAPAR.

LA ADHERENCIA Y EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL ASMA Y LA EPOC

M. Suárez Vergara¹, F.J. Fuentes Soltero¹, I. García Núñez¹, R. Figueredo², R. Aguilar Pérez Grovas², M. Martín Benavides², E. Rodríguez Posadas¹, C. Moreno², M.C. Morillo Domínguez¹, E. Rodríguez Ruiz² y J.M. Ignacio García³

¹Hospital Quirón Campo de Gibraltar, Algeciras, Cádiz, España. ²Hospital Quirón Marbella, Marbella, Málaga, España. ³Hospital Quirón Campo de Gibraltar y Marbella, Algeciras, Cádiz, España.

Introducción: Se utiliza como herramienta para medir la adherencia y el tipo de incumplimiento el cuestionario TAI.

Material y métodos: Fueron evaluados prospectivamente pacientes consecutivos que acuden a nuestra consulta con el diagnóstico de asma persistente y/o EPOC. La adhesión se interpreta como buena cuando el paciente alcanza 50 puntos, intermedia entre 46 y 49 puntos, mala adhesión cuando la puntuación es inferior a 45 puntos. El tipo de incumplimiento se considera errático cuando la puntuación del ítem del 1 al 5, es menor de 25, deliberado cuando la puntuación del ítem 5 al 10 es menor de 25 e inconsciente cuando el ítem 11 y 12 medidos por el profesional es inferior a 4. Se considera cumplimiento adecuado cuando el cuestionario registra un valor de 50 buena adhesión + valor de 4 no evidencia de incumplimiento inconsciente.

Resultados: 55 pacientes mayores de 14 años, edad media (50,61), (50,9% hombres) fueron seleccionados. Un 67,27% presentaban asma, 30,9% EPOC, y 1,81% un fenotipo mixto. El 21,81% de los pacientes presentan buena adhesión y cumplimiento y el 78,18% de los pacientes presenta adhesión buena, intermedia o mala con algún tipo de incumplimiento. Si analizamos el nivel de adhesión tenían adhesión intermedia 16 pacientes (29,09%), predominando el error errático 8 pacientes (50%). En cuanto a la mala adhesión la vemos en 21 pacientes (38,14%), predominando los 3 tipos de incumplimiento con 9 pacientes (40%): La buena adhesión con incumplimiento inconsciente se detecta en 6 pacientes (10,9%). No hay diferencia significativa en adherencia y cumplimiento entre los pacientes con asma y EPOC encuestados.

Conclusiones: El cuestionario TAI confirma que la adhesión y el cumplimiento es inferior al 30% en los pacientes con asma y EPOC. El de

incumplimiento errático es el que se detecta en un mayor número de pacientes. Medidas educativas deberían implementarse para mejorar para mejorar la adhesión y el cumplimiento.

LA DIABETES RELACIONADA CON LA FIBROSIS QUÍSTICA: UN RETO TERAPÉUTICO

E. Civitani Monzón, I. Baquedano Lobera, J. Fessenden Gómez, C.L. Martín de Vicente y G.M. Lou Francés

Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Los avances en las terapias respiratorias de los pacientes con fibrosis quística (FQ) han incrementado significativamente su esperanza de vida. La diabetes relacionada con la FQ (DRFQ) es la comorbilidad más frecuente por afectación del páncreas endocrino y constituye un marcador de peor pronóstico y mayor mortalidad. Su prevalencia aumenta con la edad y su aparición suele ir precedida de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, empeoramiento respiratorio y pérdida ponderal. La DRFQ puede ser crónica o intermitente, y tiene una etiología multifactorial. El tratamiento insulínico en estos pacientes produce mejoría respiratoria y metabólica, aunque todavía

son escasos los estudios sobre la duración de este efecto beneficioso. **Material y métodos:** Experiencia sobre el efecto beneficioso del inicio precoz de la insulino terapia en 3 pacientes adolescentes controlados en las Unidades de FQ y Diabetes pediátrica de nuestro hospital, tras objetivarse alteración del metabolismo de los carbohidratos mediante los métodos habituales y monitorización continua de la glucosa (MCG), acompañado de deterioro nutricional y empeoramiento respiratorio. La educación terapéutica diabetológica (ETD) fue realizada por las enfermeras educadoras en diabetes.

Resultados: Presentamos tres pacientes afectados de FQ, un varón de 13 años y dos mujeres de 13 y 16 años, en los que apareció deterioro respiratorio, pérdida ponderal y alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado. Los tres presentaron HbA1c elevadas (5,8-6,5%), y las mujeres además SOG de intolerancia. En las mujeres se implantó MCG objetivándose cifras de glucemia en ayunas y postprandiales por encima de los límites de la normalidad. Se inició tratamiento insulínico con múltiples dosis de insulina rápida en los 3 casos, añadiendo insulina glargina en dos de ellos. Se realizó ETD individualizada sobre insulino terapia, autocontrol, dieta por raciones y descompensaciones. En uno de los casos se retiró la insulino terapia a los 3 meses por mejoría respiratoria clínica y espirométrica, y ganancia ponderal. Los otros dos casos continúan actualmente con tratamiento insulínico.

Conclusiones: Los niños con FQ y corticoterapia sistémica con una insuficiencia pancreática de base deberían controlar sus glucemias por

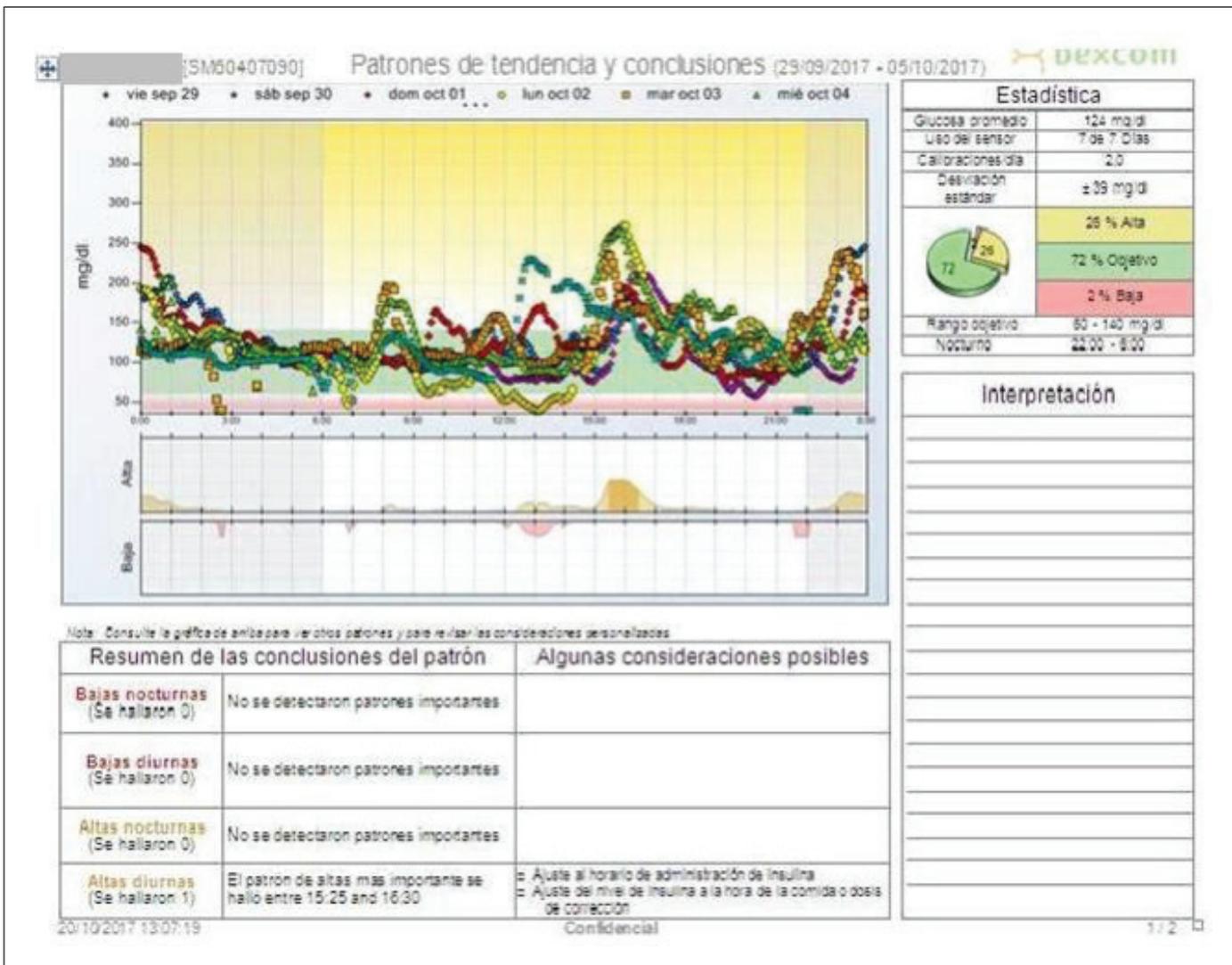


Figura 1.

