

nuestro estudio la supervivencia global no difiere estadísticamente en relación al grupo no EPOC.

TRATAMIENTO DE LAS FUGAS AÉREAS POSQUIRÚRGICAS PROLONGADAS

E. Fernández Araujo, S. García Reina y C. Martínez Barenys

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

Introducción: La fuga aérea persistente ha acompañado a los cirujanos torácicos a lo largo de la historia, a pesar de los avances técnicos experimentados en los últimos años con las cirugías mínimamente invasivas y las suturas mecánicas siguen siendo una complicación postoperatoria en las cirugías de resección pulmonar que puede alargar el postoperatorio o incluso asociarse a otras complicaciones. No hay una clara definición de lo que debemos considerar fuga aérea prolongada, sin embargo, la mayoría de los autores la cifran en aquella que se prolonga más de 7 días desde la resección pulmonar. El uso de plasma involucra una compleja red de efectos moleculares que favorecerían la regeneración tisular, dada la presencia en él de múltiples mediadores y factores de crecimiento. Se ha comunicado su uso con éxito en implantología odontológica, cirugía plástica y ortopedia como también se ha sugerido su utilidad en la regeneración de nervios periféricos posterior a trauma.

Material y métodos: En nuestro centro en los pacientes que presentaban fuga aérea prolongada en el postoperatorio de resección pulmonar era práctica habitual la colocación de una válvula de Heimlich y control de forma ambulatoria. Desde el 2017 en estos casos venimos realizando parches de plasma. Analizamos de forma retrospectiva los pacientes tratados con parche de plasma para la fuga aérea postquirúrgica prolongada durante el periodo 2017-2018.

Resultados: Un total de 16 pacientes con fuga aérea posquirúrgica prolongada han sido tratados con parche de plasma. La media de días de fuga antes de decidir la realización de dicha técnica ha sido de 6 días y 10 de estos pacientes han precisado dos parches de plasma den días consecutivos. Como complicaciones en 2 pacientes a pesar de haber realizado esta técnica la fuga aérea no se ha autolimitado de manera que han sido dados de alta con válvula de Heimlich y control ambulatorio y otro paciente precisó de reintervención quirúrgica para revisión.

Conclusiones: El parche de plasma constituye un procedimiento sencillo que puede ser realizado por parte de enfermería y cuya efectividad en la resolución de la fuga aérea postquirúrgica prolongada es > 80%.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

ACTIVIDAD FÍSICA Y EPOC

C. Rodríguez García, J.A. Gullón Blanco, J.D. Álvarez Mavárez, M.R. Rodríguez Seoane, A. Ferrer Teruel, R. Esteban Bombín, L. González Justo y M.Á. Martínez Muñiz

Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Avilés, Asturias, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue describir el grado de actividad física que realizan los pacientes con EPOC y analizar los factores con los que se relaciona.

Material y métodos: Se incluyeron de manera prospectiva pacientes diagnosticados de EPOC, con buena adherencia terapéutica, que acudieron a nuestras consultas externas entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2018. La actividad física se consideró como: baja caminar en llano menos de 30 minutos diarios 4 días por semanas, moderada: > 30 minutos, alta: > 60 minutos. Se relacionó las siguientes variables: edad, sexo, grado de disnea (mMRC), grado de obstrucción (GOLD), CAT, enfermedades asociadas y error crítico en técnica inhalatoria. Estudio estadístico: distribución t Student y chi cuadrado. Aquellas que resultaron significativas en el análisis bivariado se incluyeron en un modelo de regresión logística "paso a paso hacia adelante" utilizando como variable dependiente actividad física. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 123 enfermos: 96 varones (78%) y 27 mujeres, con una edad media de 69,34 DE 9,47 años. Setenta (56,9%) presentaban otras patologías asociadas, siendo las más comunes: cardiopatía 29,3%, diabetes 15,4% y bronquiectasias 15%. De acuerdo con GOLD se clasificaron como grupo A 33 pacientes (26,8%), 53 grupo B (43,1%), 7 grupo C (5,7%) y 30 grupo D (24,4%). Ochenta y nueve enfermos (73%) realizaba algún tipo de actividad física: moderada en 31 y alta en 58 (62,3%) y la tabla se muestra cómo se distribuía en relación con las variables estudiadas: en el análisis de regresión logística mantenían asociación independiente: mMRC [2,24 (1,23-3,29), $p = 0,002$] y error crítico [5,07 (1,56-16,6), $p = 0,008$].

Grado de actividad según variables

	Baja	Moderada	Alta
Edad	71,33 (DE 10,32)	70,76 (DE 9,75)	69,12 (DE 8,45)
Sexo:			
Hombre	24 (25%)	25 (26%)	47 (49%)
Mujer	10 (37%)	6 (22,2%)	11 (40,8%)
MRC*			
1	13 (20,9%)	13 (20,9%)	36 (58,2%)
2	12 (24,5%)	15 (30,6%)	22 (44,9%)
3	9 (75%)	3 (25%)	0
CAT*	15,75 DE 8,61	13,5 DE 7,95	10,64 DE 6,81
Obstrucción*			
Grado I-II	10 (17,5%)	11 (21%)	35 (61,5%)
Grado III-IV	24 (35,8%)	20 (29,8%)	23 (34,4%)
Error crítico*	9 (26,4%)	5 (16,1%)	3 (5,1%)

* $p < 0,05$.

Conclusiones: 1) Más de dos terceras partes de los enfermos realizan algún tipo de actividad física, y ésta se relacionaba con el grado de disnea y técnica inhalatoria incorrecta con error crítico. 2) Este último hallazgo pone de manifiesto la importancia de la enseñanza en el manejo adecuado de los fármacos inhalados por parte de enfermería en las consultas de EPOC.

ADHERENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SAHS

S. Ruiz Sabariego, L. Fajardo Gutiérrez, Á. Macías López, R. del Valle Rodríguez, M. Japón Ruiz, I. García Rodríguez y F. Campos Rodríguez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España.

Introducción: La presión positiva continua en la vía aérea superior (CPAP) es el tratamiento fundamental para el síndrome de apnea-hipoapnea de sueño (SAHS) sintomático o con morbilidad asociada. Existen variables relacionadas con el paciente y con el tratamiento que influyen directamente en la adherencia a la CPAP. Hemos realiza-

VARIABLES CATEGÓRICAS	Buen cumplidor (n=158)	Mal cumplidor (n=59)	p
Sexo masculino	110 (69,6%)	40 (67,7%)	0,796
Tabaquismo activo	33 (20,8%)	23 (38,9%)	0,007
Actividad física diaria >30 min.	62 (39,2%)	20 (33,8%)	0,34
Vive con su pareja	126 (79,7%)	52 (88,1%)	0,231
Estudios medios o superiores	62 (39,2%)	26 (44%)	0,761
Diagnóstico depresión/ansiedad	42 (26,6%)	9 (15,3%)	0,08
Toma sedantes	28 (17,7%)	7 (11,9%)	0,297
Toma antidepressivos	26 (16,5%)	5 (8,5%)	0,135
Titulación CPAP vigilada (PR-PSG)	81 (51,3%)	22 (37,3%)	0,067
Modelo "A" de CPAP	89 (53,3%)	29 (49,2%)	0,345

VARIABLES CUANTITATIVAS	Buen cumplidor (n=158)	Mal cumplidor (n=59)	p
Edad	56 +/- 12,7	51 +/- 11,3	0,008
IMC	33,5 +/- 6,6	32,8 +/- 6,9	0,508
Epworth	11,1 +/- 4,1	11,1 +/- 4,3	0,916
Horas de sueño diaria basales	7,5 +/- 1,6	7,4 +/- 1,6	0,62
Obstrucción nasal según CQ7	9,27 +/- 7,2	9,1 +/- 7	0,889
IAH	48,4 +/- 23,8	36,3 +/- 19,1	0,001
Presión de CPAP	8,5 +/- 1,9	8 +/- 1,6	0,078

VARIABLES.

do este estudio para analizar la adherencia y las variables asociadas al cumplimiento con CPAP en pacientes con SAHS.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, realizado en la UGC de Neumología del HU Valme. Se incluyeron a todos los pacientes entre 18 y 80 años diagnosticados de SAHS (IAH > 5) y que iniciaron tratamiento con CPAP entre abril y octubre de 2016. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico previo de SAHS y/o tratamiento con presión positiva. Se analizó la adherencia a los 12 meses de inicio del tratamiento con CPAP, basada en medición objetiva del contador del dispositivo. Se realizó búsqueda activa de los pacientes que no acudieron a la cita de los 12 meses. Se definió como "buena adherencia" una media de uso de CPAP al año ≥ 4 horas/día. Se realizó un análisis univariado y multivariado de regresión logística para identificar las variables asociadas de forma independiente a la adherencia.

Resultados: Se analizaron 217 pacientes (69,3% hombres), con media de edad $54,6 \pm 12,5$ años, IAH $45,0 \pm 23,2$, y presión CPAP de $8,3 \pm 1,8$ cmH₂O. La media de uso de CPAP fue de $4,9 \pm 2,2$ horas/día. 158 (72,8%) pacientes presentaron buena adherencia a los 12 meses, con una media de horas de $6,1 \pm 1,1$ horas, frente a 59 (27,2%) pacientes con mal cumplimiento, con una media de $1,89 \pm 1,3$ horas/día. En 16 pacientes se discontinuó el tratamiento con CPAP (14 abandonaron el tratamiento, 1 falleció y en 1 caso se retiró por curación). En el análisis univariado las variables asociadas a adherencia fueron tabaquismo ($p = 0,007$), diagnóstico de depresión/ansiedad ($p = 0,08$), toma de antidepressivos ($p = 0,135$), titulación vigilada ($p = 0,067$), edad ($p = 0,008$), IAH ($p = 0,001$) y la presión de CPAP ($p = 0,078$). En el análisis multivariado, las variables asociadas de forma independiente a buena adherencia fueron la edad (OR 1,03 IC95% 1,00-1,06, $p = 0,010$) y el IAH (OR 1,02, IC95% 1,01-1,04; $p = 0,001$).

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes tratados con CPAP tienen buena adherencia a los 12 meses. Una mayor edad y un mayor IAH se asocian a buena adherencia a los 12 meses.

AEROSOL PRESURIZADOS, ¿MÁS EFICACES CON CÁMARA DE INHALACIÓN?

J.M. García Serrano, N. Arias Rivas, I. González Pérez, M.P. Díez Álvarez, M.A. Díez Andrés, A.I. Ruiz de Austri Troya y Z. Henales Martín

OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava, España.

Introducción: La terapia inhalada es la de elección en la administración de la mayoría de los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades pulmonares obstructivas por obtener un efecto inmediato con escasos efectos secundarios. Los inhaladores de cartucho presurizado son los primeros dispositivos que se utilizaron y siguen siendo los más prescritos en la EPOC.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica para analizar si en la literatura científica quedan evidenciados los beneficios de utilizar cámara de inhalación con los aerosoles presurizados en el adulto. Para ello, se ha hecho una búsqueda de información accediendo a bases de datos (Scielo, Cuiden, Medigraphic, Dialnet y Pubmed), a páginas webs (Google Scholar) y al buscador encuentra.enfermeria21.com de la revista Metas de Enfermería. Las palabras clave utilizadas fueron terapia, inhalada, cámara y enfermería.

Resultados: De los 375 estudios encontrados, fueron seleccionados 7 que cumplían los criterios de inclusión establecidos previamente tras la lectura crítica del resumen, por lo que solo un 1,87% cumplieron dichos requisitos.

Conclusiones: Tras la revisión podemos concluir que la gran mayoría de estudios se centran en el tratamiento a niños. En cuanto a adultos, reflejan el desconocimiento de parte del personal de enfermería en la técnica correcta. No hemos encontrado ningún artículo que estudie de manera concreta los beneficios de usar la cámara de inhalación. Sí aparece en los seleccionados que la utilización de estas cámaras disminuye las desventajas que presentan los inhaladores de cartucho presurizado, tales como, el depósito orofaríngeo de las partículas del fármaco o la necesidad de realizar una perfecta coordinación entre la pulsación y la inhalación por parte del paciente, por lo que mejoran su eficiencia. Se recomienda realizar estudios que se centren en los beneficios que aporta el uso las cámaras de inhalación respecto a su uso en pacientes con buena técnica en aerosoles de cartucho presurizado.

ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES EN LA MUCOSA NASAL EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS CON GAFAS NASALES CONTINUAS DE BAJO FLUJO

M. Aranda Argüelle e I. Díaz Martos

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Introducción: La mayoría de los pacientes ingresados en el hospital requieren en algún momento de su hospitalización la administración de O₂ con gafas nasales (GN). En la práctica clínica diaria nos encontramos en muchos casos con las GN fuera de la nariz, argumentando molestias y no poder respirar bien, por lo que la terapia se ve interrumpida retardando su finalidad terapéutica. El objetivo del estudio fue analizar la presencia de deterioro tisular en la mucosa nasal de enfermos portadores de GN de bajo flujo, hospitalizados en las unidades del área de Enfermedades Respiratorias, Infecciosas y Medicina Interna (ERIMI) del HUB durante 4 meses de 2017/18 y analizar a las 48h la repercusión de la recomendación higiénica de limpiar la mucosa nasal con gasas impregnadas en suero fisiológico tres veces al día.

Material y métodos: Estudio piloto observacional, longitudinal y prospectivo, aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (PR241/17) del HUB. Se incluyeron mayores de 18 años portadores de GN de forma continua, que quisieran firmar el consentimiento informado, sin agitación psicomotriz, y sin criterio de cuidados en situación de últimos días. Las variables principales del estudio fueron: presencia, tipo y grado de lesión relacionada con la GN; las secundarias: sociodemográficas; grado de malestar con escala numérica y conocimiento sobre higiene nasal. La detección de los pacientes se realizó a través de la historia clínica electrónica. Los datos se registraron con Microsoft Office Excel 2007 y se analizaron estadísticamente con SPSS versión 18.0.

Resultados: Se evaluaron 82 pacientes. El 79% no tenían conocimientos higiénicos nasales. El 85,4% presentó deterioro tisular en la mucosa nasal, refiriendo malestar el 52% del total; después de realizar enfermería la demostración higiénica el 82% refirió mejoría. En el grupo que realizó la recomendación correctamente (el 35%) disminuyó el grado de deterioro en todos los tipos de lesión; desapareció el grado más grave de deterioro, y el porcentaje de casos con lesión bajó del 75% al 65%.

Evolución grupo de enfermos que realizó la recomendación

	Primera valoración (n = 20)		Segunda valoración (n = 20)	
	15 casos con deterioro, el 75%		13 casos con deterioro, el 65%	
Sequedad				
	Nº casos: 15	:%: 75	Nº casos: 11	:%: 55
Grado 3	1	6,6	0	0
Grado 2	4	26,7	2	18,2
Grado 1	1	10 66,7	9	81,8
Sin sequedad	5	25	9	45
Epistaxis				
	Nº casos: 10	:%: 50	Nº casos: 8	:%: 40
Grado 3	2	20	0	0
Grado 2	4	40	2	25
Grado 1	4	40	6	75
Sin epistaxis	10	50	12	60
Mucosidad				
	Nº casos: 10	:%: 50	Nº casos: 4	:%: 20
Grado 3	1	10	0	0
Grado 2	4	40	2	50
Grado 1	5	50	2	50
Sin mucosidad	10	50	16	80

Conclusiones: Elevada incidencia del deterioro tisular en la mucosa nasal por el uso continuado de GN de bajo flujo. Disminución del grado de malestar al realizar la técnica enfermería. Bajo seguimiento de las recomendaciones por la población. Desaparición del grado más grave de deterioro y disminución del número de individuos con dos lesiones simultáneas, cuando realizan la recomendación correctamente.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON FPI

M.I. Arrizubieta Basterrechea, M. Aburto Barrenechea, O. Bronte Moreno, M.T. Martínez Ramírez, S. Rodríguez Pedrosa, A.M. Sarria Pentón, L. Barriuso Carcedo, A. Moyano Castilla e I. Noria Alonso

Hospital de Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: Identificar la prevalencia y los predictores de ansiedad depresión en pacientes con FPI.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado al inicio de un programa de educación de enfermería en los pacientes con FPI que

Tabla 1. Características de los pacientes

Variable	Media (DE)
n	30
Edad	70,2 (6,4)
Sexo varones: n (%)	24 (80,0)
I Charlson	3,6 (1,3)
Disnea mMRC	1,1 (0,7)
GAP	3,4 (1,4)
FVC	2.513,6 (572)
FVC%	77,6 (14,7)
DLCO	46 (13,9)
WT6M	456,7 (93,4)
OCD n (%)	3 (10)
Antidepresivos/ansiolíticos previos (%)	4 (13)

Tabla 2. Análisis univariante de los factores asociados a depresión y ansiedad

Variable	No caso	Bordeline	Caso	P valor
HADS depresión				
n	23	2	5	
Edad	71,1 (5,7)	71,5 (3,5)	66 (10,07)	0,29
Sexo varones: n (%)	20 (83)	1 (50)	5 (83)	0,52
I Charlson	3,5 (1,3)	5 (1,4)	3,8 (0,8)	0,31
Disnea mMRC	1,0 (0,8)	0,5 (0,7)	1,4 (0,5)	0,37
GAP	3,6 (1,2)	3 (1,4)	3,4 (2,0)	0,2
FVC	2.479 618)	3.040 (452)	2.454 (409)	0,43
FVC%	76,0 (11,4)	101 (38)	75 (12,6)	0,056
DLCO%	46,4 (13,1)	64,5 (14,8)	37,8 (13,7)	0,07
WT6M	463,6 (83)	385 (250)	455 (93)	0,55
OCD n (%)	2 (8,3)	0 (0)	1 (16)	0,79
HADS ansiedad				
n	20	4	6	
Edad	72,0 (4,8)	69,5 (6,8)	63,8 (8,8)	0,02
Sexo varones: n (%)	18	4 (100%)	2	0,032
I Charlson	3,8 (1,3)	3,3 (1,7)	3,5 (1,5)	0,74
Disnea mMRC	0,83 (0,9)	1,3 (0,5)	1 ((0,6)	0,84
GAP	3,89 (1,4)	3,25 (0,95)	2,2 (1,2)	0,03
FVC	2.476,6 (560)	2.817,5 (223)	2.428,3 (808)	0,5412
FVC%	77 (14,)	76 (5,1)	84,6 (25,22)	0,60
DLCO	45,4 (15,3)	42,7 (8,9)	49,8 (14,8)	0,73
WT6M	434 (86)	531 (71)	480 (119)	014
OCD n (%)	2 (10)	0 (0)	1 (16%)	0,71

iniciaban tratamiento con un antifibróticos. Se les pasó el cuestionario de HAD. Analizamos los resultados del cuestionario HAD y lo relacionamos con variables sociodemográficas y clínicas del paciente como: el género, edad, índice de Charlson, función pulmonar, distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos (TM6M), y disnea del paciente. Se consideraba "caso" aquel paciente que puntuaba más de 11 puntos en el test y "posible caso" o "borderline" aquellos que obtenían un resultado de 8 o superior.

Resultados: Desde febrero 2015, 36 pacientes fueron incluidos en un programa de educación. Disponíamos del cuestionario HAD de 30 de ellos. La puntuación media del HAD- ansiedad fue 6 (5,3): identificamos 76 "casos" y 4 "posibles casos" de ansiedad. La puntuación media de la subescala de depresión fue 5,6 (5,1): identificamos 5 "casos" y 2 "posibles casos" de depresión. En total 12 pacientes (40%) tuvieron una puntuación superior a 8 en el apartado ansiedad-depresión o ambos: 9 "casos" y 3 "posibles casos", de los cuales solo 1 estaba en tratamiento previo. No hemos hallado ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables utilizadas para evaluar la severidad de la FPI y la presencia de ansiedad salvo el GAP. Los factores de riesgo para presentar ansiedad han sido el ser mujer ($p = 0,03$) y una

menor edad ($p = 0,02$) No hemos obtenido ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y la detección de depresión mediante el cuestionario HAD, aunque el % FVC ($p = 0,057$) y el % DLCO ($p = 0,07$) muestran cierta tendencia.

Conclusiones: 1. Antes de iniciar tratamiento antifibrótico, el 40% de nuestros pacientes presentaban síntomas de ansiedad-depresión. 2. El cuestionario HAD parece una herramienta eficaz para detectar nuevos pacientes con ansiedad- depresión y que puedan requerir abordaje psicoterapéutico. 3. Ser mujer y el diagnóstico de FPI a una edad más joven son factores de riesgo para presentar ansiedad. 4. Los pacientes con % FVC y % DLCO más bajo muestran una tendencia a presentar mayor depresión.

ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN CON EL INHALADOR, LA ADHERENCIA Y EL CONTROL DEL ASMA Y LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. BECA SEPAR ENFERMERÍA

D. Díaz Pérez¹, R. Cabestre García² y J. Giner Donaire³

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España. ²Hospital Royo Vilanova, Zaragoza, España.

³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: En el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se estima una adhesión a la terapia inhalada subóptima. La GEMA recomienda que el dispositivo se seleccione según las preferencias del paciente, lo que mejoraría la adhesión y el control de la enfermedad. Objetivo principal: determinar el grado de satisfacción de los pacientes con su inhalador habitual. Objetivos secundarios: determinar la asociación entre la satisfacción del paciente con su inhalador y el nivel de adhesión con el tratamiento inhalado, y entre el grado de satisfacción y el nivel de control de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional y transversal realizado en 18 centros de España. Los datos fueron recogidos entre diciembre de 2016 y mayo del 2018. Criterios de inclusión: diagnóstico previo de asma o EPOC de al menos 6 meses, mayores de 18 años, uso de inhalador al menos una vez al día en los últimos 6 meses y consentimiento informado firmado. Los criterios de exclusión: uso del inhalador como tratamiento de rescate e incapacidad para completar los cuestionarios. Cada centro incluyó 2 pacientes, 1 con asma y 1 con EPOC, para cada uno de los dispositivos. Se usó una lista de verificación para evaluar la técnica de inhalación (Consenso de Tera-

Tabla 1

Características	Asma	EPOC	Total
Edad ¹	53.4 (14.9)	68.3 (11.2)	61 (15.1)
Sexo ²			
Hombre	67 (34.0)	171 (84.2)	238 (59.5)
Mujer	130 (66.0)	32 (15.8)	162 (40.5)
Educación ²			
No educación	18 (9.1)	30 (14.8)	48 (12.0)
Estudios primarios	85 (43.1)	116 (57.1)	201 (50.2)
Estudios secundarios	44 (22.3)	42 (20.7)	86 (21.5)
Estudios universitarios	50 (25.4)	15 (7.4)	65 (16.2)
Años desde diagnóstico ³	7 (16)	7 (7)	7 (9)
Hábito tabaquico ²			
Nunca fumador	112 (56.9)	10 (4.9)	122 (30.5)
Ex fumador	68 (34.5)	160 (78.8)	228 (57.0)
Fumador	17 (8.6)	33 (16.3)	50 (12.5)
Número de enfermedades crónicas ^{4*}	1.3 (1.6)	2.5 (2.1)	1.9 (1.9)

¹valores expresados como media (desviación estándar); ²valores expresados como porcentaje; ³valores expresados como rango intercuartil; ⁴comorbilidades, excluidas las enfermedades respiratorias.

Tabla 2. Distribución de dispositivos y puntuación (FSI-10) y adhesión I

Inhaler	No. pacientes (%)	FSI-10 Media (IQR)	TAI Media (IQR)
Aerolizer	7 (1.8)	40 (8.5)	49 (7.5)
Breezhaler	37 (9.2)	47 (9)	50 (2)
Elipita	33 (8.2)	47 (6)	50 (2)
Easyhaler	11 (2.8)	47 (7.5)	50 (1)
Forspiro	3 (0.8)	42 (1.5)	47 (4)
Genuair	29 (7.2)	47 (4)	50 (0)
Handihaler	36 (9.0)	47 (9.2)	50 (1.2)
Nexthaler	37 (9.2)	48 (6)	50 (3)
pMDI	33 (8.2)	44 (7)	50 (1)
pMDI_spacer	31 (7.8)	41 (9)	50 (1)
Respimat	34 (8.5)	44 (10)	50 (1.8)
Spiromax	21 (5.2)	48 (6)	50 (1)
Turbuhaler	38 (9.5)	45 (8.8)	49 (2.8)
Twisthaler	15 (3.8)	45 (8)	49 (4)
Accuhaler	35 (8.8)	45 (8)	50 (3)
TOTAL	400 (100.0)	46 (9)	50 (2)

pia Inhalada SEPAR-ALAT) y los cuestionarios: nivel de satisfacción con el inhalador (FSI-10), TAI (Test de adhesión a los inhaladores), Prueba de evaluación de la EPOC (CAT) y Prueba de control del asma (ACT). Las frecuencias relativas se presentaron como porcentajes y las variables continuas se describieron por media, desviación estándar o mediana y rango intercuartil.

Resultados: Se incluyeron 400 casos, 203 EPOC y 197 asma, 238 (59,5%) eran hombres (tabla 1). Se encontraron diferencias significativas entre: pMDI más espaciador frente a Genuair® ($p = 0,025$), frente a Nexthaler® ($p = 0,015$), y frente a Spiromax® ($p = 0,022$), lo que sugieren que Genuair®, Nexthaler® y Spiromax® tienen mayores niveles de satisfacción. Los niveles de satisfacción tienden a ser más altos cuando la adherencia es buena (tabla 2). Hay correlación positiva entre los valores de la prueba ACT para el asma y el nivel de satisfacción.

Conclusiones: Se observó un grado de satisfacción significativamente mayor entre los pacientes que utilizaron Genuair®, Nexthaler® y Spiromax® en comparación con los que utilizaron el espaciador pMDI plus. Además, se encontró una asociación directa entre el grado de satisfacción, el grado de adherencia y el nivel de control de la enfermedad.

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

N. Pérez Márquez, S. López Suárez, M. Blanco Béjar y R. Calvo Oyón

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

Introducción: Actualmente la alta tecnificación en el ámbito sanitario ha contribuido a prolongar la vida de pacientes con patología crónica respiratoria gracias a la ventilación mecánica domiciliaria (VMD). Un inconveniente importante para la buena adaptación de la VMD es el desconocimiento de los pacientes y/o profesionales del tratamiento y el bajo cumplimiento. Objetivo: describir el impacto de la Atención Domiciliaria en la mortalidad y cumplimiento de los pacientes con VMD.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva pacientes que iniciaron la adaptación a la VMD entre enero 2018 y diciembre 2018. El programa incluía 3 visitas para adaptación en los 2 primeros meses en domicilio y una visita de se-

guimiento cada 6 meses en domicilio o en consultas externas, por una enfermera experta. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y parámetros ventilatorios. Los pacientes fueron seguidos durante todo el año y se recogió mortalidad y cumplimiento objetivo (+de 4h de VMD), el número de visitas total de adaptación y seguimiento (dependiendo de cada paciente podrían llegar a necesitar más visitas).

Resultados: Se incluyeron pacientes con diferentes patologías (EPOC, ELA, Enfermedades de caja torácica, SAHS, EPOC+SAHS entre otras patologías) y diferentes modos ventilatorios (IVAPS, BIPAP). Diferentes tipo de mascarilla: nasobucal y nasal. El programa de VMD gestionado por una enfermera experta, muestra un alto cumplimiento de estos pacientes con muy baja mortalidad. Son necesarios más estudios para conocer mejor la relación del cumplimiento con la atención domiciliaria.

