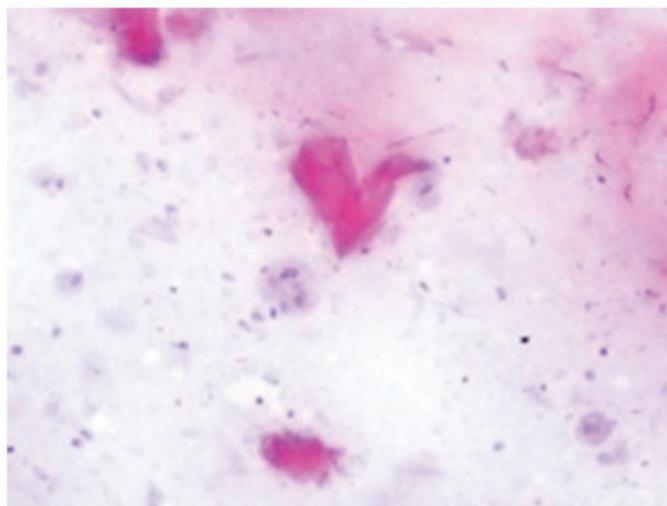


	Edad	Tiempo desde cirugía	Colocación de celulosa oxidada regenerada	Prueba de imagen	Correlación radiológica	Localización de la toma de muestras	Obtención de la muestra	Anatomía patológica
Caso 1	63	3,5 años	Ventana aorto-pulmonar y subcarinal	PET-TC: SUV máx. 7,8	Aumento de densidad e hipermetabolismo entre la aorta, esófago y bronquio principal izquierdo	10L	EBUS-TBNA	Reacción granulomatosa, gigantocelular e histiocitaria a cuerpo extraño
Caso 2	71	10 meses	Ventana aorto-pulmonar	Radiografía de tórax	Infiltrado pulmonar en campo medio izquierdo	biopsias bronquiales FBS + frotis de espolón b. LSI-cicatriz		Material amorfo acelular con ocasionales estructuras fibrilares sugestivo de material extrínseco
Caso 3	66	1,8 años	No consta	PET-TC: SUV máx. 5	Imagen nodular en la zona de clips quirúrgicos, paratraqueal inferior derecha	4R	EBUS-TBNA	Reacción granulomatosa e histiocitaria a material extraño
Caso 4	70	1 año	Subcarinal, paratraqueal izquierdo y ventana Ao-pulmonar	PET-TC: SUV max 2,57	Paratraqueal superior e inferior derechas, prevascular y paraesofágica izquierda	4L	EBUS-TBNA	Extendidos con sustancia amorfa (material exógeno) y abundantes macrófagos.
Caso 5	61	1 año	Espacio subcarinal y prevascular	TC torácico	A nivel paraaórtico y a nivel subcarinal	7	EBUS-TBNA	material amorfo acelular (material extrínseco)

**Resultados:** En la tabla se exponen los datos de los 5 pacientes, todos varones (edad media 66 años) y con un tiempo desde la cirugía de 1 a 3,5 años. El material se colocó en mediastino y la exploración patológica fue, en la mayoría de los casos (3/5), una PET-TC, destacando que la zona de detección de la anomalía radiológica se correlacionaba con la de la aplicación del material. En la muestra anatomopatológica (punción o biopsia bronquial), se observó material extraño o una reacción granulomatosa a cuerpo extraño. En la figura se muestra la imagen citológica del caso 1.



Cambios inflamatorios granulomatosos debido a la presencia de material extraño/exógeno. Pap smear, 40x.

**Conclusiones:** Ante la sospecha inicial de recidiva ganglionar posquirúrgica, incluso con PET con captación patológica (por la reacción de la celulosa), puede ser conveniente considerar el diagnóstico diferencial de surciloma y gelitaceloma ya que pueden existir restos del producto más allá de un año posintervención. La EBUS-TBNA se ha mostrado como una herramienta útil para realizar este diagnóstico.

### 364. VALIDEZ DE LAS GUÍAS DE ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA DE LA EUROPEAN SOCIETY OF THORACIC SURGEONS EN UN CENTRO CON ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL

T. Pribic, M. Martínez Palau, B. García Cabo, B. Barreiro López, A. Navarro Rolón, R. Costa Sola, L. Esteban Tejero, M. Serra Mitjans, S. Call Caja, C. Obiols Fornell, R. Rami Porta, G. Solana Tubau, L. Canales Aliaga y J. Sanz Santos

*Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España.*

**Introducción:** Las últimas guías de la European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) para la estadificación mediastínica del carcinoma pulmonar no célula pequeña (CPNCP) no han sido aun validadas en un centro con ultrasonografía endobronquial (USEB). Nuestro objetivo fue estimar la validez de estas recomendaciones en vida real.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CPNCP sometidos a las guías de la ESTS de junio de 2017 a octubre de 2019 en nuestro centro. Se calcularon la sensibilidad, valor predictivo negativo (VPN) y rendimiento diagnóstico global de las guías de la ESTS para la detección de enfermedad ganglionar mediastínica.

**Resultados:** 161 pacientes con diagnóstico final de CPNCP se sometieron a las guías. Tras la estadificación no invasiva, 41 pacientes fueron directamente a cirugía de resección, de los cuales 1 paciente presentó enfermedad N2/N3 y 40 enfermedad N0/1. 120 pacientes se sometieron a USEB que mostró enfermedad N2/N3 en 52 pacientes y enfermedad N0/N1 en 68. Estos 68 pacientes se sometieron a estadificación quirúrgica transcervical que mostró enfermedad N2/3 en 6 pacientes y N0/1 en 62. De estos 62 pacientes, 18 fueron descartados para cirugía y 44 se sometieron a cirugía de resección pulmonar. La cirugía mostró enfermedad N2/3 en 3 pacientes y enfermedad N0/1 en 41. La sensibilidad, VPN y rendimiento diagnóstico de las guías de la ESTS en nuestra serie fue de 0,93, 0,96 y 0,97 respectivamente.

**Conclusiones:** Las guías de la ESTS son muy precisas en la detección de enfermedad N2/N3.

## ENFERMERÍA RESPIRATORIA

### 350. ABORDAJE INTEGRAL DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. ¿ES SOLO LA CPAP EL GRAN PROBLEMA?

L. Pareja Hernández, J.A. Ángel Sesmero, M. Gámez Perales y M.J. Buendía García

*Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.*

**Introducción:** El tratamiento del SAHS es multifactorial y debe abordar varios aspectos que no tienen por qué excluirse entre sí: uso de CPAP y medidas generales como control del peso, correcta higiene de sueño, supresión del hábito tabáquico y evitar ingesta de alcohol y sedantes. **Objetivos:** determinar las dificultades que presentan los pacientes atendidos en consulta referidos a todos los aspectos del tratamiento. Evaluar qué medidas presentan incumplimiento y en qué grado. Analizar si los pacientes con problemas en el uso de CPAP son también los que presentan mayor incumplimiento de medidas generales del tratamiento en control de peso e higiene del sueño.

**Métodos:** Estudio trasversal y analítico retrospectivo. Recogida de información en consulta mediante formulario a 150 pacientes adultos de ambos sexos diagnosticados de SAHS para revisión y seguimiento del tratamiento. Del 25 de septiembre al 25 de noviembre de 2019. Se utilizaron documentos escritos de información al paciente: consejo nutricional de SEMERGEN e higiene del sueño de SES. En el análisis de datos se utilizó funciones en R. Chi cuadrado con corrección de continuidad de Yates.

**Resultados:** n=150; 4 excluidos por abandono de tratamiento. De 146 restantes el 34,24% eran mujeres y el 65,75% hombres; 27,39% mayores de 65 a. y 72,60% menores de 65 a; 56,84% precisaron consejos sobre correcta utilización de cpap y control de efectos secundarios; 26,71% recibieron consejo sobre higiene de sueño de forma verbal y escrita, de ellos 56,41% con problemas en el uso de cpap y 43,58% que no presentaban problemas ( $\chi^2 = 4,865^{*31}$ , grados de libertad = 1, p-valor = 1); 79,45% precisaron consejo nutricional para control de peso de forma verbal y escrita, de ellos el 58,62% con problemas referidos al uso de cpap y 41,37% que no referían este problema ( $\chi^2 = 0,21309$ , grados de libertad = 1, p-valor = 0,6444); 13,69% eran fumadores y fueron remitidos a consulta de deshabituación tabáquica y 2,73% precisaron recomendación sobre la no ingesta de alcohol y sedantes.

**Conclusiones:** Los pacientes presentan un elevado grado de incumplimiento general del tratamiento destacándose el control de peso y la higiene de sueño. La obtención de chi cuadrado y p-valor nos indica que no existe correlación entre los problemas en el uso de cpap y el incumplimiento del resto del tratamiento. La consulta de enfermería de sueño ha de abordar todos los aspectos del tratamiento y en todos los pacientes de forma global, tanto los relacionados con el uso de la cpap como con las medidas generales.

#### 434. ADHESIÓN TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO INHALADO EN ASMA Y EPOC

J. Marcos Sierra, A.M. Andrés Porras, L. Lázaro Alonso  
M. López Zubizarreta, I. Lobato Astiárraga, L. Carrasco Cabezas,  
M.J. Fernández Calleja y M. Serradilla Sánchez

*Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila, España.*

**Introducción:** En la actualidad, la vía inhalatoria se considera de elección en el tratamiento de las patologías pulmonares obstructivas crónicas ofreciendo las ventajas de una acción directa y más rápida sobre el órgano diana, y la necesidad de dosis menores de fármaco con menor riesgo de efectos adversos. La efectividad de la terapia inhalada está en directa relación con una correcta adhesión terapéutica por parte de los pacientes y por ello este trabajo tiene como objetivo describir y relacionar los niveles de adhesión e incumplimiento del tratamiento inhalado, tanto en asma como en EPOC, con distintos parámetros de edad, sexo, etc. en una muestra de 105 pacientes del área de salud de Ávila.

**Métodos:** Se utilizó un cuestionario heteroadministrado de datos sociodemográficos y el Test de Adhesión a Inhaladores (TAI). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS, estadística descriptiva y analítica.

**Resultados:** De los 105 pacientes analizados, el 70,5% eran varones y el 29,5% eran mujeres. Un 57,1% habían recibido educación sobre

cómo utilizar los dispositivos de inhalación que se les habían prescrito, y un 42,9% no había recibido educación nunca. De los que sí recibieron educación, un 68,3% refería que esa educación la habían recibido por parte de la enfermera en atención especializada. Entre los pacientes que habían recibido educación previa (n = 59) se detectó incumplimiento errático en el 32%, deliberado en el 25,4% e inconsciente en el 50,8%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,003, p = 0,004 y p < 0,001 respectivamente). Se obtuvo una puntuación total media del TAI de 50,3 puntos en los pacientes EPOC, 48,4 puntos en asma y 42,2 en fenotipo mixto (p = 0,004).

**Conclusiones:** La falta de adhesión terapéutica es una realidad manifiesta que debemos afrontar desde el adiestramiento de los pacientes en el uso de los dispositivos de inhalación que se les prescriben, ya que así se facilitará la adhesión terapéutica de los mismos, consiguiendo un aumento del control de las patologías respiratorias crónicas. Parece determinante el papel del profesional sanitario en la educación del paciente, ya que el incumplimiento errático (relacionado con mala técnica inhalatoria y mal manejo de los dispositivos de inhalación) es el que mayor porcentaje presenta. Parece que el tipo de patología también es determinante en el grado y tipo de incumplimiento terapéutico, siendo los pacientes con EPOC los que obtienen una puntuación más alta en el TAI, lo que refleja mejor cumplimiento.

#### 575. ANÁLISIS DE LA SEDACIÓN, TOLERANCIA Y COMPLICACIONES DE LA PUNCIÓN TRANSBRONQUIAL CON ECOBRONCOSCOPÍA LINEAL (EBUS)

M.D. Guerrero García, M.L. Castillejos Sielva, C. Blasco Martínez,  
B. Gómez Gualda, M.D. Sánchez Alfaro, M.M. Martínez Aguilar,  
N. Gutiérrez González, Á. Hurtado Fuentes, C. Sánchez Villar,  
A. Golfe Bonmatí, J. Jiménez López, P. López Miguel,  
R. Coloma Navarro, R. Sánchez Simón-Talero, W. Almonte Batista  
y A. Núñez Ares

*Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.*

**Introducción:** Objetivo: valorar la sedación utilizada para la realización de EBUS en nuestra unidad desde enero de 2012 a octubre de 2019, las complicaciones y tolerancia del procedimiento. Analizar su relación con la comorbilidad del paciente.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de todos los pacientes sometidos a punción transbronquial con EBUS desde enero 2012 a octubre 2019. La técnica fue realizada con sedación moderada (ASA) por parte de un neumólogo y enfermera entrenados con colaboración de intensivista si se requería sedación más profunda o ventilación mecánica. Registramos las características clínicas de los pacientes y las complicaciones del procedimiento. La tolerancia fue evaluada por el paciente al finalizar la prueba como mala, regular o buena. Análisis comparativo con prueba chi<sup>2</sup> y t Student y multivariante por regresión logística.