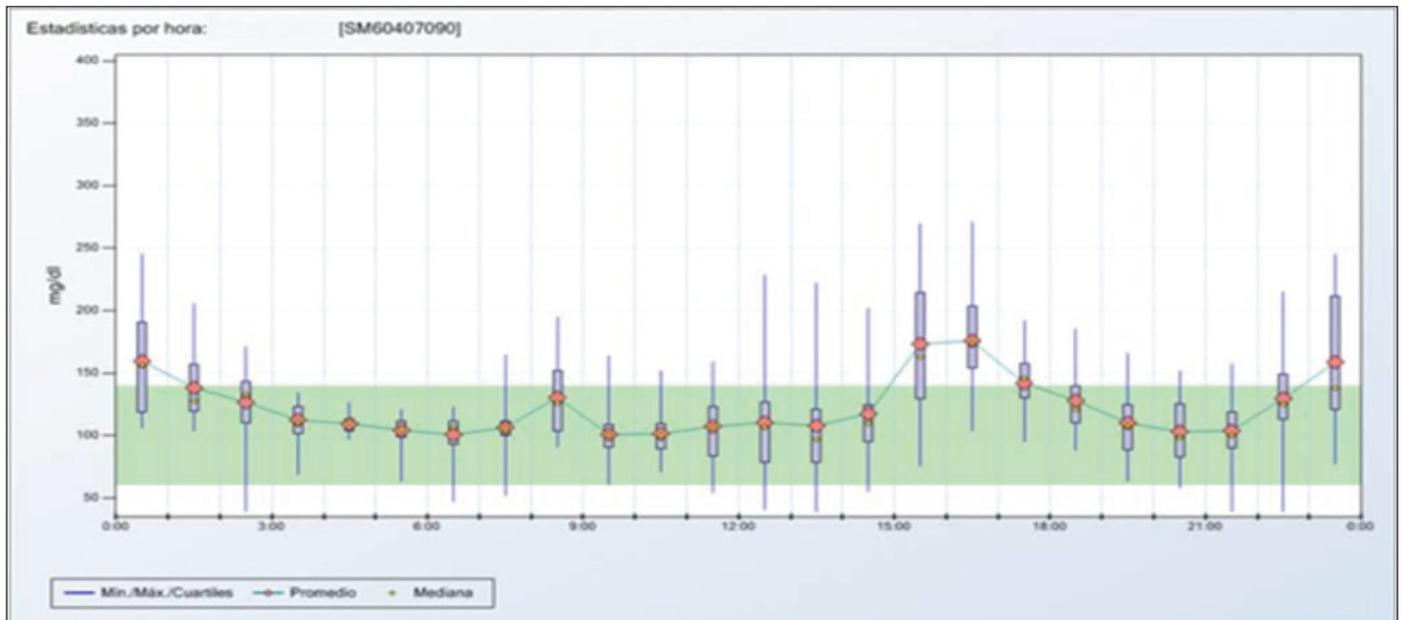


Figura 2.

su efecto hiperglucemiante. La MCG es útil en la evaluación de los niños con FQ y SOG normal. El tratamiento insulínico precoz en la DRFQ es beneficioso a nivel respiratorio y nutricional, mejorando la calidad de vida y disminuyendo la morbimortalidad de estos pacientes.

LOS PACIENTES CON EPOC Y AGUDIZACIONES FRECUENTES TIENEN DEFICIENTE SALUD BUCODENTAL

A. Alonso León¹, A. Rodrigo Troyano¹, A. Carbó Cortés², J. Giner Donaire¹, M. Peiro Fábregas¹, D. Castillo Villegas¹, V. Plaza Moral¹, H. Viñals Iglesias³ y O. Sibila Vidal¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Clínica Dental Echeverría SLP, Barcelona, España. ³Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que padecen agudizaciones frecuentes (AF) presentan un peor pronóstico y consumen más recursos socio-sanitarios. Recientes trabajos han sugerido que algunos pacientes con EPOC tienen deficiente salud bucodental. Sin embargo, no hay estudios descriptivos en la población con EPOC y AF. Objetivo: describir la salud bucodental en una población de pacientes con EPOC y AF.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes con EPOC y AF que han requerido de ingreso hospitalario entre junio 2016 y junio 2017. En todos los casos se realizó un examen de salud bucodental por personal cualificado (licenciado en odontología) durante el ingreso. Además, se recogieron datos demográficos, clínicos y de hábitos higiénico-dietéticos. Se definió la presencia de AF como ≥ 2 agudizaciones en los últimos 12 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 49 pacientes, el 84% hombres, con una mediana de edad de 76 años (IQR 12), y con un FEV1 medio del 40% del predicho (DE 15). El 33% de los pacientes estaban en fase de insuficiencia respiratoria crónica. Un 28% eran fumadores activos y la hipertensión arterial (37%) y la diabetes mellitus (32%) fueron las comorbilidades más frecuentes. Se detectaron errores críticos en la técnica de la terapia inhalada en el 31% de los pacientes. En la explo-

ración odontológica realizada a pie de cama, la mediana de dientes presentes fue de 6 (IQR 19) y ningún paciente presentaba la dentadura completa (32 piezas). Se observó placa bacteriana en un 67% de los pacientes, con una mediana de índice de placa de 97 (IQR 71), disestesia bucal en un 20% y sangrado gingival en un 10%. Un total de 17 pacientes (35%) eran edéntulos, y únicamente el 9% de los pacientes portadores de prótesis dental refería realizar una correcta higiene de la misma. Finalmente destacar que 13 pacientes (27%) presentaron una readmisión hospitalaria antes de los 30 días del alta, presentando una tendencia a tener menos piezas dentales (7 vs 10, $p = 0,2$), mayor porcentaje de placa dental (80% vs 61%, $p = 0,2$) y mayor índice de placa bacteriana (75 vs 67, $p = 0,6$).

Conclusiones: Los pacientes con EPOC y AF tienen una deficiente salud bucodental, caracterizada por un elevado porcentaje de placa bacteriana, y prótesis mal higienizada. Estos hallazgos podrían tener relación con la presencia de readmisiones. Futuros estudios son necesarios para valorar esta posible relación.

MONITORIZACIÓN Y COMPLICACIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS DE LA ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

J. Rosselló Sancho

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPEC) es una de las formas más graves de hipertensión pulmonar. Su tratamiento es la endarterectomía pulmonar (PEA). Sin embargo, casi el 50% de los pacientes con HTPEC no son candidatos a PEA por tener lesiones distales no accesibles con cirugía, presentar comorbilidades, edad avanzada, mal estado general o tener una hemodinámica pulmonar comprometida. La alternativa es la angioplastia pulmonar con balón (BPA) que consiste en la dilatación de las arterias pulmonares con el fin de repermeabilizarlas. El Hospital Clínic de Barcelona es centro CSUR de hipertensión pulmonar compleja. A prin-

cipios de 2016 se consideró necesario que el hospital ofreciese la BPA como alternativa terapéutica para esta enfermedad, en la línea de otros centros de referencia. Para el post-procedimiento inmediato se eligió la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) como unidad de referencia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se realiza monitorización y registro de las complicaciones de las BPAs en la UVIR llevadas a cabo desde su implantación hasta noviembre de 2017. Se monitoriza frecuencia cardiaca y ritmo cardiaco, presión arterial, saturación O₂, frecuencia respiratoria, edema de reperfusión, hematoma o sangrado en el punto de punción, dolor, insuficiencia renal secundaria a la utilización de contraste, problemas de perfusión de la extremidad por donde se le ha realizado el cateterismo y hemoptisis.

Resultados: Se realizan un total de 10 BPAs. No se registra ninguna complicación de las descritas como más importantes: edema de reperfusión, hemoptisis, hematoma en el punto de punción, arritmias, problemas de perfusión en la extremidad ni insuficiencia renal. En 8 de los 10 procedimientos (80%) se registra un cuadro de hipotensión (presión arterial sistólica < 85 mmHg) pero sin repercusión clínica. En 4 de los 10 (40%) aparece bradicardia (frecuencia cardiaca < 50 lpm). Se registra un caso de cefalea y un caso de diarrea. El 90% de los pacientes estuvieron menos de 24 horas en la UVIR antes de ser trasladados a la unidad de hospitalización.

Conclusiones: Los pacientes a los que se les ha realizado una BPA no presentan complicaciones graves. Sólo es destacable la hipotensión arterial y la bradicardia pero sin repercusión clínica. Sería recomendable revalorar la posibilidad de que el post-procedimiento se realizara directamente en la unidad de hospitalización.

PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA. IMPLANTACIÓN DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA

C. Fernández García, E. Mateo Luque y Á. González García

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: En los últimos años se ha visto incrementada la complejidad clínica de los pacientes. En lo que respecta al área de neumología se ha producido un aumento en el número de pacientes traqueostomizados ingresados en unidades convencionales. Según la bibliografía consultada, las trayectorias clínicas (TC) reflejan el diseño de los planes de cuidados asistenciales que se aplican a personas con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. El objetivo de este trabajo es crear una TC que nos permita garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería en el paciente traqueostomizado.

Material y métodos: Elaboración e implantación de una trayectoria clínica (TC) como instrumento de gestión que optimiza los recursos al establecer un orden cronológico en las actuaciones, minimizando así los errores en la práctica clínica. Como método de valoración enfermera del paciente se han seguido los patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizando los lenguajes estandarizados NANDA, NIC y NOC.

Resultados: Se ha elaborado una trayectoria específica del paciente traqueostomizado, donde se recogen una serie de actividades que durante todo el ingreso hospitalario acompañan al paciente, ayudando como referencia al personal implicado en su cuidado. Estas actividades están fundamentadas en los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes, incluyendo objetivos, intervenciones y actividades a seguir.

Conclusiones: La creación de esta TC permite unificar unos cuidados de enfermería de calidad, mediante la estandarización, sirviendo de guía a los profesionales y garantizando una atención óptima, lo que logra un aumento en la seguridad del paciente.

PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INHALADO Y REPERCUSIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA

E. Torralba Espina, M. Blanco Cruz, J. Ballano Rodríguez-Solís, B. Arnalich Jiménez, N. Hoyos Vázquez y E. de Santiago Delgado

Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España.