Conclusiones: El papel de la enfermera experta ha facilitado un mayor cumplimiento en el paciente y una menor tasa de mortalidad.

BARRERAS EN EL CAMINO HACIA LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA EN ESPAÑA: ESTUDIO CUALITATIVO FENOMENOLÓGICO DE ÁMBITO NACIONAL

S. Arranz Alonso¹ y S. Parra Cordero²

¹FUDEN, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Madrid, España. ²Servicio Externo de Apoyo a la Investigación SPC, Valladolid, España.

Introducción: La enfermería respiratoria (ER), no es una especialidad reconocida oficialmente en España (BOE108/2005). Objetivo: conocer desde la experiencia del colectivo las barreras para la construcción de la especialidad en ER.

Material y métodos: Estudio cualitativo fenomenológico. Entrevistas semiestructuradas a 12 enfermeros respiratorios (2016-17).

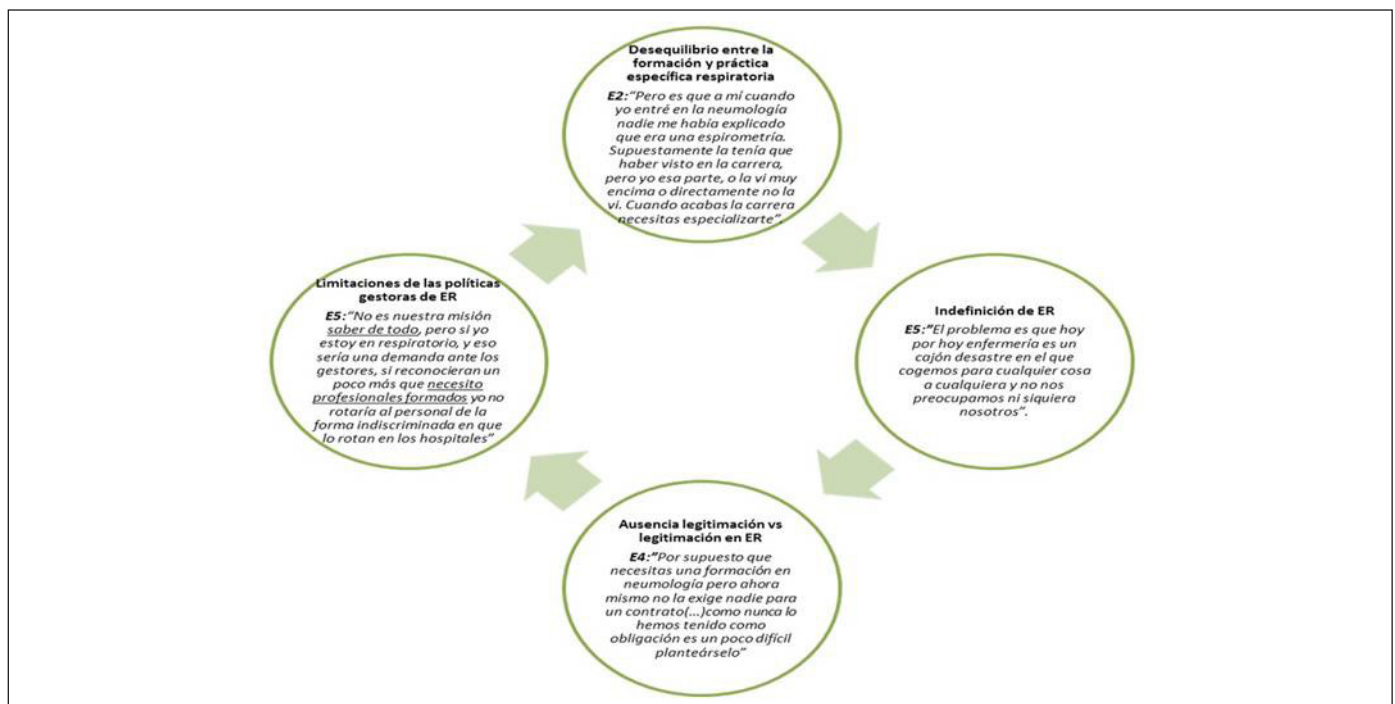
Resultados: Datos socio-demográficos (tabla). El colectivo identifica distintas barreras para sobrevivir a su práctica profesional (fig.). 1. Indefinición de ER. Ausencia de definición dentro de un marco normativo que delimite competencias y dote de respeto, garantía y reconocimien-

to. E5: "El problema es que hoy por hoy enfermería es un cajón desastre en el que cogemos para cualquier cosa, a cualquiera y no nos preocupamos ni siquiera nosotros". 2. Ausencia de legislación/legitimación en ER. Carencia de marco legal que reconozca, regule y proteja la ER. E4: "Por supuesto que necesitas una formación en neumología pero ahora mismo no la exige nadie para un contrato (...) como nunca lo hemos tenido como obligación es un poco difícil plantárselo". 3. Desequilibrio entre formación y práctica específica. Al ejercer el colectivo se da cuenta que carece de conocimiento técnico necesario por ausencia de recursos formativos. E2: "Cuando yo entré en la neumología nadie me había explicado que era una espirometría. Supuestamente la tenía que haber visto en la carrera, pero yo esa parte, o la vi muy encima o directamente no la vi. Cuando acabas la carrera necesitas especializarte". 4. Limitaciones en las políticas gestoras. El papel jugado por direcciones, gestores y supervisores influye negativamente. E5: "No es nuestra misión saber de todo, pero si yo estoy en respiratorio, y eso sería una demanda ante los gestores, si reconocieran un poco más que necesito profesionales formados yo no rotaría al personal de la forma indiscriminada en que lo rotan en los hospitales".

Datos socio-demográficos

Muestra (N)	12
Mujeres	8
Hombres	4
Edad media de la muestra	49 años
Antigüedad laboral media de la muestra	16 años
Profesionales de la muestra que participan en sociedades científicas	7

Conclusiones: El colectivo requiere de motivación, esfuerzo personal y apoyo de relaciones sociales en el trabajo y entidades externas para autoformarse y empoderarse con una identidad de ER propia. La ausencia de formación reglada, el desequilibrio entre la formación teórica/práctica, la indefinición/ilegitimación de la ER y los gestores son barreras para el reconocimiento de la especialidad de ER. Deben generarse estrategias que configuren una especialidad con una estructura educativa reglada, normalizada y legalizada que la ampare y proteja para conseguir un status reconocido social, económica y normativamente. Ayuda Investigación SEPAR2015.



Barreras identificadas para el desarrollo de la especialización reglada de la ER.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZAN POLIGRAFÍA DOMICILIARIA

N. Fernández Conde, S. González Cachero, M. Muñoz Barrio, Á. Domínguez Huerta, M.P. Cano Aguirre y S. Alonso Viteri

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España.

Introducción: Si bien el gold estándar del diagnóstico del SAOS sigue siendo la polisomnografía, la poligrafía domiciliar es en la práctica clínica mucho más empleada: cómoda para el paciente, ya que el dormir en su casa y en su entorno de sueño evita el efecto cambio de cama, es menos molesta, suele tener menores listas de espera. El papel del personal de enfermería en el adiestramiento de los polígrafos, intentando adaptar el modelo a cada paciente, es fundamental para obtener registros válidos y de calidad. En este estudio hemos analizado retrospectivamente la media de edad que tenemos en los paciente, que sexo predomina, media de IMC y qué tipo de prevalencia en cuanto al IAH (leve, moderado, grave).

Material y métodos: La metodología que hemos seguido ha sido una revisión retrospectiva de los pacientes PRD en un periodo que comprende desde enero 2013 hasta junio 2018. La recogida de datos de los pacientes, por medio de una base de datos, en la cual diariamente el personal de enfermería registra diferentes parámetros de los paciente al que se le entrega y se recoge el polígrafo se va a analizar refleja el nº Hº, edad, sexo, IMC, IAH, fecha de realización de la prueba y fecha de resultado, si bien en dicha base existen otros datos.

Resultados: Desde enero 2013 a junio 2018, se realizaron 3.286 poligrafías, de las cuales 687 (20,9%) no fueron válidas y hubo que repetirlas. La media de edad es de 52,11 años, el sexo que prevalece es el de hombres, siendo de: 1.706 mujeres y 4.371 hombres. El IMC medio es de un 32,90. Desglosado por gravedad encontramos: IAH 0-15 1.247 (37,9%) IAH 15-30 806 (24,5%) IAH mayor 30 1.233 (37,5%). La demora desde la prueba al resultado en los SAOS graves es de atención inmediata el día de la entrega del polígrafo. Los moderados y leves se da en fechas posteriores.

Conclusiones: Nuestros pacientes con PRD presentan en más de la mitad de los casos un grado de enfermedad moderado-severo, un IMC en rango de obesidad predominando los varones. Analizando los estudios no válidos, estos han coincidido en épocas de cambio en el personal de enfermería por diferentes motivos. De ahí la importancia de dar continuidad y formación al personal de las unidades de sueño.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES A DE GOLD

M.T. Martínez Ramírez, L.E. Barriuso Carazo, I. Noria Alonso, A. Sarria Pentón, S. Rodríguez Pedrosa, A. Moyano Castilla, S. Azpiri Rivero, U. Aguirre Larracochea, L. Chasco Eguílaz, A. Aramburu Ojambarrena y C. Esteban González

Hospital de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: Objetivo: establecer las características de los pacientes clasificados como más leves, en la clasificación GOLD (A de GOLD).

Material y métodos: Se reclutaron de forma consecutiva pacientes EPOC en 5 consultas de área del hospital de Galdakao. Los pacientes debían estar en fase de estabilidad clínica, al menos 6 semanas y llevar con tratamiento estable para su EPOC durante al menos 6 meses. Se realizó exploración funcional respiratoria, test de marcha y cuestionarios de disnea, calidad de vida (St George's respiratory Questionnaire -SGRQ-), limitaciones de la vida diaria (London Chest Activity Daily Living Scale -LCDAL), y se determinaron las comorbilidades (Charlson Index). Además se les preguntó sobre como consideraban que era su estado de salud respiratoria (excelente, muy buena, buena, regular, mala).

Resultados: Se incluyeron 252 pacientes pertenecientes al grupo A de GOLD (clasificación de 2017). El 74% fueron hombres. Edad media 64 años (DE 8,5); IMC 27,4 (DE 4,9); Charlson index 2,3 (DE 1,4); FEV1 61% (DE 15,5); test de 6 minutos marcha 522 metros (DE 79); disnea MMR 100% de los pacientes en las categorías 0-1; SGRQ 22,9 (DE 12,9); LCDAL 16,1 (DE 4,2). A la pregunta sobre como consideraban que era su estado de salud respiratoria el 50% respondió que regular o mala.

Conclusiones: Los pacientes A de GOLD de nuestra cohorte pese a tener parámetros clínico-funcionales acordes a su clasificación clínica, en un porcentaje alto consideran que su salud respiratoria es regular o mala.

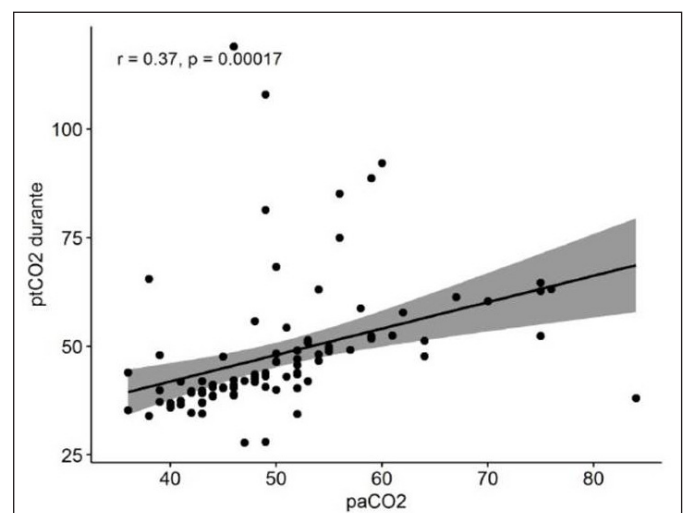
COMPARACIÓN ENTRE LA GASOMETRÍA ARTERIAL Y LA CAPNOGRAFÍA TRANSCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

A. Gutiérrez García de Cortázar, O. Llaguno Ochandiano, E. Pérez del Notario Larrea, M.P. Barrado Serrano, J. Poyo Molina, B. González Abasolo, A.I. Conde Aberasturi, A. Zudaire Ortiz de Pinedo, R. Ajamil Alana, C. Sáenz del Burgo Veja Murguía, M.Á. Samaniego Olarte, Y. Caro López, L. Casado Fernández de Pinedo, L. Amuriza de Luis, I. Casado Lara, L. Alves Colmenero, S. de Francisco Poza, N.E. Montoya Molero y F.J. Ribas Solís

OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava, España.

Introducción: La gasometría arterial (GA) es el método de elección para la evaluación de la oxigenación y la ventilación del paciente, siendo una técnica invasiva que puede ser dolorosa. Se han desarrollado capnógrafos transcutáneos que miden los niveles de ptCO₂ y Saturación de oxígeno (satO₂) de manera no invasiva. El objetivo de este estudio es: evaluar la fiabilidad de los valores de ptCO₂ y la saturación de oxígeno medidos con el capnógrafo respecto a la paCO₂ y saturación de oxígeno obtenidos por gasometría arterial y conocer el grado de dolor que presentan los pacientes a los que se les realiza una gasometría arterial en nuestra unidad.

Material y métodos: Estudio observacional realizado a pacientes ingresados en planta de hospitalización de Neumología de la OSI Araba-Txagorritxu, que precisa realización de GA, entre marzo y octubre de 2018. Se colocó el sensor de manera aleatorizada en Oreja, frente o clavícula. Tras la estabilización del capnógrafo, se obtuvieron los valores de ptCO₂ y SatO₂. Se registró el número de pinchazos y el dolor



Correlación de Pearson ptCO₂ y paCO₂.

por escala EVA en la obtención de la GA. Los datos estadísticos fueron realizados con SPSS.

Resultados: Se realizaron 106 mediciones a 68 pacientes, 37 varones (54,4%), edad media de 69,94 años (\pm DE 14,40). El 86,8% de las muestras fueron válidas, produciéndose fallos en el 7,5% de las capnografías y en el 5,7% de las gasometrías. La capnografía infraestima ligeramente los valores de paCO_2 (media -2, mediana -4,9). La correlación de Pearson entre ptCO_2 y paCO_2 fue $r = 0,37$ ($p < 0,05$) y entre la satO_2 del GA y del capnógrafo $r = 0,65$ ($p < 0,005$). Las mediciones capnográficas fueron deficientes en el 20,3% de las muestras de clavícula, en el 3% de frente, y en el 2,3% en oreja ($p < 0,002$). El 81,7% de las gasometrías se realizaron con un pinchazo. En el 16,7% de las gasometrías no presentaron dolor (EVA = 0). El dolor fue leve (EVA = 1-2) en el 44,1%, moderado (EVA = 3-5) en el 28,4%, grave (EVA 6-8) en el 7,8%, e insoportable (EVA = 9-10) en el 3%. El dolor se relacionó con un mayor número de pinchazos, y fue mayor en mujeres.

Dolor escala EVA referido en la realización de la GA

EVA2		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No dolor	17	16,0	16,7	16,7
	Leve	45	42,5	44,1	60,8
	Moderado	29	27,4	28,4	89,2
	Severo	8	7,5	7,8	97,1
	Insoportable	3	2,8	2,9	100,0
	Total	102	96,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,8		
Total		106	100,0		

Conclusiones: La capnografía infraestima ligeramente la paCO_2 y su correlación es mejorable. Los niveles de SatO_2 se correlacionan aceptablemente. Es preferible evitar colocar el sensor en clavícula. En el 39% de las muestras presentan dolor al menos moderado; siendo mayor en mujeres.

COMPLICACIONES DE LA CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL EN EL ESTUDIO DE LA EPID Y COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES

M.L. Castillejos Sielva, W. Almonte Batista, A. García Guerra, M.J. Marín Sancha, C. Blasco Martínez, R. Sánchez Inieta, D. Sánchez Alfaro, P. López Miguel, J. Jiménez López, R. Sánchez Simón-Talero, J. Cruz Ruiz y A. Núñez Ares

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción: La criobiopsia transbronquial (CBTB) ha demostrado ser útil en el estudio de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) debido mayor rendimiento diagnóstico que la biopsia convencional y menor gasto y complicaciones que la quirúrgica. Objetivo: analizar la comorbilidad del paciente y complicaciones del procedimiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes consecutivos remitidos a CBTB tras valoración por Comité de EPID. El procedimiento se realizó con anestesia general, manejo inicial de vía aérea con mascarilla laríngea y control fluoroscópico. En todos los casos, se colocó un balón de oclusión. Registramos comorbilidad de los pacientes, complicaciones del procedimiento y de la anestesia. Análisis comparativo de las complicaciones (χ^2 , t Student).

Resultados: Analizamos 35 pacientes, procedentes de otros centros de la Comunidad 48,6% y de neumología en 97,1%. Varones 51,4%, edad media $64,1 \pm 12,1$ (37,78), 65% > 60 años, tabaquismo 37,2%, (activo 2,9%, media $25,5 \pm 14$ p/a (3,50). Comorbilidad: HTA 34,3%, cardiopatía 20%, obesidad 44,4%, SAHS 28,6%, asma 14,3%, inmunodepresión

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

	Parámetros de función pulmonar	
	Media \pm DE	Rango
FVC	77,3 \pm 20,2	(36, 123)
TLC	83,2 \pm 19,8	(49, 130)
DLCO	70,6 \pm 23,4	(40, 131)
TM6M metros	450 \pm 112,6	(141, 648)

Tabla 2. Complicaciones de la criobiopsia con balón de oclusión y relación con el uso de antiagregantes

Complicaciones de la criobiopsia (%)	
Sangrado (*)	
I: Leve	14,3%
II: Moderado	2,9%
III: Severo	0%
Neumotórax	8,6%

	No sangrado	sangrado	p (Ch2)
Antiagregantes			
No	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0,06
si	2 (50%)	2 (50%)	

*Sangrado I: leve, que no precisa otras 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.

25,7% (linfoma 5,7%, diabetes 2,9%, VHC 2,9%, patología autoinmune 9,6%). Seguían tratamiento anticoagulante 2,9%, antiagregante 11,4% y corticoide 3 (8,6%), en 1 con azatioprina tras exacerbación EPID no filiada. OCD en 20%. Ninguno tenía Hipertensión Pulmonar severa, 5 leve-mod (PSAP max 42). La espirometría mostró restricción en 63,6%, obstrucción 6,1% y afectación de la difusión en 75% (tabla 1). Se realizó el procedimiento completo con mascarilla laríngea en 28. Se inició con IOT en 3 por hipertrofia laríngea y en 4 se intubó durante la prueba por espasmo/edema glotis sin complicaciones anestésicas. Tras la CBTB hubo complicaciones leves sin diferencias e.s en su análisis (tabla 2). Todos los pacientes fueron dados de alta en el día desde la sala de recuperación de bronoscopias salvo dos que precisaron drenaje por Neumotórax parcial asintomático y un tercero que ingresa a las 24 horas con dolor y pequeño neumotórax. La CBTB permitió obtener muestras válidas en 34 (97,1%) y establecer un diagnóstico histológico definitivo en 28 (80%).

Conclusiones: 1. La criobiopsia pulmonar permite la obtención de muestras válidas para el estudio de enfermedad intersticial en pacientes con comorbilidad y afectación funcional respiratoria moderada. 2. Las complicaciones fueron leves, sobre todo sangrado, que se controla con las medidas preventivas locales y permite su realización ambulatoria en la gran mayoría.

¿CUÁNTAS NEUMONÍAS PODRÍAN ESTAR RELACIONADAS CON UN PROBLEMA DE DEGLUCIÓN?

A. Márquez Sixto¹, L.Y. Batista Guerra², D. Simón Bautista², D. Silva Arriaza¹ e I. Santana Casiano²

¹Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas, España. ²CHUIMI, Las Palmas, España.

Introducción: Numerosos estudios demuestran que la presencia de disfagia predispone a un mayor riesgo de neumonía. La disfagia aumenta con la edad y la institucionalización. Creemos que es necesario detectar, examinar y tratar la disfagia para evitar las complica-

ciones asociadas y mejorar la calidad de vida. El objetivo es establecer un protocolo de actuación durante el ingreso por neumonía y determinar la presencia de disfagia asociada y sus complicaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional con 61 pacientes ingresados en la unidad de neumología por infección respiratoria o neumonía durante 6 meses. El test de cribaje utilizado es el (EAT-10) y si es positivo (>3 puntos) se pasa el (MECV-V) para valorar la eficacia y seguridad de la deglución. Se recogen parámetros epidemiológicos (edad, sexo), clínicos (infección respiratoria o neumonía, patología concomitante, reingreso y muerte) y nutricionales (albúmina, prealbúmina y proteínas totales).

Resultados: De los 61 pacientes, 34 eran varones (55,74%) y 27 mujeres (44,26%). La edad media fue de 68,69 años (DT 15,79 años). El 73,77% fueron diagnosticados de neumonía y el 26,23% de otras infecciones respiratorias. El EAT-10 fue positivo en 47 pacientes (77,05%), y de estos, el MECV-V fue patológico en 37 (78,72%), con alteraciones de la seguridad en 30 pacientes (49,18%) y de la eficacia en 19 (31,14%). Respecto al total, presentaron disfagia el 60,61% de los pacientes. La disfagia estaba presente en el 78,4% de las neumonías y el 80% de las infecciones respiratorias (test exacto de Fisher, p-valor = 1). El 35,14% de los pacientes con disfagia presentaron criterios de desnutrición. Reingresaron por infección respiratoria o neumonía 12 pacientes, y 3 de ellos finalmente fallecieron (25% de los reingresos), todos ellos con disfagia. Se valoran las comorbilidades de tipo neurológico (19 pacientes), respiratorio (31 pacientes); digestivo (12 pacientes); cardiológico (19 pacientes), tumor de cuello (2 pacientes) o traqueostomizado (2 pacientes).

Conclusiones: Distintos estudios calculan que 10-15% de pacientes hospitalizados presentan disfagia. Algunos autores (Clavé y Peris, 2011) afirman que el 50% de pacientes con disfagia y aspiración pueden presentar neumonía aspirativa. Estudios recientes nos dan una idea la existencia de una incoordinación entre la respiración y la deglución en pacientes con EPOC. Hay estudios que evidencian una mayor mortalidad en neumonías aspirativas con relación a aquellas NAC.

DESCRIPCIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE LA UNIDAD BÁSICA DE TABAQUISMO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

R. Cabestre García, M.J. Bruna Lagunas, L. López Romero, R. Egea González, A. Pérez Sisamón, M.T. Carrasco Laborda, P. Clavería Marco y E. Fernández Gaona

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: El objetivo es ofrecer un seguimiento personalizado del proceso y del tratamiento en deshabituación tabáquica, y aumentar el número de intentos y de éxitos. Los pacientes son fumadores derivados del servicio de Neumología y de las plantas de hospitalización de Neumología y de Cardiología. La deshabituación tabáquica al paciente hospitalizado pretende un intento de cesación oportunista en pacientes fumadores hospitalizados por patología respiratoria, o tras un evento cardíaco, en aquellos que quieren dejarlo y en aquellos con un IPA > 15. También se oferta al personal.

Material y métodos: La enfermera se encarga de hacer la historia, test de dependencia y de motivación, cooximetría, valores antropométricos y anamnesis. Seguidamente, intervención cognitivo conductual, a través de la entrevista motivacional. Educa al paciente en fisiopatología del tabaco, y le informa de los tratamientos para el tabaquismo, funcionamiento y posibles efectos secundarios y/o complicaciones. En posteriores, se mantiene la intervención conductual, ayudando al paciente a modificar conductas y a mantener su decisión de dejar de fumar, además de a solucionar los problemas que le puedan surgir con su tratamiento. Se realizan consultas previas al día D que precise, en

torno al día D, a los 7 días, al mes, y a los 3, 6 y 12 meses. También en las recaídas, valorando un nuevo intento.

Resultados: De 10/2016 a 11/2018 se ha atendido a 201 pacientes, 56 eran hospitalizados, un total de 547 consultas. De los 201 pacientes, 112 fueron hombres (55,7%), y 89 mujeres (44,3%). Distribución de las consultas: 201 primeras, 59 previas al día D, 31 en torno al día D, 60 a la semana, 85 al mes, 48 a los 3 meses, 24 a los seis meses y 12 al año. Procedencia por servicio: 128 Neumología (64%), 43 Cardiología (22%) y 29 otros (14%). Hay una pérdida de registros en consultas intermedias: se realizan consultas que no se registran al no encajar en las anteriores y suponen un sesgo en los resultados. Hay enfermera a tiempo completo desde 11/2017, incrementando la actividad. Resultados incompletos al no llegar todavía a completar el año de tratamiento. El 28% de los pacientes atendidos (56) eran del proceso asistencial al paciente hospitalizado, suponen un 50% del total de los pacientes abstinentes al año.

Conclusiones: El abordaje al paciente hospitalizado es importante para el éxito, aunque veremos datos reales en un año. Aumentaremos la captación haciendo mayor difusión entre el personal y aumentaremos la oferta a hospitalizados en otros servicios.

DIFERENCIAS DEMOGRÁFICAS Y DE SALUD RESPIRATORIA ENTRE COMARCAS DEL INTERIOR Y COSTERAS DE LA PROVINCIA DE VALENCIA

A. Aibar Díaz, C. Sabater Abad, S. Primo Requena, Á. March Ortiz, M. Honrubia Cuadau, I. Tárrega Molina, N. Carrión Collado, J. Lozada Bonilla y E. Fernández Fabrellas

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España.

Introducción: Cada año nuestro Departamento de Salud lleva a cabo la "Ruta de la Salud" por distintos municipios de nuestra provincia con el fin de promover hábitos saludables. En la provincia de Valencia, las comarcas costeras tienen mayor desarrollo económico y socio-sanitario comparadas con las del interior, lo que podría influir en los hallazgos patológicos detectados en esta actividad. Nos propusimos describir las características demográficas y de salud respiratoria de la población valenciana y analizar posibles diferencias entre los que reside en comarcas costeras frente a las del interior de la provincia.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal a lo largo de 5 años consecutivos (2014-2018) por distintos municipios de la provincia de Valencia. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de enfermedad respiratoria crónica (ERC) conocida y de exploraciones hechas para su diagnóstico y seguimiento. Realizamos espirometría simple y mediciones de SpO₂ in situ y, si las mediciones lo sugerían, se recomendó acudir al Centro de Salud para ampliar el estudio. Rea-

Características diferenciales entre población costera y del interior

	COMARCA COSTERA (2.294 personas)	COMARCA DEL INTERIOR (4.084 personas)	P
EDAD	65 ± 13,5	64,7 ± 13,5	ns
PESO (kg)	71,43 ± 13,5	71,54 ± 16,8	ns
TALLA (m)	2,03 ± 8,4	2,06 ± 8,5	ns
Nº CIG/DÍA	11,6 ± 39,3	8 ± 12,3	0.001
AÑOS FUMADOR	15,8 ± 16,9	13,7 ± 16,4	0.001
FVC (%)	89,6 ± 27,7	90,2 ± 16,2	0.03
FEV1 (%)	92,9 ± 28,3	92,9 ± 29,1	ns
FEV1/FVC%	75 ± 10,6	75 ± 9,3	ns
ESPIRO PATOLÓGICA (%)	16,3%	18,5%	< 0.05
SpO ₂ % BASAL	96,8 ± 1,8	96 ± 1,7	< 0.001
FC	77,1 ± 12,3	76,8 ± 11,8	ns

lizamos análisis descriptivo de las poblaciones de costa e interior de Valencia y comparativo entre ambos grupos mediante chi-cuadrado y t-Student.