**Resultados:** Estudiamos 725 pacientes, 77,8% varones, edad media 63,4 años DE 11,8 (23, 86). Utilizamos midazolam en 90,2% con una mediana 4 mg (P25-75: 4-5), propofol en 77% con mediana 10 mg (8, 15). Se asoció fentanilo en 36,1%, mediana 0,08 mg (0,05 1). Precisaron BIPAP2 8 casos (3,9%) e IOT 11 de ellos (1,5%). Los pacientes procedían 41,4% de nuestro complejo hospitalario y el resto de otros hospitales de nuestra comunidad autónoma. En 89,8% se realizó en régimen ambulatorio. Presentan historia de tabaquismo en 75,3% (activo 38,6%) EPOC 50,2%, EPID 10,6%, HTA 37,8%, cardiopatía 20%, obesidad 11,9%, SAHS 10,8%, IRC (insuf. resp. crónica) 6,5% y neoplasia previa 30,9%. La tolerancia fue buena en 96,7% y regular el resto. Hubo complicaciones en 5,8%, todas leves: sangrado 0,4%, agitación 2,2%, depresión respiratoria 1,5%, tos 0,6%, broncoespasmo 0,4%, espasmo glotis 0,6%. Precisaron BIPAP pacientes con comorbilidad respiratoria: IRC (21,3% vs 2,7%; p = 0,002), Obesidad (17,4 vs 2%; 0,0001), SAOS

(21,8 vs 1,7%; 0,000). Las complicaciones se asociaron a la presencia de obesidad, SAHS e IRC (sobre todo agitación y desaturación) y se confirmaron en el análisis multivariante para la obesidad con ExpB 3,43 e IC95% (1,7 7,1) y la IRC con ExpB 6,8 e IC95% (2,5 18,1).

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

#### 744. CAMBIO EN EL PATRÓN INFLAMATORIO DEL ESPUTO INDUCIDO DEL PACIENTE CON/SIN TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ASMA GRAVE

J.P. Cubero Marín, E. Vera Solsona, A.R. Remacha Gayán, L. Pastor Bernad, A.V. Gil Gómez, L. Hernando Zaborras, D. Sanz Rubio, M. Forner Vicente, S. Bello Dronda y J.M. Marín Trigo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción:** El asma severo no controlado representa al 5% de la población actual de asma. El uso de anticuerpos monoclonales ha supuesto un cambio trascendental en el pronóstico clínico de estos pacientes. Nuestro objetivo es evaluar si los cambios en el patrón inflamatorio del esputo inducido se asocian con modificaciones clínicas, funcionales e inflamatorias inducidas por esta terapia.

**Métodos:** De forma consecutiva se incluyeron 64 pacientes con asma persistente moderado/severo, en situación de estabilidad y evaluados en el contexto de una Unidad de Asma Grave. A nivel basal y entre 3-9 meses, a todos los sujetos se les practicó, además de todas las pruebas complementarias habituales de asma (espirometrías, hemograma, IgE total y cuestionario ACT), esputo inducido (EI) mediante metodología estandarizada (Pizzichinni, et al; Am J Respir Crit Care Med. 1996). La decisión de realizar tratamiento biológico y el tipo del mismo se realizó siguiendo las recomendaciones internacionales y nacionales actuales.

**Resultados:** Se inició tratamiento con biológicos en 40 pacientes (omalizumab, n = 31) mientras que en 24 asmáticos se mantuvo su tratamiento habitual (grupo control). Excepto por una proporción mayor de exacerbaciones en el año anterior en el grupo que recibiría biológicos (media: 2,3 vs 1,4, p < 0,01), los grupos no mostraron diferencias (tabla). La calidad del esputo (viabilidad > 70% y células epiteliales < 20%) fue buena en todos los casos. En el grupo control, no se modificaron los parámetros clínicos, funcionales o la proporción de eosinófilos/neutrófilos en el EI. En el grupo tratado con biológicos, se evidenció un descenso de las exacerbaciones en el periodo de observación (p < 0,05), mejorías no significativas del cuestionario ACT y del FEV1 (% previsto), reducción ligera del uso de corticosteroides inhalados y ausencia de cambios en los porcentajes de eosinófilos/neutrófilos del EI.

No tratados

1º esputo	Media	Desv. estándar	2º esputo	Media	Desv. estándar
Viabilidad	77,63	± 15,64	79,43	± 16,33	
Cel.epitel.	13,91	± 12,28	7,3	± 7,31	
Eos. en esputo.	7,3	± 8,39	5,05	± 6,99	
Neutrof. en esputo.	53,7	± 26,08	46,83	± 24,17	
Eosinof. en sangre	672,72	± 1.294,37	394,44	± 576,47	
Neutrof. en sangre.	5.645,45	± 1.944,40	4617,11	± 2.606,17	
Act	16,04	± 6,35	17,13	± 5,70	
Nº exacerb.	1,38	± 1,76	0,95	± 1,26	
Fev1%	75,88	± 17,05	77,95	± 19,13	
Csi	820,83	± 449,13	805,714	± 457,82	

Tratados

1º esputo	Media	Desv. estándar	2º esputo	Media	Desv. estándar
Viabilidad	72,21	± 15,89	75,37	± 14,19	
Cel. epitel.	17,70	± 14,44	12,19	± 11,75	
Eos. en esputo.	4,36	± 8,6	5,67	± 11,94	
Neutrof. en esputo.	55,76	± 27,87	53,75	± 26,37	
Eosinof. en sangre	396,87	± 369,38	309,09	± 260,24	
Neutrof. en sangre.	4.612,50	± 1.808,71	4.127,11	± 1.664,14	
Act	16,53	± 5,3	18,98	± 4,78	
Nº exacerb.	2,3	± 1,95	0,51	± 1,07	
FEV1%	73,18	± 21,75	82,18	± 24,46	
CSI	857,44	± 410,38	731,667	± 423,27	

**Conclusiones:** La mejoría clínica asociada al uso de terapia biológica en asma grave, no se refleja en un cambio en el perfil inflamatorio del esputo inducido. El predominio del tratamiento con omalizumab en esta serie puede justificar la ausencia de efectos globales sobre los cambios en el perfil biológico del esputo inducido antes y después del tratamiento.

#### 299. CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE CATÉTER DE LÍNEA MEDIA (MIDLINE) EN PACIENTES EXACERBADOS DE FIBROSIS QUÍSTICA PARA TRATAMIENTO ENDOVENOSO

P.F. García Tamayo, C. Fernández García, M.R. Ruiz-Serrano de la Espada, D. Núñez Ollero, J. Morgado Ruiz y M. Díez Escobar

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** Las exacerbaciones y los ingresos en los pacientes de fibrosis quística, se ven incrementados, a partir de la segunda década de la vida, de tal forma que el afectado y la familia se van familiarizando con la enfermedad y con los efectos del tratamiento. En esta etapa podemos estudiar la posibilidad de ofertarle la administración del tratamiento en su domicilio. En 2015 empezamos a utilizar un nuevo procedimiento, canalización de vía periférica ecoguiada, catéter línea media, midline (PowerGlide Pro™). Objetivos: valorar la duración de la vía; valorar las complicaciones si las hubiera; valorar grado de dolor en la colocación del catéter; asegurar la punta del catéter en la vena axilar; mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo, abarcando periodos desde 1 de enero de 2018 a 30 de septiembre de 2019. Se elaboró una encuesta con 12 ítems previa a la implantación del catéter solicitando la autorización previa del paciente y otra encuesta con 10 ítems tras la retirada de éste. Estas encuestas valoran el nivel de satisfacción de la implantación del nuevo catéter periférico ecoguiado, la valoración de la duración del catéter, la valoración del dolor, las complicaciones durante su implantación, la recomendación del procedimiento a otros pacientes y el reconocimiento del nivel de mejora de calidad de vida. Una vez colocado el catéter utilizamos una cinta métrica para asegurarnos de su correcta colocación y hacemos distintas maniobras para comprobar que el catéter es permeable en distintas posiciones.

**Resultados:** Hemos incluido en el estudio un total de 42 pacientes. El total de catéteres canalizados colocados han sido de 73. En 1 paciente se canalizó el catéter en 6 ocasiones, en 1 paciente se canalizó en 5 ocasiones, en 1 paciente en 4 ocasiones, en 3 pacientes en 6 ocasiones, en 7 pacientes en 2 ocasiones y en 26 una sola vez. La media de días colocado el catéter es de 15,92. El grado de dolor manifestado por los pacientes tras la colocación del catéter, fue de dolor muy leve, más del 60% manifestaron un grado 1 y 2 en una escala de 1 a 10.

**Conclusiones:** En el momento de ofertarle un procedimiento para la administración del tratamiento antibiótico endovenoso domiciliario, la implantación del catéter ecoguiado periférico es el preferido por los pacientes de nuestra unidad. Debido a la duración del catéter con escasas complicaciones.

## 278. CARACTERÍSTICAS Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DRENAJE TORÁCICO TEMPORAL

C.V. López Charry y J.M. Hernández Pérez

*Servicio de Neumología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España.*

**Introducción:** El drenaje torácico un procedimiento consistente en la inserción en la cavidad pleural de un tubo flexible a través de una pequeña incisión, y cuya principal misión es restablecer la presión negativa de la cavidad pleural. Alrededor de un 10% de los pacientes que ingresan en Neumología o Medicina interna lo hacen por una enfermedad de la pleura y muchos de esos casos necesitan la instauración de un drenaje pleural y esta cifra aumenta de manera considerable en los ingresos por parte de Cirugía torácica.

**Métodos:** Se realizó una encuesta con diferentes ítems anónima entre los pacientes portadores de un drenaje pleural ingresados en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria ingresados en diferentes Servicios hospitalarios, para conocer el grado de satisfacción de los pacientes frente a esta técnica cada vez más habitual. Además se realizó estudio estadístico, utilizando el paquete SPSS 25.

**Resultados:** En nuestra muestra (n = 89) con una mediana de edad de 55 años (15-73). En su mayoría fueron varones (61,8%). El motivo de instauración de un drenaje pleural más frecuente fue el postquirúrgico (37,7%). Las mujeres tienen más neumotórax y los hombres más causas posquirúrgica o infecciosa (p = 0,0001). El 82% de los pacientes tenían o habían tenido relación con el tabaquismo. La mediana de días de permanencia del drenaje fue de 4 días (1-28). El nivel de estudios mostrados demostró que hasta un 29,2% de los pacientes tenía estudios primarios. El 75,3% de los mismo se les explicó el procedimiento si bien existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y el grado de explicación (p = 0,04). Entre los inconvenientes del drenaje pleural el dolor fue el de mayor porcentaje con un 55,5% (independiente del motivo), pero mejoraron con la analgesia pautada, si bien los pacientes posquirúrgica manifestaron menos dolor que los pacientes con neumotórax (p = 0,02). El 38,2% de los pacientes reconoce que no recibieron información de los cuidados generales del drenaje pleural y se encontró una asociación estadísticamente significativa con el nivel de estudios de los pacientes (p = 0,001). Hasta el 40,7% de los pacientes mejoraría la analgesia utilizada durante el procedimiento.

**Conclusiones:** Los pacientes refieren que existen inconvenientes como el dolor, la portabilidad, el ruido y que en general los pacientes reciben buena información previa a la colocación del drenaje, pero que después de la colocación de éste la información disminuye. Debemos mejorar la información y analgesia.