Introducción: La utilización de antibióticos por vía inhalada en pacientes con infección bronquial crónica ha demostrado una mejora en los síntomas bronquiales, en la calidad de vida y en el número de exacerbaciones de dichos pacientes. La colistina vía inhalada proporciona una dosis adecuada al paciente, consiguiendo niveles adecuados de fármaco con mínimos efectos secundarios.

Material y métodos: Desde nuestra consulta de enfermería hemos revisado 31 pacientes, que en el año 2016 tenían pauta colistina inhalada para el tratamiento de su infección bronquial crónica. Para ello, se han revisado las historias clínicas de los pacientes, y los datos proporcionados por la farmacia hospitalaria. Se estableció contacto telefónico y cita programada en consulta de enfermería para revisar el uso y manejo del tratamiento. Así mismo, se realizó un cuestionario a los pacientes que seguían con el tratamiento prescrito.

Resultados: Se estudiaron 31 pacientes: 9 mujeres (29%) y 22 hombres (71%). La edad media fue de 73,5 años. En el momento del estudio, 19 pacientes seguían con el tratamiento. El 100% de los pacientes realizaba la técnica y cargaban la medicación de forma correcta y adecuada. En el 58% de los pacientes la cantidad del esputo había disminuido. En un 95% había mejorado la purulencia del esputo. Un 58% había disminuido la frecuencia de exacerbaciones. Solo un 11% presentaron efectos secundarios con el tratamiento. El 79% realizaba el tratamiento broncodilatador antes de administrarse el antibiótico inhalado. En un 95% había mejorado su calidad de vida.

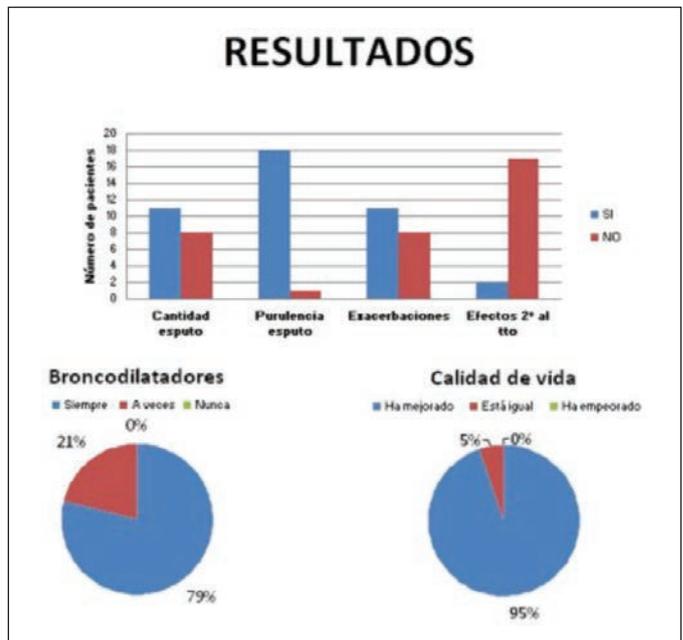


Figura 1.

Conclusiones: El tratamiento con colistina inhalada es bien tolerado por nuestros pacientes, y con una alta adherencia terapéutica. Mejora la calidad de vida de los pacientes tanto objetiva como subjetivamente. Al mejorar sus síntomas respiratorios, disminuye el número de visitas a la urgencia y el número de ingresos relacionados con su patología.

PREVALENCIA DE ESPIROMETRÍAS CON RESULTADOS ANORMALES ENTRE ADOLESCENTES: RESULTADOS DEL PROYECTO DE DESARROLLO PULMONAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

O. Ruiz Rodríguez¹, E. Ruiz Castellano², J.A. Ferre Gallego², A. Mateos Rodríguez², J. Peñalver Bejar², A.M. Castro Gómez², E. Hernández Herrera², A. Cañete Núñez², A. García del Moral², B. Alcázar Navarrete¹, J.A. Holgado Terriza³ y P.J. Romero Palacios²

¹Hospital de Alta Resolución de Loja, Agencia Sanitaria Hospital de Poniente, Loja, Granada, España. ²Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España. ³E.T.S. de Ingeniería Informática y de Telecomunicación, Universidad de Granada, Granada, España.

Introducción: El desarrollo pulmonar correcto se alcanza durante los primeros 25 años de la vida y puede influir en el desarrollo futuro de enfermedades respiratorias. El objetivo de este estudio es conocer el porcentaje de individuos con espirometría anormal entre los participantes de la cohorte del Proyecto de Desarrollo Pulmonar de la Universidad de Granada (realizada entre estudiantes del Grado de Medicina).

Material y métodos: Entre los participantes de la cohorte recogimos los valores de la función pulmonar mediante espirometría simple anual así como variables de hábitos tóxicos. Cada valor del FEV1 y FVC se comparó con el LIN (calculado mediante las ecuaciones de Casán para menores de 20 años y de Roca para mayores de 20 años). Se aceptó la significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Desde el inicio del proyecto, se han realizado 307 espirometrías de 132 alumnos del grado de Medicina, con una edad media de 19 años (un 15% de la muestra con edad > 20 años), un 71,2% mujeres, con antecedentes de tabaquismo en un 7,6%. A lo largo de las 3 evaluaciones más de un 25% parte de los participantes tuvo un FEV1 inferior al LIN y cerca de un 15% tuvo una FVC inferior al LIN, sin cambios en la prevalencia a lo largo del seguimiento ($p = 0,480$ y $p = 0,858$, respectivamente).

	Visita Basal		Visita de Seguimiento 1 año		Visita de Seguimiento 2 años		Visita de Seguimiento 3 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%
FEV1 <LIN	28	21,2%	24	29,3%	20	29,4%	6	24,0%
FEV1 normal	104	78,8%	58	70,7%	48	70,6%	19	76,0%
FVC <LIN	19	14,4%	11	13,4%	11	16,2%	5	20,0%
FVC normal	113	85,6%	71	86,6%	57	83,8%	20	80,0%

Tabla 1.

Conclusiones: Cerca de un 25% de los participantes en la cohorte del Proyecto de Desarrollo Pulmonar de la Universidad de Granada tienen valores del FEV1 inferior al LIN, y cerca del 15% de los participantes tienen FVC inferior al LIN.

PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS: GUÍA VISUAL PARA EL PACIENTE

P. García Tamayo, M.R. Ruiz-Serrano de la Espada, C. Fernández García, P. Benedicto Delgado y J. Morgado Ruiz

UMQER Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: Una de los problemas más comunes que encontramos los profesionales de enfermería a la hora de la realización de las pruebas funcionales respiratorias (PFR), es el nivel de ansiedad que muestran los pacientes, debido principalmente al desconocimiento de la

prueba a realizar. Una de nuestras labores consiste en explicarles el procedimiento de cada una de las pruebas una vez asisten a la consulta, siguiendo la técnica indicada para cada una de ellas; la incertidumbre o ansiedad que presentan los pacientes no queda recogida en las distintas literaturas al respecto. Objetivos: buscar una herramienta de fácil comprensión para el paciente, que disminuya su grado de ansiedad. Mejorar la calidad en la realización de PFR de la Unidad.

Material y métodos: Se ha elaborado un cuestionario para valorar el nivel de preparación, predisposición y calidad en la realización de las PFR, utilizando para ello un método analógico-visual de escala de ansiedad. Tras la recopilación de datos, se ha realizado un vídeo explicativo, que ayude a transmitir de forma óptima la información requerida para la realización de las pruebas. Utilizamos dos grupos de pacientes, un grupo que visualiza el vídeo previa realización de las PFR, y otro que solo las realiza sin explicación visual. En los dos grupos se evalúan los resultados en calidad de realización de las PFR, mediante la recopilación de datos tras las pruebas, en base al número de maniobras realizadas, y su reproducibilidad según la normativa SEPAR. Además de aplicar el cuestionario previo que evalúa la ansiedad.

Resultados: En los resultados obtenidos se ha observado que el grupo que visualiza el vídeo, mejora la calidad de realización de PFR ya que desciende el nivel de ansiedad.

Conclusiones: La visualización de un vídeo explicativo previa a realización de las PFR consigue una mejora en el nivel de calidad de las mismas, y un descenso en el nivel de ansiedad de los pacientes.

¿QUÉ CONOCIMIENTOS TIENEN LOS PACIENTES SOBRE EL SAHOS Y LA CPAP?

M.V. González Dou¹ y M. Maurel Roca²

¹Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. ²LINDE, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Introducción: A lo largo del trabajo nos encontramos enfermos de diferentes edades, educación y localidades del Baix Llobregat, pero siempre son las mismas preguntas y lo que es peor, la no adherencia por el mismo motivo. Es por esto que hicimos una pequeña encuesta para ver donde estaban las deficiencias de los conocimientos

Material y métodos: Realizamos una encuesta a 68 pacientes de forma aleatoria, durante 6 meses. Estudiando las variables: edad, sexo y años de uso de CPAP (mínimo 2 años). Las encuestas se realizaron en domicilio, por la enfermera de la casa LINDE, como por la enfermera del Centro de Asistencia Especializada. Las preguntas versaban sobre conocimiento de la enfermedad y uso del dispositivo

Resultados: Edad media: 70,15 (47-86); años uso CPAP: 9;55 (2-20); sexo: 54H, 14M. Los pacientes tienen claro que la apnea del sueño es una parada respiratoria durante la noche que no les permite descansar (83%) y que por ello deben usar como tratamiento CPAP (96%). Por otro lado a pesar de la instrucción y educación e insistencia de la importancia de seguir las normas de higiene por parte de Enfermería de la Empresa suministradora de terapia como del CAE, los pacientes tienden al incumplimiento de las normas de higiene tanto de las interfaces y/o fungibles como del filtro y depósito del humidificador (54%). Se aprecia que el uso de la rampa es desconocido por los enfermos (59%).