Resultados: Se analizaron los datos de 6.378 personas. La mayoría de ellas (4.084; 64%) residían en localidades del interior. En ambos grupos predominaban las mujeres y personas no fumadoras. En cuanto al hábito tabáquico, no hubo diferencias significativas entre los habitantes de comarcas costeras o del interior excepto en nº de cigarrillos/día y años fumando ($p < 0,05$), más elevados en la población costera (tabla). En general, el antecedente respiratorio más frecuente fue asma. El control de la enfermedad respiratoria crónica que reconocían padecer lo realizaba neumología en 15% de población costera y 14% de los del interior, aunque lo más frecuente (75%) era que no hicieran revisiones periódicas. Se derivaron al centro de salud correspondiente por espirometría patológica 16,3% de los casos de las comarcas costeras frente al 18,5% de las del interior ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1. En líneas generales, no encontramos diferencias significativas entre la población costera y la del interior en cuanto a variables demográficas. 2. Aunque no hay diferencias en cuanto al hábito tabáquico en general, los habitantes de la costa fuman más y durante más años. Sin embargo, se detectó mayor% de espirometrías anormales en las personas de las comarcas interiores.

DIFERENCIAS EN LA MEDICIÓN DE LA HIPERSOMNIA DIURNA MEDIANTE LA ESCALA DE EPWORTH ENTRE PACIENTE Y PERSONAL SANITARIO

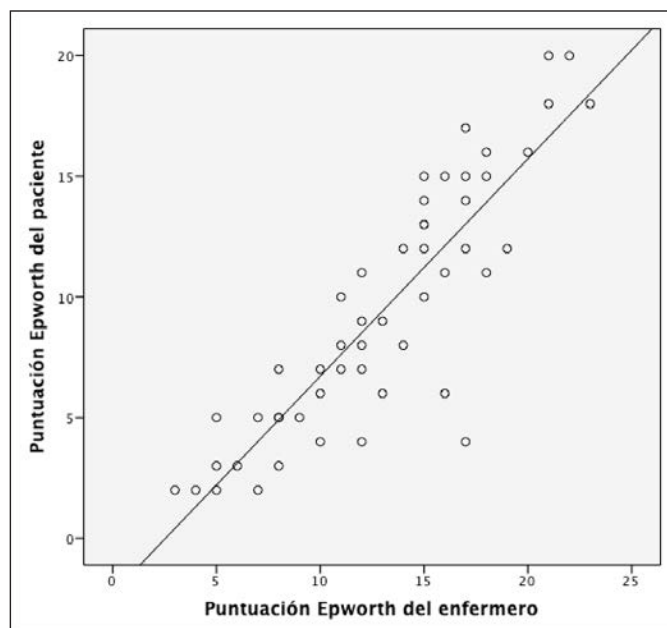
J. Lozano Lozano¹, D. Garnica Báez¹ y L. Fernández de Rota García²

¹Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Mijas, Málaga, España. ²Hospital Costa del Sol, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España.

Introducción: El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, dando lugar a un sueño no reparador e hipersomnolia diurna. La escala de somnolencia de Epworth (ESE) proporciona una estimación subjetiva del grado de hipersomnolia a través de un cuestionario de 8 preguntas. Nuestro objetivo ha sido determinar las diferencias en la valoración de la somnolencia diurna comparando la ESE autorrellenada por el paciente y la completada con asesoramiento de enfermería, así como su correlación con el diagnóstico final y grado de gravedad.

Material y métodos: Comparamos las puntuaciones de la ESE del paciente con la de enfermería, relacionado los resultados obtenidos con el índice de apneas/hipopneas (IAH) obtenido mediante poligrafía. Valoramos la concordancia de la puntuación en la ESE paciente frente a enfermería mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y la concordancia entre una puntuación en la ESE > 10 y el diagnóstico posterior de SAHS (IAH > 5) mediante el índice Kappa. Determinamos la asociación entre presencia de tríada (ESE > 10 + ronquidos + apneas observadas) y el IAH mediante test chi cuadrado.

Resultados: Las principales características de la población se muestran en la tabla. Encontramos diferencias significativas ($p < 0,001$) entre la puntuación de la ESE del paciente ($9,4 \pm 5,2$) y la de enfermería ($12,9 \pm 5,1$), obteniendo un CCI excelente (0,827) (fig.). En cuanto a la concordancia entre una puntuación ESE > 10 y el diagnóstico de SAHS, el índice Kappa es inferior cuando la completa el paciente (0,02) frente a enfermería (0,26). Sin embargo el valor predictivo positivo es alto en ambos casos (paciente 85,7%; Enfermería 91,2%). Encontramos una clara relación positiva entre la presencia de la tríada (ESE > 10 + ronquidos + apneas observadas) conforme aumenta el valor de IAH tanto en la valoración del paciente ($p = 0,005$) como de enfermería ($p = 0,002$), siendo esta última más fuerte.



Correlación Escala de Epworth paciente-enfermero.

Características principales de los pacientes

	Población (N = 50)
Sexo hombre/mujer (%)	54/46
Edad, años	53,7 ± 10,6
IMC	32,2 ± 5,9
Roncadores (%)	62
Apneas observadas (%)	52
Despertares recurrentes (%)	54
IAH	25,7 ± 26,1
IAH ≤ 5 (%)	16
IAH > 5 y ≤ 15 (%)	26
IAH > 15 y ≤ 30 (%)	28
IAH > 30 (%)	30

VARIABLES CUANTITATIVAS EN MEDIA ± DESVIACIÓN ESTÁNDAR.

Conclusiones: Existen diferencias significativas entre la puntuación de la ESE realizada por el paciente solo y la asesorada por enfermería, demostrando que el paciente tiende a subestimar su hipersomnolia. Aunque existe concordancia entre una puntuación en la ESE > 10 y el diagnóstico de SAHS, hallamos más fiabilidad predictiva cuando además el paciente refiere ronquidos y apneas observadas, siendo más fuerte esa relación cuando la escala es supervisada por enfermería.

EFFECTIVIDAD DE LA GESTIÓN DE CASOS EN PACIENTES CON EPOC DE ALTA COMPLEJIDAD (EPOC-AC)

M.L. Aballe Santos¹, C. Represas Represas¹, A. Priegue Carrera¹, M. González Fariña¹, E. García Rodríguez¹, S. Fernández García¹, C. Vizoso Coya² y A. Fernández Villar¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, NeumoVigo I+i, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España. ²Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: La gestión de casos dirigida a los pacientes más complejos permite coordinar y evaluar las necesidades de atención inte-

gral del paciente y su familia, controlando la evolución y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos. En la consulta de EPOC-AC puede jugar un papel fundamental la enfermera gestora de casos. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de este modelo asistencial y la satisfacción de los pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron a pacientes con EPOC a seguimiento en la consulta monográfica de EPOC-AC del HAC, atendida por una neumóloga y una enfermera gestora de casos. Dentro de las funciones de esta enfermera se incluye la educación sanitaria personalizada, control de las terapias respiratorias domiciliarias, ser enlace con fisioterapia, equipos de Atención Primaria (AP) y otros servicios hospitalarios, y la atención a demanda de los pacientes a través de un teléfono específico, coordinada con la neumóloga. Para este estudio se recogieron datos epidemiológicos, funcionales, clínicos/sociales, terapias respiratorias domiciliarias, impacto en calidad de vida (CAT). Se compararon ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y a AP en el año previo y año siguiente al inicio del seguimiento en esta consulta. Se evaluó la satisfacción de los pacientes con este modelo de consulta y la utilización de recursos adicionales (atención telefónica).

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, 90% varones, edad media 70 (7,6) años, con FEV1 medio 1.170 (41%), grado de obstrucción GOLD3 47,9% y GOLD4 26,6%, con comorbilidad significativa en el 75,5%, CAT 15,5 (6,4), disnea mMRC 1,8 (1). Tenían oxigenoterapia domiciliar el 37,2%, VMNI 14,9% y nebulizadores 19,1%. El 84% vivía con algún familiar que desempeñaba el rol de cuidador no formal (55,3% cónyuge, 14,9% hijos, 4,3% hermano) y sólo el 3,2% tenían cuidador formal. El 16% vivían solos. En la tabla 1 se muestra la comparación de los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y a AP previos y posteriores a la intervención con gestión de casos, de forma global, y por separado según el nº de ingresos en el año previo. En la tabla 2 se muestran datos de satisfacción y uso de la consulta telefónica.

Tabla 1. Comparación de los ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y a AP previos y posteriores a la intervención con gestión de casos

		Muestra Global N= 94		0 ingresos previos N=48		≥ 1 ingreso previo N= 45	
		Nº	p	Nº	p	Nº	p
Ingresos hospitalarios	Año previo	0,8	0,006	0	0,003	1,46	0,000
	Año post.	0,47		0,21		0,76	
Visitas urgencias	Año previo	0,47	0,138	0,31	0,420	0,64	0,215
	Año post.	0,30		0,23		0,38	
Visitas AP	Año previo	1,65	0,001	1,44	0,464	1,89	0,000
	Año post.	1,00		1,25		0,73	

Tabla 2. Datos de satisfacción y uso de la consulta telefónica

		Muestra Global N= 94	0 ingresos previos N=48	≥ 1 ingreso previo N= 45
Satisfacción	Muy satisfecho	81%	86%	76%
	Satisfecho	17%	14%	20%
	Indiferencia	2%	0%	4%
Control de la enfermedad	Mejor control	85%	92%	78%
	Igual control	15%	8%	22%
Llamadas telefónicas	Si	68%	73,5%	62%
	Nunca	32%	26,5%	38%
Resolución telefónica	Siempre	60%	63%	56%
	Casi siempre	7%	8%	7%
	A veces	1%	2%	0%

Conclusiones: La gestión de casos ha demostrado ser efectiva en los pacientes con EPOC-AC, mejorando el consumo de recursos sanitarios al disminuir el número de ingresos y asistencias en AP y con un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes.

EFFECTIVIDAD DE LAS MODIFICACIONES DEL APPLICATIVO DE GESTIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS SIGETRES EN LA DETECCIÓN DE INCUMPLIDORES DE LA TERAPIA OCD EN EL ÁREA DE SALUD II DE CANTABRIA

M.L. Rodríguez Fidalgo¹, M. Paz Zulueta², M. Sánchez de la Yncera¹, A.M. Hernández Gil¹ y J.L. García Rivero¹

¹Hospital de Laredo, Laredo, Cantabria, España. ²Facultad de Enfermería de Cantabria, GRIDES IDIVAL, Santander, Cantabria, España.

Introducción: La oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) ha demostrado ser beneficiosa en los pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria siempre que se reciban más de 16 horas de oxígeno diarias. El principal obstáculo detectado desde la consulta de enfermería es la falta de adherencia a la OCD. Las Aulas Respira son un espacio de formación e intercambio entre los especialistas de enfermedades respiratorias y los pacientes y sus cuidadores. Su propósito es concienciar al paciente de la importancia de cumplir con el tratamiento de oxigenoterapia y ofrecerle soluciones que harán más fácil la adaptación. Objetivo: analizar si las modificaciones propuestas al aplicativo de gestión de terapias respiratorias.

Material y métodos: Se identificaron propuestas de mejora en el sistema de gestión de terapias respiratorias SIGETRES implantado en el Área de Salud II de Cantabria desde el año 2016. Desde la consulta de enfermería se propuso un código de colores que permitiera la rápida identificación de los pacientes incumplidores para su posterior derivación a las Aulas Respira. Las modificaciones del programa se implantaron en 2018.

Resultados: El grado de incumplimiento se pudo estimar con mayor efectividad en base al nuevo código de colores del programa de gestión SIGETRES a los tres meses de la prescripción de la OCD. De forma automatizada y en base al consumo de oxígeno y la terapia pautaada, el aplicativo asignó una etiqueta de color rojo al incumplidor grave (inferior al 60%), naranja al incumplidor moderado (entre el 60 y el 80%), y verde al paciente con buen grado de cumplimiento superior al 80%). Esta identificación visual facilitó la rápida captación para la realización de un Aula Respira de los incumplidores severos y moderados.

Conclusiones: Las modificaciones puestas en marcha en el programa SIGETRES han sido eficaces en la detección de incumplidores y en la captación de los mismos para su derivación al Aula Respira. Sería necesario realizar un seguimiento del grado de cumplimiento de dichos pacientes tras su captación para el Aula Respira.

EFFECTO DE 3 INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPOC AGUDIZADORES Y NO AGUDIZADORES

A.B. González Sánchez, M.J. Prunera Pardell, M. Entrambasaguas Martín, F. Bernal Prados, F. García Santaella, C. Llamazares Carral, M. Rosado Becerra y A. Doménech del Río

Hospital Regional de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La Guía española de la enfermedad obstructiva crónica (GesEPOC) hace hincapié en la importancia del tratamiento integral en la EPOC (farmacológico y no farmacológico). El tratamiento no farmacológico incluye: rehabilitación respiratoria (RR), actividad física (AF) y educación terapéutica (ET). Objetivo: determinar las diferencias en calidad de vida respiratoria entre dos grupos de pacientes con EPOC: Agudizadores y No agudizadores después de 3 intervenciones no farmacológicas (RR, AF, ET).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes que acudieron a consulta monográfica de EPOC que recibieron por parte de la enfermera las siguientes

intervenciones no farmacológicas: Derivación a programa de RR de 8 semanas, Educación terapéutica (NIC 0200) y Fomento de la actividad física (NIC 4360 y 5616). Los pacientes incluidos se distribuyeron: Agudizadores y No agudizadores. Considerando Agudizadores: pacientes que en el año anterior de acudir a la consulta monográfica tuvieron 1 ingreso hospitalario o 2 o más asistencias a urgencias. Total de pacientes incluidos: 238 (137 No agudizadores y 101 Agudizadores). El cuestionario de calidad de vida utilizado fue: Saint George (SGRQ), que se realizó antes y después de las intervenciones. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS analizando t-de Student para muestras relacionadas y se analizó el porcentaje de pacientes con mejoría igual o mayor de 4 puntos en el CSG, estimando las diferencias entre los grupos mediante chi cuadrado.

Resultados: Tras las intervenciones, en ambos grupos, la puntuación disminuye de manera significativa: Mejor Calidad de Vida. SGRQ-IMP: 64,2% No agudizadores/58,4% agudizadores. SGRQ-ACT: 67,2% No agudizadores/51,2% agudizadores. SGRQ-SIN: 51,2% No agudizadores/61,4% agudizadores. SGRQ -T: 67,9% No agudizadores/62,4% agudizadores (tablas).

Tabla 1. Puntuación SGRQ por dimensiones en el total de pacientes

N 238	Pre-intervenciones	Post-intervenciones	p
SG-impacto	43,57 ± 19,076	34,97 ± 20,966	0,000
SG-actividad	65,10 ± 21,580	55,19 ± 23,704	0,000
SG-síntomas	55,44 ± 22,247	46,39 ± 22,503	0,000
SG-total	51,24 ± 18,543	41,12 ± 19,645	0,000

Tabla 2. Puntuación SGRQ por dimensiones en pacientes agudizadores y no agudizadores

Agudizadores (n 101)	Pre-intervenciones	Post-intervenciones	p
SG-impacto	47,09 ± 19,714	38,10 ± 20,595	0,000
SG-actividad	67,57 ± 21,540	60,57 ± 22,807	0,000
SG-síntomas	59,13 ± 22,199	49,590 ± 22,423	0,002
SG-total	54,30 ± 19,107	44,69 ± 19,179	0,000
No agudizadores (N 137)	Pre-intervenciones	Post-intervenciones	p
SG-impacto	40,97 ± 18,231	32,66 ± 21,011	0,000
SG-actividad	63,27 ± 21,504	51,23 ± 23,651	0,000
SG-síntomas	52,69 ± 21,963	44,01 ± 22,348	0,000
SG-total	48,9 ± 17,852	38,50 ± 19,640	0,000

Conclusiones: Los programas de RP, ET y AF aumentan la calidad de vida en los pacientes con EPOC. En la muestra analizada, es muy significativo el aumento de ACTIVIDAD tanto en Agudizadores como en No agudizadores, sin embargo, la mejoría significativa es mayor en los No agudizadores. Los pacientes Agudizadores presentaron una importante disminución de síntomas. La actuación de enfermería en los tratamientos no farmacológicos en la EPOC es fundamental. Asegurar la administración del tratamiento de forma correcta y estimular la actividad y el ejercicio físico es beneficioso para pacientes con EPOC.

EL CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

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

¹AIG de Medicina, Hospital de Alta Resolución de Loja, Loja, Granada, España. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España.

Introducción: Las guías de práctica clínica recomiendan la valoración objetiva del control del asma mediante el empleo de cuestionarios

estandarizados, dentro de los que se encuentra como más extendido el cuestionario ACT (Asthma Control Test). El objetivo de este estudio es conocer el empleo de este cuestionario como intervención enfermera en una consulta de neumología.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo desarrollado en una consulta externa de neumología para valorar la implementación de un apartado en la historia clínica digital en el que se recoge el cuestionario ACT. Se incluyeron los pacientes atendidos con asma bronquial y se evaluó el cumplimiento del cuestionario ACT y las variables asociadas a su empleo.

Resultados: Incluimos en el estudio 298 pacientes con asma bronquial, con una edad media (DE) de 54,9 (20,2) años, el 57,7% mujeres y un 14,4% de fumadores activos. Los valores de función pulmonar fueron FEV1 2,40 L, FEV1% predicho 92,7% (21,0), FVC 3,10 L, FVC% predicho 96,2. En el 51,3% de los pacientes se recogió el valor del ACT en el apartado correspondiente. Los pacientes con valor de ACT tenían una edad menor (54,5 frente a 55,2, p < 0,002) y unos valores de FeNO superiores (52,6 frente a 48,3 ppb, p = 0,035), sin diferencias en otras variables ni en el grado de tabaquismo.

Conclusiones: Cerca del 50% de los pacientes ya tienen recogida la puntuación del cuestionario ACT en la aplicación de la historia digital de nuestra consulta. Estos pacientes suelen ser más jóvenes y más inflamación bronquial.

¿ES NECESARIO HACER LA PRUEBA BRONCODILATADORA EN PACIENTES ASMÁTICOS CON FEV1 NORMAL?

E.M. Regalado Alvertos, P. Cáceres Bourrelier, M.J. Soler Chamorro, P. Ordóñez Monraba, M. Aguilar Román, A. Romero Falcón, J.F. Medina Gallardo, V. Maestre Sánchez y F.J. Álvarez Gutiérrez

Unidad de Asma, UMQER, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: Como es conocido, la espirometría con prueba broncodilatadora es esencial para el diagnóstico del asma bronquial. Sin embargo aún es controvertido si es necesario realizar esta prueba broncodilatada en el seguimiento de la enfermedad y, más aún, si la espirometría basal presenta un FEV1 normal (considerado como FEV1 > 80% del teórico). Objetivo: evaluar la rentabilidad de la realización de la prueba broncodilatadora en pacientes con FEV1 normal, y estudiar si la positividad de esta prueba se relaciona con otros parámetros de control o inflamación de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyeron a pacientes > 12 años con asma bronquial en seguimiento en consultas de una unidad especializada de asma. Se recogieron parámetros clínicos (gravedad, control del asma, puntuación de ACT, atopía), funcionales (espirometría con test broncodilatador), inflamatorios (determinación de la fracción exhalada de óxido nítrico-FeNO), exacerbaciones. De toda la población de estudio se seleccionó a aquéllos que presentaron una espirometría basal normal (FEV1 > 80%, según teórico). Una vez realizada la prueba broncodilatadora se dividió en dos grupos aquéllos con prueba positiva (PB+ reversibilidad > 12% y 200 ml) y aquéllos con prueba negativa PB- que tenían valores inferiores a los indicados. Estudiamos si había diferencias significativas por el test de chi cuadrado o t de Student para variables cualitativas o cuantitativas, respectivamente. Consideramos significativa una p < 0,05.

Resultados: El total de pacientes estudiados fue de 330. De estos seleccionamos a 261 (79% del total) que presentaron un FEV1 basal > 80%. La edad media fue de 37,5+ 16 años, 76 hombres y 185 mujeres. De esta población presentaron reversibilidad en la espirometría (PB+) 52 pacientes (19,9%). Los pacientes con PB+ presentaron de forma significativa mayor FeNo (50,1+37,3 frente a 32,4+29,4, p < 0,001), mayor número de eosinófilos (634,8+1283,2 frente a 295,7+219,2, p < 0,01),

se prescribió una mayor dosis de esteroides inhalados (dosis equivalente de beclometasona 1358,5+ 696,4 frente a 1358,5+955, $p < 0,02$). Además hubo diferencias en el control del asma (asma no controlada en el grupo PB+ 57,5%, mientras en el grupo PB- fue del 35,8%, $p < 0,02$).

Conclusiones: Casi un 20% de pacientes asmáticos en seguimiento con espirometría normal tiene PB+. Estos pacientes presentan mayor nivel de parámetros inflamatorios y peor control. Consideramos útil y necesaria la PB en el seguimiento de pacientes con asma, incluso en los casos con espirometría basal normal.

¿ES POSIBLE MEJORAR LA TOLERANCIA A LA CPAP?

R. Rodríguez Pérez, A.M. Díaz Rubio, T. Ramírez Prieto, V. Lores Gutiérrez, G. Gutiérrez Cueto, C. Morala Sánchez, R. Moreno Zabaleta y V. del Pino Monge

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.

Introducción: El SAHS precisa tratamiento con CPAP, al cual se adaptan un número importante de pacientes sin necesitar medias extraordinarias, sin embargo un número significativo de ellos, no logran tolerar el tratamiento por diversas razones. Por este motivo, creamos un recurso, denominado “siesta” dirigido a detectar problemas y solucionarlos.

Material y métodos: Pacientes con criterios de inclusión y ninguno de exclusión (fig. 1) previo a cualquier otra medida, son citados para valoración por enfermera especializada, que bajo un protocolo (fig. 1) en hospital de día dónde el paciente permanecerá tres horas con su equipo y en cama, se podrán evaluar todos los aspectos que puedan

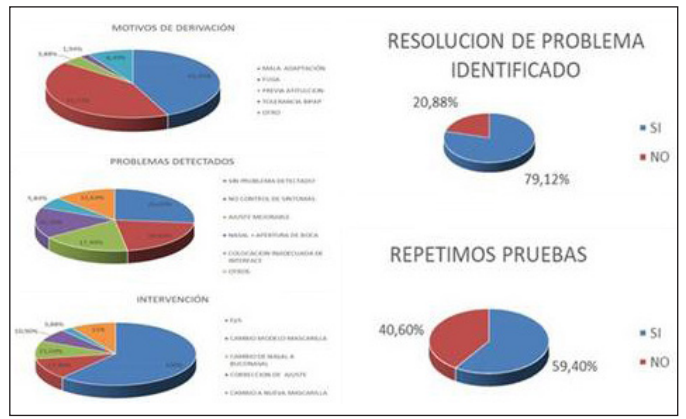


Figura 1.

provocar dicha intolerancia, así como la toma de decisiones consensuadas con el neumólogo. Con cada uno de los pacientes se realizarán hasta un máximo de tres siestas según las necesidades individualizadas de los mismos.

Resultados: Estudio retrospectivo desde enero de 2016 hasta noviembre de 2018 donde se valoran 412 pacientes, 66,75% hombres, con edad media 62, remitidos a “siesta” donde identificamos seis problemas de mayor prevalencia, de los cuales tras intervención se consigue la mejora de dichos problemas (fig. 2) hasta en un 79,12% de los casos, evitando pruebas extra en un 40,6%, encontrando peores resultados en los casos con negativa al uso del tratamiento 2,33%.

Conclusiones: La educación sanitaria por personal especializado en la ubicación y con tiempo adecuado logra mejoras en la adaptación del paciente con SAHS al CPAP, pudiendo reducir la realización de pruebas evitables.

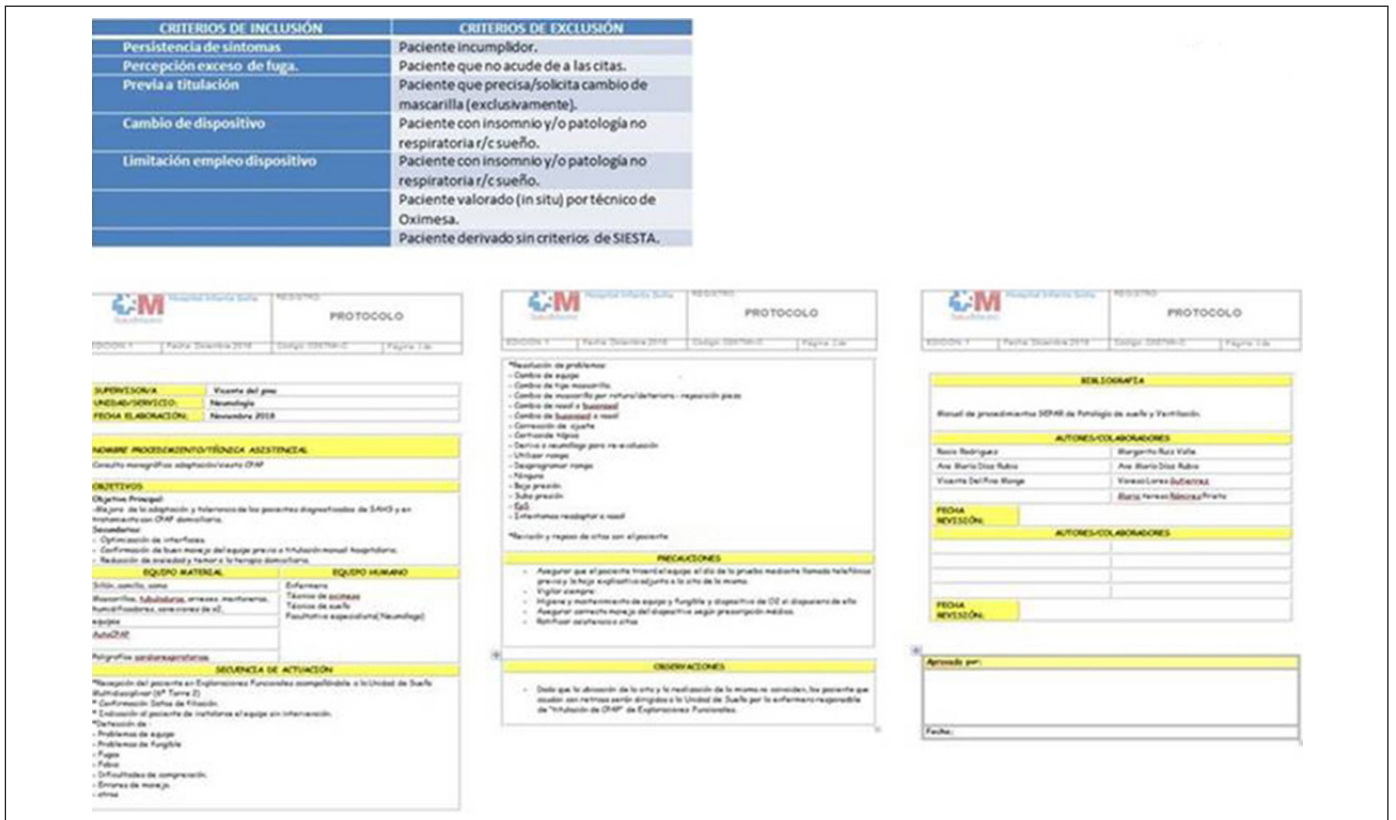


Figura 2.