## 186. #CONTROLEPOC2019. CAMPAÑA DE DIVULGACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA DE SEPAR EN TORNO AL DÍA INTERNACIONAL DE LA EPOC

R. Cabestre García<sup>1</sup>, R. Peinador Aguilar<sup>2</sup>, M. Alquézar Fernández<sup>3</sup>, J. Fessenden Gómez<sup>4</sup>, E. Civitani Monzón<sup>5</sup>, M.A. García Barrecheguren<sup>5</sup>, A. Nuez Sebastián<sup>5</sup>, O. Ruiz Rodríguez<sup>6</sup>, M.C. Gómez Neira<sup>7</sup>, N. Santonja Sanz<sup>8</sup>, M. Figueroa Cezar<sup>9</sup>, M.V. González Dou<sup>10</sup>, A. Álvarez Álvarez<sup>11</sup>, M. Padilla Bernaldez<sup>12</sup>, R. Madiedo de la Llera<sup>13</sup>, E. Gimeno Santos<sup>14</sup>, A. Alonso Leon<sup>15</sup>, B. Alcázar Navarrete<sup>6</sup>, T. Alonso Pérez<sup>16</sup>, J. Fernando González Torralba<sup>17</sup> y B. Reyero Ortega<sup>18</sup>

<sup>1</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España. <sup>3</sup>Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España. <sup>4</sup>Centro de Salud de Muniesa, Muniesa, Teruel, España. <sup>5</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. <sup>6</sup>Hospital de Alta Resolución-EHPH Loja, Loja, Granada, España. <sup>7</sup>Hospital de Lugo, Lugo, España. <sup>8</sup>Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, Alicante, España. <sup>9</sup>Hospital Comarcal d'Inca, Mallorca, Islas Baleares, España. <sup>10</sup>Hospital General de L'Hospitalet, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. <sup>11</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España. <sup>12</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>13</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España. <sup>14</sup>Hospital Universitario Clínic, Barcelona, España. <sup>15</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>16</sup>Hospital de La Princesa, Madrid, España. <sup>17</sup>Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, Madrid, España. <sup>18</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España.

**Introducción:** En 2019, el Área de Enfermería, se une a los equipos de las campañas #Stoptabaco31mayo y #ControlEPOC y reedita la campaña de 2017 para mejorar el abordaje de la EPOC, con la excusa de su día internacional. Este año añadimos otro enfoque educativo hacia el propio paciente y sus cuidadores. La introducción de 2017 es válida: "Con motivo de hacer una Campaña de sensibilización frente al EPOC varios profesionales sanitarios, de diferentes ámbitos y categorías profesional y desde diferentes comunidades autónomas, se unen para difundir conocimientos y habilidades en materia de abordaje y seguimiento de la EPOC usando como medio de difusión las nuevas tecnologías, específicamente el Twitter". Añadimos este pequeño gran cambio en la orientación, modificando así los objetivos y añadiendo más plataformas de difusión: Instagram, YouTube y Facebook. Objetivo general: transmitir competencias, conocimientos y habilidades necesarios para el abordaje del EPOC de manera integral entre los profesionales sanitarios. Mejorar las competencias en el manejo de la EPOC de pacientes y cuidadores.

**Métodos:** Durante la semana del 20 de noviembre, se fueron colgando videos sobre el diagnóstico, control y seguimiento de EPOC asociados a un hashtag #ControlEPOC2019. Para archivar todo el contenido audiovisual se utilizó el canal de YouTube del Área de Enfermería de SEPAR, así como los perfiles del área en Facebook, Twitter e Instagram. Se utilizó el formato de videos cortos (90"), basados en las principales Guías Clínicas y en las Normativas, Guías, Consensos y Manuales de Procedimientos y otras publicaciones de carácter más divulgativo, de SEPAR. Toda la información está basada en evidencia científica y se difundió desde las cuentas del área.

**Resultados:** YouTube: incremento de suscriptores del 192%, con 52 nuevos. 3.274 visualizaciones (a 4 de diciembre). 84,2% mujeres. 88% visualizaciones desde España, 12% Argentina. 85% desde móvil, 8% ordenador y 7% tablet. Twitter: video resumen tuvo 4.024 impresiones con 724 visualizaciones desde la app. 61 nuevos seguidores en el transcurso de la campaña. 49.700 impresiones noviembre, un aumento del 1.021%. 15.788 impresiones totales por el Hashtag. 1.000 likes.

**Conclusiones:** Experiencia muy positiva, tanto por la respuesta e implicación del Área como por la visibilidad obtenida y el alcance logrado. Basándonos en el nº de visualizaciones y el de impresiones, concluimos que este tipo de iniciativas aumenta visibilidad del área y de SEPAR y benefician a pacientes, cuidadores y profesionales.

## 8. CUIDADOS RESPIRATORIOS AL PACIENTE CON AFECTACIÓN NEUROMUSCULAR

I. Atxutegi Cárdenas, Y. López Pueste, A. Basabe Barrenetxea, M.M. Serna Monasterio, J.A. Zufía Iglesias, M.P. Rodríguez Prieto y C. Esteban González

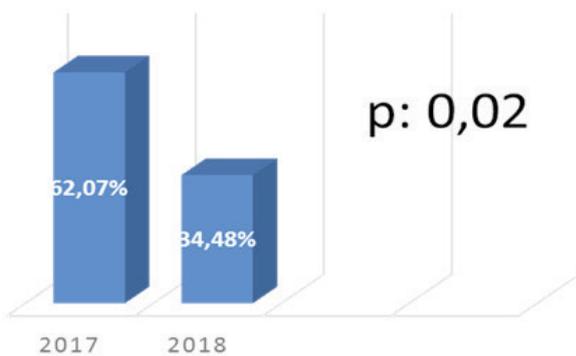
*Osakidetza, Galdakao, Vizcaya, España.*

**Introducción:** En el paciente con afectación neuromuscular en fase avanzada, cualquier infección puede convertirse en un gran problema. El compromiso respiratorio es el responsable de la mayoría de las complicaciones y de la muerte de este tipo de pacientes. Para gestionar los problemas de origen respiratorio, se ha creado un circuito que consiste en la incorporación de un referente dentro del equipo de salud, mediante un seguimiento proactivo por parte de la enfermera de prácticas avanzadas.

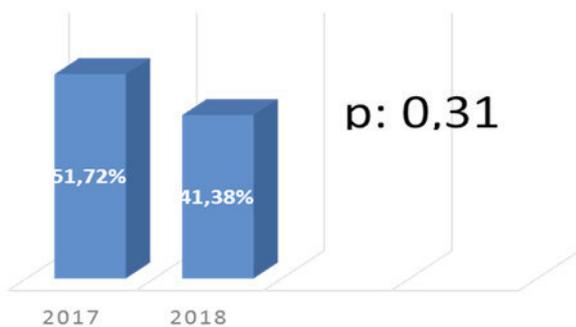
**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se han registrado los datos clínicos de los pacientes, comparando los datos de los 12 meses previos a la inclusión con los 12 meses posteriores. Se ha realizado un pilotaje con 29 pacientes, aquellos con enfermedad más avanzada. Criterios de inclusión: pacientes con insuficiencia respiratoria de base, enfermedades neuromusculares de rápida progresión, sospecha de mala evolución en caso de infección respiratoria.

**Resultados:** De los 29 pacientes, 7 (24,13%) han fallecido y 2 (6,89%) han decidido desvincularse del programa. La tasa de visitas urgencias de estos pacientes ha disminuido desde el 62,07% del 2017 al 34,48% del 2018, (p-valor 0,0209). La tasa de ingresos disminuye del 51,72% del 2017 al 41,38% del 2018 (p-valor 0,3173). Hay un incremento del 400% en las citas en Enfermería que pasan de 172 en el 2017 a 682 en el 2018.

### VISITAS URGENCIAS



### HOSPITALIZACIONES



**Conclusiones:** El descenso de las visitas a urgencias de los pacientes en circuito es estadísticamente significativo. La tasa de ingreso tiende a disminuir. Notable incremento de la frecuentación en atención primaria a expensas de la actividad de enfermería.

### 777. DECISIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN PACIENTES OCTOGENARIOS CON CÁNCER DE PULMÓN INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS

E. García Rodríguez, M. Botana Rial, V. Leiro Fernández, A. Priegue Carrera, P. Domínguez Pérez, M. Cuña Delgado, C. Mouronte Roibás y J.A. Fernández Villar

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

**Introducción:** La enfermera gestora de casos en las vías rápidas de cáncer de pulmón (VRCP) es una figura profesional clave para organizar y adecuar las pruebas diagnósticas necesarias y su presentación en los comités multidisciplinares (MD). Un colectivo especialmente susceptible de beneficiarse de estos programas son los pacientes octogenarios. El objetivo de este estudio es analizar en una cohorte de estos sujetos los factores que se relacionan con el número de pruebas realizadas y el tratamiento.

**Métodos:** Análisis multivariante de las variables clínicas y demográficas que se relacionan con número de pruebas diagnósticas relacionadas y la decisión terapéutica MD de los pacientes octogenarios incluidos en una cohorte de 1.330 sujetos estudiados en una VRCP.

**Resultados:** De los 627 pacientes con diagnóstico final de CP, 83 (13,2%) eran  $\geq 80$  años ( $83,5 \pm 3,1$  años). 66 (79,5%) varones y tabaquismo en 58 (69,9%). 32 (38,6%) con índice de Charlson  $> 3$ ). Los tipos histológicos más frecuentes fueron el adenocarcinoma [33 (39,8%)] y el carcinoma escamoso [22 (26,5%)]. En 14 (19,6%) no se realizó confirmación citohistológica. 40 (48,2%) presentaban enfermedad metastásica. Recibieron tratamiento activo 54 pacientes (65,1%), siendo en 2 casos quirúrgicos. La mediana de supervivencia fue de 215 (49-662) días. Las variables relacionadas con la realización de más procedimientos diagnósticos fueron la edad [OR = 0,67 (IC95%:0,54-0,84); p = 0,001]; la necesidad de hospitalización [OR = 0,13 (IC95%: 0,03-0,47); p = 0,002] y la presencia de metástasis [OR = 0,22 (IC95% 0,07-0,68); p = 0,009]. Las asociadas con la decisión de un tratamiento activo fueron la confirmación citohistológica [OR = 6,17 (IC95%: 1,39-27,41); p = 0,001]; el índice de Charlson  $< 3$  [OR = 0,22 (IC95% 0,065-0,740); p = 0,014] y la edad [OR = 0,74 (IC95% 0,61-0,89); p = 0,001]. En las tablas se representan los factores relacionados con el nº de pruebas diagnósticas y la indicación de tratamiento.

**Conclusiones:** Casi un 15% de los pacientes en una VRCP son octogenarios, especialmente varones, con adenocarcinomas y tabaquismo menor que lo descrito en otras edades. En los sujetos de mayor edad, enfermedad más extendida o que precisan ingreso se realizan menos pruebas y el tratamiento activo se relaciona con la presencia de confirmación histológica y de menos comorbilidades y una menor edad. En base a esto, la gestión de casos por enfermeras especializadas puede ser clave para el adecuado manejo de estos pacientes.

#### DECISIONES DIAGNÓSTICAS

	$\leq 2$ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (N = 38)	$\geq 3$ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (N = 45)	p
Edad (años)	84,8 $\pm$ 3,7	82,4 $\pm$ 2	0,001
Sexo ♂	30 (78,9%)	36 (80%)	0,9
Charlson $\geq 3$	14 (36,8%)	18 (40%)	0,4
Metástasis	26 (68,4%)	14 (31,1%)	0,01
Confirmación cito-histológica	30 (78,9%)	39 (86,7%)	0,3
Tratamiento oncológico	19 (50%)	35 (77,8%)	0,01
Hospitalizados	19 (50%)	6 (13,3%)	0,01
Supervivencia (días)	45 (15-123)	82,5 (19,2-156,5)	0,1

DECISIONES TERAPÉUTICAS			
	TRATAMIENTO SI (N = 54)	TRATAMIENTO NO (N = 29)	p
Edad (años)	82,7 ± 0,3	85 ± 3,7	0,02
Sexo ♂	44 (81,5%)	22 (75,9%)	0,5
Charlson ≥ 3	16 (29,6%)	16 (55,2%)	0,02
Confirmación cito-histológica	51 (91,4%)	18 (62,1%)	0,001
Metástasis	24 (44,4%)	16 (55,2%)	0,03
Hospitalizados	13 (24,1%)	12(41,4%)	0,08
Supervivencia	116,5 (21,7-149,2)	30 (13-59)	0,02



#### 455. DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

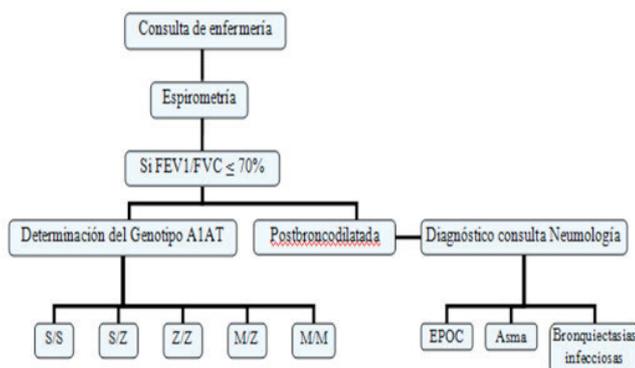
M. Zazpe Goñi, N. Urriza Hualde, A. Sevigne Itoiz, M. Añón Mateos, M. Borda Rodríguez y J. Rodríguez Chocarro

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España.