Conclusiones: Se hizo un subgrupo de mayores de 80 años siendo 15 enfermos 2 mujeres y 13 hombres: se observa como a mayor edad, el conocimiento de la enfermedad es menor, sobre todo en cuanto a la etiología y causalidad de la misma. el resto de conocimientos es igual. Sería interesante, quizás otra investigación, como mejorar la capacidad de transmitir y persuadir a los pacientes para que lleven cabo correctamente el tratamiento y adquieran un poco más de conoci-

EDAD: 70,13 (media) SEXO: H 54, M 14 AÑOS DE USO CPAP: 9,55 (media)	
La apnea es una parada respiratoria durante la noche que no me deja descansar	
a) Sí	53
b) No	7
c) No lo se	10
La enfermedad es grave porque no duermo, no descanso	
a) Sí	78
b) No	14
c) No lo se	11
La apnea es debida a la obesidad y alteraciones físicas de las vías respiratorias	
a) Sí	52
b) No	18
c) No lo se	32
Para evitar las apneas debo dormir con un dispositivo y evitar los fármacos relajantes	
a) Sí	96
b) No	0
c) No lo se	4
La higiene del equipo es: Mascarilla, todos los días con H ₂ O y jabón neutro. Una vez a la semana tubos y filtro con H ₂ O destilada y jabón neutro. El humidificador con H ₂ O destilada y con el cambio cada día de H ₂ O destilada. El arnés con jabón neutro cuando sea necesario.	
a) Sí	21
b) No	64
c) No lo se	28
La rampa es una tecla que no puedo tocar	
a) Sí	41
b) No	22
c) No lo se	27
Nota: resultados en %	

Figura 1.

EDAD: 83 (media) SEXO: H 13, M 2 AÑOS DE USO CPAP: 10,66 (media)	
La apnea es una parada respiratoria durante la noche que no me deja descansar	
a) Sí	10
b) No	3
c) No lo se	2
La enfermedad es grave porque no duermo, no descanso	
a) Sí	3
b) No	10
c) No lo se	2
La apnea es debida a la obesidad y alteraciones físicas de las vías respiratorias	
a) Sí	3
b) No	3
c) No lo se	9
Para evitar las apneas debo dormir con un dispositivo y evitar los fármacos relajantes	
a) Sí	18
b) No	0
c) No lo se	0
La higiene del equipo es: Mascarilla, todos los días con H ₂ O y jabón neutro. Una vez a la semana tubos y filtro con H ₂ O destilada y jabón neutro. El humidificador con H ₂ O destilada y con el cambio cada día de H ₂ O destilada. El arnés con jabón neutro cuando sea necesario.	
a) Sí	5
b) No	5
c) No lo se	5
La rampa es una tecla que no puedo tocar	
a) Sí	7
b) No	4
c) No lo se	4

Figura 2.

mientos en cuanto a la etiología y causalidad de la enfermedad. El motivo del incumplimiento, no es otro que la desidia y/o dejadez, ya que llevan la higiene según creen, les conviene o cuando se acuerdan, lo cual resulta preocupante debido al alto riesgo de contraer infecciones respiratorias y frustrantes para los profesionales, ya que sabemos que son conscientes que pueden contraerlas.

RELEVANCIA DE LA ENFERMERA EXPERTA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CONTINUADA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

S. García Fernández, M.C. Piñas Cebrián y A.I. Rodríguez Ruiz

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

Introducción: El servicio de Neumología del Hospital Universitario Son Espases (HUSE) atiende, en la actualidad, a 40 personas diagnosticadas de Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) (10 de ellas en tratamiento con prostaciclina endovenosa [PE]), residentes en las Islas Baleares. En nuestro centro, la enfermera de la unidad de hospitalización es imprescindible para el control de los pacientes que reciben tratamiento con PE (inicio de tratamientos y control de las complicaciones). El presente estudio describe el papel de la enfermera de la unidad de hospitalización en el manejo de los pacientes tratados con PE.

Material y métodos: Registro de pacientes con HAP dependientes de la Unidad de Referencia en tratamiento con PE, revisión de sus historias clínicas y recogida de los eventos derivados del tratamiento con PE.

Resultados: 10 pacientes (7 mujeres, 3 hombres; edad media 48,5 años [rango 35-71 años]) reciben tratamiento con PE. De ellos, 9 iniciaron tratamiento en la unidad de hospitalización de neumología del HUSE (1 paciente empezó el tratamiento en el Hospital Clínic de Barcelona) y fueron educados por el personal de enfermería de la unidad de hospitalización del HUSE. Durante el último año (noviembre 2016-noviembre 2017) se han producido 16 ingresos hospitalarios, 7 de ellos relacionados con el catéter vascular. Sin embargo, no se dispone de un registro oficial que permita contabilizar los contactos de los pacientes con alguna enfermera de la unidad para preguntar las dudas generadas por el catéter, el punto de inserción cutáneo, la posibilidad de obstrucción de la vía, etc.

Conclusiones: El bajo número de pacientes no permite disponer de una enfermera con dedicación exclusiva para estos pacientes, pero la gravedad de los eventos asociados tanto a la enfermedad como a su



Figura 1.



Figura 2.

tratamiento, requieren disponibilidad de personal específico las 24h del día durante los 365 días del año. Asimismo, la enfermera de la unidad de hospitalización es la responsable de educar al paciente en el uso del dispositivo endovenoso y no se asigna un tiempo para ello. Más del 50% de los ingresos se deben a problemas con el catéter vascular. El correcto manejo de este dispositivo es fundamental para prevenir ingresos hospitalarios y complicaciones graves. Por todo ello concluimos que sería necesario asignar una enfermera experta en la unidad que pueda atender a los pacientes complejos con HAP y asignar un tiempo para la educación de los pacientes al inicio del tratamiento con PE.

RESULTADOS INICIALES DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA (CEE) PARA PACIENTES CON DRENAJE PLEURAL TUNELIZADO

A. Priegue Carrera¹, M. González Fariña¹, M. Cuña Delgado², M.T. Santomé Otero², M. Botana Rial¹, M. Núñez Delgado¹ y A. Fernández Villar¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo, PnevmoVigo I+i, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI de Vigo, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: El tratamiento del derrame pleural maligno (DPM) mediante la inserción de un catéter pleural tunelizado (CPT) se ha convertido en una alternativa de manejo ambulatorio. Los estudios han demostrado que se trata de una opción segura y coste-efectiva. Un aspecto poco analizado es el papel de la enfermería en el cuidado de estos pacientes. Nuestro objetivo ha sido evaluar los resultados de la implantación de una CEE en el manejo y seguimiento de los pacientes con DPM tratados mediante un CPT.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes a los que se les implantó un CPT para control del DPM en la Unidad de Técnicas Broncopleurales del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo entre octubre/2016 y noviembre/2017. Se registraron variables clínico-epidemiológicas, tiempo del CPT, número de consultas presenciales (médicas o de enfermería) y telefónicas, visitas a urgencias o ingresos por derrame.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes, 14 (53,8%) hombres, 73 (63,5-81,5) años. En 6 (23,1%) pacientes el CPT se retiró por pleurodesis, en 2 (7,7%) por complicaciones, 16 (61,5%) fallecieron con el CPT y 2 (7,7%) están funcionantes. 5 pacientes presentaron complicaciones derivadas de la inserción del drenaje (2 desplazamientos y 3 empie-mas). La mediana de días con el CPT fue 36 (25,2-84,5) y la mediana de supervivencia 54 (28-189,2) días. 18 (69,2%) pacientes necesitaron CEE con una mediana de 2 (1-2,25) y en 7 (26,9%) casos consultas con médico con una mediana de 1 (1-6). Solo 4 (15,3%) necesitaron consultas telefónicas con una mediana de 1,5 (1-5,7). No encontramos diferencias en el número de CEE en función de las complicaciones (4/18 (22,2%) vs 1/8 (12,5%), $p = 0,9$) ni tampoco en el número de visitas a urgencias o ingresos (5/18 (27,8%) vs 1/8 (12,5%), $p = 0,6$). 16 (61,5%) pacientes estaban recibiendo tratamiento oncológico siendo el número de CEE en este grupo de pacientes mayor, con una mediana de 1,5 (1-2) frente a 0,5 (0-2) en los pacientes sin tratamiento. A pesar de que 9 (34,6%) pacientes estaban en seguimiento en HADO, más de la mitad, 5 (55,6%) casos, necesitaron CEE.

Conclusiones: El DPM presenta una elevada mortalidad y baja supervivencia pero conlleva la necesidad de numerosos recursos asistenciales. A pesar de que más de la mitad de los pacientes estaban en seguimiento en Oncología, y más de un tercio en HADO, el número de CEE fue mayor. Los resultados obtenidos demuestran la necesidad de desarrollar CEE en el marco de Unidades multidisciplinares de manejo de pacientes con DPM.

REVISIÓN SISTEMÁTICA Y VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO 00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS, TAXONOMÍA NANDA-II

S. Arranz Alonso, L.M. Pareja Hernández, S. Álvarez López, A. Batanero Rodríguez, A. Campillo Palomo, A. Frías Moreno, M. Padilla Bernáldez, M. Enríquez Jiménez, L. Perera López, M.C. Mata Hernández, A. Gómez Ramón, V.M. Martínez Viola, C. Villar Laguna, D. Peña Otero y P. Vaquero Lozano

Grupo de Trabajo de Enfermería Neumomadrid, Madrid, España.