¿ES POSIBLE OBTENER ESPIROMETRÍAS DE CALIDAD?

S. Sánchez Maza y J. Giner Donaire

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

Introducción: La espirometría es la técnica básica para el estudio de la función pulmonar en pacientes con patología pulmonar. Uno de los problemas más importantes es la obtención de maniobras de calidad, para poder valorar las posibles alteraciones de los pacientes estudiados. Se dispone de pocos datos sobre la calidad obtenida en la práctica habitual, que en general es baja, sobre todo por la falta de una preparación adecuada de los técnicos/enfermas que las dirigen. Objetivo: valorar la calidad de las espirometrías realizadas por un técnico en su práctica habitual tras una formación y trabajo bajo supervisión de 2 semanas.

Material y métodos: Se recogieron todas las espirometrías realizadas durante un mes, tras el periodo de formación. Valorando la calidad de estas, según la Normativa SEPAR para la espirometría 2013 (Grados A, B, C, D, E, F), ver descripción en tabla 1.

Resultados: Se evaluaron un total de 77 espirometrías, el 53% correspondían a mujeres, con una media de edad de 65 (14) años. Un 55% tenían experiencia previa en su realización. Un 40% estaban en el rango de referencia. Se realizaron un total de 346 maniobras. La media de maniobras necesarias fue de 4,5 (1,9) rango 3-8 maniobras. Los errores más habituales TE (35%); EX (4%); FP (16%) y TPEF (16%). Los grados de calidad obtenidos se muestran en la tabla 2.

Tabla 1

Grado	Descripción
A	Tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las dos mejores FVC y FEV ₁ una diferencia inferior a 150 ml
B	Tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las dos mejores FVC y FEV ₁ una diferencia entre 151 y 200 ml
C	Dos o tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las dos mejores FVC y FEV ₁ una diferencia entre 201 y 250 ml
D	Dos o tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las dos mejores FVC y FEV ₁ una diferencia superior a 250 ml
E	Una maniobra aceptable (sin errores)
F	Ninguna maniobra aceptable (sin errores)

Conclusiones: Es posible la realización de espirometrías de calidad por parte de un técnico con una preparación de dos semanas y un

Tabla 2. Grados de calidad

Grado de calidad	Frecuencia	%
A	48	62
B	23	30
D	2	3
F	4	5

trabajo supervisado. Los errores más habituales, y por tanto en el que debe ponerse más atención, son los relacionados con el final de la prueba.

ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD Y CONFORTABILIDAD DE LAS MASCARILLAS PARA PATOLOGÍA DEL SUEÑO Y VENTILACIÓN NO INVASIVA

N. Pizarro Gómez¹, L. Souto Sayar¹, J. González Alonso¹, C.L. García Ortiz¹, P. Martín Alemany¹, S. Díaz Lobato² y S. Mayorals Alises¹

¹Oximesa, Madrid, España. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: El éxito del tratamiento con CPAP y de con VMNI depende en gran parte de la calidad, confortabilidad y adecuada elección de la interface. Se ha observado que el tipo de interfaz de máscara prescrito puede tener un impacto significativo en influir la adherencia al tratamiento. La mascarilla ideal es aquella que cumple diferentes requisitos como ser estanca y poco distensible, con poco espacio muerto y baja resistencia al flujo, ligera, confortable, adaptable y fácil de colocar desarmar, poco alérgica (libres de látex) y con el menor coste posible. Actualmente el debate está en si todas las marcas comerciales son todas iguales o hay diferencias relevantes. Hasta la fecha, no hay evidencia que apoye la superioridad clínica de una marca comercial frente a otra, ya que no hay estudios comparativos suficientes. El objetivo del estudio es identificar las mascarillas que, a juicio de los pacientes, presentan una mayor calidad y eficiencia a la hora de suministrar el tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional en el que se ha recogido la opinión de 880 pacientes que utilizan mascarillas nasales, buconasales y ojivas, mediante la realización de una encuesta por las enfermeras de terapias respiratorias de la empresa suministradora. Se han valorado las

Características de las interfaces según los pacientes

Mascarillas	n	Comodidad (% Sí)	Facilidad uso (% Sí)	Facilidad limpieza (% Sí)	Marca/Lesiones (% Sí)	Fugas (% Sí)	Ruido (% Sí)	Deteriorabilidad (% Sí)
Amara	5	20%	80%	100%	100%	60%	40%	20%
Amara View	30	83%	93%	90%	63%	30%	13%	10%
Flexifit HC431	13	77%	77%	100%	46%	92%	46%	8%
Mirage Quattro Fx	16	75%	88%	100%	69%	50%	50%	25%
Ultramirage	8	88%	100%	100%	75%	63%	25%	25%
Wizard 220	81	83%	91%	93%	57%	53%	46%	15%
Confort Classic	35	69%	86%	89%	54%	40%	40%	17%
Esson	78	78%	96%	95%	59%	29%	23%	5%
Flexifit HC405	76	80%	97%	93%	70%	37%	42%	13%
Flexifit HC407	12	92%	100%	100%	67%	25%	42%	8%
Mirage FX	249	82%	94%	97%	58%	26%	34%	7%
Pico	2	50%	50%	50%	100%	50%	50%	0%
Wizard	206	67%	93%	94%	67%	49%	57%	9%
Wizard 210	21	90%	100%	95%	67%	24%	48%	5%
Opus Pillow HC482	22	82%	100%	100%	41%	36%	23%	9%
Swift	10	81%	63%	80%	80%	20%	30%	0%
Wizard 230	16	81%	100%	94%	56%	69%	31%	19%

características de 8 mascarillas nasales, 7 buconasales y 3 ojivas. No se han incluido todas las interfaces disponibles en el mercado, pero sí las más utilizadas en la práctica diaria. Los ítems recogidos en la encuesta son: ¿Es cómoda la mascarilla?, ¿Se pone y se quita fácilmente?, ¿Se monta y se desmonta fácilmente para su limpieza?, ¿Deja señales o heridas en la cara?, ¿Tiene fugas?, ¿Hace ruido? y ¿Se deteriora o rompe con facilidad?, recogido como variable cualitativa dicotómica (Sí/No).

Resultados: En la tabla se recogen los resultados de las diferentes mascarillas agrupadas en nasales, nasobucales y ojivas. Según los pacientes las mascarillas nasales más cómodas y fáciles de usar son la FlexiFit HC407 y la Wizard 210. De las buconasales la más cómoda y de mayor facilidad de uso es la Ultramirage, y le sigue la Amara view. Las tres ojivas son igual de cómodas para los pacientes.

Conclusiones: Las mascarillas mejores puntuadas de forma global por los pacientes son la Wizard 230 y la Flexifit HC 407 (nasales), la Amara View, la Wizard 220 y la Ultra Mirage (nasobucales), y las ojivas Opus Pillow HC482. No siempre las mascarillas más cómodas para los pacientes coinciden con las que son menos ruidosas o tienen menos fugas.

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Y. Martín Vaquero, M.P. Gómez Peroy, R. Reguilón Hernández, D. Pordomingo Rodríguez, M.C. Fernández García, A.B. Báez Marín, M.D. Carrión Pérez y J.Á. Sánchez Cerezal

Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.

Introducción: Las enfermedades respiratorias son la 3ª causa de muerte y hospitalización y la 1ª de consulta en Atención Primaria. Esta

realidad se debería reflejar en los planes de formación continuada (PFC) para que los profesionales de las diferentes categorías puedan estar actualizados en las últimas evidencias. El objetivo es identificar las competencias en neumología reflejadas en los PFC y analizar la transferencia del conocimiento y el impacto de actividades formativas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de los PFC de Atención Hospitalaria desde 2009 a 2017 y de las actividades con evaluación. Criterios de inclusión: actividades reflejadas en el PFC cuyo contenido principal sean las competencias específicas del abordaje de los pacientes respiratorios. Variables: horas formativas, actividades PFC, grado satisfacción, aprobados, coste. Fuente de datos: aplicativo de Formación Continuada y evaluaciones actividades según formatos institucionales para posterior análisis descriptivo.

Resultados: En los PFC de los 9 años evaluados se han realizado 1.192 actividades, 37 son de neumología, el promedio anual es del 3% (0-9,7%) (fig. 1A) y suponen el 4% del total de profesionales formados en estas materias. El 48% actividades son de VMNI/oxigenoterapia alto flujo (fig. 1B). Todas fueron presenciales con un total de 311,5 horas (3%). La media de horas realizadas por profesional es 0,5 (2011: 0,16 y en 2017: 0,93). El coste medio/alumno es de 43 € (2009: 125 €, 2011: 7€) es superior al global; 35€. Representan una media del 5% del presupuesto total de los PFC. En todas las actividades hay una evaluación de la satisfacción, media es de 8,5 frente a 8,1 del PFC general. En 2015 se realiza evaluación impacto y transferencia en las actividades Seguridad del paciente: administración de medicación inhalatoria (tabla) y en 2016 Cuidados Respiratorios para TCAES donde la media valoración es 8/10,66% llevaron a la práctica los contenidos, y el 55% periódicamente.

Conclusiones: La presencia de actividades de respiratorio no ha sido constante en el periodo evaluado. Es necesario que los responsables

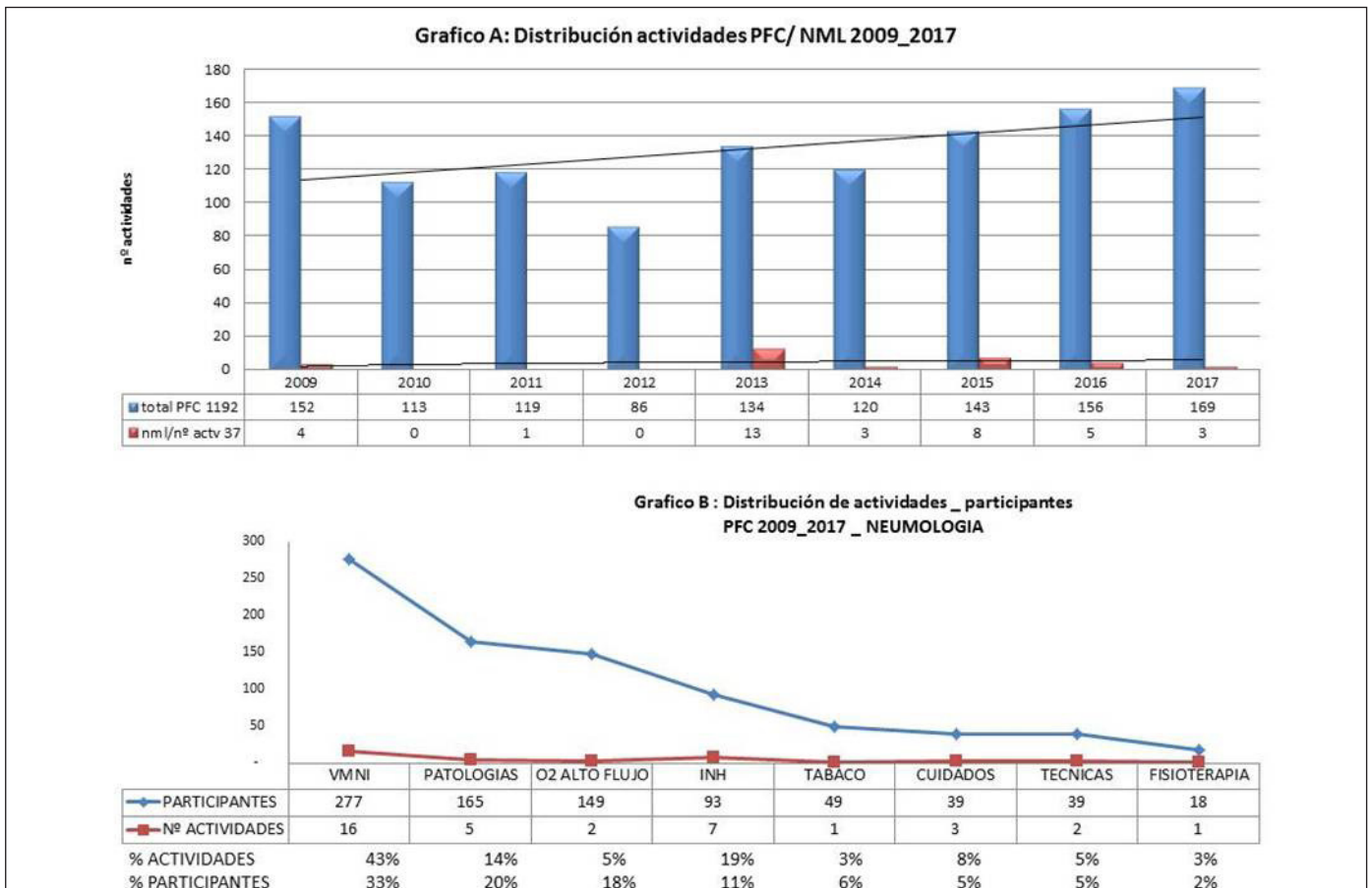


Figura 1.

EVALUACION ESPECÍFICA ACTIVIDADES FORMATIVAS ACTIVIDAD FORMATIVA: SEGURIDAD DEL PACIENTE :ADMINISTRACION DE MEDICACION INHALATORIA			4. Es necesario realizar una apnea postinspiratoria:		
	PRE	POST	PRE	POST	
Su conocimiento de inhaladores viene dado por:			SI	66.7%	100%
a) Cursos, congresos, etc...	22,2%		NO	22.2%	0,0%
b) Familiares que utilizan inhaladores	22,2%		Es indiferente	0,0%	0,0%
c) Leyendo artículos	0%		Conoces el mantenimiento y limpieza del ICP (inhalador de cartucho presurizado):		
d) Leyendo el prospecto de los inhaladores	55,6%		si	22.2%	100%
Puntúe del 1(nada) al 5 (máxima), la importancia que le da a la terapia inhalada, promedio	4.3	5	NO	66.7%	0,0%
Nombra los distintos sistemas o tipos de inhaladores que conozcas promedio	1.6	3.2	En caso afirmativo indica como: (lo hacen correctamente)	11.1%	100%
			5. Respecto a las cámaras de inhalación señale la respuesta correcta:		
1. Respecto a la posición del paciente, cual considera la idónea:	PRE	POST	a) Disminuye los efectos adversos de los inhaladores.	0,0%	0,0%
a) De pie o sentado	88,9%	100%	b) Favorece el depósito pulmonar del fármaco.	11.1%	0,0%
b) Tumbado.	0,0%	0,0%	c) Es útil en las crisis asmáticas.	0,0%	0,0%
c) Si el paciente tiene capacidad inspiratoria suficiente da igual la posición	0,0%	0,0%	d) Todas son correctas.	66,7%	100%
2. Después de la inhalación el paciente tiene que:			6. En ancianos y niños menores de 4 años cual crees que debe ser el sistema de elección:		
a) Enjuagarse la boca con clorhexidina.	11,1%	0,0%	a) ICP	0,0%	0,0%
b) Cepillarse los dientes	0,0%	0,0%	b) ICP mas cámara de inhalación con mascarilla	66.7%	100%
c) Enjuagarse la boca con agua.	66.7%	100%	c) Dispositivos de polvo seco multidosis	0,0%	0,0%
d) Tapar el inhalador y esperar la dosis siguiente.	11.1%	0,0%	d) Dispositivos de polvo seco unidosis.	0,0%	0,0%
3. El orden mas adecuado para la toma de inhaladores será:			e) Todas son correctas	22.2%	0,0%
a) Anticolinérgicos + broncodilatador + antiinflamatorios.	11,1%	0,0%	7. En el dispositivo turbuhaler(Terbasmin®) ¿como sabes las dosis restantes?:		
b) Antiinflamatorios + broncodilatadores + anticolinérgicos.	11,1%	0,0%	a) Cuando aparece la línea roja en el borde superior de la ventana	44.4%	100%
c) Broncodilatadores + anticolinérgicos + antiinflamatorios.	33.3%	100 %	b) Si se agita y suena tiene polvo	0,0%	0,0%
d) Da igual el orden solo tienen q realizar bien la inhalación	44.4%	0,0%	c) Cuando aparece la línea roja abajo en la ventana	22.2%	0,0%

Figura 2.

continúen demandando esta necesidad formativa. La VMNI y la oxigenoterapia alto flujo han sido las materias principales para dar respuesta a la innovación y necesidad de formar. Con la evaluación de la transferencia se comprueba la idoneidad de las actividades ya que los profesionales sanitarios han mejorado los conocimientos óptimos de manejo de los inhaladores.

EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PREPARACIÓN ANTES DE LA REALIZACIÓN DE UNA BRONCOSCOPIA

M. Navarro Colom, L. Romero Roca, V. Pajares Ruiz y A. Torroja Fernández

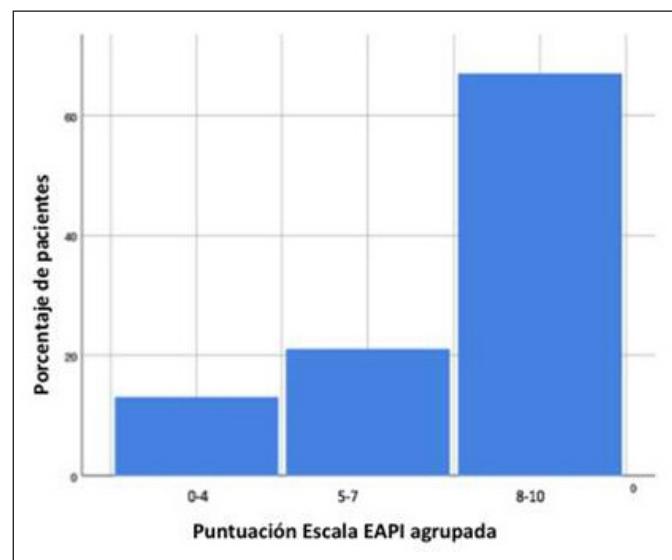
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La broncoscopia es una exploración complementaria indicada en el diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías respiratorias. Los pacientes tienen derecho a recibir una correcta y adecuada información sobre el objetivo, preparación, procedimiento y riesgos de la exploración indicada. El objetivo de nuestro estudio es: 1. Analizar el grado de información y preparación de los pacientes antes de realizarse una broncoscopia. 2. Valorar los factores que podrían determinar el nivel de información y su influencia en la ansiedad del paciente.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, en el que se incluyeron pacientes adultos a los que se les había indicado una broncoscopia. Se excluyeron pacientes que presentaban alteración del nivel de conciencia o limitación clara de la comprensión. Se recogieron las siguientes variables: grado de preparación e información, nivel de ansiedad, procedencia del paciente, edad, nivel de estudios y vía de

comunicación de la información. El nivel de ansiedad se valoró mediante Escala Visual Analógica del 0-10. Se confeccionó una encuesta sobre la adecuada preparación e información del paciente (Encuesta EAPI) que constaba de 5 ítems, siendo la máxima puntuación de 10, reflejando la adecuada comprensión y preparación.

Resultados: Se analizaron 112 pacientes, edad 65 años (± 13), 65% hombres. El 34,8% estaban hospitalizados y el 65,2% eran ambulatorios. El 11,6% presentaron una puntuación en la Encuesta EAPI de 0-4,



Distribución de pacientes según puntuación en la Escala EAPI agrupada.

el 21,4% de 5-7 y el 67% de los pacientes puntuaron de 8-10. La ansiedad media fue de 4,46 (\pm 2,9). No se encontró correlación entre la puntuación de la encuesta EAPI y el nivel de ansiedad. Tampoco se encontraron diferencias de la encuesta EAPI según servicio de procedencia, orientación diagnóstica y nivel de estudios. La edad mostró una tendencia a presentar peor puntuación en la Escala EAPI aunque sin alcanzar una diferencia significativa. Los pacientes informados mediante hoja informativa escrita presentaron mejor puntuación en el EAPI y las diferencias entre grupos resultaron significativas ($p < 0,001$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes derivados para la realización de una broncoscopia acuden bien informados. Disponer previamente de la información por escrito es una medida útil. En nuestro estudio, el nivel de información no se asoció de forma clara a otras variables, ni al nivel de ansiedad previo a la prueba.

EVALUACIÓN DE LA REPARICIÓN DEL INCUMPLIMIENTO INCONSCIENTE DE LA TERAPIA INHALADA DENTRO DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

R. Armenta Fernández, M.T. Gómez del Pulgar Murcia, M.J. Checa Venegas, A. Naya Prieto, M.I. Fernández Ormaechea, D. Sánchez Mellado y F. Villar Álvarez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: En los pacientes con EPOC es fundamental la adhesión a la terapia inhalada como tratamiento de esta patología. Con el Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI) podemos identificar el incumplimiento inconsciente (ítems 11 y 12). El objetivo principal fue determinar la reaparición del incumplimiento inconsciente en pacientes que reingresan en nuestra unidad de asistencia domiciliaria (UCCRA), tras buen cumplimiento inicial al alta en la asistencia domiciliaria, y las causas que lo originan.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional realizado desde enero de 2016 a octubre de 2018 en pacientes incluidos en nuestra unidad tras una agudización hospitalaria de EPOC, con asistencia domiciliaria por enfermería especializada. Se midió el incumplimiento inconsciente al alta a través de los ítems 11 y 12 del TAI, y a los 30 días del seguimiento. Estos ítems están dirigidos al personal sanitario para orientar acerca del mal o buen conocimiento de la pauta y/o técnica de inhalación. Desde la primera visita domiciliaria se comprobó y reforzó la técnica de inhalación en cada uno de los pacientes. También se analizaron las causas del incumplimiento inconsciente ya corregido durante el seguimiento previo, de los pacientes que reingresaron en la unidad.

Resultados: Se realizó el test a 282 pacientes de los cuales se obtuvo un incumplimiento inconsciente en un 35,8%. Tras la intervención de enfermería se consiguió un buen cumplimiento en un 85,1%. Hubo 31 pacientes que volvieron a ingresar en la unidad, tras una exacerbación hospitalaria, presentando nuevamente un incumplimiento inconsciente en un 42%. Las causas principales de la reaparición del incumplimiento fueron; en un 61,5% por motivos neurológicos y/o psiquiátricos (deterioro cognitivo, déficit atención, síndrome ansioso-depresivo, etc.), en un 23% por errores de conciliación en la prescripción en Atención Primaria/Hospitalaria y en un 15,5% por otros motivos (cambio de dispositivo en consulta o entrega errónea del mismo). El 58% de los pacientes mantuvo un cumplimiento adecuado en el segundo seguimiento, presentando también afectaciones neurológicas y/o psiquiátricas en un 27,7%.

Conclusiones: La reaparición del incumplimiento inconsciente, tras haber sido resuelto en un programa de asistencia domiciliaria durante un mes, está relacionado principalmente con afectaciones de origen neurológico y/o psiquiátrico. La intervención de enfermería en un

programa de asistencia domiciliaria mejora el cumplimiento inconsciente de la terapia inhalada.

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES AMBULATORIOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ANÁLISIS DE UN ÚNICO CENTRO

M.M. Cabrera Martínez, L. Llanos Rodríguez, D. Díaz Pérez, J.M. Figueira Gonçalves y S. Miranda Valladares

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

Introducción: A diferencia del cáncer o la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desarrolla un modelo de trayectoria mucho más complejo. La enfermedad avanzada, la disnea invalidante y los déficits funcionales de los pacientes, restringen su acceso al mundo exterior al no poder superar los obstáculos de las viviendas donde habitan. Esta reclusión obligada y el aislamiento social que provoca avalan un hándicap difícil de superar y que restringe el acceso a actividades instrumentales, de ocio y de vida social, lo que desemboca en la aparición de estados de depresión y/o ansiedad. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de una cohorte de pacientes con EPOC que se encontraban en seguimiento en las consultas ambulatorias de Neumología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), provincia de Santa Cruz de Tenerife, durante el periodo comprendido entre enero

Escala Gijón

	%
Situación familiar	
-Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	2
-Vive con conyuge de similar edad	77
-Vive con familia y/o conyuge y presenta algún grado de dependencia	0
-Vive solo y tiene hijos próximos	11
-Vive solo y carece de hijos o viven alejados	10
Situación económica	
-Más de 1.5 veces el salario mínimo	21
-Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	21
-Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	10
-LISMI - FAS - Pensión no contributiva	23
-Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	9
Vivienda	
-Adecuada a necesidades	88
-Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa	3
-Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	2
-Ausencia de ascensor, teléfono	7
-Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	0
Relaciones Sociales	
-Relaciones sociales	71
-Relación social solo con familia y vecinos	10
-Relación social solo con familia o vecinos	9
-No sale del domicilio, recibe visitas	9
-No sale y no recibe visitas	1
Apoyo de la red social	
-Con apoyo familiar y vecinal	14
-Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
-No tiene apoyo	84
-Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	0
-Tiene cuidados permanentes	0

LISMI: Ley de Integración Social de los Minusválidos; FAS: Ayudas asistenciales por enfermedad/ancianidad

de 2011 y diciembre de 2013, a los que se les realizó la escala Gijón así como la escala de Goldberg.

Resultados: De una base de datos de 308 pacientes con EPOC, 100 pacientes aceptaron participar en el estudio. Se trata de pacientes con una edad media de $68 \pm 8,5$ años, mayoritariamente varones (84%) y el 18% eran fumadores activos, con un volumen espiratorio forzada en el primer segundo (FEV1) medio del predicho de $46 \pm 18\%$, y con un índice BODE medio de 4. El 84% de los pacientes referían no tener apoyo de su red social (tabla) y un 56% presentaron algún signo de depresión.

Conclusiones: La falta de apoyo social revelado por nuestros pacientes con EPOC es un hecho desconocido hasta la fecha por nuestro entorno, y cuya consideración debe tenerse en cuenta ya que puede afectar de forma relevante a la gestión de nuestros enfermos. La mejora del seguimiento y manejo en el proceso asistencial de este colectivo incluye una adecuada educación sanitaria sobre la propia enfermedad, así como incidir en una correcta adherencia al tratamiento y el autocuidado, debiendo considerar además la necesidad de un abordaje familiar.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES CON FPI

M.I. Arrizubieta Basterrechea, M. Aburto Barrenechea, O. Bronte Moreno, M.T. Martínez Ramírez, S. Rodríguez Pedrosa, L. Barriuso Carcedo, A.M. Sarria Pentón, I. Noria Alonso y A. Moyano Castilla

Hospital de Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: Evaluar los cuidados que se ofrecen a los pacientes que fallecen por FPI, antes de implantar una consultas de enfermería respiratoria de cuidados paliativos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con FPI atendidos en Consultas Externas de EPID y diagnosticados desde el 2012. Analizamos: variables sociodemográficas y situación funcional del paciente, tratamientos recibidos, lugar de fallecimiento y la existencia o no de un documento de últimas voluntades.