**Introducción:** El déficit de alfa-1 antitripsina (A1AT) es una enfermedad genética, que favorece el desarrollo de patologías respiratorias, hepáticas, cutáneas y sistémicas. Su déficit viene derivado de las mutaciones del gen de la serpina 1, que se manifiesta clínicamente por enfisema pulmonar entre otras enfermedades. El alfa-1 es una proteína muy abundante en sangre, donde alcanza concentraciones de 1-2 gramos/litro y tiene una vida media de hasta 5 días. Pero además, se encuentra en todos los tejidos y fluidos corporales actuando como un poderoso antiinflamatorio natural de amplio espectro. Su descenso en la concentración de sangre es lo que favorece el desarrollo de enfisema pulmonar, conociendo su fenotipo o genotipo nos permite la puesta en práctica del consejo genético, el chequeo de los familiares, y en casos seleccionados, la aplicación de terapia sustitutiva, si indicada de acuerdo con las normativas actuales. Convendría hacerlo a todos los pacientes con EPOC, especialmente si: EPOC de inicio precoz o en no fumadores; historia familiar de EPOC; historia familiar de DAAT con o sin EPOC; asma de déficit de control; bronquiectasias.

**Métodos:** Analítica básica con A1AT. Estudio de la saliva que puede determinar el fenotipo o variable que posee el paciente: tras firmar el consentimiento y rellenar el médico los datos necesarios, se recoge la muestra raspando las encías inferiores de ambos lados hacia delante y atrás. Se manda a laboratorio y se esperan los resultados, que tardan unos 15 días en llegar. Según el resultado, si fuera necesario, comenzar con tratamiento de reemplazo con A1AT intravenoso.

**Resultados:** No procede.



**Conclusiones:** Se recomienda realizar a todos los pacientes con EPOC, por lo menos una vez en la vida, una determinación de las concentraciones séricas de AAT, por si se pudieran beneficiar del diagnóstico precoz, medidas precoces, medidas preventivas, consejo genético y tratamiento sustitutivo específico, y evitar así los potenciales inconvenientes provocados por su déficit como pueden ser los factores psicológicos, sociales y laborales.

#### 847. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL ESTRUCTURADA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO MULTICÉNTRICO

M. López Luque<sup>1</sup>, E. Ruiz Rodríguez<sup>1</sup>, P. Jordana Ferrando<sup>1</sup>, M.D. Miguel Ruiz<sup>2</sup>, M.J. Vázquez López<sup>3</sup>, M.Á. Santos Santos<sup>3</sup>, A. Almazor Sirvent<sup>2</sup>, M. Chuecos Molina<sup>3</sup>, G. Ortega Cuelva<sup>4</sup>, P. Lloberes Canadell<sup>3</sup> y L. Domínguez Olivera<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institut Català de la Salut ICS, Barcelona, España. <sup>2</sup>Campus Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España. <sup>3</sup>Institut Català de la Salut, Barcelona, España. <sup>4</sup>CAMFIC, Barcelona, España.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa un problema de salud de gran magnitud, morbimortalidad en aumento y elevado coste tanto en consumo de recursos sanitarios como en pérdida de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El abordaje integral de esta enfermedad promoviendo el autocuidado, mejora la CVRS y la situación clínica de estos pacientes, pero no hay suficientes estudios en Atención Primaria ni recomendaciones claras sobre el tipo de intervención más efectiva.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorio multicéntrico. Objetivos: evaluar el impacto de una intervención integral estructurada para favorecer el autocuidado y mejorar la CVRS y los parámetros clínicos en personas con EPOC en Atención Primaria. Población de estudio: Pacientes con EPOC moderada/grave, tratamiento por vía inhalatoria del Área Integral de Salud (AIS) Nord: 18 Equipos de Atención Primaria. Muestra: 300 sujetos (150 grupo intervención y 150 grupo control) para detectar una diferencia ≥ 4 unidades en el St. George's Respiratory Questionnaire -SGRQ- (asumiendo: riesgo alfa = 0,05, riesgo β < 0,2 en contraste bilateral; desviación estándar 11,33; tasa estimada de pérdidas en el seguimiento: 10%). Variables principal: CVRS medida por el SGRQ y el COPD Assessment Test (CAT). Otras variables: Función pulmonar (espirometría forzada), Disnea (escala mMRC), Pronóstico (índice BODEx), Ansiedad/Depresión (escala Goldberg), Número de ingresos en el último año. Tratamiento farmacológico, Técnica inhalatoria (TAI), Comorbilidades, Tabaco, Alcohol. Intervención: 4

sesiones individuales de 20' con el profesional sanitario, separadas 15 días y posteriormente dos de refuerzo: después de la recogida de datos de los 6 y de los 12 meses. En estas sesiones se utilizarán técnicas de cambio conductual y entrevista motivacional.

**Resultados:** De los 157 sujetos reclutados actualmente: 77% son hombres. Media de edad: 72,6 años. Puntuación media SGRO: 40,7 (puntuación de 0 –mejor calidad de vida- a 100 –peor-). Datos de la Población del AIS Nord (2018): 436.003 personas de las cuales (entre 40-80 años) 7.369 diagnosticadas de EPOC. Prevalencia: 3,66. Aplicando el 80,6% de infradiagnóstico estimado en el estudio EPI-SCAN II (2017) la prevalencia del AIS Nord sería 18,8 (EPIS-SCAN II Cataluña: 17,3).

<p>Conocimientos EPOC                  Tabaquismo. Deshabitación tabáquica                  Uso de inhaladores. Adherencia y técnica correcta                  Actividad Física                  Ejercicios respiratorios. Técnicas de ahorro de energía                  Nutrición                  Exacerbaciones: reconocimiento y actuación                  Vacunaciones                  Entorno laboral y ambiental                  Ocio y sexualidad                  Actividades cotidianas                  Ansiedad y depresión</p>
<p>Capacitación de los profesionales para aplicar la intervención de manera homogénea y estructurada: curso online                  Adquisición y refuerzo de conocimientos sobre los contenidos para transmitir a los pacientes.                  Criterios y habilidades para realizar una interacción personalizada.                  Técnicas de cambio conductual y educación para la salud, basado en la entrevista motivacional                  Soporte a la intervención: recursos TIC</p>
<p>Análisis estadístico: por intención de tratar. Análisis varianza (ANOVA) para evaluar las diferencias entre las variables en el grupo intervención</p>
<p>Becas                  X-B 2016 Instituto Catalán de la Salud                  Fundación Enfermería y Sociedad PR-232/2017</p>

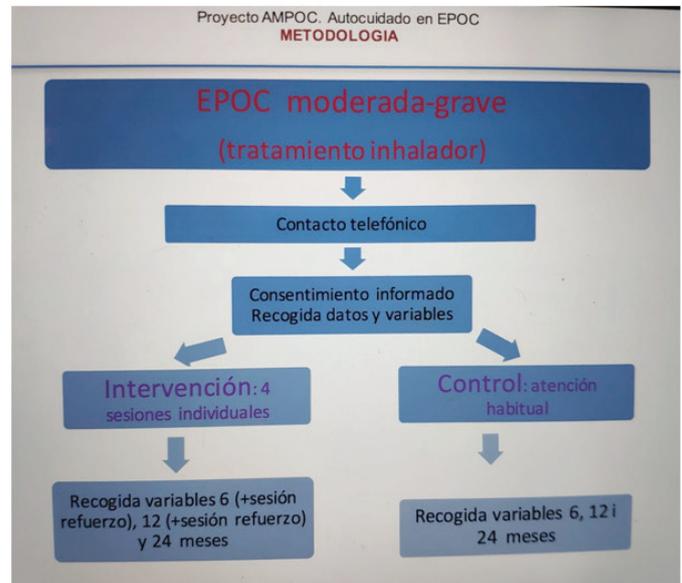


Tabla resumen protocolo estudio AMPOC Autocura en EPOC en Atención Primaria	
Ensayo clínico aleatorio por conglomerados. Simple ciego	
Registro Clinical trials gov: NCT03762330	
Seguimiento: 24 meses	
Aspectos éticos: bajo la supervisión del comité ético de investigación (CEI) del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jori Gol	
Población: Muestra de 16 de los 18 Centros de Atención Primaria de Barcelona del Area Integral de Salud AIS Norte	
Participantes: 300 sujetos con EPOC moderado/severo. 150 grupo intervención y 150 grupo control	
Pacientes diagnosticados de EPOC (Clínica sugestiva y FEV1/FVC postbroncodilatador < 70%)	
Criterios inclusión:	Criterios exclusión:
EPOC moderada o grave cognitivos/mentales severos	Trastornos
Tratamiento con inhaladores Domiciliario	Oxígeno Continuo
Al menos 1 visita/centro último año Atención domiciliaria Patologías en fase terminal	
Intervención: 4 sesiones individuales de 20 minutos separadas entre sí 14 días y dos adicionales de refuerzo, también de 20 minutos a los 6 y 12 meses basadas en técnicas motivacionales y de cambio conductual.	

**Conclusiones:** Comparando con el estudio EPI-SCAN II, el AIS Nord obtiene cifras de prevalencia de EPOC similares. A pesar de los 88 investigadores asociados que participan en el estudio, la recogida de datos directamente en el programa utilizado en nuestras consultas (e-CAP) y el diseño de la intervención para adaptarla a la consulta diaria, no hemos obtenido la muestra necesaria. Se ha ampliado el período de reclutamiento y estudiamos otras medidas como ampliar también la zona de estudio. Si la intervención realizada demuestra una mejora de la calidad de vida del paciente con EPOC se podrá aplicar con facilidad a la práctica clínica.

**623. EFICACIA A LARGO PLAZO DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DE EPOC**

R. Armenta Fernández, M.T. Gómez del Pulgar Murcia, S. Pelicano Vizuete, J. Sánchez Martín, T. de la Huerfa Fernández Boffil, A. Naya Prieto, M.I. Fernández Ormaechea, D. Sánchez Mellado y F. Villar Álvarez  
 Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

**Introducción:** La Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios (UCCRA) realiza una asistencia por enfermería a pacientes frágiles y graves en su domicilio tras una hospitalización por una agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC). LA

UCCRA proporciona autocuidados que son continuados posteriormente por Atención Primaria (AP). El objetivo principal es la detección precoz de las exacerbaciones, evitar reingresos, favorecer la continuidad de cuidados y conocer el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en UCCRA.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional de desde enero de 2015 hasta noviembre de 2019 de la actividad de la UCCRA. El seguimiento se realizó por enfermería durante un mes, con asistencia en domicilio y apoyo telefónico, y con valoración en Hospital de Día (HdD) si empeoramiento clínico. En 2016 comenzaron a realizarse visitas conjuntas con Atención Primaria en la última semana de seguimiento. La calidad percibida por el paciente se analizó desde marzo de 2016 hasta junio de 2019, con el algoritmo Net Promoter Score (NPS), clasificando a los pacientes en promotores (9-10 puntos), pasivos (7-8 puntos) y detractores ( $\leq 6$  puntos).

**Resultados:** Se incluyeron 624 pacientes, realizándose un total de 2530 visitas en el domicilio y 2.702 llamadas telefónicas. Inicialmente se realizaban 4,6 visitas y 5,6 llamadas por paciente, disminuyendo de manera progresiva a 3,4 visitas y 2,8 llamadas en la actualidad. El empeoramiento clínico de los pacientes motivó la derivación de 204 pacientes a HdD, de los cuales 149 (73%) fueron dados de alta, y 55 (27%) reingresaron. A través de Urgencias reingresaron 51 pacientes (8,1%) por AEPOC (tabla). Además, se programaron 326 visitas conjuntas con AP, y se realizaron 229 (70%). Sobre un total de 154 NPS realizados, el porcentaje de promotores fue respectivamente en 2016, 2017, 2018 y 2019 del 88,8%, 86,6%, 84,3% y 93,9%. Sólo ha habido en total un detractor.