Introducción: Los diagnósticos enfermeros taxonomía NANDA-II surgen para estandarizar el lenguaje de la práctica Enfermera. En 2015 NANDA-I solicitó la colaboración de distintas Sociedades Científicas y Expertos para la revisión de varios diagnósticos enfermeros, entre ellos el 00031, tarea que se encargó al grupo de trabajo de enfermería Neumomadrid.

Material y métodos: Revisar la literatura y evidencia científica en relación con la utilización del diagnóstico enfermero 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Analizar la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados. Establecer su validez para la práctica clínica de la enfermería respiratoria.

Resultados: N = 99 artículos. 68% publicados entre 2006-16. Este diagnóstico se emite principalmente en pacientes pediátricos (41%), adulto de hospitalización (17%) y contextos de hospitalización general (46%) y REA (13%). Características definitorias más frecuentes: disminución de sonidos respiratorios (23%) y tos ineficaz o ausencia (15%) (tabla 1). No existen relaciones estadísticamente significativas entre estas dos características definitorias y el tipo de paciente, contexto y año de publicación de los artículos ($p > 0,05$). Presencia de secreciones (28%) e infección respiratoria (13%) son los factores relacionados más identificados en la literatura (tabla 2). No existen relaciones estadísticamente significativas entre estos factores relacionados y el tipo de paciente, contexto y año de publicación de los artículos ($p > 0,05$). Panel de expertos: N = 8, 100% afirma que la definición explica la etiqueta diagnóstica. La capacidad de intervención enfermera es valorada como independiente por la mayoría de los expertos (75%). Características definitorias: relevantes y/o muy relevantes, salvo "inquietud" y "mirada con los ojos muy abiertos". Se proponen dos factores relacionados nuevos: "tapón mucoso", "exposición a sustancias nocivas para el pulmón" y eliminar "exudado alveolar".

Tabla 1. Características definitorias

Características definitorias	N	%
Disnea	24	11,32%
Tos ineficaz o ausencia	31	14,62%
Alteración de la frecuencia respiratoria	20	9,43%
Cianosis	13	6,13%
Sonidos respiratorios	49	23,11%
Secreciones	21	9,91%
Volumen de líquido en exceso	2	0,94%
Trastornos del sueño	1	0,47%
Tubo endotraqueal	2	0,94%
Disminución sonidos respiratorios	7	3,30%
Dificultad en la expansión torácica	6	2,83%
Disminución de la energía	10	4,72%
Alteraciones hemodinámicas	5	2,36%
Agitación	9	4,25%
Ortopnea	7	3,30%
Uso musculatura accesoria	2	0,94%
Apnea	1	0,47%
Aleteo nasal	2	0,94%

Tabla 2. Factores relacionados

Factores relacionados	N	%
Obstrucción de la vía aérea	3	4,92%
Traqueostomía	1	1,64%
Intubación/ventilación asistida	9	14,75%
Secreciones	17	27,87%
Tos inefectiva	3	4,92%
Tratamientos	1	1,64%
Patología pediátrica	4	6,56%
Sedación	1	1,64%
Infección respiratoria	8	13,11%
Agitación	1	1,64%
Disnea	1	1,64%
Cianosis	2	3,28%
Respuesta alérgica	1	1,64%
Inmovilización	5	8,20%
EPOC	2	3,28%
Tabaquismo	2	3,28%

Conclusiones: A día de hoy puede implementarse el diagnóstico enfermero 00031. Limpieza Ineficaz de las vías aéreas en la práctica clínica de la enfermería respiratoria en España. Se proponen dos nuevos factores relacionados: “tapón mucoso” y “exposición a sustancias nocivas”. Estos factores precisan de un estudio más completo para su desarrollo e implementación. Se propone suprimir el factor relacionado “exudado alveolar”.

TABAQUISMO Y CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL

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

¹Hospital de Alta Resolución de Loja, Agencia Sanitaria Hospital de Poniente, Loja, Granada, España. ²Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España.

Introducción: El asma bronquial y el tabaquismo son dos enfermedades prevalentes. Diversos factores pueden influir en el control del asma, entre ellos el consumo de tabaco. El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de tabaquismo en una consulta de neumología y su relación con el control de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en una consulta externa de Neumología. Se incluyeron adultos con diagnóstico de asma bronquial seguidos en consulta. Para cada paciente se recogió el antecedente de tabaquismo, así como datos acerca de su consumo y variables del asma bronquial.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 298 pacientes con asma bronquial, con edad media (\pm DE) de 54,8 (20,2) años, un 57,7% mujeres, FEV1 medio del 92,7% (20,7) del teórico. 43 de los pacientes (14,4% del total) eran fumadores activos, con un consumo acumulado medio de 16,9 (12,4) paquetes-año. Existían diferencias en el FEV1 y FVC entre los fumadores activos y el resto ($p < 0,05$). No encontramos diferencias en los valores de FeNO entre los grupos de estudio. En 154 pacientes disponíamos de datos del ACT. No encontramos diferencias en las puntuaciones medias del ACT ni en el porcentaje de asma controlado entre fumadores activos, exfumadores o nunca fumadores (53,3%, 41,9% y 45,7%, respectivamente, $p = 0,327$).

Conclusiones: Cerca de un 15% de los asmáticos seguidos en una consulta de Neumología son fumadores activos. Aunque este grupo no muestra diferencias en el control de la enfermedad, son necesarias medidas destinadas al abandono del tabaco en este grupo.

¿TIENEN NUESTROS PACIENTES CON EPOC UN PICO DE FLUJO INSPIRATORIO SUFICIENTE PARA EL USO ADECUADO DE SUS DISPOSITIVOS INHALATORIOS?

M.L. Aballe Santos, C. Represas Represas, A. Priegue Carrera, M. González Fariña, E. García Rodríguez, I. Portela Ferreiro, S. Fernández García y A. Fernández Villar

Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, PneumoVigo I+i, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: Actualmente se dispone de una amplia gama de dispositivos inhalatorios (DI) con diferentes diseños y resistencia interna, cada uno de los cuales precisa de un pico de flujo inspiratorio (PFI) óptimo. Habitualmente se desconoce si los pacientes con EPOC son capaces de generar estos flujos y si existen factores que nos permitan predecirlo.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Incluimos pacientes EPOC valorados en las consultas de enfermería. Determinamos el PFI alcanzado por cada paciente a través del/os DI que tenían prescritos utilizando el sistema In-Check Dial G16 (Alliance Tech Medical, Inc) (fig.). Es un aparato preciso que mide el PFI para 16 dispositivos diferentes simulando su resistencia interna, con un rango posible de 15-120 l/min. El PFI mínimo y óptimo se definieron en base a las publicados en la literatura, descritos en una revisión reciente (Ghosh et al. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2017) (tabla). Se recogieron además datos sociodemográficos, educativos, de adherencia y satisfacción con el DI, clínicos y espirométricos de cada paciente.

Resultados: Se evaluó el PFI para 187 DI (más frecuentes: 48 Breezhaler®, 46 Turbuhaler®, 22 Handihaler®, 19 Accuhaler®, 17 Nexthaler®, 14 Ellipta®, 12 Genuair®, 8 Twishaler®) en 119 pacientes, 85% varones de 68 (10) años, 40% fumadores activos con 1,2 (1,2) exacerbaciones/año. Según GOLD 2017 el 49% eran D y el 26% B, con un FEV1 1,285 (494) ml/47,1% (15,7) y CAT 14,5 (7,1). El 88% usaban el DI durante más de 1 año, la satisfacción con su DI por FSI-10 era 44,7 (6) y un 75,4% tenían

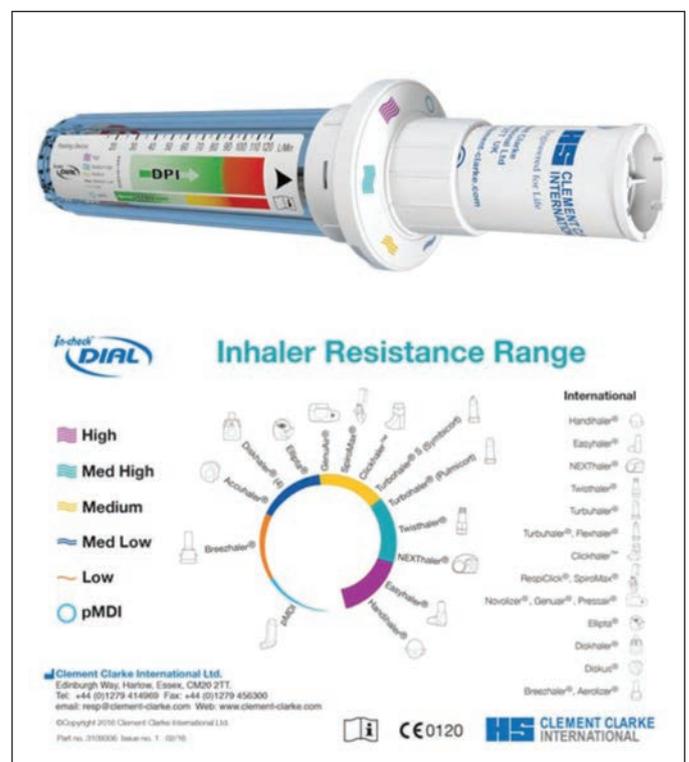


Figura 1.