Resultados: De una cohorte de 67 pacientes diagnosticados de FPI desde 2012, fallecieron durante su seguimiento 22 pacientes (32%). Se excluyeron 9 pacientes del análisis porque las causas de la muerte fueron enfermedades no predecibles (2 ictus, 1 muerte súbita); 2 pacientes con agudización de FPI y 4 pacientes con cáncer. Finalmente analizamos los datos de 13 pacientes. De ellos 9 (69%) fallecieron en menos de 15 meses desde el diagnóstico. La edad media de los pacientes fue $71,7 (\pm 5,7)$, varones 76,9% (69%), 69% exfumadores, FVC $64,36 (\pm 18,6)$, DLCO $38 (\pm 12,2)$, disnea $2,5 \pm 0,57$, índice de Charlson $4,1 (\pm 1,6)$, puntuación GAP $4,45 (1,9)$. Todos ellos habían sufrido al menos un ingreso hospitalario con un número de días de $24,46 (\pm 15,9)$, el 92% estaba con oxigenoterapia (media de 212 días de OCD/año previo), 61% estaba con antifibróticos: Durante el año previo al deceso se había prescrito tratamiento ansiolítico en 3 sujetos (23%), derivados mórficos para alivio de la disnea basal en 4 pacientes (38%) y derivados mórficos de rescate en 3 (23%). Ningún paciente firmó el documento de últimas voluntades. En el momento de la muerte, todos ellos fallecieron sedados, pero solo 4 (30%) pacientes fallecieron en su domicilio.

Conclusiones: 1. Un elevado número de pacientes podría entrar en cuidados paliativos desde el diagnóstico (69%). 2. El porcentaje de pacientes que fallece en el hospital es elevado (70%). 3. Ningún paciente ha firmado el documento de últimas voluntades. 4. Todos fallecieron sedados en el último momento, pero hemos descubierto un infratratamiento con derivados mórficos para alivio de la disnea en nuestros pacientes.

EVALUACIÓN DE POSIBLES INDICADORES DE CALIDAD Y RESULTADO DE LA PLEURODESIS REALIZADA POR TORACOSCOPIA MÉDICA (TM) EN CASOS DE DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM)

M. Cuña Delgado¹, M. Botana Rial², I. Lojo Rodríguez¹, C. Ramos Hernández¹, C. Fernández González¹, C. Salgueiro Solla¹, M. Núñez Delgado¹, V. Leiro Fernández² y A. Fernández Villar²

¹Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Área Sanitaria de Vigo, Vigo, Pontevedra, España. ²Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Área Sanitaria de Vigo, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: En muchos procedimientos, como en la pleurodesis por TM para el tratamiento del DPM no existen indicadores de resultado consensuados que nos permitan evaluar si la calidad de la atención que prestamos es la adecuada, o si nuestros resultados mejoran con el tiempo. El objetivo del presente estudio es describir los principales resultados de todas las TM realizadas en la Unidad de Técnicas broncopleurales de nuestro centro en la que se realizó una pleurodesis con talco en casos de DPM con el fin de disponer de datos que nos permitan compararnos con otras series publicadas y de información de partida para monitorizar nuestros resultados.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con DPM a los que se les realizó una TM. Todos los procedimientos se hicieron en la sala de técnicas por neumólogos y enfermeras de la unidad, con sedación consciente y anestesia local. Para la evaluación de la calidad analizamos las variables: complicaciones, tiempo hasta la retirada del drenaje torácico (DT) y hasta el alta y si fue necesario la realización de nuevos procedimientos pleurales por no ser la pleurodesis efectiva.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 32 (60,4%) varones, 65,1 (55-75,7) años, 36 (70%) con cáncer de pulmón. Entre otras variables clínicas destacaban: 32 (60,3%) con un índice de Charlson ≥ 7 , 29 (54,7%) con tabaquismo y en 21 (39,6%) signos de desnutrición. La mediana de duración del DT fue 4 (3-6) días y la mediana de hospitalización 5 (4-8) días. Las complicaciones mayores ocurrieron en 7 (13,2%) pacientes: 2 neumonías, 2 empiemas, 3 fugas aéreas prolongadas con 2^a DT. Las complicaciones menores ocurrieron en 10 (19%) pacientes: 2 con dolor torácico, 3 con enfisema subcutáneo, 2 taquicardia supraventricular y 2 con fiebre. En 9 (17%) fueron necesarios más procedimientos pleurales (4 drenajes tunelizados, 4 casos una toracocentesis, 1 paciente una nueva pleurodesis por TM). La supervivencia fue 380,2 (91-639) días, y solo 33 (62,2%) recibieron tratamiento oncológico posterior.

Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes con DPM a los que se realiza una TM para pleurodesis presentan complicaciones, siendo graves algo más del 10%, pero ninguna mortal, aunque en este aspecto pueden influir la importante comorbilidad y fragilidad de muchos pacientes. Sin embargo, el tiempo del DT y hospitalización es el esperable y parecen aceptables. Pocos pacientes precisan procedimientos posteriores. Es necesaria la estandarización de indicadores de calidad que permitan la comparación entre centros.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHERENCIA Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL Y NÚMERO DE EXACERBACIONES DE PACIENTES CON CI/LABA

S. Rodríguez Pedrosa, A. Moyano Castilla, I. Noria Alonso, M.I. Arrizubieta Basterrechea, I. Atxutegi Cardenas, A.M. Sarria Pentón, B. González Vesga, L. Barriuso Carazo, M.T. Martínez Ramírez, O. Bronte Moreno, L. Chasco Eguílaz,

P. García Hontoria, A. Jódar Samper, S. Dorado Arenas, A. Aranburu Ojembarrena, T. Zabala Hernández, A. Artaraz Ereño y U. Aguirre Larracochea

Osakidetza, Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: Las evidencias señalan que con el arsenal terapéutico actual, el control del asma es una meta alcanzable. Sin embargo, en nuestro entorno y en otros países, sólo un tercio de los pacientes presenta buen control. Numerosas variables se relacionan con el control y la falta de adherencia terapéutica es la principal causa del mal control, influyendo en el aumento de la morbilidad y los costes de enfermedad. Por ello, parece oportuno dedicar esfuerzos a estudiar el grado de adherencia con el grado de control del asma y variables que pueden influir en la misma. Nuestro objetivo ha sido evaluar la adherencia y su relación con el control y número de exacerbaciones de pacientes con CI/LABA, y si existen diferencias de las variables mencionadas entre propionato de fluticasona/formoterol y otras combinaciones.

Material y métodos: Recogimos datos de 178 historias de pacientes asmáticos de una consulta de Neumología general, retrospectivamente incluyendo variables sociodemográficas, clínicas, de gravedad de la enfermedad, grado de control (ACT) y de adherencia. Hemos realizado un análisis descriptivo y comparativo de las variables mencionadas.

Resultados: El 63% de la muestra eran varones con edad media de 60 ($\pm 15,7$) años. La distribución por grupos de edad fue < 45 años: 21,5%; 45-65 años 33,3% y > 65 años 45%. Según la clasificación de asma, el 3% eran leves, el 65% moderados y el 32% graves. El tiempo medio desde el diagnóstico fue $8,33 \pm 6,10$ años: < 5 años: 34%, 5-10 años: 31% y > 10 años: 35%. El 75% presentó buen control (ACT > 20). Respecto al grado de control del asma según la adherencia (tabla 1), los que presentaron peor control (ACT < 20), presentaron menor grado de adherencia (< 71%) siendo este dato estadísticamente significativo ($p = 0,002$). El 78% no presentó ninguna exacerbación y el 6% ≥ 2 , siendo estos los menos adherentes. El 49% recibía la combinación PF/F y el 51% otras. El nivel de adherencia valorado por receta electrónica fue < 71% en el 33%, 71-85% en el 16%, 85-95% en el 17% y > 95% en el 34%. El análisis de grado de adherencia ajustado por edad se describe en la (tabla 2) < 45 años: 60% < 71, 45-65 años: 37% < 71 y 31% > 95. Los mayores de 65 años: 19% < 71, 10%: 71-85 y 45% > 95%.

Tabla 1. Grado de control (ACT) ajustado por adherencia (%)

Control	Adherencia (%)			
	< 71	71-85	85-95	> 95
ACT ≥ 20	24%	19%	19%	38%
ACT < 20	55%	13%	17%	15%

Tabla 2. Grado de adherencia (%) ajustado por edad

Adherencia	Grupos edad		
	45 años	45-65 años	> 65 años
< 71%	57%	37,2%	19%
71-85%	23%	17,7%	11%
85-95%	5%	14,5%	25%
> 95%	15%	30,6%	45%

Conclusiones: 1) Los pacientes con menor grado de adherencia presentan mayor número de exacerbaciones y peor control de asma. 2) A mayor edad mayor grado de adherencia, sobre todo los mayores de 65 años. 3) No hay diferencias entre el grado de adherencia, el número de exacerbaciones y el nivel de control de asma en los pacientes con PF/F y el resto de combinaciones.

EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CPAP EN LAS ÚLTIMAS 2 DÉCADAS

A. Farré Maduell¹, F. Morante Vélez¹, P. Peñacoba Toribio¹, A. Asensio Fernández¹, M. Carreras Ferrer¹, R.M. Miralda Galán¹, S. Giménez Badia¹, A.M. Fortuna Gutiérrez² y M. Mayos Pérez²

¹Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Sueño, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Sueño, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBERES, CB06/06, Barcelona, España.

Introducción: La consulta de educación del tratamiento con CPAP (presión positiva continua en vía aérea) es fundamental para el manejo adecuado de los pacientes con síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño. Nuestro centro cuenta con una amplia experiencia en esta consulta, con más de 30.000 visitas realizadas desde su inicio. El objetivo fue analizar la evolución del perfil clínico de los pacientes controlados en la consulta de educación de CPAP en los últimos 15 años.

Material y métodos: Se han analizado las visitas realizadas en los años 2001-2002 (1^{er} periodo) y 2016-2017 (2^o periodo). Entre ambos, se han comparado la edad, sexo, datos antropométricos, grado de somnolencia, IAH, cumplimiento de CPAP y efectos secundarios.

Resultados: El número de visitas de control ha aumentado en el 2^o periodo en un 50% (2,216 frente a 3,324). Los pacientes de este grupo no difieren en cuanto a la gravedad del SAHS, pero muestran menor somnolencia ($p < 0,001$), IMC inferior ($p = 0,025$), edad significativamente superior ($p < 0,001$), y % superior de mujeres ($p < 0,001$). A pesar de que han disminuido la mayoría de efectos secundarios, con excepción de los problemas derivados de la mascarilla, en el 2^o periodo el cumplimiento es inferior ($p < 0,001$), con un incremento en el % de pacientes que aquejan despertares frecuentes ($p < 0,001$) (tabla).

Comparación entre ambos periodos de estudio

	Periodo (año)		p
	2001-2002 (n = 2.216)	2016-2017 (n = 3.324)	
Edad, años (DE)	58,5 (10,7)	64,3 (11,7)	< 0,001*
Sexo mujer (%)	441 (19,9)	1095 (32,9)	< 0,001*
IMC, kg/m ² (DE)	34,2 (5,8)	33,7 (6)	0,025*
Epworth (DE)	14,7 (5,3)	11,3 (5,1)	< 0,001*
IAH (DE)	51,8 (20,7)	49,7 (21,4)	0,19
Presión CPAP, cmH ₂ O (DE)	8,9 (1,6)	9,4 (1,5)	< 0,001*
Cumplimiento objetivo, h/día (DE)	6,1 (2)	5,8 (2)	< 0,001*
Ruido máquina (%)	198 (9,4)	177 (5,7)	< 0,001*
Congestión nasal (%)	426 (20,2)	556 (17,8)	0,033*
Dificultad para respirar (%)	243 (11,5)	271 (8,7)	0,001*
Problemas cutáneos (%)	251 (11,9)	563 (18,1)	< 0,001*
Sequedad boca (%)	394 (18,7)	533 (17,1)	0,154
Sequedad ojos (%)	142 (6,7)	166 (5,4)	0,041*
Despertares frecuentes (%)	249 (11,8)	549 (17,7)	< 0,001*

IMC: índice de masa corporal; IAH: índice apnea-hipopnea por hora; DE: desviación estándar. Comparación de medias con prueba t-Student. Comparación de proporciones con Chi². *p < 0,05

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes en tratamiento con CPAP ha evolucionado en los últimos 15 años. En la actualidad son menos sintomáticos, de edad más avanzada y con mayor proporción de mujeres. A pesar de la experiencia en el manejo de esta terapia y de la mejoría en el control de la mayoría de efectos secundarios, el cumplimiento actual es inferior, con un porcentaje superior de pacientes que aquejan fragmentación de sueño.

FACTORES DE RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN IATROGÉNICAS (UPPI) EN PACIENTES PORTADORES DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

A. López Eizaguirre, M. Calpena Irrisarri, J. Blanco Valle, M. Blanco Béjar, S. Palacín Calderón y M. Peiró Fàbregas

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

Introducción: Los pacientes portadores de VMNI tienen un riesgo importante de sufrir UPPI, teniendo un gran impacto en el cumplimiento terapéutico. No existen escalas específicas para valorar las UPPI. El objetivo del estudio fue determinar las posibles variables que podrían intervenir en las UPPI en el tratamiento con VMNI.

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado mediante un cuestionario online de respuesta múltiple a profesionales médicos, enfermeras y fisioterapeutas miembros de SEPAR, entre mayo y octubre 2018. Se recogieron datos socio-demográficos, profesión, localidad, centro, área de trabajo, y algunas variables que también podrían intervenir en las UPPI.

Resultados: Se obtuvieron 266 respuestas. La media de edad de los encuestados fue de 42 (DE 11) años, la mayoría mujeres 199 (75%). 131 (50%) eran enfermeras, 87 (33%) médicos y 44 (17%) fisioterapeutas. 133 (50%) procedentes de hospitalización, 44 (16%) de ventilación domiciliaria, 22 (8%) de Unidad del Sueño, 28 (10%) de Consultas externas. Participaron 78 centros de toda España (fig.). Existe un consenso entre todos los profesionales en las respuestas sobre el riesgo de causar UPPI con el uso de la VMNI independientemente de las horas ($p \leq 0,005$) y la presión/ajuste del arnés ($p = 0,007$). Se generó una nueva variable que tenía en cuenta el área de trabajo y no la profesión. Los profesionales que trabajaban en terapias respiratorias domiciliarias, UCI, UCRI y Unidad del sueño y ventilación se consideraron expertos. Al relacionar por grupos de expertos, estos dieron mayor importancia al tamaño del arnés ($p = 0,017$) y la edad del paciente ($p = 0,038$).

Conclusiones: La mayoría de las respuestas fueron mujeres enfermeras y médicos. Las variables que consideraron más importantes en la aparición de las UPPI debidas a la VMNI fueron: el uso de la VMNI independientemente de la intensidad, el tamaño, material y modelo de la interfase, los puntos de ajuste y presión del arnés, la alternancia de interfase, la presión de la IPAP, la autonomía del paciente, pacientes > 65 años y el nivel nutricional. Los profesionales del grupo de expertos dan más relevancia al ajuste del arnés y la mayor edad del paciente. Los resultados de este estudio podrían servir en un futuro para

Variables descriptivas que intervienen en la aparición de UPPI según las respuestas de los profesionales

A partir de cuantas horas con VNI hay riesgo de sufrir UPPI?	
<12 horas	178 (67,4%)
>12 horas	57 (21,6%)
No hay relación	29 (11%)
El tipo de interfase influye?	
Estado de la piel Si/NO	18 (7%) / 248 (93%)
Tamaño Si/NO	253 (95%) / 12 (5%)
Material Si/NO	212 (80,4%) / 53 (19,6%)
Modelo Si/NO	234 (87%) / 32 (13%)
Influye el arnés?	
Tamaño Si/NO	8 (3%) / 256 (97%)
Puntos de ajuste/presión Si/NO	261 (99,2%) / 2 (0,6%)
Material Si/NO	160 (60,2%) / 106 (39,8%)
La alternancia de la interfase?	
Si	251 (95%)
No	15 (5%)
El nivel de presión de la VNI podría ser un riesgo?	
Si	254 (95%)
No	12 (5%)
Es relevante la autonomía del paciente?	
Si	257 (82,2%)
No	45 (17,2%)
A partir de qué edad crees que aumenta el riesgo de sufrir UPPI?	
<65 años	30 (11,4%)
>65 años	160 (60,2%)
No hay relación	76 (28,3%)
El nivel nutricional del paciente?	
SI	257 (96,1%)
NO	9 (3,4%)



estandarizar una herramienta con grupos de expertos, para valorar el riesgo de UPPI en pacientes con VMNI.

FACTORES PREDICTORES DE CAMBIOS EN LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON SAHS Y SU PAREJA

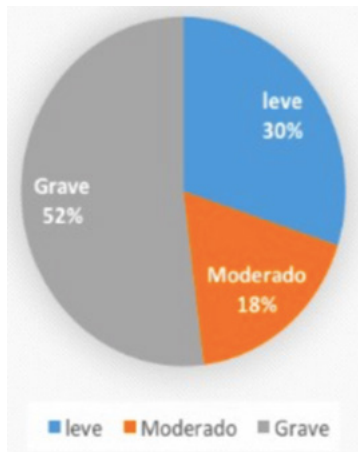
H. Santamaría López¹, M.I. Portela Ferreño², L. Souto Sayar³, M. Mosteiro Añón¹, T. Rivera Baldanas², M. González Fariña¹, M.J. Muñoz Martínez¹, J.M. Olivares Díez⁴ y A. Fernández Villar⁵

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España. ²Hospital Álvaro Cunqueiro-Fundación Biomédica Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España. ³Oximesa-Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España. ⁴Servicio de Psiquiatría; ⁵Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: Frecuentemente el paciente con SAHS acude a consulta acompañado por su pareja de cama. Los síntomas característicos de dicha patología parecen afectar al descanso de ambos. Conocer cuáles son los factores que condicionan cambios en su calidad de vida puede ayudar a concienciar en la importancia de la adherencia al tratamiento con CPAP. Objetivo: identificar qué factores del SAHS influyen en mayor medida en las diferentes dimensiones de la calidad de vida y satisfacción sexual del paciente y su pareja.

Material y métodos: Estudio observacional comparativo de 51 pacientes con SAHS recién diagnosticados mediante poligrafía respiratoria y sus parejas de enero a junio de 2018 en la consulta de enfermería de TRS del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo previo inicio terapia CPAP. Para la evaluación de los síntomas utilizamos el Cuestionario de Síntomas de Trastornos respiratorios, Escala de Somnolencia Epworth, Cuestionario calidad de vida SF-36 abreviado, HAD y CSFQ en el grupo de pacientes. En el grupo de parejas hemos empleado además una escala tipo Likert desarrollada por el grupo de investigación para evaluar el impacto de los síntomas característicos del SAHS.

Resultados: Pacientes varones 85,7%. La edad media fue de $47,60 \pm 4,27$ en los pacientes y $48,60 \pm 8,99$ para las parejas. El IAH fue de $41,32 \pm 27,63$. Grupo de pacientes: el IAH mostró una correlación estadísticamente significativa positiva para el cuestionario HAD y negativa para los cuestionarios SF-36 y CSFQ. En las dimensiones de Función Física (FF), Rol físico (RF), Salud general (SG) y Vitalidad (V), la puntuación media fue inferior en los pacientes que en sus parejas. Grupo de parejas: la correlación la encontramos en el ronquido; positiva para HAD y negativa para los cuestionarios SF-36 y CSFQ. En las dimensiones de Función Social (FS), Rol emocional (RE) y salud mental (SM) del SF-36 la puntuación media fue inferior en las parejas.



Clasificación pacientes según IAH.

	Correlación de PEARSON	HAD	SF36
PACIENTES	IAH	p<0,05 R= 0,237	p<0,02 R= - 0,309
PAREJAS	RONQUIDO	p<0,03 R= 0,298	p<0,01 R= - 0,396

Conclusiones: La afectación de la calidad de vida de los pacientes con SAHS depende del IAH mientras que en sus parejas es el ronquido de los mismos el factor determinante. La calidad de vida está tan afectada en pacientes con SAHS como en sus parejas, aunque en diferentes dimensiones de la misma. Las parejas muestran una mayor alteración en la esfera emocional, social y sexual; mientras que los enfermos perciben mayor afectación en el plano físico.

FRECUENCIA, PRIORIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LAS INTERCONSULTAS A NEUMOLOGÍA DURANTE UN AÑO

C. González Pérez, C. Cabrera Gálan, J. Mora Delgado, N. de la Cruz Castro, J. Rodríguez Fernández, A. Cabeza Serrano, F. Pérez Grimaldi, J.D. García Jiménez, A. Cortes Caballero, F. Valenzuela Mateos y J.G. Soto Campos

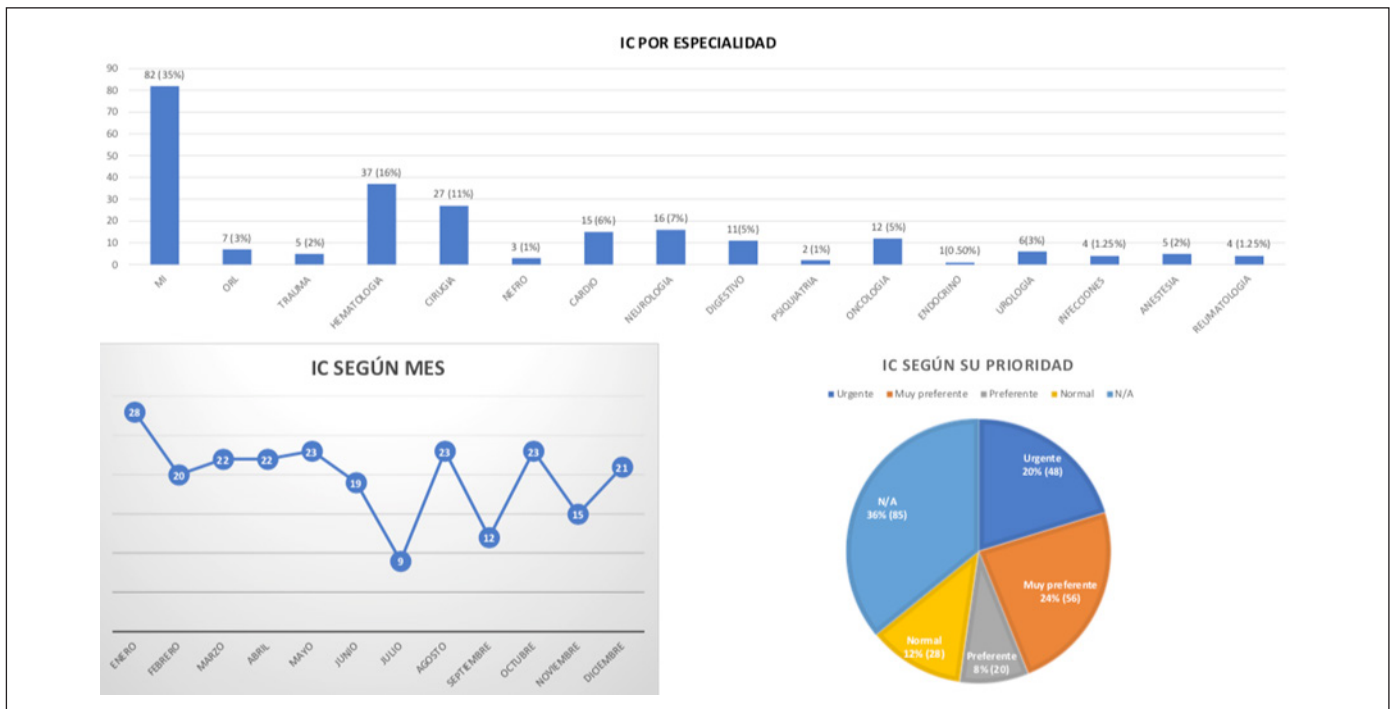
Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

Introducción: Las interconsultas (IC) realizadas desde las diferentes especialidades hospitalarias suponen un trabajo adicional a la actividad diaria que habitualmente no se tiene en cuenta al estudiar la actividad del servicio, por ello nos propusimos conocer el comportamiento de las IC medicas solicitadas a Neumología en el último año en nuestro centro respecto a su frecuencia, priorización y distribución.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo que recoge las IC para valoración clínica, excluyendo las destinadas al área de técnicas, durante Oct del 2017 a Sept del 2018, a partir del cual se valora con ayuda de la historia clínica las diversas variables.

Resultados: Durante el periodo estudiado nuestro servicio recibió 237 IC. Respecto a la prioridad 48 se catalogaron como “urgente”, 56 como “muy preferente”, 20 como “preferente”, 28 como “normal” y en 85 no se especificó. Por servicios, Medicina Interna (M.I) nos realizó 82 (35%), seguido de Hematología con 37 (16%), Cirugía con 27 (11%), Neurología 16 (7%), Cardiología 15 (6%) entre otras. En cuanto a la distribución por meses, el mes de más IC recibidas fue enero con 28, siendo menor en el mes de julio con sólo 9. Respecto a la distribución según el día de la semana, el lunes fue el día con mayor número de IC con 72, con un número similar desde el martes al viernes (60-65 cada día).

Conclusiones: La carga de trabajo generada por las IC es considerable, al inicio de la semana, es habitual que exista un mayor número de nuevos ingresos y pacientes descompensados, por lo que parece lógico el nexo entre este hecho y el mayor número de IC los lunes, estabilizándose durante el resto de la semana. M.I es el servicio que mas IC realiza, de las cuales la mayoría se priorizan como “urgentes” y “muy preferentes”, por lo que la celeridad en responderlas es una



carga sobreañadida a la frecuencia y distribución de las mismas. La mejora de la formación transversal entre servicios y la creación de protocolos de tratamientos de patologías más prevalentes podrían disminuir las IC.

HÁBITOS DE SALUD EN VACUNAS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

A. Gimeno Cardells, A. Piró Dorado, I. Silvestre Antón, M. Climent Amorós, L. Feced Olmos, P. González Jiménez, L. Bouzas Yenes 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 vacunación es una medida de prevención ampliamente estudiada y recomendada en pacientes con patología crónica respiratoria. El objetivo del estudio fue analizar las características epidemiológicas y clínicas, comorbilidades y gravedad de los pacientes con bronquiectasias en relación a la vacunación antigripal y neumocócica.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes con bronquiectasias atendidos en un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, del estado vacunal, comorbilidad, gravedad (FACED y BSI). Realizamos un estudio univariado mediante un test no paramétrico (U-Mann Whitney) para las variables cuantitativas y un test chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes con bronquiectasias. Hombres 76 (46,6%), edad media 67,8 ± 4,4 años. El hábito vacunal se distribuyó: vacunados gripe 117 (71,8%); vacunados neumococo 64 (39,5%). Las características de los pacientes con bronquiectasias en relación con la vacunación antigripal y neumocócica se recogen en la tabla.