Resultados de actividad de la UCCRA

Año	Pacientes	Visitas (visitas $\times$ paciente)	Llamadas (llamada $\times$ paciente)	Hospital de día	
				Ingreso (%)	Alta (%)
2015	161	752 (4,6)	913 (5,6)	17 (27%)	46 (73%)
2016	122	503 (4,1)	599 (4,9)	8 (25%)	24 (75%)
2017	142	643 (4,5)	709 (4,9)	16 (35,5%)	29 (64,5%)
2018	103	299 (2,9)	213 (2,2)	10 (32,3%)	21(67,7%)
Nov 2019	96	333 (3,4)	268 (2,7)	4 (12,1%)	29 (87,9%)
Total	624	2.530 (4,0)	2.702 (4,3)	55 (27%)	149 (73%)

**Conclusiones:** La asistencia domiciliar realizada por UCCRA ha demostrado ser eficaz para favorecer la continuidad de cuidados de la enfermedad, identificando de manera precoz las agudizaciones y evitando así reingresos. Para lograrlo, con el paso de los años se precisan menos visitas domiciliarias y llamadas telefónicas. El grado de satisfacción de nuestros pacientes es alto.

### 233. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN POR ENFERMERÍA EN PACIENTES FUMADORES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE RESPIRATORIO

L. González Selfa, N. Reyes Núñez, C. Fontán Rodríguez, C. Altea Vázquez, R. del Valle Rodríguez e I. Alfageme Michavila

*Hospital de Valme, Sevilla, España.*

**Introducción:** La hospitalización es una oportunidad única para intervenir en el tabaquismo, ya que no solo permite al paciente valorar las consecuencias, sino también aumentar la motivación para el abandono. Nuestro objetivo ha sido valorar la eficacia de una intervención breve por enfermería en pacientes fumadores ingresados en una unidad de neumología.

**Métodos:** Estudio prospectivo de intervención de una cohorte de pacientes fumadores ingresados desde 1 de enero al 30 de agosto de 2019. Se realizó intervención breve por enfermería consistente en: 1) Identificación de los pacientes fumadores ingresados, 2) aporte de

información sobre el tabaquismo, 3) consejo breve sobre la importancia en dejar de fumar y 4) ofrecer apoyo farmacológico. Se realizó seguimiento telefónico al mes y a los 6 meses. Se recogieron datos demográficos, los diagnósticos al alta y sobre el consumo de tabaco (etapa de cambio, edad de inicio en el tabaquismo, número de cigarrillos consumidos al día, consumo acumulado, dependencia física con test de Fagerström y motivación con test de Richmond). Se realizó análisis estadístico mediante SPSS. Las variables continuas se expresan como media  $\pm$  DE (mínimo-máximo) y las variables categóricas como número (%).

**Resultados:** Se contactó inicialmente con 96 pacientes fumadores, de éstos, 6 se negaron a la intervención. 66 eran hombres y 24 mujeres, con una edad media de  $57,1 \pm 13,6$  (20-80), la edad de comienzo del hábito tabáquico fue de  $16,9 \pm 9,6$  (7-75), el número de cigarrillos consumidos al día:  $22,7 \pm 14,8$  (3-70), el consumo acumulado:  $47,5 \pm 35,3$  (0,3-168); la puntuación media del test de Fagerström fue de  $4,8 \pm 2,4$  (0-10); grado de motivación por test de Richmond:  $8,5 \pm 1,7$  (1-10). 81 pacientes se encontraban en la etapa de preparación, 3 en acción, 5 en contemplativa y 1 en precontemplativa. La causa más frecuente de su ingreso fue la agudización de EPOC en 22 pacientes (24,4%), seguida de la neumonía 19 (21,1%) y del cáncer de pulmón 15 (16,7%). Al mes se pudieron seguir 72 pacientes y de éstos habían dejado de fumar 40 (55%), de los cuales a los 6 meses continuaban sin fumar 24 (85,7%).

**Conclusiones:** La hospitalización es una oportunidad única para realizar una intervención en el tabaquismo. La intervención breve por enfermería ha demostrado ser eficaz en el abandono del tabaco.

### 812. EL ASISTENTE DE TOS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

S. Guevara Ibáñez, L. Alday Carrasco, L. Fuente Castaños, V. Peciña González, O. Bronte Moreno, N. Prada Calderón, E. González Fernández y J. Pintado Flor

*Hospital Galdakao-Usánsolo, Galdakao, Vizcaya, España.*

**Introducción:** En la Unidad. Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) de Neumología del Hospital de Galdakao-Usansolo disponemos de un asistente de tos (Cough Assist) para el manejo de pacientes con tos ineficaz debida a diversas enfermedades (pulmonares/neurológicas). Se trata de un dispositivo único en nuestro centro, por lo que es frecuente su préstamo a otras unidades, con más frecuencia la UCI, donde trabajan con pacientes de características similares.

**Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura disponible sobre el asistente de tos. Posteriormente se realizó un estudio transversal y descriptivo desde septiembre hasta diciembre de 2019, en el personal de enfermería de la UCRI y la UCI. Para ello utilizamos un cuestionario basado en las recomendaciones de práctica clínica elaboradas por expertos en el manejo y aplicación del asistente de tos.

**Resultados:** Se recogieron 30 cuestionarios de las 49 DUEs que llevaban más de 6 meses en ambos servicios, con una tasa de participación del 61,22%. De éstas, 26 fueron mujeres y 4 hombres; la edad media fue 36,93. La puntuación media en las preguntas de evaluación de conocimientos fue de 5,9 sobre 10. Las recomendaciones menos conocidas de este dispositivo fueron: El 75% considera que su formación es insuficiente. El 70% opina que los errores más habituales de su aplicación están relacionados con la técnica. El 85% opina que con una adecuada formación sería posible corregir los errores.

**Conclusiones:** Se considera que la formación en el uso del asistente de tos debería ser mejorada y reforzada en el tiempo, lo que incide en una mejor atención por parte de enfermería. El estudio llevado a cabo pone de relieve deficiencias y áreas de mejora sobre el uso del asistente de tos en nuestra unidad. Identificar estas áreas de mejora enriquece la calidad asistencial. Es indicativo la realización e implantación de un protocolo del manejo del dispositivo.

## 162. ESPIROMETRÍA VS OSCILOMETRÍA, RESULTADOS Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE

S. Sánchez Maza, J. Giner Donaire, E. Curto Sánchez  
A. Crespo Lessmann y V. Plaza Moral

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

**Introducción:** La espirometría es la prueba básica para el estudio de la función pulmonar, pero para algunos pacientes es molesta y difícil de realizar. La oscilometría es una alternativa, que con diferentes parámetros, puede valorar la mecánica pulmonar. Objetivos: evaluar y comparar el número de maniobras, el tiempo necesario para su realización y la molestia que provocan la espirometría y la oscilometría. Comparar la calidad de las maniobras realizadas y evaluar posibles diferencias en su interpretación.

**Métodos:** Se han evaluado la espirometría (Datospir Aira, Sibelmed) y la oscilometría (Tremoflo, Thorasys, Sonmedica) de forma aleatoria, en 110 individuos (46% mujeres) que precisaban la realización de una espirometría para control de su patología. Para su realización se han seguido las normativas actuales nacionales e internacionales (3 maniobras espirométricas, sin errores y repetitivas; un mínimo de 3 maniobras de oscilometría con una variabilidad inferior al 10%). De cada prueba se han contabilizado el tiempo de realización, el número de maniobras necesarias, el grado de molestia, la posible alteración de la prueba y la calidad obtenida.

**Resultados:** Se evaluaron espirometrías y oscilometrías realizadas en 110 pacientes, un 45,5% mujeres con una edad media de 55 (20), entre 20-89 años, con diferentes diagnósticos respiratorios. La tabla 1 muestra las comparaciones de los resultados obtenidos en cuanto a nº de maniobras, grado de molestia para el paciente, tiempo necesario de realización y calidad obtenida entre ambas pruebas. La concordancia entre ellas fue de un 60% (tabla 2).

**Tabla 1.** Comparación de distintos aspectos entre la espirometría y la oscilometría

	Nº maniobras		Tiempo (min.)		Molestia (0-100)		Calidad	
	x (DE)	rango	x (DE)	rango	x (DE)	rango	Sí	No
Espirometría	5,5 (2,3)	3-8	4,6(3,5)	3-25	64,1 (21,7)	25-100	60	50
Oscilometría	3,9 (1,5)	3-6	3,9(1,5)	3-8	24,6 (14,3)	0-65	98	12
p	< 0,001		0,214		< 0,001		-	

**Tabla 2.** Concordancia entre las alteraciones observadas en la espirometría y la oscilometría

%	Alteración espirometría	Alteración oscilometría		Kappa (z)
		Sí	No	
	Sí	55	19	0,6008 (-0,11-0,6)
	No	0	26	
p		-		< 0,001

**Conclusiones:** La oscilometría detectó más alteraciones que la espirometría, precisó menos maniobras, aunque el tiempo para su ejecución fue el mismo, presentó un menor grado de molestia y se consiguieron más pruebas con calidad.

## 740. ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE LA PRUEBA BRONCODILADORA REALIZADA A LOS 15 Y 30 MINUTOS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE SALBUTAMOL

R.M. Rojas Moreno-Tomé, M. Hernández Yáñez, C. Suárez Rubio,  
B. Guzmán Román, C. Grijalba González, B. Escalonilla Bautista,  
M. Gallardo Bermejo, Z. Ji, J.J. García López y L. Puente Maestu

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** La prueba broncodilatadora (PBD) es una de las pruebas funcionales respiratorias empleadas en el estudio de las enfermedades del aparato respiratorio. Según la normativa vigente, se realiza una espirometría basal, se administra 400 µg de salbutamol por vía inhalada, y se realiza una segunda espirometría 15 minutos después de la administración de este fármaco. Sin embargo, según ficha técnica de salbutamol, su efecto máximo se alcanza a los 30 minutos de su administración. Dada esta diferencia, se plantea este estudio para conocer la concordancia de la prueba broncodilatadora realizada a los 15 y 30 minutos de la administración de salbutamol.

**Métodos:** Estudio observacional de 133 pacientes que acudieron a la realización de una espirometría con PBD en nuestro centro durante el año 2019. Previo consentimiento informado, se les realizaron 3 espirometrías: basal, a los 15 minutos y a los 30 minutos de administrar salbutamol. Se analizó el grado de concordancia de los resultados de la prueba broncodilatadora realizada a los 15 y 30 minutos, categorizadas en respuesta negativa, indeterminada y positiva.

**Resultados:** De los 133 pacientes incluidos, 67 (50,4%) eran varones. La edad media fue de 52,57 años (DE 17,58). En la espirometría basal, el FEV1 medio fue de 2.713 mL (DE 1.063), y la FVC media fue de 3.684 mL (DE 1.222). Ochenta y seis pacientes (64,7%) no tenían obstrucción, 28 (21,1%) tenían obstrucción leve, 7 (5,3%) tenían obstrucción moderada, otros 7 (5,3%) tenían obstrucción grave y 5 (3,8%) tenían obstrucción muy grave. Los resultados del análisis de concordancia se muestran en las tablas. Sin tener en cuenta el grado de obstrucción, la PBD realizada a los 15 y 30 minutos de la administración de salbutamol presentan buena concordancia (Kappa 0,677). Teniendo en cuenta el grado de obstrucción, presentan buena concordancia en los pacientes sin obstrucción (Kappa 0,672), concordancia moderada en pacientes con obstrucción leve (Kappa 0,563), concordancia insuficiente en pacientes con obstrucción moderada (Kappa 0,160), buena concordancia en pacientes con obstrucción grave (Kappa 1,000), y concordancia moderada en pacientes con obstrucción muy grave (Kappa 0,545).