Dispositivo	Mínimo	Óptimo
Turbuhaler®	30	60
Accuhaler®	30	60
Handihaler®	20	30
Elippta®	30	60
Genuair®	40	45
BreezHaler®	50	50
NextHaler®	35	35
Spiromax®	40	40

Extraído de: Ghosh S et al. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv 2017 (en prensa)

Tabla 1. Picos de flujo inspiratorio mínimos y óptimos (L/mim) para dispositivos en polvo seco.

una puntuación máxima en el TAI. Únicamente 1 paciente no alcanza el PFI a través de un Turbuhaler, y 30 (16%) no llegaban al óptimo (15 Turbuhaler®, 6 Twishaler®, 3 Handihaler®, 4 Accuhaler® y 2 Ellippta®). Los pacientes que no alcanzaban un PFI óptimo presentaban valores de FEV1, FVC (espiratorios) y FVC inspiratorios significativamente más bajos, pero la capacidad discriminativa de estas variables era baja (áreas bajo la curva ROC entre 0,608 y 0,706). No se encontraron diferencias significativas entre PFI óptimos y edad, sexo, nivel de estudios o instrucciones previas de la técnica.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con EPOC son capaces de realizar un PFI mínimo para su DI, pero un 16% no alcanzan el óptimo recomendado. Salvo el tipo de DI (especialmente Twishaler® y Turbuhaler®), no es posible predecir de forma fiable quién no lo va a alcanzar, por lo que sería recomendable utilizar dispositivos como el In-Check Dial G16 para evaluarlo.

VACUNARSE O NO VACUNARSE NO DEBE SER UNA CUESTIÓN

S. Miranda Valladares, D. Díaz Pérez, M.M. Cabrera Martínez, L. Llanos Rodríguez, H.M. Vicente Alcaide, L. Pérez Méndez, J.M. Figueira Gonçalves y R. Marrón Bernal

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La vacunación es una de las medidas más efectivas para la prevención de enfermedades gripal y neumocócica. Sin embargo, tras más de diez años de introducción, la tasa de vacunación son más bajas de lo recomendado por la OMS. El objetivo principal de este trabajo es conocer los factores modificables en el paciente con patología respiratoria que influyen en la tasa de vacunación antineumocócica (VAN) y antigripal (VAG).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal realizado a pacientes con EPOC, asma y/o neumonía ingresados en la unidad de neumología, laboratorio de pruebas funcionales respiratorias y consulta de asma del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Se realizó una encuesta auto administrada en agosto, septiembre y octubre de 2017, de 21 ítems. Las variables principales son: estado vacunal de la gripe y neumococo y motivo por el que se vacunó o no. Las covariables son edad, sexo, diagnóstico principal, nivel de estudios, situación laboral, hábito tabáquico, percepción del

estado de salud, nivel de ansiedad –depresión y de apoyo socio-económico, persona que le recomendó la vacuna y lugar. El análisis estadístico se resume en media y desviación estándar o porcentaje según la naturaleza de la variable. El análisis de factores modificables se realizó con contraste bivariado a través de la técnica de chi cuadrado, con nivel de significación $p < 0,05$, usando el software SPSS 24.0.

Resultados: Se trata de 66 pacientes con edad media de 56 años \pm 15, el 52% son mujeres. El 65% de los pacientes presentan VAG IC95% (53-77%), el 20% VAN IC95% (9-30%), el 18% ambas vacunas y el 33% ninguna. Varones menores de 65 años, pacientes que manifiestan mejor estado de salud y que padecen ansiedad y/o depresión presentan menor tasa de vacunación. La tasa de VAN es mayor en EPOC, en asmáticos es la VAG. El motivo principal de vacunación es el consejo médico en los centros de salud (80% VAG y 92% VAN). Los pacientes que no se vacunaron de VAG manifestaron no necesitarla (33%) y que no previene la gripe (22%). El motivo de no VAN fue la no recomendación (67%).

Conclusiones: Las estrategias para mejorar la VAG deben ir enfocadas a modificar las falsas creencias que los pacientes tienen sobre la vacuna. La estrategia para la VAN debe ir enfocada a incrementar el conocimiento en la población de riesgo. Como estrategia común para ambas vacunas, se debe hacer hincapié en la recomendación en todos los ámbitos asistenciales y por todos los profesionales de la salud de manera sistemática.

VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN EL MANEJO DE INHALADORES EN PACIENTES EPOC EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

L. Rajado López, D. Bello Cambero, M. Goenaga Insausti, M. Echeverría Lizaso, O. Hartsuaga Jauregui, A.B. Martínez Gutiérrez e I. Sayago Reza

Clínica Asunción, Tolosa, Guipúzcoa, España.

Introducción: Las nuevas competencias de enfermería con las Rutas Asistenciales dentro del Programa de cronicidad hacen necesarias la coordinación entre Atención Primaria y el Hospital especializado para una continuidad de los cuidados y una atención integral del paciente crónico. Por este motivo surge la necesidad de tener una visión objetiva de nuestros pacientes con EPOC, del manejo de los inhaladores y de un lenguaje común para enfermería, por lo que usamos en nuestro centro la normativa de la SEPAR para la evaluación de la técnica correcta de los inhaladores. El objetivo del estudio es valorar la efectividad de dicha educación a corto, medio y largo plazo realizada durante el ingreso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo sobre el manejo de los inhaladores de pacientes ingresados en planta por reagudización de EPOC o que están incluidos en la ruta asistencial de EPOC. Incluye 36 pacientes EPOC con FEV1 de media 41,47%, 26 hombres y 10 mujeres con edad media de 77 años que ingresaron en el periodo 2012-2014 y tuvieron un ingreso posterior en el periodo 2013-2015 y con una media entre ingresos de 351 días. La evaluación se ha realizado en tres ocasiones: al primer ingreso, al alta y al ingreso posterior según la normativa de la SEPAR compuesta por 7 puntos.

Resultados: Evaluación del manejo de inhaladores entre el primer y segundo ingreso (fig. 1). En el estudio realizado en el primer ingreso, el 77,7% de los pacientes evaluados realizan de forma completa el manejo de los inhaladores, no mejoró tras la educación. En el segundo ingreso se mantiene dicho porcentaje. Errores en el manejo de los inhaladores entre el primer y segundo ingreso (fig. 2). En el estudio realizado en el primer ingreso los errores más frecuentes al ingreso en los pasos P1, P2, P5 y P7; después de realizar la educación, se corrigieron los pasos P1 y P5. En el segundo ingreso, se repitieron los mismos errores en los pasos P1, P2, P5 y P7.

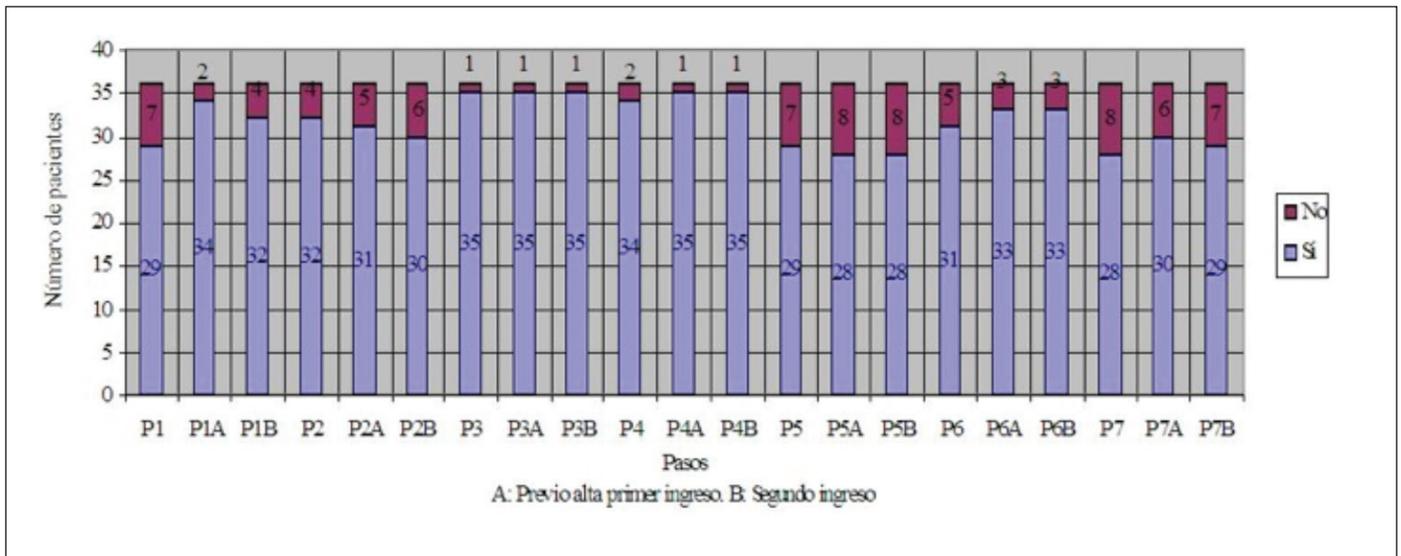


Figura 1. Evaluación del manejo de los inhaladores en el primer y segundo ingreso.

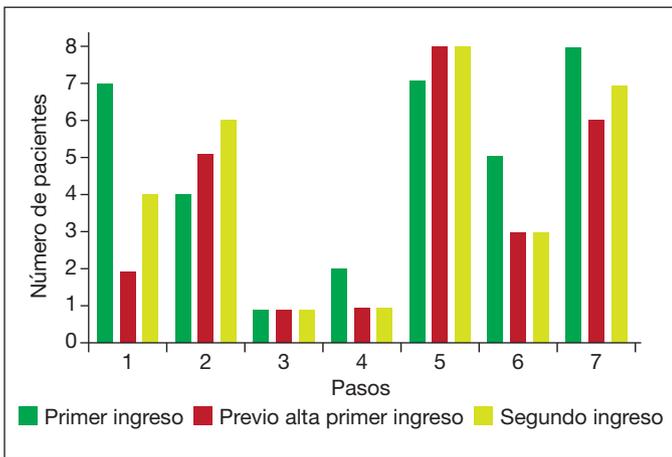


Figura 2. Errores en el manejo de los inhaladores entre el primer y el segundo ingreso.