Características de los pacientes vacunados de la gripe y neumococo

	Gripe			Neumococo		
	No vacunados N=46	Vacunados N=117	p	No vacunados N=98	Vacunados N=118	p
Sexo (hombre)	12 (26.1%)	64 (54.7%)	0.001	38 (38.8%)	38 (59.4%)	0.01
Edad	66.3±12.9	68.4±14.9	0.414	68.2±12.4	67.4±17.2	0.01
Tabaquismo	7 (15.2%)	4 (3.4%)	0.007	46 (47.6%)	38 (64.4%)	0.039
Comorbilidad						
- DM	1 (4%)	26 (39.4%)	0.001	14 (14.3%)	13 (20.6%)	0.314
- EPOC	11 (23.9%)	47 (40.2%)	0.051	24 (24.5%)	34 (53.1%)	<0.001
- Índice de Charlson	3.5±1.8	4.8±2.5	0.002	4.3±2.2	4.7±2.7	0.357
- Karnofsky	77.1±14.4	77.5±13.3	0.851	76.3±14	78.9±13	0.255
Gravedad						
- Días de exacerbación	13±7	14±9	0.03	12.7±7.9	13.9±9.1	0.443
- Colonización por <i>Pseudomona</i>	18(39.1%)	82(70.1%)	<0.001	59 (60.2%)	41 (64.1%)	0.621
- FACED	2±1.4	3±1.8	0.001	2.5±1.5	3.1±2	0.045
- BSI	8±4	10±4	0.008	9.9±4.2	9.6±4.4	0.638
- FEV1/FVC	61±11	57±14	0.077	59.3±11.4	56.4±15.2	0.230

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

Conclusiones: El porcentaje vacunal de los pacientes con bronquiectasias es muy superior con la vacunación antigripal que con la neumocócica. La vacunación antigripal es superior en varones, con mayor puntuación en las escalas pronósticas (FACED y BSI) y con mayor comorbilidad. La vacunación antineumocócica es superior en varones, fumadores, con EPOC y mayor puntuación en la escala FACED.

HÁBITOS DE SUEÑO, CANSANCIO Y SOMNOLENCIA DIURNA EN PACIENTES SHAS CON CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE CPAP. EL VALOR DEL SUEÑO

L. Pareja Hernández, L. Ramos Martín, C. Toribio Martín, M. Gámez Perales y M.J. Buendía García

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción: El objetivo del tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es resolver los signos y los síntomas de la enfermedad y normalizar la calidad del sueño. Es fundamental el establecimiento de unas medidas educativas que actúen frente a los factores que favorecen o agravan el SAHS. La educación en higiene de sueño es una parte esencial de la consulta de enfermería. **Objetivo:** definir la población atendida por enfermería en consulta sus hábitos y horas de sueño. Evaluar si hay diferencias por sexos. Relacionar los hábitos de sueño regulares y no regulares con somnolencia y cansancio diurno referido.

Material y métodos: Estudio observacional trasversal y analítico. Recogida información en consulta de enfermería mediante formulario a 178 pacientes adultos diagnosticados de SAHS y en tratamiento con CPAP y correcto cumplimiento de ambos sexos del 8 de marzo al 28 de junio. Se midió el grado de somnolencia diurna mediante test de Epworth y cansancio mediante pregunta directa. Se utilizó el programa Python con las librerías Pandas y Numpy.

Resultados: n=178 pacientes, 36 fueron excluidos por no cumplir criterios de estudio. De los 142 pacientes restantes el 37,3% (53) eran mujeres edad media de 61,7 años DE 11,8 dormían una media de 6,7 horas DE 1,5 y el 62,7% (89) eran hombres con una edad de 56,7 años DE 13,7 y dormían 6,91 horas DE 1,2 (h. sueño p-valor 0,34). El 89,4% (127) afirmaban tener hábitos de sueño regulares y de ellos referían cansancio diurno el 35,4% lo que representa un 31,7% de la totalidad. El 11,6% referían no tener hábitos regulares de sueño y presentaban cansancio diurno el 20%, el 2% del total (cansancio p-valor 0,1). La somnolencia medida mediante test de Epworth la puntuación obtenida por los que mantenían unos hábitos regulares era de 7,57 DE 4,01 los pacientes con hábitos irregulares obtuvieron una puntuación media de 7,2 DE 4,95 (somnolencia p-valor 0,39).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de los pacientes atendidos por enfermería refieren hábitos regulares de sueño. Los hombres son más jóvenes que las mujeres y las horas de sueño son similares entre ambos. La somnolencia diurna no es clínicamente significativa ni presenta diferencias relevantes entre los que mantienen hábitos regulares de sueño y los que no, aunque las medidas de dispersión son algo más elevadas en los de hábitos irregulares. Sin embargo, un considerable porcentaje del total refieren cansancio y los valores obtenidos nos sugieren que este dato pueda tener relevancia aún condicionados por el tamaño muestral.

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LA MEDICIÓN DE LA FR

C. Sáenz del Burgo Veja-Murguía, L. Alves Colmenero, L. Gallastegui Pérez, I. Rosado Aldeano y A.M. Núñez Calvo

Hospital Universitario Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España.

Introducción: La frecuencia respiratoria (FR) es el número de ciclos respiratorios completos por minuto. En la actualidad es el único sistema no invasivo para poder determinar los cambios en la ventilación de un paciente sin ventilación mecánica. Este dato, junto con la saturación de oxígeno puede guiar al profesional sanitario a determinar el estado respiratorio de un paciente de un modo no invasivo. De ahí la importancia de su valoración conjunta. **Objetivo:** conocer el impacto de una píldora formativa sobre la valoración de la FR en los pacientes hospitalizados en la unidad de neumología.

Material y métodos: Durante el mes de julio se realizaron dos sesiones formativas de 30 minutos de duración para explicar la importancia de la toma conjunta de saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria. Tras esto se realizó una revisión de la gráfica de constantes de todas las historias de los pacientes que habían sido alta de la unidad de neumología del hospital HUA-Txagorritxu en los meses de abril y octubre, 3 meses antes y después de la formación.

Resultados: Se analizaron 1.776 determinaciones de 88 pacientes durante el mes de abril. Al 52,8% de las determinaciones no se les tomó la FR junto con la saturación de oxígeno, frente al 47,2% que sí se les tomó. Por otro lado, en el mes de octubre se analizaron 1.657 determinaciones de 94 pacientes, tomándose en conjunto FR y saturación de oxígeno al 83,1% de las determinaciones, frente a un 16,8% que no. Obteniéndose así una diferencia entre los porcentajes de determinaciones de FR realizadas a cada muestra entre abril y octubre del 35,9% (intervalo de confianza 95% -0,389-0,329) siendo estadísticamente significativa con una $p < 0,01$.

Conclusiones: La formación ha tenido un importante impacto aunque hay que tener en cuenta que es un estudio pequeño. Hemos detectado varias variables confusoras, entre las que destacan que por una parte no todo el equipo sanitario ha recibido la formación sobre FR, unos porque no están ubicados en el servicio de neumología y otros porque no han podido asistir a la formación. Por otro lado hemos detectado que los pacientes que inician el ingreso en otra unidad y posteriormente son trasladados al servicio de neumología tienen mayor cantidad de determinaciones, previas al traslado, registradas sin valorar la frecuencia respiratoria. Tras obtener resultados positivos creemos que sería interesante valorar si este impacto se mantiene o mejora con el tiempo.

IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE AL REALIZAR EL CAMBIO DE TURNO A PIE DE CAMA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

M.Á. Cuadra Alonso, S.B. Heili Frades, R. Armenta Fernández, M.J. Checa Venegas, M.T. Gómez del Pulgar Murcia y E. Gamella Álvarez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: La información intercambiada entre los profesionales durante los cambios de turno se considera un momento crítico en la seguridad del paciente. En nuestra unidad de hospitalización se modificó el método de cambio de turno, realizándose este a pie de cama, pudiendo así hacer una rápida valoración al inicio de cada turno, mediante la observación general, de dispositivos y la realización de intervenciones que nos ayudan a reforzar la seguridad del paciente y optimizar la continuidad de los cuidados, cuyo impacto es el objeto de este estudio.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional (dos meses). La recogida de datos se llevó a cabo una vez al día por parte de la enfermería responsable de uno de los pasillos de hospitalización, el cual consta de 13 camas. Los datos recogidos hacen referencia a las intervenciones que con más frecuencia se producen durante el cambio de turno: retirada y administración de medicación, valoración del dolor, corrección de flujos de oxígeno, valoración de riesgo de caída e intercambio de información con el paciente y/o familia (traslados, pruebas, modificación de tratamiento...). Con estos datos se hizo una estimación de lo que supondría extrapolarlo a toda la unidad de Neumología, que consta de 26 camas, durante los tres turnos de enfermería que hay al día, los 365 días del año y a su vez del impacto que tendría si se hiciera a nivel general en toda la hospitalización de la FJD.

Resultados: De los 780 pacientes que formaron parte del estudio, durante el cambio de turno a un 45,96% se les retiró medicación y a un 3,34% se les administró; un 5% actualizaron su nivel de dolor mientras que a un 5,8% se les minimizó el riesgo de caídas. A un 5,01% se le modificó el flujo de oxígeno y se realizó intercambio de información con un 12,54% de los pacientes/familiares. Estos porcentajes transformados en número de pacientes y extrapolados a toda la unidad y a todo el hospital respectivamente, supondría que a 552-13.788 se les hubiera retirado medicación y a 40-1.003 se les hubiera administrado.

A 60-1.504 se les hubiera reevaluado el dolor y a 70-1.755 se les hubiera reforzado la prevención de caídas. En 60-1.504 pacientes se corregiría el flujo de oxígeno que les correspondería y 150-3.760 pacientes/familias de intercambiarían información con el personal de enfermería.

Conclusiones: Con los datos obtenidos podemos concluir que estas pequeñas intervenciones suponen un incremento de la seguridad del paciente durante su ingreso y una mejor continuidad de cuidados.

IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA ATENCIÓN A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

A.M. Ramírez Gallardo, L. Ferran Valls, I. López Baños, P. López Pavón, L. Gracia Rodríguez, I. Blanco Vich y J.A. Barberà Mir

Hospital Clínico, Barcelona, España.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad poco frecuente, de manejo complejo y considerada en la actualidad una enfermedad crónica. Según la Guía de la ESC/ESR de diagnóstico y tratamiento para la HP 2015, entre otras prestaciones, las unidades de referencia en HP deben poder ofrecer una consulta monográfica de HP, en la que uno de los servicios sea contar con una enfermera experta. Objetivo: valorar la viabilidad y utilidad de la implantación de una consulta de enfermería para la atención de los pacientes con HP, en un centro de referencia.

Material y métodos: Se revisó la actividad realizada en la consulta de enfermería desde su implantación en enero del año 2017: visitas presenciales y virtuales. Las primeras se realizaron, coincidiendo con los días de consulta médica, mientras que las visitas virtuales, fueron llamadas telefónicas de seguimiento. Todas fueron registradas en el sistema y en el curso clínico del paciente.

Resultados: En el año 2017 se realizaron 143 visitas presenciales y 93 visitas virtuales, y en el año 2018, fueron 123 y 126 visitas respectivamente, representando las visitas presenciales el 54,1% y las visitas virtuales el 45,1% de la actividad de la consulta de enfermería. En las visitas presenciales se citó a los pacientes que iniciaban tratamientos orales e inhalados, y a aquellos que eran portadores de bombas de infusión y catéter endovenoso permanente; además se les realizó frotis del punto de inserción del catéter de manera sistemática. Del total de las visitas presenciales realizadas, a 53 pacientes (19,9%), se les detectó alguna necesidad de intervención enfermera, por efectos secundarios de la medicación (7,5%), de la vía de administración (6,4%) o puesta en marcha de otros circuitos: soporte psicológico (3,8%) y soporte nutricional (2,8%). De los 34 frotis de control que se realizaron, 20 dieron resultado patológico. En las visitas virtuales se les interrogó acerca de su estado general, un 18,2% refirieron algún síntoma que requirió visita en hospital de día en menos de 48h.

Conclusiones: La consulta de enfermería favorece el seguimiento constante del paciente, las visitas presenciales y virtuales deben formar parte de la consulta de enfermería, permitiendo la evaluación



Intervenciones específicas en la consulta de enfermería.

precoz de efectos indeseables de tratamientos y vías de administración, y haciendo posible la intervención temprana del problema, pudiendo evitar que el paciente tenga que acudir al servicio de urgencias, y la detección de otras necesidades del paciente.

INFLUENCIA DE LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SENO DE UNA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER DE PULMÓN EN EL ÁMBITO EN EL QUE SE REALIZA SU ESTUDIO

E. García Rodríguez, M. González Fariña, V. Leiro Fernández, A. Priegue Carrera, L. Aballe Santos, C. Mouronte Roibás, S. Fernández García, I. Portela Ferreño, H. Santamaría López, L. Souto Sayar, M. Botana Rial y A. Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: La implantación de circuitos rápidos de cáncer de pulmón (CP) y de la gestión de casos, donde cada paciente se trata de forma independiente, a través de la figura de un gestor de casos, mejora la calidad y eficiencia del proceso asistencial de manera ambulatoria. Sin embargo, parte de los pacientes continúan estudiándose de forma ingresada. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las diferencias clínicas y asistenciales, incluyendo tiempos diagnósticos entre pacientes con sospecha de CP cuyo estudio diagnóstico se hace hospitalizado, y los estudiados de forma ambulatoria en la vía rápida de cáncer de pulmón (VRCP).

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes incluidos prospectivamente desde el 26 de junio de 2013 a 26 de marzo de 2016 que entraron en el registro de vigilancia especial del SERGAS de CP. Se registró el ámbito de estudio (hospitalizado o ambulatorio), las características clínicas y epidemiológicas, número y tipo de procedimientos y pruebas diagnósticas así como tiempos parciales y globales.

Resultados: De 1.330 pacientes se incluyeron 627 con diagnóstico final de CP, de los cuales el estudio fue ambulatorio en 512 (82%) y hospitalizado en 115 (18%), de los que 69 (60%) lo hicieron en Neumología. En la tabla se muestran las diferencias clínicas, número de pruebas y tiempos de estudio según el ámbito de atención, destacando que los hospitalizados eran de más edad, con estadios más avanzados y precisaron menos estudios complementarios, realizándose el diagnóstico/estadificación en menos tiempo, aunque éstos fueron adecuados también en los ambulatorios. El motivo de ingreso no era justificable en 29 casos (25,4% de los ingresados y 4,6% de la muestra total de pacientes con CP confirmado) sin importantes diferencias según si ingresaban en Neumología u otros servicios, salvo en la estancia media fue de 13 (RIQ 8,5-17,5) días en Neumología y de 18 (RIQ 12,7-26,2) en otros servicios (p= 0,01).

Conclusiones: 1. Una adecuada gestión de casos en el seno de una vía VRCP permite que la mayor parte de los pacientes se diagnostiquen y estadifiquen de forma ambulatoria con muy pocos ingresos no justificados. 2. Además, la gestión de casos y la mayor especialización de los profesionales permite que los pacientes hospitalizados en Neumología precisen menos días de ingreso que en otros servicios. 3. En los pacientes que ingresan el estudio se hace más rápido y con menos pruebas, aspecto que probablemente se explique por la mayor afectación neoplásica que presentan.

INFLUENCIA EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA SECUENCIA DE RECOGIDA DE LA CITOLOGÍA DEL LÍQUIDO PLEURAL

M.C. Sanz Francés

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Introducción: El derrame pleural maligno (DPM) es una de las causas más frecuentes de exudado pleural y su diagnóstico consiste en la confirmación de células malignas en el líquido y la afectación neoplásica de la pleura; es por ello que los primeros estudios incluirán toracocentesis para toma de muestras, incluido citología, y una biopsia ciega de la pleura. Realizamos una citología y biopsia pleural en el mismo procedimiento, aumentando la rentabilidad diagnóstica con la combinación de ambas. El objetivo de este trabajo ha sido contribuir a aclarar la influencia del momento de obtención de muestras de citología de líquido pleural en la rentabilidad diagnóstica de los DP a estudio.

Material y métodos: Para ello realizamos un estudio prospectivo y observacional de pacientes con DP que acudían de forma consecutiva a nuestra unidad, en régimen ambulatorio y hospitalario, para estudio diagnóstico con sospecha de DPM. La técnica se realizó tras la administración de mepivacaína al 2% subcutánea. A todos los pacientes se realizó una toracocentesis previa ecografía para localización de la cámara pleural, y se realizó la siguiente secuencia de técnicas: Primero citología de líquido pleural pre-biopsia que se obtuvo con set especial de punción pleural y posterior aspiración con jeringa. Segunda toma de biopsias pleurales para lo que se utilizó aguja Bard con sistema Trucut automático. El número de biopsias osciló entre 4-5, a criterio del neumólogo experto. Tercera obtención de nueva muestra citológica de líquido pleural post-biopsia con nuevo set especial de punción pleural. Se recogieron 120 ml de líquido pleural en total para el estudio citológico, 60 ml pre-biopsia y 60 ml post-biopsia.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con derrame pleural (DP) a estudio y alta sospecha diagnóstica pretest de DPM. Los pacientes fueron 11 hombres (58,38%) y 10 mujeres (47,61%) con edad media de 69,

	Ingresados	Ambulatorios	p
Edad (mediana y RIQ)	69 (59-78)	66 (59-74)	< 0,001
Sexo, varones (%)	105 (78%)	368 (75,5%)	0,49
Aviso Neumología desde Radiología (Alerta Rx) (%)	33 (25,2%)	273 (56,3%)	< 0,001
Estadio precoz (I-IIIa) (%)	24 (19,5%)	222 (47,5%)	< 0,001
PET (%)	31 (23,3%)	348 (71,8%)	< 0,001
Demora PET-TC (mediana y RIQ)	7 (4,5-8)	8 (6-12)	< 0,001
Demora TC (mediana y RIQ)	3 (2-6)	6 (4-6,5)	< 0,001
Demora prueba histológica (mediana y RIQ)	7 (4,5-8)	8 (6-12)	< 0,001
Número pruebas de Imagen* (medianas y RIQ)	1 (1-1)	2 (1-3)	< 0,001
Número pruebas de Muestreo* (mediana y RIQ)	2 (2-3)	3,5 (1-7)	0,9
Número de pruebas totales* (mediana y RIQ)	2 (2-3)	3 (3-4)	< 0,001
Tiempo desde alerta a Comité ≥ 20 días (%)	21 (30,4%)	278 (57,1%)	< 0,001

*Por paciente.

52 años (rango 43 ± 87). En un 28,5% de los casos (6/21) pacientes, se obtuvo diagnóstico de DPM. Analizando el momento de la obtención de la citología del líquido pleural, en un 5% de los casos (1/21) pacientes, la citología post-biopsia fue negativa (-), siendo la previa (+).

Conclusiones: El momento de obtención de la muestra de líquido pleural no influye en la rentabilidad diagnóstica de DPM. La rentabilidad diagnóstica de la citología del líquido pleural para el diagnóstico de DPM fue del 28,5% concordante con lo publicado en la literatura científica. Sería necesaria una muestra mayor para definir si esta estrategia es rentable.

INFORMACIÓN DE LAS TIC SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA CPAP TERAPÉUTICA

M. Gimeno Peribáñez¹, C. Costa Falgas¹, M. Monsó Escobar¹, G. Marañón Castaño¹, M.P. Mariño da Silva², S. Mota Casals¹, D. Torres Scianca², E. Rojas Clavera¹ y R. Orriols Martínez¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona, España. ²Hospital de Santa Caterina de Salt, Girona, España.

Introducción: El síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) se puede revertir mediante tratamiento con CPAP. Para conseguir una adherencia y cumplimiento adecuados son clave la titulación de la presión a aplicar, la mascarilla, la formación, el apoyo y la supervisión al paciente, especialmente en los primeros meses. La incorporación de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) a los equipos de CPAP domiciliario puede ofrecernos datos objetivos sobre el tratamiento de utilidad para el seguimiento de los pacientes con CPAP. Objetivo: conocer las características de la terapia con CPAP de nueva indicación de nuestra área de influencia a través de las TIC.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en realizado desde una Unidad de Sueño de Alta Complejidad de en el área de Girona y Salt. En el último año todos los pacientes con indicación de CPAP se les hizo una titulación de CPAP con el equipo Airsense S10 autosest de Resmed®. Este registra el tiempo de tratamiento, las fugas, y el IAH y las apneas residuales. Los datos fueron facilitados por la empresa proveedora de terapias respiratorias. Se recogieron los datos de promedio en los últimos 28 días de las variables registradas por del equipo.

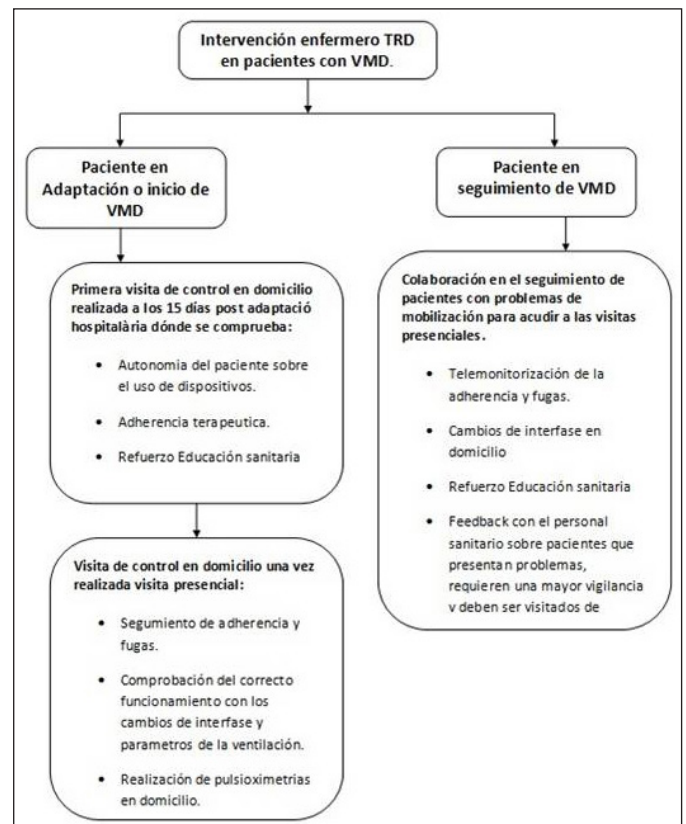
Resultados: Se incluyeron un total de 910 pacientes a los que se realizó el título de CPAP, 71% hombres 29% mujeres. El 67% de los pacientes son cumplidores (≥ 4 horas/día) con una media de uso diario de 5h, 33 minutos ± 1,10. De los cumplidores un 63% tenían un IAH residual < 5/hora y fugas menores de 20 l/minuto, un 31% tenían fugas elevadas, un 4% tenían un IAH residual > 5 y en el 2% mostraban fugas altas con e IAH residual $\geq 5/h$ En los no cumplidores la media del tiempo del tratamiento por sesión de CPAP resultó de 1,57 ± 0,19. De estos éstos los que cumplían al menos 1 h/sesión mostraban en un 28% fugas elevadas y un 4,7% un alto IAH residual.

Conclusiones: Los datos registrados por el equipo Airsense 10 Autosest nos permite identificar los grupos de pacientes con un bajo cumplimiento terapéutico, o bien aquellos pacientes que requieren una atención de manera rápida, fácil y/o precozmente. Esta información puede ser útil para la toma de decisiones tanto individuales como de manejo colectivo de nuestros pacientes.

INTEGRACIÓN DEL PROVEEDOR DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA

P. Carmona Arias¹, E. Hernández Molins² y M. Dalmases Cleries¹

¹Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España. ²Oxigen Salud, Lleida, España.



Distribución intervenciones enfermero TRD en VMD.

Introducción: La ventilación mecánica domiciliar (VMD) es el tratamiento de elección para los pacientes en insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica. Este tratamiento implica un alto impacto en la vida del paciente y en el estado de su patología pero el éxito está condicionado a una correcta adaptación y adherencia al tratamiento lo que implica un alto grado de monitorización clínica. Además, con el aumento de la cronicidad, cada vez se prescribe la terapia a pacientes de mayor edad y con limitación funcional por lo tanto, poder realizar intervenciones en el domicilio podría ser de gran ayuda para reducir el desplazamiento de estos pacientes al hospital. Objetivo: desarrollar un nuevo modelo de organización para el seguimiento de los pacientes con VMD que nos permita una mayor integración de los equipos de TRD con la atención hospitalaria para mejorar la continuidad asistencial y reducir el desplazamiento de los pacientes y las visitas hospitalarias.

Material y métodos: Descripción del sistema de seguimiento del paciente con VMD y de las intervenciones realizadas por el enfermero de TRD (fig.). Se han analizado el número de visitas realizadas en domicilio y el motivo de las mismas.

Resultados: Con la integración del enfermero de TRD se han valorado los resultados obtenidos durante el periodo comprendido entre marzo 2018-octubre 2018 objetivándose: el número de primeras visitas realizadas durante este periodo es de 67 pacientes, en los cuales se ha realizado una intervención en domicilio en el 42% de los casos (29 pacientes). En el 41% de los casos (12 pacientes) se han realizado pulsioximetrías domiciliarias, en pacientes con domicilio a una distancia superior a 60 km del hospital de referencia, reduciendo de esta manera una visita hospitalaria por paciente o ingreso para pulsioximetría hospitalaria. En el 41% de los casos (12 pacientes) la intervención a realizar fue por fugas elevadas precisando en un 15% de los casos (4 pacientes) cambios de interfase en domicilio. En el 6% de los casos (2 pacientes), se ha precisado visita hospitalaria para la resolución del problema.

Conclusiones: La integración del enfermero de TRD en el sistema asistencial, nos ha permitido mejorar el seguimiento de los pacientes

con VMD, solucionar problemas en la adaptación y reducir visitas presenciales en pacientes con dificultad para el desplazamiento, optimizando así la visita presencial hospitalaria.

LA ESPIROMETRÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA. ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES DADAS POR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL ASMA Y DE LA EPOC?

F.J. Fuentes Soltero¹, M. Suárez Vergara¹, I. García Núñez¹, E. Rodríguez Posada¹, E. Rodríguez Ruiz¹, R. Figueredo Mata², C. Moreno Giraldez², M. Martín Benavides², R. Aguilar Pérez Grovas² y J.M. Ignacio García¹

¹Hospital Quirón Salud Campo de Gibraltar, Palmones, Cádiz, España.

²Hospital Quirón Salud Marbella, Marbella, Málaga, España.

Introducción: Las Guías de Práctica Clínica en Asma y EPOC, recomiendan hacer una espirometría basal y un test broncodilatador, en el momento del diagnóstico del asma y del EPOC y en la revisiones del EPOC, hacer, al menos, un test broncodilatador como prueba para controlar la mejoría del paciente y la persistencia de la obstrucción no reversible de la vía aérea y en las revisiones del asma realizar, siempre, una espirometría basal y un test broncodilatador, porque la existencia de un test broncodilatador positivo, se correlaciona con riesgo futuro de exacerbación y deterioro, en el tiempo, de la función pulmonar. En este trabajo queremos ver si lo que hacemos en nuestro trabajo diario, se correlaciona con las recomendaciones de las guías.

Material y métodos: Analizamos 100 espirometrías consecutivas realizadas en nuestro servicio de Neumología y Alergia. Evaluamos el tipo de prueba realizada, espirometría basal, espirometría post-broncodilatación o espirometría basal + test broncodilatador. Vemos en la historia clínica del paciente, si la espirometría ha sido realizada con finalidad diagnóstica o seguimiento evolutivo. Correlacionamos lo realizado, en nuestro servicio, con lo propuesto por las guías de práctica clínica en asma y EPOC.