Análisis de concordancia sin tener en cuenta al grado de obstrucción

		PBD 30 minutos			Total
		Negativa	Indeterminada	Positiva	
PBD 15 minutos	Negativa	70	8	4	82
	Indeterminada	7	17	1	25
	Positiva	1	3	22	26
Total		78	28	27	133

Análisis de concordancia según el grado de obstrucción

Obstrucción		PBD	PBD 30 minutos			Total
			Negativa	Indeterminada	Positiva	
Sin obstrucción	15 minutos	Negativa	57	5	1	63
		Indeterminada	5	12	0	17
		Positiva	0	1	5	6
	Total		62	18	6	86
Leve	15 minutos	Negativa	9	3	2	14
		Indeterminada	1	3	0	4
		Positiva	0	2	8	10
	Total		10	8	10	28
Moderada	15 minutos	Negativa	1		1	2
		Indeterminada	0		1	1
		Positiva	1		3	4
	Total		2		5	7
Grave	PBD	Indeterminada		1	0	1
	15 minutos	Positiva		0	6	6
	Total			1	6	7
Muy grave	PBD	Negativa	3	0		3
	15 minutos	Indeterminada	1	1		2
	Total		4	1		5

**Conclusiones:** La PBD realizada a los 15 y 30 minutos tras la administración de salbutamol en general presentan buena concordancia, pero se necesitan estudios con mayor número de pacientes con obstrucción moderada-grave para determinar su concordancia en estos grupos de pacientes.

### 567. ESTUDIO DE NECESIDADES PALIATIVAS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA

A. Arrien Dublang, M.J. Gómez Burgo, M.P. Berasaluce Sanz, A. Rojo Escudero, T. López Ramos, M. Evangelista Costa, O. Bronte Moreno y F.J. Moraza Cortés

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

**Introducción:** Los cuidados paliativos deberían extenderse a personas con cualquier tipo de condición crónica avanzada (incluyendo las enfermedades respiratorias) con objeto de mejorar su calidad de vida independientemente del nivel asistencial. Objetivos: 1º Conocer la prevalencia de la necesidad de CP en la planta de hospitalización de neumología, mediante la aplicación del NECPAL CCOMS-ICO®. 2º Conocer la sobrecarga de los cuidadores principales de los pacientes respiratorios con necesidades paliativas mediante la escala Zarit®. 3º Describir las principales características tanto de los pacientes NECPAL + y NECPAL – así como conocer la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la escala de Barthel®.

**Métodos:** Estudio prospectivo incluyendo de forma consecutiva los pacientes ingresados en la planta de hospitalización de neumología del H. de Galdakao por enfermería desde octubre de 2019. Se identificaron necesidades paliativas mediante la herramienta NECPAL y la sobrecarga de los cuidadores mediante la escala de Zarit. Se analizaron datos demográficos, clínicos así como la afectación de las ABVD.

**Resultados:** Se han analizado 63 pacientes. 26(41,93%) fueron identificados como NECPAL+. De éstos el 80% ingresaron en planta convencional y el 20% restante en UCRI. Edad media fue de 82,5 ± 9,4. El 61,54% fueron hombres. El 96%(25 pacientes) eran pacientes No oncológicos. La estancia media fue de 7,56 ± 8,2 días. La puntuación de estos pacientes en la escala de Barthel fue de 50,96 ± 30,36. El 80,77% tenían cuidador principal, siendo en el 61,5% un familiar (27% cónyuge, 27% hijo/a, 3,8% sobrino, 3,8% hermano). La puntuación en la escala de Zarit fue de 31 ± 11,39. El 87,5% referían no presentar sobrecarga (< 47 puntos). Los pacientes NECPAL – presentaban una edad media de 66,2 ± 20,79 años. Solo el 13,5% reconocían tener un cuidador, sin datos de sobrecarga (puntuación de 25 en escala de Zarit) La puntuación en la escala de Barthel en estos pacientes fue de 93,91 ± 15,31 y la estancia media hospitalaria fue de 5,11 ± 2 días.

**Conclusiones:** La prevalencia de pacientes con necesidades paliativas en una planta de hospitalización de agudos de neumología es alta, sobre todo en pacientes No oncológicos. A pesar de la alta prevalencia de necesidades paliativas en nuestros pacientes sus cuidadores no presentan datos de sobrecarga medida por la escala Zarit. Los pacientes NECPAL + presentan una mayor afectación de las ABVD y una mayor necesidad de cuidados.

### 295. ESTUDIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALATORIO, PATRÓN DE INCUMPLIMIENTO

M.R. Ruiz-Serrano de la Espada, C. Fernández García, P.F. García Tamayo, D. Núñez Ollero y J. Morgado Ruiz

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Introducción:** En nuestra consulta vemos todos los días pacientes que vienen con frecuencia a la consulta y comentan que no aprecian ninguna mejoría a pesar de los distintos inhaladores que se administra. Estos pacientes nos comentan que realizan perfectamente el tra-

tamiento inhalatorio que le prescribe el facultativo. Tenemos una herramienta como es el test de adhesión inhalatoria (TAI), la cual decidimos utilizarla para comprobar si es correcta la administración inhalatoria en nuestros pacientes. Objetivos: analizar la adhesión a la terapia inhalada en una cohorte de pacientes con EPOC y describir el patrón de incumplimiento.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal basado en el análisis de una cohorte de 219 pacientes vistos en la consulta de Enfermería de la UGC Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, a los que se les administra el cuestionario validado de adhesión a los inhaladores. Este cuestionario permite identificar al paciente con baja adhesión, establecer la intensidad de la adhesión (buena, intermedia o mala) y orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento del paciente (errático, deliberado o inconsciente). Se ha desarrollado durante los meses de septiembre y octubre de 2018 con muestreo sistemático hasta alcanzar la muestra establecida.

**Resultados:** En los resultados obtenidos del TAI test desagregado para EPOC, se han analizado para estudiar las diferencias en función de la edad del paciente y sexo. Se han identificado los factores de mala adherencia para programar intervenciones precoces. El 68,18% de los pacientes menores de 65 años realizan el tratamiento inhalatorio de forma correcta. El 35,3% de los pacientes mayores de 75 años incumplen el tratamiento inhalatorio de forma deliberada. El 44,12% de los pacientes de 66 a 75 años realizan el tratamiento inhalatorio de forma inconsciente, y el 23,58% de los pacientes realizan el tratamiento inhalatorio de forma errática.

**Conclusiones:** Disponer de estos perfiles de adherencia, permite orientar la atención y educación sanitaria al paciente para mejorar la efectividad de la terapia inhalada, básico para disminuir las exacerbaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Estableciendo los factores de mala adherencia a la terapia inhalada, podemos orientar las intervenciones.

### 179. EVALUACIÓN DE LOS COSTES Y LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA DE LAS PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL

A.M. Pulido Sánchez, L. Maestre Puerto, C. Castelló Faus, V. Molina Peinado, S. Vañes Baños, J.N. Sancho Chust, C. Celis Pereira, E. Pastor Esplá, C. Senent Español, C. Cánovas Galindo y E. Chiner Vives

*Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.*

**Introducción:** Las pruebas de provocación bronquial (PPB) suponen una importante carga de trabajo en el laboratorio de exploración funcional respiratoria (EFR) y nada se conoce sobre sus costes. Nuestro objetivo fue evaluar los costes de las PPB (metacolina y manitol) y estimar su carga de trabajo de enfermería en el laboratorio de EFR.

**Métodos:** Se analizaron las PPB realizadas durante dos años. Se recogieron datos demográficos, indicación de la prueba, tipo de prueba realizada, manitol (M) o metacolina (Met), tiempo empleado (se sumó 15 m. a Met y 10 m. a M en la explicación del procedimiento y/o preparación de diluciones), costes en € de material, recursos humanos y total de la prueba, así como resultados para cada test. Para el test de Met se emplearon 6 diluciones crecientes (0,39 a 25 mg/ml) y para M 9 pasos (5 a 635 mg). Se empleó la t-Student (medias no pareadas) para comparar ambos grupos y el test de chi-cuadrado entre cualitativas.

**Resultados:** Se realizaron 79 test, 37% M y 63% Met, en 23 hombres (29%) y 56 mujeres (71%), edad 39 ± 17 años. La indicación de la prueba fue: 42% tos, disnea 25%, sospecha de asma 28% y otros 5%. Fueron positivos 29% y negativos 71%. El tiempo medio de la exploración fue 58 ± 13, el coste material 45 ± 1, de recursos 22 ± 5 y total 67 ± 5 €. Existieron diferencias significativas al comparar M con Met en todas las variables principales: tiempo de realización en minutos (68 ± 15 vs 53 ± 8, p < 0,001), material (46 ± 1 vs 44 ± 1 €, p < 0,001), recursos

(25 ± 6 vs 19 ± 3 €, p < 0,001) y total (71 ± 5 vs 64 ± 3 €, p < 0,001). Al comparar el porcentaje de positivos entre M y Met no hubo diferencias significativas, aunque sí las hubo al comparar ambos grupos por su indicación, siendo más positivos cuando la sospecha fue de asma (p < 0,05) con mayor proporción de Met + por asma y tos no aclarada (p < 0,05). No hubo diferencias por sexos entre positivos y negativos, pero la edad de los negativos fue significativamente superior (43 ± 17 vs 29 ± 15, p < 0,001).

**Conclusiones:** El test de manitol tiene mayor coste total frente al test de metacolina y consume mayores recursos en material y personal, con mayor carga de trabajo por consumo de tiempo de la prueba, que en gran parte está influida por la indicación y elección del test.

## 721. EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PLEURALES EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO (DPM) REALIZADA POR ENFERMERÍA ALTAMENTE ESPECIALIZADA (EAE)

M. Cuña Delgado<sup>1</sup>, B. González Vázquez<sup>1</sup>, I. Lojo Rodríguez<sup>1</sup>, M. Botana Rial<sup>2</sup>, M. Núñez Delgado<sup>2</sup>, V. Leiro Fernández<sup>2</sup>, C. Vilariño Pombo<sup>1</sup>, A. González Piñeiro<sup>3</sup> y A. Fernández Villar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, Vigo, Pontevedra, España. <sup>2</sup>Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

<sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, Vigo, Pontevedra, España. <sup>4</sup>Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo, IIS Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España.

**Introducción:** El DPM representa un problema clínico frecuente, asociado a una elevada morbi-mortalidad, siendo el tipo de derrame que más procedimientos pleurales necesitará. La intervención de una EAE en la evaluación en estos pacientes puede ser clave en la identificación de los casos tributarios de intervenciones más específicas y evitar técnicas innecesarias. **OBJETIVO:** Analizar los procedimientos pleurales realizados en pacientes con DPM y analizar qué factores pueden estar relacionados con un mayor nº de procedimientos

**Métodos:** Incluimos pacientes con DPM confirmado entre enero/16 y dic/18 valorados en la Unidad de Técnicas de un hospital de tercer nivel. Se analizarán variables clínico-epidemiológicas, etiología del DPM, parámetros del líquido pleural, tipo de procedimiento, complicaciones y supervivencia. Realizamos una análisis multivariante para determinar qué factores se podían asociar de forma independiente con el > nº de procedimientos pleurales.

**Resultados:** 122 pacientes, 64 (52%) hombres, 70,6 (39-94) años, índice Charlson 6 (6-7), principal etiología cáncer de pulmón 72 (59%), mediana de supervivencia 79 (16-363) días. Se realizaron 314 procedimientos: 245 (78%) toracocentesis evacuadoras, 38 (12%) drenajes tunelizados, 21 (6,7%) pleurodesis, y 10 (3,1%) procedimientos diagnósticos. Se describieron 19 (6,1%) complicaciones leves [más frecuentes neumotórax (7 casos) y fiebre (4)] pero ningún caso de mortalidad. La mediana de nº de procedimiento por paciente fue de 2 (1-4). Para conocer qué factores se podían relacionar con un > nº de técnicas se establecieron 2 grupos (tabla). En el análisis multivariante, en el grupo de pacientes con 3 o más procedimientos, fue más frecuente la indicación de un tratamiento definitivo [OR = 5,288; (IC95%: 1,026-27,245)] y las complicaciones [OR = 4,087; (IC95%: 1,670-10,001)], pero no hubo diferencias en la supervivencia.