Conclusiones: Los pacientes ingresados presentan en general un buen manejo global de los inhaladores. La educación mejoró los pasos P1 y P5 de forma transitoria; en el segundo ingreso se repetían los mismos errores. Por lo tanto, la educación en el manejo de los inhaladores, debe realizarse dentro de una continuidad de cuidados para una atención integral del paciente crónico.

VALORACIÓN DE LA PRESIÓN Y FUGAS DE INTERFASE EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

D. Díaz Pérez y F.J. Clemente López

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La presión que la interfase ejerce sobre el rostro de los pacientes con ventilación no invasiva, pueden incomodar y producir úlceras por presión que provoquen su fracaso. Objetivos: medir la presión que ejerce la interfase sobre el rostro del paciente. Valorar si es posible reducirla, sin sobrepasar límites de fugas aéreas no compensables por el ventilador.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, comparativo y prospectivo. Tras el consentimiento del paciente, se valora con un

manómetro la presión que ejerce la máscara sobre el paciente a nivel del puente nasal y el grado de fuga que indica el aparato según la ajustó la enfermera de forma rutinaria. Posteriormente se reajusta la tensión del arnés atendiendo a no sobrepasar niveles de fugas excesivos y se vuelve a realizar la medición. Se realiza, mediante programa estadístico SPSS v.20, test Wilcoxon para variables apareadas.

Resultados: Se realizan 66 mediciones. La presión previa y post-ajuste fue de 83,5 vs 56,1 cm H2O ($Z = -5,016$; $p < 0,0001$) respectivamente y el nivel de fugas, 60,35 vs 65,47 l/min no siendo significativo.

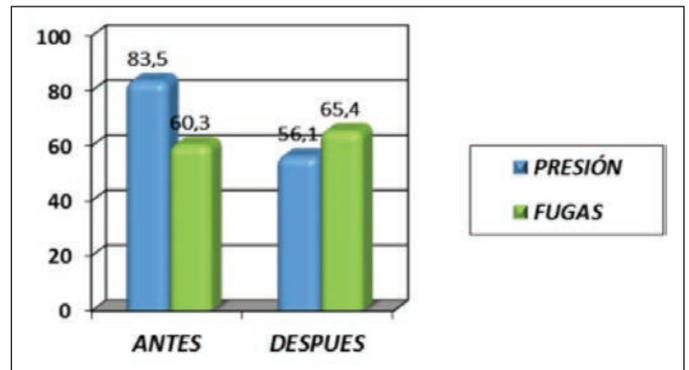


Figura 1. Relación entre presión y fugas.

Conclusiones: A pesar de la formación del personal, la enfermera tiende a ajustar excesivamente la interfase para reducir fugas aéreas, cuando aún existe margen que puede ser compensado satisfactoriamente por el ventilador.

VALORACIÓN DEL GRADO DE APRENDIZAJE Y ADHERENCIA A LOS DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA

S. Vicedo Rodríguez, M. Reig Canyelles, G. Silveira María, R. Hernando Salvador, T. Pascual Pape y L. Lores Obradors

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi, Barcelona, España.

Introducción: El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituyen las dos enfermedades respiratorias crónicas con

mayor prevalencia y principal causa de ingreso. La terapia inhalatoria constituye la base del tratamiento, por lo que el grado de adherencia terapéutica y la técnica inhalatoria se relacionan con la evolución de la enfermedad.

Material y métodos: En una muestra de 50 pacientes, de los cuales 30 estaban afectados de EPOC y 20, de asma, se analizaron algunas variables que pudieran estar relacionadas con la adherencia terapéutica, la técnica inhalatoria y la evolución de la patología. También se estudió la idoneidad del tratamiento prescrito de acuerdo con las guías actuales. Así analizamos, la medicación habitual, si acude a las visitas de control, la función pulmonar (FEV1 y FVC) los dispositivos inhalatorios utilizados, las comorbilidades (índice de Charlson), la gravedad de la patología respiratoria (GOLD, GINA), el grado de adherencia al tratamiento y la técnica inhalatoria.

Resultados: El 86,7% de los EPOC eran hombres frente al 85% de mujeres asmáticas, con una media de edad de 75,33 y 64,95 años respectivamente. En EPOC, se encontraron asociaciones entre adherencia terapéutica la técnica inhalatoria y el número de ingresos por exacer-

Variable	Características	Asma (n = 20)		MPOC (n = 50)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo	Home	3	15,0	26	86,7
	Dona	17	85,0	4	13,3
Tabaco	Fumador	1	5,0	3	10,0
	No fumador	16	80,0	1	3,3
	Exfumador	3	15,0	26	86,7
Alcohol	Enol	0	0	3	10,0
	No enol	16	80,0	12	40,0
	Exenol	4	20,0	15	50,0
Índice Charlson	Absència	9	45,0	2	6,7
	Baixa	4	20,0	13	43,3
	Alta	7	35,0	15	50,0
Índice GINA	Controlat	2	10,0	-	-
	Parcialment controlat	12	60,0	-	-
	No controlat	6	30,0	-	-
Controles	No	1	5,0	3	10,0
	Sí	19	95,0	27	90,0
Via de los fármacos específicos	Inhalada	11	55,0	24	80,0
	Oral i inhalada	9	45,0	6	20,0
Tipus pMDI	IPC	6	30,0	16	53,3
	R	2	10,0	1	3,3
	IPC+SM	4	20,0	1	3,3
	IPC+R	2	10,0	2	6,7
	IPC + SM + R	0	0	2	6,7
	Cap	6	30,0	8	26,7
Tipus DPI	TH/ACC	13	65,0	9	30,0
	Aerolizer	1	5,0	5	16,7
	TH/ACC + aerolizer	1	5,0	8	26,7
	Aerolizer + EH	0	0	1	3,3
	Cap	5	25,0	7	23,3
Nebulizador	Sí	1	5,0	1	3,3
	No	19	95,5	29	96,7
Cámara y máscara	Res	13	65,5	19	63,3
	Cámara sense màscara	0	0	2	6,7
	Cámara i màscara	7	35,5	9	30,0
Grado adherencia	Alta	5	25,0	5	16,7
	Mitjana	11	55,0	19	63,3
	Baixa	4	20,0	6	20,0
Técnica inhalatoria	Correcta	11	55,0	12	40,0
	Parcialment correcta	3	15,0	10	33,3
	Incorrecta	6	30,0	8	26,7

Tabla 1. Análisis descriptivo de los pacientes con asma y EPOC.

Variable	Asma (n = 20)			MPOC (n = 30)		
	Míni m	Máxim	Media ± DE	Míni m	Máxim	Media ± DE
Edad	15	89	64,95 ± 21,41	56	86	75,33 ± 8,15
DA (paq/any)	0	40	4,40 ± 10,27	0	217	82,03 ± 46,24
UBES/día	0	0	0	0	8	2,33 ± 3,21
Nº total fármacos	1	19	9,70 ± 4,47	3	16	8,90 ± 2,96
Nº fármacos específicos	1	4	2,35 ± 1,09	1	6	2,67 ± 1,06
FEV1 (%)	42	104	74,50 ± 18,25	16	73	47,70 ± 13,79
FVC (%)	42	107	73,30 ± 16,65	33	86	59,63 ± 14,97
Años uso de los Inhaladores	0	35	13,00 ± 8,65	2	20	11,97 ± 4,88
Nº ingresos último año	0	5	1,35 ± 1,089	1	5	1,93 ± 1,28

DE: desviación estándar

DA (paq/año): dosis acumulada (paquetes/año)

Nº total fármacos: total de la medicación que toma habitualmente.

Nº fármacos específicos: número de fármacos que toma oer la patología respiratoria.

FEV1: volum expiradomàxim en el primer segundo.

FVC: capacidad vital forzada.

Tabla 2. Análisis descriptivo de los pacientes con asma y EPOC.

bación ($p = 0,025$ y $0,033$ respectivamente). En asma, el índice de GINA y el uso concomitante de fármacos se asociaban con el número de ingresos ($p = 0,004$ y $0,032$ respectivamente). Un 58% de los pacientes tenía un plan de medicación incorrecta.

Conclusiones: La evolución en los pacientes con EPOC se asocia a la adherencia terapéutica y la técnica inhalatoria, mientras que en asma no se encuentra esta asociación. Estos datos, junto con el elevado porcentaje de pacientes con planes de medicación inadecuados pone de manifiesto la necesidad de establecer nuevos programas de educación y controles periódicos para un óptimo control de la patología respiratoria.

VALORES DE LA GASOMETRÍA ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON EL MÉTODO DE CONSERVACIÓN

R.M. Rojas Moreno-Tomé, M. Hernández Yáñez, G. Villa Castro, C. Grijalba González, C. Rodríguez Roldán, Á. Gómez Sacristán, J.J. García López y W.I. Girón Matute

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: La gasometría arterial es una de las pruebas básicas para el estudio del paciente respiratorio. Informa del aporte de oxígeno al organismo y de la eliminación de anhídrido carbónico. En la actualidad, existe controversia sobre la conservación de la muestra hasta su análisis. Identificar la variación de los parámetros gasométricos respecto al momento de la extracción y su relación con el método de conservación a los 30 y 60 minutos.