Resultados: La edad media de la población fue de 46,46 años (14-83), el 45% fueron hombres. 54% de los pacientes fueron nuevos diagnósticos, 40% revisiones y 6% chequeos. Entre los pacientes que fueron enviados por primera vez, 16 (29,62%) fueron diagnosticados de EPOC, 26 (48,14%) de asma y 12 (22,22%) de otras patologías. En los pacientes con asma se le realizó una espirometría basal a 10 pacientes (38,46%) y una espirometría basal + un test broncodilatador a 16 (61,53%). En los pacientes diagnosticados de EPOC 8 pacientes (50%) se le realizó una espirometría basal y a 8 (50%) una espirometría basal + test broncodilatador. En los pacientes que acudían a revisión de asma, a 10 (55,55%) se le realizaba una espirometría basal y a 8 (44,45%) una espirometría basal + test broncodilatador. En las revisiones de EPOC a 6 pacientes (42,85%) se le hacía una espirometría basal a 2 (14,28%) una espirometría posbroncodilatación y a 6 (42,85%) una espirometría basal + test broncodilatador.

Conclusiones: Detectamos un porcentaje importante de pacientes en los que no se correlaciona nuestra práctica diaria con las recomendaciones dadas por las guías. Debemos consensuar con nuestros médicos pautas de actuación para mejorar estos porcentajes.

LA VACUNACIÓN, UN GRAN RETO

R. Hervás Pérez, Y. Maltas Hidalgo, B. Zafra Puertas, V. Pérez Cáceres, L. Nadal González, C. Duran Ollero, A. Ocaña Padilla y S. Puerto Borrás

Institut Català de la Salut, El Masnou, Barcelona, España.

Introducción: La gripe estacional supone un desafío anual para los sistemas sanitarios debido a factores como la cocirculación de 2 subtipos de gripe A junto con otros 2 linajes de gripe B, estos virus, escapan a la inmunidad natural y a la conferida por las vacunas, sumados al impacto que produce la gripe en la morbimortalidad. Las recomendaciones de vacunación se centran en las personas con mayor probabilidad de enfermedad grave. La efectividad vacunal globalmente es del 65%, pero varía en función de las características de la vacuna, del virus, de la población y del objetivo que se persigue prevenir, yendo desde menos del 10% hasta casi el 90%. La enfermedad neumocócica es una importante causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. La prevención de la infección neumocócica mediante vacunación puede contribuir positivamente a la disminución de las resistencias de *Streptococcus pneumoniae* a nuevos antibióticos. La PNC23 (23 serotipos) no genera memoria inmunitaria, los niveles de antígenos disminuyen con el tiempo. La PNC13 (13 serotipos) puede emplearse en cualquier edad, genera memoria inmunitaria. Su utilización está justificada en sujetos con inmunodeficiencia y otras patologías de base.

Material y métodos: Revisión vacunación gripe, PNC13 y PNC23 en pacientes diagnosticados de EPOC y asma de la población de las Áreas Básicas de Salud de Alella, Masnou y Teià. Explotación de datos en SPSS.

Resultados: De un total de 835 pacientes con una media de edad 66,2 años diagnosticados de EPOC o asma, N = 513 (61,4%) eran hombres, N = 343 (41,4%) estaban vacunados de gripe, N = 501 (60%) de PNC23 y N = 21 (2,5%) de PNC13.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de enfermedades respiratorias presentan una infravacunación, sobretudo en la vacuna PNC13. En nuestra comunidad autonómica tanto vacuna anti-gripal como anti-neumocócica PNC23 están financiadas por el sistema público de salud, hecho que no ocurre con la anti-neumocócica PNC13. Motivo por el cual creemos que el número de pacientes vacunados de PNC13 es menor que el de pacientes vacunados de gripe o PNC23 aunque esté demostrada su efectividad. Por tanto concluimos diciendo: que la vacuna PNC13 debería estar incluida en el calendario vacunal del sistema público catalán y que se deberían aumentar las campañas de sensibilización de vacunación tanto para pacientes como para personal sanitario.

LUCHANDO CONTRA EL TABAQUISMO ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS

A.M. Díaz Rubio¹, R. Rodríguez Pérez¹, M.I. Verdugo Cartas¹, M.J. del Estal López¹, B. Rojo Moreno-Arrones¹, R. Moreno Zabaleta¹, M.T. Ramírez Prieto¹, M. Jiménez Benjumea¹, C. Morala Sánchez¹ y E. Martín Sánchez²

¹Hospital Infanta Sofía, Madrid, España. ²Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica de elevada prevalencia, constituyendo la primera causa de morbimortalidad prevenible en países desarrollados, siendo destacable que hasta un 30% del personal sanitario sea fumador activo. Objetivo: evaluar los resultados de un programa de deshabituación tabáquica entre los profesionales de nuestro entorno.

Material y métodos: Se seleccionó un grupo de profesionales sanitarios que solicitaron ayuda para dejar de fumar. Se les citó individualmente en la Unidad de Tabaquismo, donde se realizaron cuestionarios de dependencia física (test de Fagerström), motivación (Escala analógica), determinación de coximetría, espirometría y radiografía de tórax. Y se propuso un tratamiento farmacológico personalizado. Posteriormente se ofreció apoyo psico-conductual de manera grupal en cuatro sesiones: previo día-D, cercano al día-D, al mes del Día-D y a los 3 meses Día-D. Con el fin de reforzar la motivación de grupo se

llevaron a cabo dos medidas: creación de grupo WhatsApp, y diseño de pulseras que deberían llevar durante todo el proyecto.

Resultados: El grupo se formó con 10 profesionales sanitarios 7 de ellas eran enfermeras y 3 auxiliares de enfermería, el 100% de ellas eran mujeres. Tenían una edad media de 41,9 años \pm 9,7, con un índice tabáquico medio de 20 paq/año. La tasa media de intentos fallidos previos era de 1,5 \pm 1. Tenían una motivación media según la escala analógica de 9 \pm 1 y cooximetría media de 10 \pm 7,6. En un 60% de las trabajadoras se recomendó vareniclina, en un 20% TSN y el 20% prefirieron no utilizar ningún fármaco. El 70% de las participantes se encontraba abstinentes a los 6 meses de la inclusión. El otro 30% tuvo recaídas atribuibles al craving.

Características del grupo

Mujeres	100%
Enfermeras	70%
Edad media	41,9
Intentos previos	1,5
Craving inicial	3
IPA	> 20
Fagerström	2,8
CO inicial	10

Conclusiones: 1. Con nuestro programa de deshabituación tabáquica para el personal sanitario, se consiguieron unas tasas de abstinencia a los 6 meses del 70%. 2. Es probable que el sentimiento de pertenencia y arraigo al grupo haya influido positivamente para obtener dichos resultados. 3. Estos resultados positivos en un grupo reducido y seleccionado sugieren la utilidad de la implantación de este protocolo en un grupo mayor.

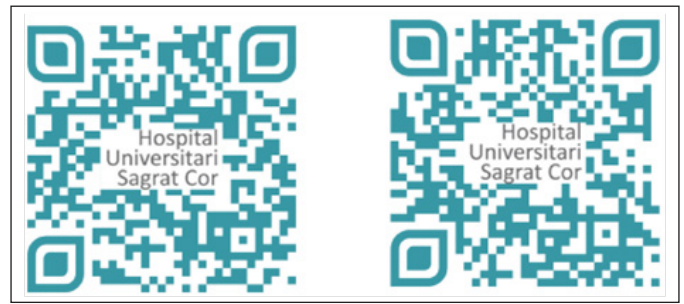
MICROLEARNING, NUEVO MODELO DE APRENDIZAJE PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS (UCIR)

P. Rius Monclús, M. Pérez Vallverdú, M. Lario Casabayó, N. Rodés Serret, L. Ezquerria Argilés y M. Galdeano Lozano

Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España.

Introducción: Las unidades de UCIR y Urgencias requieren de un aprendizaje específico tanto en el montaje como en la utilización del material específico para el soporte ventilatorio. Esto supone un reto para los profesionales de enfermería responsables de su manejo, y la necesidad de una formación precisa ya que la tecnología de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) evoluciona continuamente. La formación continuada es condición sine qua non para garantizar la seguridad del paciente y contribuye a la disminución de la ansiedad del personal de enfermería. Está demostrado que el microlearning se postula como una nueva área de investigación que puede dar respuesta a requerimientos formativos en la VMNI. Esta técnica se basa en la idea de desarrollar pequeños trozos de contenido de aprendizaje y tecnologías flexibles que permiten a los usuarios acceder a ellos con mayor facilidad para desarrollar sus actividades profesionales.

Material y métodos: En el mes de julio del 2018, 5 enfermeras del equipo de la UCIR del Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona diseñaron un programa formativo a partir de la realización de diferentes videotutoriales. Cada uno, de menos de 5 minutos de duración, muestra paso a paso el montaje, utilización y automanejo del material específico de la unidad. Todo el material audiovisual se digitalizó a código QR (módulo para almacenar información en una matriz de puntos o en un código de barras bidimensional). La matriz se lee en el dispositivo móvil por un lector específico y de forma inmediata nos lleva a una aplicación en internet. Es un código abierto y sus derechos



Ejemplo de QR.

de patente no se ejercen, por lo que su creación y uso está al alcance de las instituciones sanitarias sin incurrir en gastos.

Resultados: Se han publicado 6 videotutoriales de menos de 5 minutos de duración dirigidos al equipo multidisciplinar de neumología (UCIR).

Conclusiones: Este nuevo método de aprendizaje facilita la formación de los profesionales, permitiendo actualizar sus conocimientos y disminuir la ansiedad que provoca en el colectivo enfermero al tratarse de tecnología avanzada y en continua evolución. Asimismo, estos recursos audiovisuales impactan positivamente en la seguridad del paciente.

NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO DEL NPS: NUESTRA EXPERIENCIA EN 33 CASOS

I. Sánchez Fernández, M. Gil Muñoz, M. Ariza Prota, F. López González y A. Bango Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción: Evaluar la rentabilidad diagnóstica de la navegación electromagnética en el estudio diagnóstico de los pacientes con un nódulo pulmonar solitario (NPS), comparar la eficacia de las distintas técnicas empleadas durante el procedimiento, conocer el tiempo medio del mismo y su seguridad.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en la Unidad de Broncoscopia Intervencionista y Pleura del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) en el que se incluyen todos los pacientes en los que se realizó (NE) en el diagnóstico del NPS desde septiembre de 2016 a noviembre de 2018. Se analizaron datos demográficos, diagnósticos finales, las distintas técnicas empleadas durante el procedimiento y su rentabilidad, complicaciones y duración del procedimiento. Los procedimientos se realizaron en la sala de Broncoscopia con sedación realizado por un anestesista. El procedimiento se llevó a cabo con el Superdimension Versión 7.2. Para intentar obtener un diagnóstico se realizó punción (PBTB), biopsia con pinza convencional (Bx), cepillado bronquial y BAS. La decisión de realizar cada arma diagnóstica se decidió en función de las características radiológicas y localización del nódulo pulmonar para evitar complicaciones futuras.

Resultados: Se realizaron un total de 33 procedimientos, 66% varones y 34% mujeres. Se realizó Bx con pinza en 27 casos (82%), PBTB en 28 (85%), cepillado bronquial en 32 (97%) y BAS en 31 de los casos (94%). La técnica con mayor rentabilidad diagnóstica fue el cepillado bronquial siendo en 20/33 casos (61%), la PBTB fue en 18/33 casos (55%). La patología más frecuente diagnosticada fue el adenocarcinoma primario pulmonar en 11/33 casos (33%); seguida del carcinoma escamoso (2 casos), adenocarcinoma renal (1 caso), adenocarcinoma de recto (1 caso), carcinoma de células no pequeñas (2 casos), carcinoide típico (1 caso), carcinoide atípico (1 caso), carcinoma neuroendocrino (1 caso), 8 casos fueron considerados verdaderos negativos tras un seguimiento radiológico de 1 año sin modificación de la lesión a estudio,

en 4 caso el diagnóstico fue insuficiente y en 1 caso el resultado fue sospechoso para malignidad. Un paciente presentó dolor torácico tras finalizar el procedimiento que cedió con analgesia, 2 pacientes presentaron neumotórax (1 caso precisó drenaje torácico). El tiempo medio por procedimiento fue de 38 minutos.

Conclusiones: La NE es una técnica rentable y segura en el estudio del diagnóstico de pacientes con NPS, en nuestra serie el cepillado presenta la mayor rentabilidad.

PREVALENCIA DE FLUJO INSPIRATORIO MÁXIMO BAJO EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO Y SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO

M. Hernández-Yáñez, R.M. Rojas Moreno-Tomé, M. Gallardo Bermejo, W.I. Girón Matute, M.C. Suárez Rubio, B. Guzmán Román, C. Grijalba González, J.J. García López y L. Puente Maestu

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El índice de flujo inspiratorio máximo (PIFR) (< 60 L/min) entre los pacientes con alteración del patrón respiratorio puede provocar una inhalación ineficaz de la medicación, lo que lleva a una mala broncodilatación. Utilizar un medidor de flujo inspiratorio manual para simular las resistencias internas de los dispositivos de polvo seco permite evaluar el PIFR del paciente. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de PIFR bajo en pacientes con alteración del patrón respiratorio y su relación con el tratamiento prescrito.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal con pacientes adultos que acudieron al laboratorio de pruebas funcionales con diagnóstico de alteración del patrón respiratorio en tratamiento habitual con medicación inhalada. Para evaluar el pico de flujo inspiratorio, se utilizó el dispositivo In-Check DIAL® para simular la resistencia del inhalador. Se recogieron variables espirométricas y de su tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y el test de chi cuadrado para comparar las mismas. Se consideró un nivel de significancia de 0,05.

Resultados: Participaron en este estudio 155 pacientes siendo la media de edad de 63,1 (15,2) años y el 58,1% (90) eran mujeres. El 41,30% (64) de los pacientes tenían prescrito un inhalador que necesita un PIFR óptimo mayor de 60 L/min. Los valores específicos de

cada uno se observa en la tabla, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre dichos valores. Se comparó el PIFR medido por In-Check DIAL® junto con el pico inspiratorio de flujo (PIF) medido por espirometría encontrándose una correlación positiva (r_2 de Pearson = 0,624, con $p < 0,05$) como se observa en la figura.

Comparación del pico flujo según tipo de dispositivo

Tipo de dispositivo	Pacientes con PIFR bajo (≤ 60 L/min)	Pacientes con PIFR óptimo (> 60 L/min)	Total de pacientes
Turbuhaler	12 (19,4%)	26 (28%)	38 (24,5%)
Handihaler	11 (17,7%)	7 (7,5%)	18 (11,6%)
Breezhaler	7 (11,3%)	1 (1,1%)	8 (5,2%)
Otros inhaladores	32 (51,6%)	59 (63,4%)	91 (58,7%)

χ^2 de 12,873 con un valor $p < 0,01$; PIFR: índice de flujo inspiratorio máximo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la utilidad de In-Check DIAL® como herramienta para evaluar de forma ambulatoria el flujo inspiratorio máximo antes de la prescripción de un broncodilatador en polvo seco, garantizando así un beneficio clínico óptimo para el paciente y disminuyendo las exacerbaciones de la enfermedad.

REVISIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA TRANSITORIA PRESCRITA EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD

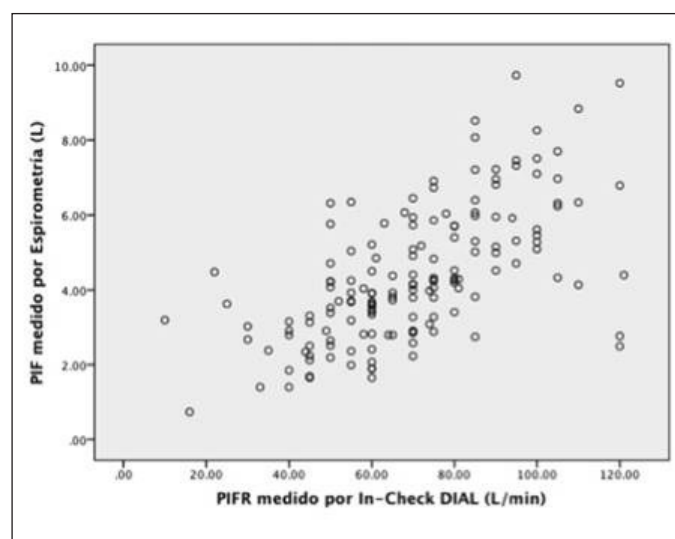
A. Salcedo Patricio, M.J. Medina Cozar, V. Jaimes Díaz, C. Sabater Abad, A. Aibar Díaz, P. Valle Dávalos, R. Navarro Iváñez y E. Fernández Fabrellas

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España.

Introducción: Tal como es conocido y queda reflejado en el Contrato Público 66/2013 sobre oxigenoterapia domiciliaria, técnicas y terapias respiratorias domiciliarias (TRD) suscrito por la Conselleria de Sanitat valenciana con las empresas suministradoras, "la indicación de oxigenoterapia continua domiciliaria no se considerará definitiva hasta que transcurran al menos tres meses desde su prescripción inicial". Nos propusimos revisar las indicaciones de oxigenoterapia transitoria realizadas en nuestro Departamento de Salud desde 2016, así como evaluar la situación actual de los pacientes que habían quedado sin revisión posterior por Neumología.

Material y métodos: Revisión del listado de altas nuevas desde 2016 a julio 2017 indicadas por facultativos no neumólogos. Habilitamos sendas consultas de enfermería y neumología para revisar esos pacientes y realizarles gasometría arterial basal y test de 6MM en caso de que tuvieran prescrito O2 para deambular. Si el paciente tenía dificultades de movilidad, se solicitó a los MAP y médicos de residencias que nos enviaran una determinación reciente de SpO2 basal del paciente.

Resultados: Del listado de 571 pacientes, 8% (46) eran exitus. De los 525 pacientes restantes, no se citaron los que llevaban O2 paliativo (oncológicos) ni los residentes en otra Comunidad/provincia. Antes de la fecha prevista para la revisión, 33 pacientes (6,9%) fallecieron. Se citaron 448 pacientes de edad media 78 ± 13 años, 45,5% hombres. 86,1% tenían prescrita OCD, en 57,2% por facultativo desconocido, siendo Medicina Interna el servicio más prescriptor (13,7%). 170 pacientes no acudieron a la cita ni proporcionaron datos de SpO2 basal. Finalmente, se revisaron el 62% de los pacientes citados (278), cuya PaO2 basal era 64 ± 11 mmHg. Se pudo retirar la OCD en 38,2%, lo que sumado a los ya fallecidos del listado (8%) más el 6,9% que lo hicieron



Correlación entre pico inspiratorio medido por espirometría y por InCheck DIAL.

hasta la cita para revisión, supone retirar 53,1% de las prescripciones facturadas al Departamento en julio 2017.

Conclusiones: Existe una importante bolsa de ineficiencia en la prescripción de la oxigenoterapia transitoria en nuestro Departamento, lo que conlleva un gasto innecesario y, lo que es peor, un deficiente control clínico de esos pacientes, que en algún momento fueron subsidarios de este tratamiento.

¿SE PUEDE UTILIZAR EL TEST DE GLOVER-NILSSON COMO PREDICTOR DE ABSTINENCIA TABÁQUICA?

C. Rodríguez García, M. Rodríguez Pericacho, J.A. Gullón Blanco, A. Ferrer Teruel, R. Esteban Bombín, M.Á. Villanueva Montes, J.D. Álvarez Mavárez, R. Rodríguez Seoane, L. González Justo y M.Á. Martínez Muñiz

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España.

Introducción: El objetivo fue determinar la dependencia conductual mediante el test de Glover-Nilsson de los pacientes que acudieron a nuestra consulta de tabaquismo y evaluar su utilización como predictor de abstinencia al finalizar el tratamiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes que acudieron a la consulta de enero de 2012 a diciembre de 2016. Datos: edad, sexo, comorbilidades (EPOC, asma, cardiopatía, neoplasias y patología psiquiátrica), test de Fagerström, test de Richmond, test de recompensa, test de Glover-Nilsson (en categorías: leve, moderada, fuerte y muy fuerte) intentos previos, número de cigarrillos y tiempo de consumo de primer cigarrillo. Se constató la abstinencia a los 3,6 y 12 meses con cooximetría ≤ 10 ppm. Estudio estadístico: distribución chi cuadrado, t de Student, correlación de Pearson y Anova, con $p \leq 0,05$; programa estadístico SPSS 19.

Resultados: Se incluyeron 376 pacientes, 53,2% mujeres, con edad media de $52,63 \pm 11,4$, e intentos previos de $1,22 \pm 0,6$. La puntuación media del test de Fagerström fue de $5,48 \pm 2,2$, test de Richmond $7,88 \pm 1,6$ y la de Glover-Nilsson $17,6 \pm 7,1$. La distribución de los pacientes en las cuatro categorías de este test era: leve: (22,1%), moderada: (51,9%), fuerte: (24,5%) y muy fuerte: (1,6%). No encontramos diferencias de puntuaciones entre ambos sexos. En el estudio de la relación de la dependencia conductual con las comorbilidades encontramos que sólo los pacientes asmáticos puntúan más en dicho test ($p = 0,35$). Los pacientes más jóvenes y los que consumen más cigarrillos también tenían más puntuación en el test de Glover-Nilsson. Estudiamos la relación de la dependencia de la conducta de fumar con los otros test y sólo encontramos que los pacientes que puntuaban más en el test de Fagerström, también lo hacían en el test de Glover-Nilsson. En la tabla 1 se muestra como se distribuían los

Tabla 1

Test Glover-Nilsson	N	Puntuación media test Fagerström	
Leve	83	$4,1 \pm 2,2$	p 0,000
Moderada	195	$5,5 \pm 1,9$	
Fuerte	92	$6,4 \pm 2$	
Muy fuerte	6	$7,6 \pm 2,2$	
Tiempo en fumar primer cigarrillo	N	Puntuación media test Glover-Nilsson	
< 5 min	156	$20,23 \pm 7,1$	p 0,000
5-30 min	138	$16,22 \pm 6,1$	
30-60 min	55	$15,30 \pm 6,8$	
> 60 min	27	$13,42 \pm 7,8$	

Tabla 2

Categorías test Glover-Nilsson	3 meses	6 meses	12 meses
Leve	36	35	34
Moderada	71	61	60
Fuerte	34	27	23
Muy fuerte	2	2	1
Total	38%	33%	31,4%
p	0,723	0,267	0,116

pacientes en las diferentes categorías, la puntuación del test de Fagerström en cada grupo y la puntuación media del test de Glover-Nilsson en relación con el tiempo en fumar el primer cigarrillo. El número de pacientes que se mostraban abstinencia tabáquica en relación con las cuatro categorías del test de dependencia se refleja en la tabla 2.

Conclusiones: 1. La puntuación del test de Glover-Nilsson no es predictor de la abstinencia tabáquica. 2. Los pacientes más jóvenes y con más consumo tienen más puntuación en dicho test. 3. La mayor dependencia conductual está asociada a la mayor dependencia física y a menor tiempo de consumo del primer cigarrillo.

SEDACIÓN CONSCIENTE DURANTE LA BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE. ¿QUÉ LE APORTA AL PACIENTE?

A.M. Pulido Sánchez, Y. Arroyo López, E. Gilbert González, J.N. Sancho Chust, V. Molina Peinado, S. Vañes Baños, V. Esteban Ronda, E. Pastor Esplá y E. Chiner Vives

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Las principales razones de la utilización de la sedación consciente (SC) durante la broncoscopia flexible (FB) son mejorar la tolerancia del paciente (al aliviar la ansiedad y aumentar el confort) y facilitar el trabajo médico y de enfermería durante el procedimiento. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el impacto de la SC en la FB sobre la tolerancia del paciente, las maniobras diagnósticas realizadas, las complicaciones y la mortalidad.

Material y métodos: Se analizaron prospectivamente las FB realizadas en la sala de bronoscopias durante un periodo de 12 meses. Se recogieron datos demográficos de los pacientes, indicación de la FB, vía de entrada, empleo de SC, tipo y cantidad de sedante, anestésico local utilizado, biopsias y punciones realizadas, complicaciones y mortalidad. Datos presentados como media \pm desviación estándar. Significación estadística con $p < 0,05$. Se elaboró una base de datos y se analizó mediante SPSS versión 18.0.

Resultados: Se incluyeron 496 bronoscopias, 66% varones, con una edad media de 66 ± 14 años [rango 11-93]. Las principales indicaciones fueron nódulo/masa pulmonar (27%), neumonía (21%), hemoptisis (9%) y atelectasia (8%). La vía de entrada más frecuente fue la nasal (93%). Se realizó SC en el 93% de los casos, todas con midazolam en bolos iv, con una dosis media de $3,7 \pm 1,4$ mg. La cantidad de anestésico local utilizado fue similar en las FB con SC y las FB sin SC (lidocaína 22 ± 8 mL frente a 22 ± 7 mL, $p = n.s.$). La tolerancia fue mejor en la FB con SC respecto a la FB sin SC (tolerancia regular 19% y mala 8% frente a tolerancia regular 19% y mala 39% respectivamente, $p < 0,05$). Se realizaron significativamente más biopsias y punciones en las FB con SC frente a las FB sin SC (35% y 8% frente a 25% y 0% respectivamente, $p < 0,05$). No hubo diferencias en las complicaciones entre la FB con SC y sin SC (10% y 11% respectivamente, $p = n.s.$). Tampoco hubo diferencias en la mortalidad, que fue del 0% en ambos grupos.

Conclusiones: La utilización de la SC durante la FB mejoró la tolerancia del paciente y permitió al personal sanitario la realización de más técnicas diagnósticas, todo ello de una forma segura al no aumentar las complicaciones ni la mortalidad.

TOLERANCIA AL EJERCICIO EVALUADA MEDIANTE EL INCREMENTAL SHUTTLE WALKING TEST (ISWT) EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO PREOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR: COMPARACIÓN CON LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (PECP)

M.D. Luque Toro¹, P. Morós Garcés¹, N. Calaf Sordo¹, C. Rodríguez García¹, A.E. Macías Paredes¹, A.M. Fortuna Gutiérrez¹, J.C. Trujillo Reyes², E. Martínez Téllez², J. Belda Sanchis² y M. Mayos Pérez¹

¹Unidad de Función Pulmonar, Servicio de Neumología; ²Servicio de Cirugía Torácica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: Las pruebas de baja tecnología (PBT) como el ISWT se incluyen por su sencillez, en algunos algoritmos de valoración del riesgo preoperatorio de cirugía de resección pulmonar. El objetivo de este estudio ha sido comparar la tolerancia y respuesta al ejercicio evaluada mediante el ISWT y la PECP, en pacientes candidatos a cirugía de resección pulmonar.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes candidatos a cirugía de resección pulmonar desde septiembre 2017 hasta noviembre 2018. Se realizó un estudio funcional respiratorio que incluyó espirometría con PBD, volúmenes pulmonares y transferencia de CO (DLCO). A los pacientes que presentaron FEV1PBD o DLCO < 80% v. Ref., se les realizó de forma aleatoria en dos días consecutivos, una PECP con cicloergómetro (Ergocard PRO, Medisof, Belgium) y un ISWT*. Se comparó el grado de disnea y de molestias en EEII (escala de Borg) y la evolución de la tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC) y saturación arterial (SatO₂).