**Conclusiones:** Es frecuente que, los pacientes con DPM, especialmente por cáncer de pulmón, necesiten más de una técnica pleural. A pesar de la fragilidad, con supervivencia baja, la morbilidad global derivada de los procedimientos es escasa. En casi un 40%, se realizó un procedimiento definitivo. En los pacientes con 3 o más procedimientos, fue más frecuente la opción de tratamiento definitivo para control DPM, pero también se describieron más complicaciones. El

Resultados de las variables analizadas en el análisis univariante en función del nº de procedimientos

	≤ 2 procedimientos	≥ 3 procedimientos	p
Edad (años)	74 (63-83)	71 (61-77)	0,6
Sexo hombre	37 (55,2%)	25 (50%)	0,7
Cáncer de pulmón	38 (56,7%)	31 (62%)	0,5
LDH líquido pleural	429,5 (273,5-765)	429 (198,7-737,2)	0,3
Índice de Charlson	6 (6-7)	6 (6-8)	0,1
Tratamiento oncológico sí	34 (52,3%)	31 (63,3%)	0,2
Tratamiento definitivo (drenaje tunelizado/pleurodesis)	15 (22,7%)	33 (63,3%)	0,001
Complicaciones sí	2 (3%)	14 (28,6%)	0,001
Supervivencia (días)	27 (11-142)	124,5 (39,7-417,2)	0,03

desarrollo de EAE en Unidades de Técnicas podría mejorar el abordaje integral del DPM identificando precozmente los pacientes más beneficiarios de procedimientos pleurales.

## 765. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CPAP. CINCO AÑOS DE "AULA DE CPAP"

C. Ruiz Sánchez<sup>1</sup>, O. Garmendia Sorrondegui<sup>2</sup>, L. Saura Florit<sup>3</sup>, M. Medina Esteban<sup>1</sup>, C. Embid López<sup>4</sup>, J.M. Montserrat Canal<sup>4</sup> y M. Torres López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic-ICR, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Clínic-Laboratorio del sueño/IDIBAPS, Barcelona, España. <sup>3</sup>Esteve-Teijin, Barcelona, España.

<sup>4</sup>Hospital Clínic-Laboratorio del sueño/CIBER/Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

**Introducción:** El elevado número de pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP supone un gran reto para enfermería, pues satura su agenda. Por ello nuestro grupo inició en 2014 el Aula de CPAP. En este programa de educación terapéutica (ET) un grupo de pacientes que inician tratamiento recibe una "clase" sobre CPAP e higiene del sueño por parte de una enfermera de práctica avanzada (EPA) de Neumología. El objetivo del Aula es triple: gestionar las altas listas de espera, dar atención médica de calidad que asegure un buen cumplimiento del tratamiento y empoderar a los pacientes, ofreciéndoles un espacio para recibir toda la información sobre su enfermedad y tratamiento y compartir opiniones.

**Métodos:** Evaluar la efectividad del Aula (cumplimiento de CPAP) en comparación con la clásica visita individual (VI), aceptación entre los pacientes e impacto sobre los costes y lista de espera. Estudio retrospectivo descriptivo. Nuevas altas de CPAP fueron remitidas a Aula o VI aleatoriamente. En ambas una EPA les atendió y proporcionó toda la información necesaria sobre CPAP y sueño, resolviendo dudas o problemas con el dispositivo o mascarilla. Se han comparado los valores de cumplimiento a corto (3 meses) y largo plazo (2-5 años), estimado el tiempo empleado y costes en 2014 y recogido la opinión de los pacientes del Aula.

**Resultados:** No hubo diferencia entre el cumplimiento del Aula (n = 69) y la VI (n = 67) a corto (5,2 ± 2,1 vs 5,3 ± 2,2, p = 0,9) o largo plazo (5,6 ± 2,7 vs 5,4 ± 2,9, p = 0,6). Por otro lado, de 350 nuevas altas de CPAP en 2014, 218 fueron VI y 132 participaron en 30 Aulas (4,4 pacientes/Aula). Dada la duración del Aula y de la VI (1 h vs 20 min), se ganó en la agenda tiempo para visitar otros 28 pacientes (menor gasto). De 145 encuestas de opinión realizadas, al 99,3% le sirvió para resolver dudas y valoró positivamente compartir la experiencia. El 71,6% opinó que una sola sesión es suficiente.

**Conclusiones:** El Aula es igual de efectiva que la VI clásica en el futuro cumplimiento de CPAP. La percepción de los pacientes es positiva: se visualiza mejor la patología al compartir experiencias. La estima-

ción de tiempo empleado revela que el Aula libera la agenda de la EPA (reduce gastos) dejando espacio para realizar intervenciones individuales si es preciso. Por ello creemos que el Aula es probablemente la mejor opción para gestionar el gran volumen de pacientes que inician tratamiento con CPAP en el hospital.

### 386. EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE LA IMPLANTACIÓN DEL ALGORITMO "INFRAIDIAGNÓSTICO ZERO" PARA LA DETECCIÓN DEL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

M.L. Rodríguez Fidalgo<sup>1</sup>, M. Sánchez de la Yncera<sup>1</sup>, J.L. García Rivero<sup>1</sup>, I. Salinas Garrido<sup>2</sup>, M. Díez López<sup>2</sup> y M. Paz Zulueta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Laredo; Asociación cántabra de investigación en aparato respiratorio (ACINAR), Laredo, Cantabria, España. <sup>2</sup>Hospital de Laredo, Laredo, Cantabria, España. <sup>3</sup>Universidad de Cantabria; Asociación cántabra de investigación en aparato respiratorio (ACINAR); GRIDES, IDIVAL, Santander, Cantabria, España.

**Introducción:** Las recomendaciones de sociedades científicas internacionales de neumología indican que se deben determinar niveles séricos de la proteína alfa-1 antitripsina a todos los pacientes con EPOC. Sin embargo, el infradiagnóstico del DAAT continúa siendo elevado. Desde el punto de vista de enfermería el diagnóstico precoz en el DAAT es muy valioso ya que en la evolución de la enfermedad tiene mucha importancia la educación al paciente y a su familia, pudiendo influir en la progresión de la enfermedad sobre todo mediante la deshabituación tabáquica. Objetivo: presentar los resultados tras el primer año de implantación de un nuevo algoritmo diagnóstico del déficit, alfa-1 antitripsina (DAAT) en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio transversal. Durante el primer año de estudio (15-03-2018 al 14-03-2019) se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que acudieron al laboratorio de pruebas funcionales y que presentaron una obstrucción al flujo aéreo en una espirometría pre-broncodilatadora. Como variables principales se recogieron: género, patología respiratoria asociada y genotipado de las muestras de mucosa gingival o gota seca. Para la categorización de las variantes deficitarias se utilizó el alfa-1 genotyping test®. En variables discretas se estimaron proporciones e intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 360 pacientes. Se identificaron 102 pacientes con genotipo deficitario (28,33%; IC95% 23,54-33,13). El genotipo más frecuente fue el MS (56,86%; IC95% 46,76-66,96), el MZ (29,41%; IC95% 20,08-38,74) y el SZ (9,8%; IC95% 3,54-16,07). Cabe destacar que el 65,69% de los pacientes con genotipo deficitario no presentaban un diagnóstico de EPOC (20,6%) ni ACO (Asthma-Copd Overlap) (13,7%).

**Conclusiones:** 1. Realizando el cribado del DAAT únicamente a pacientes con EPOC, estaremos detectando 1/5 de los pacientes con una variante deficitaria (1/3 si incluimos a los ACO), no diagnosticando a pacientes con asma o bronquiectasias. 2. Con la realización del estudio genético a todos los pacientes con obstrucción al flujo aéreo en la consulta de enfermería se detectan a todos los pacientes con al menos una variante deficitaria, que presentan formas menos graves de la enfermedad, pero con afectación clínica y funcional. Con este nuevo sistema de cribado detectamos incluso a los pacientes heterocigotos, a los cuales podremos darles consejos de hábitos saludables, sobre todo en relación al tabaquismo, que de otra manera hubieran pasado desapercibidos.

### 264. FACTORES SUSCEPTIBLES DE MODIFICACIÓN EN RELACIÓN A LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA HOSPITALIZADO. ESTUDIO SABINA

S. Miranda Valladares<sup>1</sup>, M.M. Cabrera Martínez<sup>2</sup>, L. Llanos Rodríguez<sup>1</sup>, J.M. Figueira Gonçalves<sup>1</sup>, D. Díaz Pérez<sup>1</sup>, M.E. Peña Fernández<sup>3</sup>, B. Ibáñez Rodríguez<sup>4</sup>, P. Loza Ramos<sup>5</sup> y K. Álvarez Tosco<sup>1</sup>

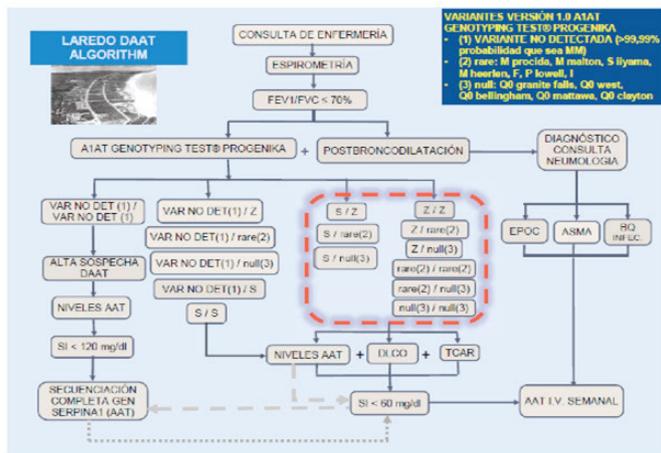
<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España. <sup>2</sup>Centro de Salud de Candelaria. Gerencia de Atención Primaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España. <sup>3</sup>Hospital V. Álvarez Buylla de Mieres, Mieres, Asturias, España. <sup>4</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>5</sup>Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España.

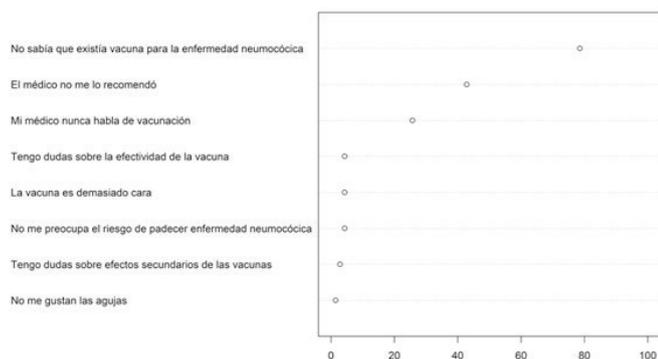
**Introducción:** La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es una de las causas de mortalidad frecuente en los adultos mayores, por lo que se considera un problema importante de salud pública, siendo la vacunación la medida más efectiva para la prevención de la ENI y los pacientes con enfermedades predisponentes podrían beneficiarse de la vacunación. La tasa de la vacunación antineumocócica (VAN) sigue siendo deficiente. Por tanto, hemos realizado un estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico cuyo objetivo principal es conocer los factores susceptibles de modificación que influyen en la tasa de VAN y el objetivo secundario es conocer la tasa de VAN de los pacientes EPOC hospitalizados.

**Métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico en 4 centros mediante una encuesta autoadministrada a pacientes ingresados con EPOC. Las variables principales son: VAN, dónde y quién le recomendó la vacuna, motivos por el que se vacunó o no, y estado de vacunación antigripal. Otras variables son: edad, sexo, tabaquismo, conocimientos y creencias sobre la vacunación y visitas a urgencias en el último año.

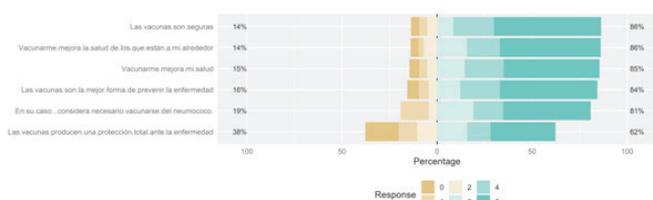
**Resultados:** De los 117 pacientes, el 72% son hombres con edad media de 72 años. El 68% son exfumadores. El 86% tiene una percepción de su estado de salud entre regular y muy mala. El 77% se ha vacunado de la gripe en los últimos 3 años, el 42% se ha administrado la VAN y sólo el 36,5% tiene ambas. El 80% tienen una percepción positiva de la vacunación, no habiendo diferencias entre los vacunados y los no vacunados. Los pacientes no se han vacunado porque no sabían que existía la VAN, el médico no se lo recomendó o el médico no habla de vacunación. Los vacunados fueron informados por su médico o por su enfermero, generalmente en el centro de salud.