Material y métodos: Estudio longitudinal realizado en octubre/noviembre de 2017. Se estudiaron un total de 100 pacientes que fueron seleccionadas al azar. Se evaluaron los parámetros gasométricos: Ph, PO₂, PCO₂, glucemia, lactato, COHB, THB, Saturación, HCO₃ y StdH-CO₃. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, estatificado en función del método de conservación (Hielo/Ambiente) y para comparar los valores gasométricos basales, a los 30 y 60 min se utilizó el test ANOVA MR.

Resultados: La media de edad fue de 71,39 (14,32) años y el 55% eran hombres. El 50% de las gasometrías fueron conservadas en hielo vs T^o ambiente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, género y patología. Existen diferencias entre los

valores basales, 30 y 60 min en la PO₂, siendo superiores las diferencias cuando la conservación fue en hielo ($p < 0,001$) sin embargo en el lactato se produjo un descenso en ambiente. Además, las diferencias han sido estadísticamente significativas entre los valores basales de saturación y a los 60 min, siendo superior la diferencia cuando se conservaron en hielo. Respecto al pH se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el valor basal y los 60 min en hielo ($p = 0,036$), en ambiente se encontraron diferencias entre el valor basal y 30 min ($p < 0,000$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de PCO₂ y carboxihemoglobina en función del método de conservación. También se han encontrado diferencias entre los valores basales, 30 y 60 min de HCO₃, StdHCO₃ y glucemia, siendo estas diferencias superiores cuando el método de conservación es ambiente.

Conclusiones: El método de conservación influye de manera directa en dos de los principales parámetros de la gasometría, la conservación en ambiente presenta menor variabilidad que el hielo en los niveles de PO₂ según nuestro estudio, este resultado puede ser relevante en el diagnóstico de las patologías respiratorias.

VARIABILIDAD DE LA TERAPIA INHALADA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

D. Díaz Pérez, J.M. Figueira Gonçalves, N. Bethencourt Martín, L. Llanos Rodríguez y F.J. Clemente López

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La vía inhalatoria, de elección para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), puede presentar inconvenientes. Algunos aspectos derivados del uso de inhaladores, pueden contribuir a una peor adhesión al tratamiento y a una mayor variabilidad de la terapia durante el seguimiento de los pacientes. El objetivo de este trabajo, es cuantificar el número de dispositivos que tiene indicados un paciente EPOC y verificar los cambios que se producen y las causas de éstos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Los criterios de inclusión son pacientes en seguimiento por consultas externas de neumología del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria con diagnóstico de EPOC. Se valora cada seis meses, durante los 18 meses siguientes al diagnóstico de EPOC (3 veces) la historia clínica, analizando las siguientes variables: edad, sexo, función pulmonar, número de exacerbaciones e ingresos hospitalarios, número de dispositivos indicados, modificaciones en la terapia inhalada y los motivos de cambio de tratamiento.

Resultados: Se incluyen 121 pacientes, con una edad media de 72 ± 9 años de edad, el 87% hombres. El 43% de la muestra presenta un grado de obstrucción moderado, el 47% una obstrucción grave y el 10% una obstrucción muy grave. El 35% de la muestra ha presentado al menos una exacerbación y el 27% de los pacientes que han presenta una o más de una exacerbación ha precisado ingreso hospitalario. El 45% de los pacientes tienen dos dispositivos de inhalación, siendo el sistema Breezhaler (52%), Respimat (36%) y MDI (27%), los más frecuentes. En relación con la función pulmonar, los pacientes con una obstrucción muy grave (68%) tienen 3 dispositivos de inhalación y con un grado de obstrucción grave (55%) y moderada (44%) tienen dos dispositivos. Un 63% de los pacientes ha cambiado de sistemas de inhalación, siendo en mujeres el cambio más frecuente, hasta un 93%. La causa más prevalente son la simplificación del tratamiento hasta en un 45% y la agudización (25%). El 53% de pacientes sin exacerbaciones han cambiado de sistemas de inhalación, también, por simplificación de tratamiento como motivo más prevalente (24%).

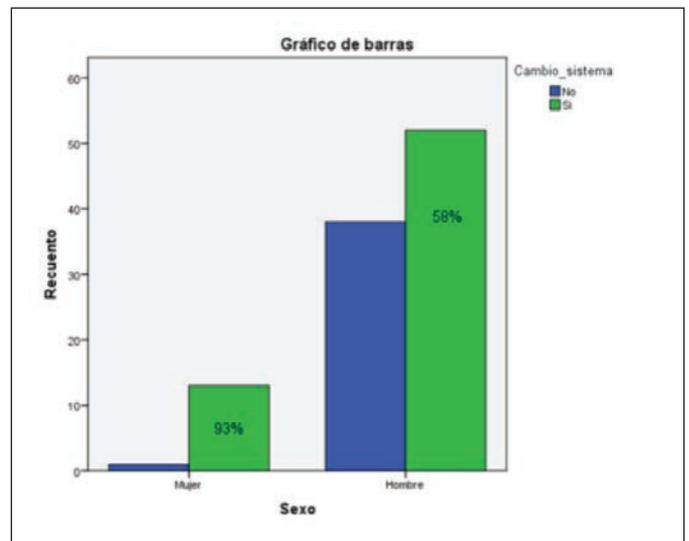


Figura 1. Número de sistemas de inhalación relacionado con gravedad de la obstrucción.

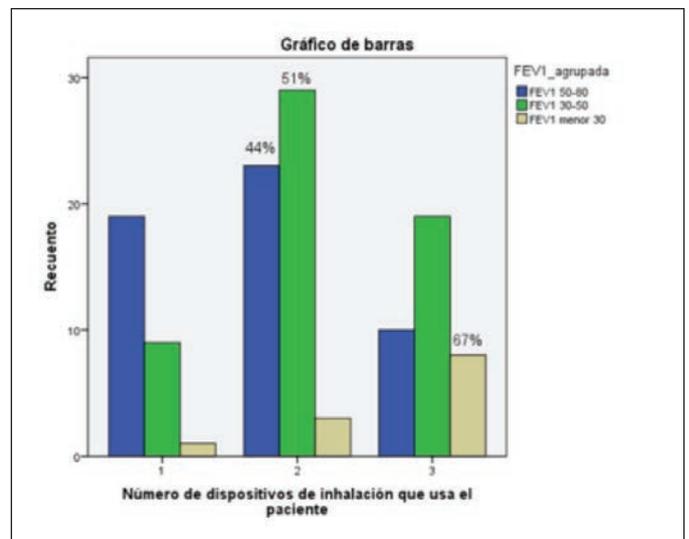


Figura 2. Cambio de inhaladores relacionado con el sexo.

Conclusiones: Se realizan cambios de tratamiento a pacientes sin exacerbaciones ni ingresos, usando fórmulas combinadas para así facilitar y mejorar la adherencia. En pacientes más graves se usa un mayor número de dispositivos, lo que puede complicar la adhesión a la terapia y posterior estabilidad.

VIABILIDAD DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SAHS Y SÍNDROME DE DOWN

A. Farré Maduell, F. Morante Vélez, S. Giménez Badia, M. Carreras Ferrer, A. Asensio Fernández, A.M. Fortuna Gutiérrez, P. Peñacoba Toribio, J. Fortea Ormaechea, M. Peiró Fábregas y M. Mayos Pérez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: El síndrome de Down (SD) es un trastorno genético que condiciona diferentes complicaciones médicas y cognitivas. Estos sujetos muestran una predisposición a la obstrucción de la vía aérea

superior debido a diferentes factores anatómicos y funcionales. En un estudio previo realizado en nuestra Unidad de Sueño se objetivó una prevalencia del 78% de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) en adultos con SD. A pesar de los efectos negativos de esta patología, el SAHS en la población adulta con SD está infradiagnosticado e infratratado, debido en parte, a las dificultades atribuidas a la instauración de Presión Positiva Continua (CPAP) en estos pacientes. Objetivo: valorar la viabilidad del tratamiento con CPAP en los pacientes con SD en la consulta monográfica de enfermería.

Material y métodos: Estudio descriptivo de evaluación de adaptación del tratamiento con CPAP. Los pacientes fueron diagnosticados de SAHS mediante polisomnografía convencional siguiendo el protocolo médico habitual. Se evaluaron en el periodo de julio de 2015 a octubre de 2017, en la consulta monográfica de educación de CPAP de enfermería. La primera visita se realizó al mes de iniciado el tratamiento con visitas posteriores adecuadas a las necesidades de cada paciente.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, la mediana de edad fue 47 (Rango 34) años. 12 hombres (70,6%) y 5 mujeres (29,4%), IMC mediano de 30,3 kg/m² (rango 17). 14 pacientes presentaban SAHS grave (82,35%) y 3, SAHS moderado (17,65%). El cumplimiento fue > 4 h en 10 de los casos (58,82%) y 6 presentaron cumplimiento < 4 h (35,29%). Los problemas de intolerancia más habituales tenían relación con molestias de la interfase. Seis de los pacientes fueron autónomos en el manejo del tratamiento, el resto precisó ayuda de familiares cercanos o cuidadores. El ratio mediano de visitas/año en nuestra muestra fue de 4,4 (rango 7,2). Se muestran más detalles del seguimiento en la tabla.

Datos de seguimiento

	N	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo
IAH	17	48	72,6	16,6	89,2
Meses de tratamiento	17	17	22	5	27
Presión (cmH2O)	17	8	3	7	10
Horas cumplimiento (por día)	15	5	10	0	10
Visitas requeridas consultas Enfermería	17	6	13	0	13
Número de cambios de mascarilla	16	1	6	1	7

Conclusiones: El cumplimiento con CPAP fue correcto en más de la mitad de la muestra con una adherencia adecuada. Nuestra experiencia muestra la viabilidad del tratamiento con CPAP en pacientes con síndrome de Down y SAHS.