Resultados: Se estudiaron 41 pacientes (28 varones), edad 65 ± 10 años. El VO₂máx medio en la PECP fue de 17,17 ± 4,52 ml/kg/min (75 ± 25%) (Thorax. 1992;47:1019-24). El 51,2% presentaron > 400m en el ISWT (distancia media recorrida: 392 ± 97 m). En la PECP se observó un incremento mayor de la TA sistólica y de la FC, sin embargo el grado de desaturación fue menor que con el ISWT (p < 0,05). En el ISWT la disnea fue superior (p < 0,001) y el motivo principal de finalizar la prueba, mientras que en la PECP la causa más frecuente de finalización fue la impotencia funcional en EEII.

Evolución de las variables objetivadas con la PECP y el ISWT

VARIABLES**	PECP (media ± DE)	IWST (media ± DE)	p
TAS (mmHg)	59,7 ± 24,6	20,3 ± 15,4	0,009
TAD (mmHg)	15,3 ± 10,7	7,3 ± 9,3	0,5
FC (lpm)	44,1 ± 17	40 ± 19	0,004
SatO ₂ (%)	-1,6 ± 2,9	-3,6 ± 3	0,046
Borg Disnea	1,7 ± 2	2,3 ± 2,1	p < 0,001
Borg EEII	2,8 ± 2,5	1,8 ± 2,3	0,01

*Diferencia de la variable entre final e inicio del ejercicio; p < 0,05: significación estadística. PECP: prueba de esfuerzo cardiopulmonar progresiva; ISWT: Incremental Shuttle Walking Test.

Conclusiones: El ISWT se propone como una prueba incremental máxima que puede substituir, por su sencillez y baja necesidad tecnológica a la PECP. Sin embargo, el ISWT puede ser peor tolerado por los pacientes, por inducir un mayor grado de disnea y desaturación arterial. Estas diferencias se han de tener en cuenta en la comparación de resultados de ambas pruebas de esfuerzo máximo.

VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES EPOC EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

M.J. Centeno Flores¹, M.T. Górriz Dolz¹, J. Berraondo Fraile¹, P. Gual Capllonch², M. Rubí Ponseti¹ y L. Mir Sagrista¹

¹Programa RESC Hospital Joan March, Bunyola, Islas Baleares, España. ²Hospital Son Llàtzer, Palma, Islas Baleares, España.

Introducción: La prevención es uno de los pilares del tratamiento médico. Entre los pacientes con EPOC, la vacunación antigripal y antineumocócica están recomendadas en las guías nacionales e internacionales, aún así las coberturas vacunales suelen ser bajas. Pretendemos conocer las motivaciones que llevan a los pacientes a decidir vacunarse o no, con el fin de actuar sobre ellas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal llevado a cabo en la consulta de enfermería del Programa RESC de nuestro centro durante el periodo vacunal de 2017. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un breve cuestionario sobre vacunación y se recogieron datos de agudizaciones un año antes y después de la vacunación.

Resultados: Se recogieron datos de 95 pacientes, siendo el 86% EPOC. De estos el 67,3% eran hombres con una edad media de 72,6 ± 1,34 años. Se estratificaban como EPOC de alto riesgo (93,2%), fenotipo bronquitis crónica (62,2%), agudizadores (83,6%; con 2,5 ± 0,2 agudizaciones/año) y fumadores activos (11,1%). Presentaban una comorbilidad moderada (índice Charlson: 2,5 ± 0,2 puntos), con antecedentes de neumonía (34,5%) e ingresos en UCI (16,4%). Se vacunaron de la gripe el 80% principalmente por recomendación médica (75%) y el 20% no lo hicieron por rechazo a la vacuna (50%). Tenían cobertura antineumocócica 48,2% y los que no se habían vacunado era por desconocimiento de la vacuna (62,1%), motivos económicos (10,3%) o rechazo a la vacuna (10,3%). No existe relación entre el antecedentes de UCI, NAC o agudizaciones en el año previo y la decisión de vacunación antigripal (p = 0,9; p = 0,2 y p = 0,5 respectivamente) o antineumocócica (p = 0,8; p = 0,5; p = 0,6 respectivamente). El número de agudizaciones en el año posterior a la vacuna es menor entre los vacunados (2,1 ± 0,2 frente a 2,6 ± 0,9), pero estas diferencias no son estadísticamente significativas (p = 0,43).

Conclusiones: La proporción de vacunados contra la gripe es más alta que contra el neumococo. El principal motivo para la vacunación es la recomendación del personal sanitario, y para no vacunarse el desconocimiento o rechazo a la vacunación. No hay relación entre situaciones clínicas previas de enfermedad (agudizaciones, neumonías o ingresos en UCI) y la decisión de vacunarse.

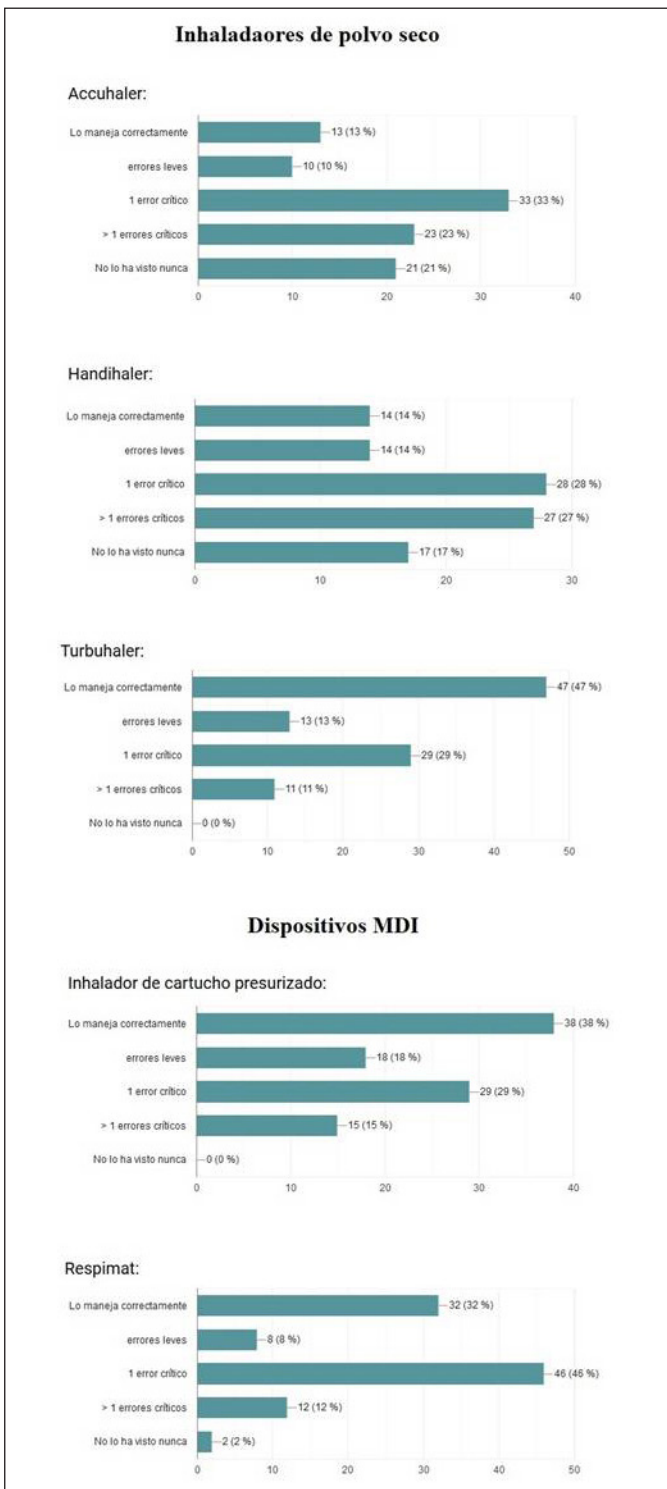
VALORACIÓN DE LA DESTREZA EN EL MANEJO DE INHALADORES DE LAS ENFERMERAS DEL ÁREA ASISTENCIAL HOSPITALARIA

C. Delgado Lozano

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La terapia inhalada permite que los medicamentos actúen rápida y directamente en el árbol bronquial, gracias a lo cual se precisan dosis menores y se provocan menos efectos secundarios, aunque debemos tener en cuenta que la eficacia del tratamiento depende en gran parte de que la técnica de administración sea correcta y esto implica que el personal de enfermería debe tener destreza en el manejo de los inhaladores para poder instruir correctamente a los pacientes y cuidadores en su uso.

Material y métodos: Estudio prospectivo con una muestra de 100 enfermeros del área asistencial del hospital Virgen de la Victoria a los que, a través de una encuesta individual, se les solicitó una demostración práctica del manejo de los cinco dispositivos de inhalación más



Resultados demostración práctica del manejo inhaladores.

usados en dicho hospital, sin realizar una instrucción teórica previa sobre la técnica.

Resultados: Participaron 100 enfermeros/as (10 de cada una de las 8 unidades del hospital y 20 de Medicina interna debido a su gran tamaño) de los cuales un 76% son mujeres (76 mujeres y 24 hombres) y un 50% lleva entre 10 y 20 años ejerciendo la profesión. Los resultados de la encuesta se encuentran en el archivo adjunto. Los errores críticos más habituales fueron: no realizar una espiración lenta y profunda antes de iniciar la inhalación y la ausencia de apnea de 10 segundos tras retirar el inhalador de la boca. A esto se ha de sumar los especifi-

cos de cada inhalador: en el caso del Accuhaler fue no cargar correctamente el dispositivo, en el Handihaler no perforar la capsula, en Turbuhaler no mantenerlo vertical y no cargar correctamente el dispositivo, en el Inhalador de cartucho presurizado no agitarlo y realizar varias pulsaciones seguidas y por último en el Respimat realizar la carga con la tapa abierta. Solo un 26% de los profesionales sabían que es necesario enjuagar la boca tras el uso de los inhaladores (especialmente en el caso de corticoides) y el 87% reconoce que nunca ha recomendado al paciente que limpie el dispositivo.

Conclusiones: Tanto el nivel de conocimientos como la destreza en el manejo de inhaladores son deficientes, por lo que se realizará un curso sobre terapia inhalada en el hospital en febrero de 2019, acompañado de material visual (cartelería) y sesiones clínicas en las distintas unidades. Es importante que la enfermería tome conciencia de la importancia de su papel en el adiestramiento de los usuarios de inhaladores y de que es esencial que mantengan sus conocimientos actualizados en base a la evidencia científica vigente.

VALORACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE 24 H TRAS UNA BRONCOSCOPIA. VALORACIÓN POR ENFERMERÍA

M.C. Sanz Francés

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Introducción: La broncoscopia es una técnica de visualización de las vías aéreas bajas usando un broncoscopio flexible o rígido, la cual puede ser utilizada con fines diagnósticos o terapéuticos. En la actualidad se realiza habitualmente con sedación ya que es una técnica mal tolerada por el paciente despierto. El objetivo de este trabajo es valorar la sintomatología que presenta el paciente en las primeras 24h tras realizarle una broncoscopia y comparar dos tipos de estrategia de sedación (propofol y combinación de propofol más fentanilo), para valorar la sintomatología tras la prueba.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo y observacional de pacientes a los que se les indicó una broncoscopia en régimen ambulatorio en la Unidad de Endoscopias Respiratorias del Hospital Universitario y Politécnico de la Fe, con componente analítico desde septiembre hasta noviembre de 2018. La técnica fue realizada por 3 broncoscopistas experimentados, 2 médicos residentes supervisados por los anteriores y 3 enfermeras. Se utilizaron dos tipos de estrategia de sedación: Grupo 1 con propofol en bolos, comenzando con una dosis inicial de 0,5 mg/kg y posteriormente bolos de 20 mg hasta alcanzar el grado de sedación deseado; durante la exploración se añadieron bolos de 20 mg según necesidades. Grupo 2 con 0,05 mg de fentanilo y propofol en bolos hasta según necesidades. Previamente al procedimiento se informa al paciente de la prueba y sintomatología habitual. Se pasa un cuestionario telefónico tipo Likert (0: muy poco; 1: poco; 2: algo; 3: Bastante; 5: mucho).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 40 pacientes aleatoriamente de carácter ambulatorio, 20 en cada grupo. Los pacientes del Grupo 1 fueron 14 hombres (70%) y 6 mujeres (30%) con edad media de 62,05 años (rango 25-86); Grupo 2 eran 14 hombres (70%) y 6 mujeres (30%) con edad media de 56,8 años (rango 33-73). Los síntomas de mayor intensidad (mucho/bastante), que refirieron los pacientes fueron: cefalea 3/40 pacientes (7,5%), tos e irritabilidad 7/40 pacientes (17,5%), somnolencia 5/40 pacientes (12,5%), aumento de secreciones 6/40

Datos de las variables

N.º total de pacientes	40	Grupo 1	Grupo 2
Varones	32 (80%)	14	16
Mujeres	8 (20%)	6	4
Edad ± DE años total	61 años (25-86)	62,05 años	56,8 años

pacientes (15%), distermia 1/40 pacientes (2,5%), fiebre 5/40 pacientes (12,5%), Dolor torácico 3/40 pacientes (7,5%).

Conclusiones: La sintomatología tras 24h de la realización de una broncoscopia fue escasa. Cuando separamos a los pacientes según la estrategia de sedación utilizada no hubo diferencias. La sintomatología más acusada referida por los pacientes fue tos e irritabilidad de garganta y aumento de secreciones.

VALORACIÓN DEL MANEJO DE LOS INHALADORES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

M. Echeberría Lizaso, D. Bello Cambero, L. Rajado López, J. Legarda Iturrioz y I. Sayago Reza

Clínica Asunción, Tolosa, Guipúzcoa, España.

Introducción: La terapia inhalada es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Para obtener el beneficio clínico deseado, y a su vez un buen control de la enfermedad es necesario un correcto manejo del dispositivo por parte del paciente. Es aquí donde cabe destacar el papel de enfermería, ya que es la principal responsable de la formación y educación de los pacientes. Por lo tanto, resulta indispensable, que el personal sanitario tenga los conocimientos necesarios para poder educar de forma correcta al paciente, garantizando así la eficacia del tratamiento. El objetivo de este estudio es evaluar y valorar el conocimiento del personal de enfermería en el manejo del cartucho presurizado (pMDI) con cámara espaciadora.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo sobre conocimiento práctico del uso del pMDI por parte del personal de enfermería. Han participado 36 enfermeras que trabajan en plantas de hospitalización, 33 mujeres y 3 hombres, con edad media 42 años. El 75% pertenece a planta de Medicina Interna, y 25% a planta de Cirugía General, que también recibe pacientes con enfermedades pulmonares. La recogida de datos se ha realizado de forma anónima, voluntaria e individual, sin instrucción teórica previa sobre el manejo del inhalador. La evaluación se ha realizado según la normativa SEPAR (P9).

Resultados: En el estudio realizado, únicamente 3 personas del personal de enfermería conoce de forma adecuada toda la técnica. Por lo tanto, 33 personas realizan incorrectamente algún paso de la maniobra inhalatoria; de los cuales 17 cometió únicamente un error y 16 dos o más pasos (fig. 1). Analizando cada uno de los pasos de la maniobra, el error más frecuente corresponde al P7 (30 personas), seguido del

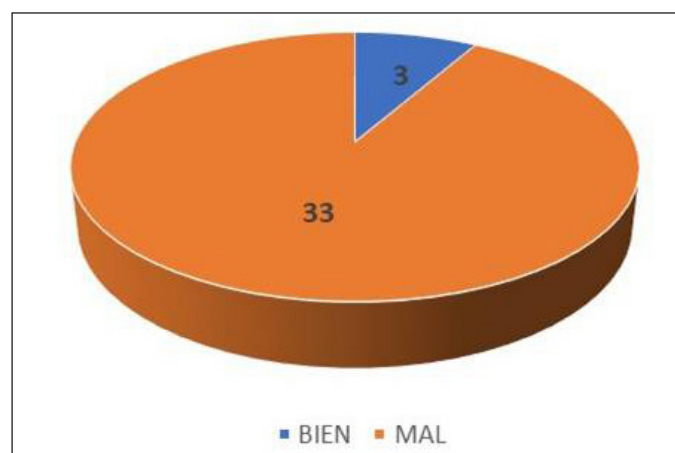


Figura 1. Conocimiento correcto de la técnica inhalatoria del cartucho presurizado pMDI con cámara espaciadora.

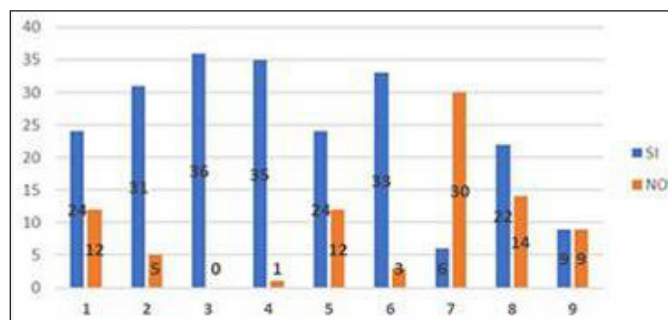


Figura 2. Valoración del manejo del cartucho presurizado pMDI con cámara espaciadora.

P8 (14 personas) y P5 (12 personas). Comparando con el estudio que realizamos el año pasado a los pacientes con EPOC hospitalizados, comprobamos que los errores que más cometían eran en el P7 y P8 (fig. 2).

Conclusiones: Los resultados obtenidos con dicho estudio evidencian la falta de conocimientos en el manejo de los inhaladores por parte de enfermería, repercutiendo de forma directa en el propio paciente. Comparando los dos estudios, se puede observar que tanto las enfermeras como los pacientes fallan en los mismos pasos. Por lo tanto, es necesario diseñar nuevas estrategias e incentivar a los profesionales sanitarios para que la educación sea un proceso continuado y garantizar la eficacia del tratamiento.

VALORACIÓN DEL USO DE LA TÉCNICA DE INHALADORES

E. González Fernández, R. Cardeiro Pérez, L. Fuente Castañón, L. Ferradas Álvarez, M.J. Gómez Burgo, N. Prada Calderón, J. Pintado Flor y A. Antón Ladislao

Hospital Barrualde Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: La correcta realización de la técnica de inhalación es tratamiento principal en las patologías respiratorias.

Material y métodos: Se ha realizado una encuesta específica para la recogida de datos anónima y sin obligatoriedad, en el Servicio de Neumología del Hospital de Galdakao. Con los datos obtenidos se ha realizado un análisis descriptivo y después un análisis univariante para encontrar posibles asociaciones entre variables.

Resultados: Se analizaron variables a un total de 41 pacientes, con una media de edad de 58 años. El 54% varones frente al 46% mujeres. De entre las patologías analizadas un 46% correspondía al asma, un 36% al EPOC y un 18% a otras patologías. El 80% de los encuestados confirman que utilizan de forma habitual los inhaladores, entre estos un 58% utiliza inhaladores de polvo seco y el 42% restante inhaladores de cartucho presurizado. El 62% de los pacientes en tratamiento con inhaladores en polvo seco realiza correctamente la técnica mientras que el 37% que utiliza cartucho presurizado lo realiza correctamente. Entre los pacientes encuestados, el 90% tiene una percepción de buena realización de la técnica, tras la valoración de la misma vemos que el 39% tiene una técnica correcta frente al 61% que la realiza incorrectamente. Teniendo en cuenta el lugar donde se instruye al paciente, obtenemos los siguientes datos: el 29% del total de pacientes ha sido instruido en el servicio de Hospitalización de Neumología, de los cuales el 58% realiza bien la técnica frente a un 42% que lo realiza mal. Otro 29% corresponde a la consulta de Atención Primaria, de los cuales un 8% realiza correctamente la técnica frente a un 92% cuya técnica es incorrecta. El 39% del total de pacientes ha sido instruido en consulta especializada, de los cuales el 50% la realiza correctamente frente a otro 50% que la realiza de manera incorrecta. En otros servi-

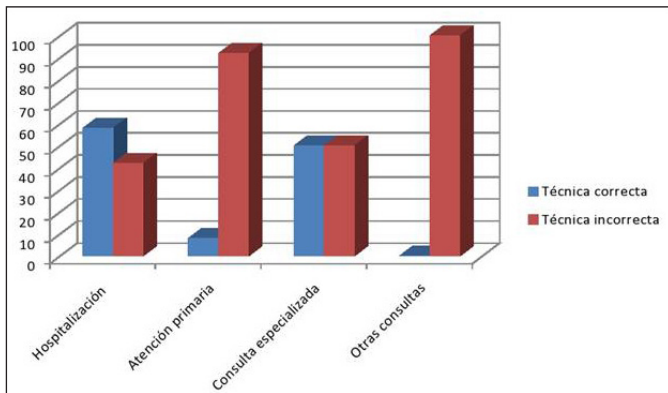


Figura 1.

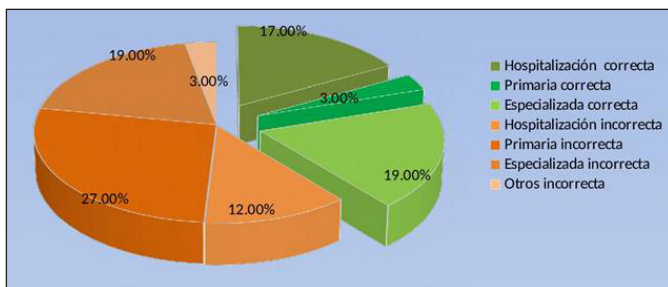


Figura 2. Valoración técnica inhaladores.

cios se ha formado al 3% del total de pacientes, de los cuales, el 100% realiza incorrectamente la técnica.

Conclusiones: Del total de pacientes que realiza correctamente el manejo de inhaladores (un 39%), el 50% se ha instruido en la consulta de especializada, el 44% en Hospitalización y el 6% en Atención Primaria. El 61% restante que realiza mal la técnica, ha sido formado en un 44% en Atención Primaria, el 32% en consulta especializada, el 20% en hospitalización y el 4% en otras consultas. Estos resultados arrojan un valor estadístico significativo puesto que la p ha sido inferior a 0,05.

VARIABLES PARA ESTUDIAR PARA CONSEGUIR LA ABSTINENCIA EN EL FUMADOR

M.V. González Dou

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

Introducción: ¿Son la motivación y los intentos un dato que nos permita indicar si conseguirá la abstinencia? ¿O quizás es la relación paquete/año?, ¿Puede ser el Grado de tabaquismo? Cuando nos llega un paciente a la consulta de tabaco, el 80% viene con la idea de dejar de fumar, y sabemos que solo lo consigue un 20% (cifras aprox.). ¿Que debemos buscar en la HC para ayudarnos a determinar que lo va a conseguir? y lo más importante ¿por dónde debemos incidir para que lo consiga?

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes de la Consulta de Tabaco de los años 2015 y 2016, excluyendo los que habían dejado de fumar antes de la primera consulta, o han sido difíciles de valorar quedando 134 enfermos. Hemos estudiado las variables de sexo, tratamiento, intentos, motivación, grado de tabaquismo y final del tratamiento.

Resultados: Son 69 hombre y 65 mujeres, de los cuales 26 en total consiguieron abstinencia. Con un promedio de 35,10 años de fumador (65-11) y un Fagerström de 6,47 (10-2). De 26 fumadores (19,4%) que

consiguieron la abstinencia, 4 tenía una motivación de 10 y 4 la tenían de 8. Referente a los intentos 8 tenía varios intentos y 8: 0 intentos. Se dividían al 50% en cuanto al sexo. De los 4 enfermos de 10 motivación 2 tenían un grado de tabaquismo alto. En cuanto al tratamiento, el 50% de la abstinencia es con vareniclina, pero a nivel general, el tratamiento más común es la reducción y TSN. En el grupo de abandono tardío: 64 pacientes (el más grande) podemos ver que en cuanto a tratamiento el grupo mayor es la reducción (50%) y el menor de TSN con 5 pacientes (7,81%). La motivación es un dato a tener en cuenta, pero teniendo 10 solo hay 5 personas, y con 9 de motivación 13. En cuanto a los intentos los dos grupos más numerosos son varios intentos con 24 personas y con 0 intentos: 19 fumadores.

Conclusiones: Al cruzar los datos vemos que no hay relación entre ellos. Que si hay un dato que sea significativo no son las variables estudiadas. Lo que nos puede dar pie a buscar otros datos. No queda reflejado el motivo, pero que exista tantos enfermos que hayan optados por la reducción, o reducción con TSN VO, es por causas económicas, que nos fuerza a lograr la financiación de estos tratamientos.

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID)

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPID

I. Suárez Lorenzo¹, P. Pérez Ferrer¹, M. Llombart Cantó¹, M.D. López Santander¹, J.A. Bernal Vidal¹, A. Martínez Sanchis¹, B. Vila Auli¹ y B. Pérez-Sánchez²

¹Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España. ²Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España.

Introducción: Los avances en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las EPID hacen necesario un estudio multidisciplinar. Nuestro objetivo es analizar la actividad asistencial desde la creación de la consulta monográfica de EPID con el fin de gestionar este tipo de pacientes como paso previo a evaluar los resultados respecto a años anteriores.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes evaluados en la consulta monográfica de EPID del Hospital Marina Baixa (Alicante), de marzo a noviembre de 2018. Realizamos un análisis descriptivo utilizando el programa SPSS 24.0.

Resultados: Se evaluaron 43 pacientes con una edad de 65 ± 13 años, 23 hombres (54%) y 20 mujeres (46%); 23 exfumadores (53%), 11 no fumadores (26%) y 9 fumadores (21%), con una media de 28,5 ± 16 a/p. 5 pacientes (12%) habían tomado fármacos neumotóxicos y 11 (26%) expuestos a tóxicos ambientales. Los síntomas fueron disnea (81%), tos (63%), hemoptisis (5%), dolor torácico (2%) y fiebre (2%). La mMRC fue grado 0 en 11 pacientes (26%), 1 en 17 (40%), 2 en 7 (17%), 3 en 6 (14%) y 4 en 1 (2%). El 56% tenían crepitantes en velcro y 30% acropaquias. Las PFR medias fueron: FVC 92%, FEV1 90%, FEV1/FVC 78%, DLCO 70%, VA 91%, DLCO/VA 79%, TLC 83%, RV 84%. En el 6MWT, los valores medios fueron: SaO2 96%, distancia caminada 431m, SaO2 inicial 95% y final 91%, Borg inicial 1 y final 4. Se alcanzó el diagnóstico en 37 pacientes (86%), siendo: FPI 11 (26%), EPID asociada a ETC 6 (14%) (4 AR, 1 Sjögren y 1 polimiositis), sarcoidosis 4 (9%), AAE 4 (9%), NINE idiopática 2 (5%), histiocitosis X 2 (5%), LAM 1 (2%), s. combinado 2 (5%) y asociada a tabaco 1 (2%). 4 (9%) resultaron inclasificables y 6 (14%) pendientes de completar estudio. El diagnóstico fue clínico-radiológico en 28 (65%), broncoscópico en 4 (9%) y por VATS en 5 (12%). El patrón radiológico NIU fue típico en 12 (28%), probable en 5 (12%), indeterminado en 10 (23%) e inconsistente en 15 (35%). Reci-