**Conclusiones:** La no VAN no se debe a un rechazo hacia las vacunas, sino por la falta de información transmitida por parte de los profesionales sanitarios. Por tanto, para mejorar la tasa de VAN los profesionales sanitarios, independientemente del ámbito asistencial, deben proporcionar la información suficiente sobre VAN a los pacientes con EPOC.





Motivos de no vacunación antineumocócica.



Creencias sobre la vacunación.

### 387. FORMACIÓN Y DOTACIÓN DE EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA NACIONALES

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

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

**Introducción:** La neumología intervencionista es una subespecialidad de la neumología. En los últimos años, ha aumentado el número de procedimientos, tipo y complejidad de las técnicas. Esto conlleva la necesidad de especialización de los equipos de enfermería dedicados a la neumología intervencionista. El objetivo del estudio fue evaluar si los equipos de enfermería de los hospitales nacionales tenían formación específica en neumología intervencionista, así como conocer la dotación de enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (tcae).

**Métodos:** Estudio transversal realizado con un cuestionario, dirigido a enfermeras y tcaes que trabajan en unidades de neumología, difundido por las áreas de enfermería y técnicas y trasplante y la propia secretaría de SEPAR, durante setiembre y octubre de 2019. La variable principal del estudio fue si los profesionales del equipo de enfermería tenían formación específica en neumología intervencionista. Otras variables recogidas fueron: el tipo de formación previa, grado de motivación para formarse, procedimientos anuales y nº de profesionales que conforman el equipo.

**Resultados:** Se analizaron 57 cuestionarios recibidos, el 90% enfermeras (N = 51) y 10% tcaes (N = 6). El total de participantes pertenecían a 26 hospitales de 15 comunidades autónomas, un 46% de los encuestados tenía una experiencia entre 3 y 10 años en el servicio de neumología intervencionista. El 73% de los hospitales disponía de gabinete propio y el 50% realizaba > 1.000 procedimientos/año. Un 80% del equipo respondió no tener formación específica en neumología intervencionista. La formación más frecuente (40%) correspondió a la transmisión de conocimientos directa con un periodo de 7 a 15 días junto al profesional al que se iba a sustituir. Sin embargo, el 80% también declaró estar interesados en recibir algún tipo de formación (presencial, online, talleres e intercambios), considerando adecuada una duración de > 40 h. Respecto a la motivación para actividades

formativas, el 60% puntuó  $\geq 9$  (escala 0-10). Se encontró una gran variabilidad en la dotación de los equipos de enfermería.

**Conclusiones:** La mayoría de profesionales de enfermería que realizan actividad de neumología intervencionista no han realizado una formación específica en este campo. El cuestionario identificó una importante motivación asociada a la necesidad para realizar y promover actividades formativas. Asimismo no hay uniformidad en la dotación de los equipos de enfermería.

### 35. HABITO TABÁQUICO EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Y. Martín Vaquero<sup>1</sup>, A. García Gómez<sup>1</sup> y J.Á. Sánchez Cerezal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España. <sup>2</sup>Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España.

**Introducción:** El personal sanitario tiene un papel fundamental en la prevención y en el abandono del tabaquismo que debería iniciarse durante la formación. El objetivo es describir el hábito tabáquico de los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Zamora y analizar el consumo en los fumadores.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Población del estudio son todos los estudiantes de enfermería del curso 2018-19. Tras una búsqueda se elabora una encuesta ad-hoc basada en un banco de preguntas (fig. 1). Variables: sexo, edad, situación, hábito tabáquico en familiares y actitud ante el tabaco, otros hábitos, etc. Se valida con un grupo reducido. Se entregó la encuesta a todos los estudiantes en las aulas se recogieron de forma anónima. Se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados:** La encuesta se distribuye a 225 estudiantes. Es respondida por 189 (84%). El 80% son mujeres. El 62% hacen deporte. El 87% conoce la Ley antitabaco. El 60% fuma algún familiar. Consideran al tabaco droga 52%, vicio 36%, hábito 12%. El 83% consideran necesario ampliar conocimientos de tabaquismo en su formación. El 71% ha visto fumar en el recinto. El 72% refieren que no se debería fumar en el trabajo. Los no fumadores en el momento del estudio, 61% si lo han probado, 99% consideran el tabaco una adicción, 79% permiten fumar en su presencia y 57% se consideran fumador pasivo. El 20% (37) son fumadores. De estos la mayoría mujeres (32), el 51% hace deporte. El 76% (28) tienen a un familiar que fuma. La media de edad es 21,6  $\pm$  3,2 (18-33). La edad de inicio media 15,8  $\pm$  2,4 (12-20). El 59% fuman todos los días. El 51% no han intentado dejar de fumar. A la semana tienen un gasto medio 8 euros  $\pm$  5,8 (2,5-25). El 27% reconoce fumar otras sustancias. El 97% lo consideran una adicción. El 68% se consideran fumador hedonista, 22% fumador social. El 89% fumaba antes de la universidad. El 68% reconoce fumar en lugares prohibidos. El 49% de 0 a 3 cigarrillos al día. El 84% fuman más con los exámenes., el 24% tiene motivación alta para dejar de fumar y el 41% lo dejaría en seis meses.

Figura 1.

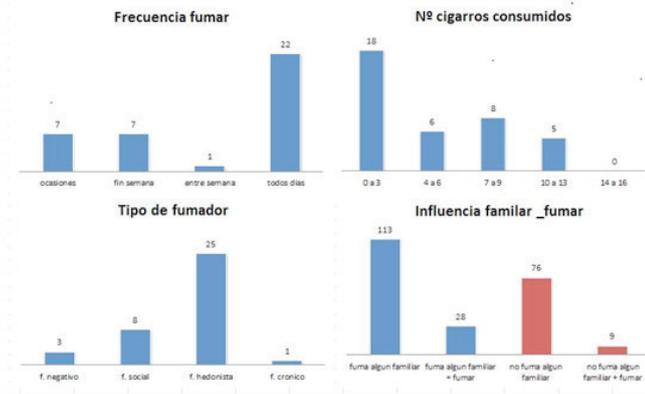


Figura 2.

**Conclusiones:** El tabaquismo es una realidad en la escuela. Es necesario cumplir la Ley en el entorno de la universidad y del hospital. Es preciso realizar prevención en el colegio dada la edad de inicio al hábito y en el ámbito familiar por su influencia. Está justificada una futura intervención entre los estudiantes fumadores para abandonar el hábito tabáquico y ampliar la formación en los estudiantes para capacitarlos para intervenir en el tabaquismo.

#### 456. IMPACTO ASISTENCIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DOMICILIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) MEDIANTE LA GESTORA DE CASOS

A. Alonso León, A.M. Rodrigo Troyano, P. Millan Billi, M. Peiro Fabregas, V. Plaza Moral y D. Castillo Villegas

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

**Introducción:** Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) tienen un elevado impacto en la calidad de vida y supervivencia de los pacientes. Estudios previos han demostrado el valor de la implementación de los cuidados paliativos en el enfermo con EPID y la necesidad de mejorar su aplicación en nuestro país. El papel de gestora de casos de EPID es fundamental en el enlace entre los diferentes niveles asistenciales. El objetivo principal del estudio fue describir el impacto de la intervención de la gestora de casos mediante la derivación a un programa de atención domiciliaria y equipo de apoyo (PADES) de pacientes con EPID en fase terminal.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con EPID derivados a un programa de atención domiciliaria y equipo de apoyo (PADES) desde una unidad multidisciplinar de EPID. Este proceso asistencial fue implementado por la gestora de casos tras su incorporación a la unidad. El periodo de inclusión fue desde octubre del 2016 hasta octubre del 2019. Se recogieron variables demográficas, clínicas, comorbilidades, tiempo de seguimiento desde la derivación al PADES, consultas a urgencias, ingresos hospitalarios y lugar de defunción.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 41 pacientes (63,4% varones) con una media de edad de 77 años (DE 12,6), CVF de 53,7% (DE 15), disnea MRC de 3, escala Barthel de 53,7 (DE 15) y un índice Charlson de 2,3 (DE 1,5). El 93% presentaban insuficiencia respiratoria crónica y eran portadores de oxigenoterapia domiciliaria. El seguimiento medio por el equipo de PADES hasta su fallecimiento fue de 131 días (DE 154), con una media de ingresos de 0,4 (DE 0,6) durante el seguimiento y de 0,8 (DE 1) consultas a urgencias. Al valorar el lugar de fallecimiento de los pacientes la mayoría de ellos (44%) fallecieron en el domicilio. Un 27% lo hicieron en un centro de cuidados paliativos y un 5% lo hicieron en una unidad de hospitalización de cuidados paliativos. Hasta un

19,5% fallecieron durante un ingreso por agudización de su enfermedad respiratoria y solo un 5% falleció en el servicio de urgencias.

**Conclusiones:** Los pacientes con EPID en fase terminal que son derivados a un programa de atención domiciliaria y equipo de soporte (PADES) mediante la figura de la enfermera Gestora de Casos, presentan pocas consultas al servicio de urgencias y fallecen mayoritariamente en el domicilio.

#### 138. IMPACTO DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल RUTA DE LA SALUD 2019

A. Aibar Díaz, E. Fernández Fabrellas, S. Primo Requena, M.I. Tárrega Molina, N. Carrión Collado, N. Tortajada Gómez, M. Honrubia Cuadau y M.T. Fernández Delgado

Consortio Hospital General Universitario, Valencia, España.

**Introducción:** Según fuentes ministeriales, el impacto de la epidemia de gripe 2018-2019 supuso 490.000 casos leves atendidos en Atención Primaria, 35.300 hospitalizaciones de casos de gripe confirmada y 2.500 ingresos en UCI, con una estimación de 6.300 fallecimientos directamente atribuidos a gripe. Y, a pesar de la campaña antigripal que cada año se lleva a cabo, especialmente dirigida a los grupos de riesgo ( $\geq 65$  años, embarazadas y profesionales sanitarios), solo 38,4% de españoles  $\geq 65$  años fueron vacunados, aunque en nuestra Comunidad la cifra de vacunados  $\geq 65$  años rozó el 50% según los datos oficiales.

**Métodos:** Durante la campaña de la Ruta de la Salud 2019 nos propusimos averiguar el grado de implementación de la vacunación antigripal entre las personas  $\geq 65$  años que se acercaban a la estación de Neumología, y analizar diferencias entre las que decían tener ERC (enfermedad respiratoria crónica) versus las que no. Recogimos datos demográficos, hábito tabáquico, ERC, ingresos por ERC y vacunación antigripal en el año previo. Realizamos análisis descriptivo de la población estudiada y diferencias en vacunación antigripal entre personas con ERC y sin ella mediante ANOVA y  $\chi^2$ , nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 1.581 personas con edad media  $67 \pm 13$  años y 80% mujeres fueron entrevistadas y estudiadas mediante oximetría y espirometría simple durante los meses de julio, septiembre, octubre y noviembre de 2019 en 73 poblaciones diferentes. 25% eran o habían sido fumadores y 13% se reconocían fumadores pasivos. Solo 45,9% reconocían haber recibido la vacuna antigripal el año previo. Del total, 13,2% ( $n = 208$  personas de  $67 \pm 12$  años, 73,6% mujeres) reconocían padecer ERC: 13% de ellos eran EPOC ( $n = 27$ ), 34,6% asma (72), 25,5% SAHS (53) y 26,9% otras ERC (56). Resumen de las diferencias más significativas entre la población ERC versus la no-ERC se muestran en la tabla.

Diferencias entre población con ERC vs población no-ERC

	ERC (n = 208)	No-ERC (n = 1373)	p
Edad (años)	67,5 $\pm$ 11,7	66,9 $\pm$ 13	0,54
FVC%	81 $\pm$ 15	85,3 $\pm$ 14,7	< 0,001
FEV1%	83,7 $\pm$ 17,2	91,2 $\pm$ 16,6	< 0,001
FEV1/FVC%	75,4 $\pm$ 11,1	78,2 $\pm$ 8,8	0,001
SpO2%	96,1 $\pm$ 1,5	97,3 $\pm$ 24,3	0,46
Pulso (lpm)	81,5 $\pm$ 57,4	77,3 $\pm$ 11,7	0,29
Sí vacunado	57,2%	44,1%	< 0,001

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta la limitación de extraer conclusiones de población no seleccionada que voluntariamente se acerca a la estación de Neumología durante la Ruta de la Salud, nuestra experiencia corrobora que en las personas  $\geq 65$  años de los pueblos visitados la cobertura poblacional de la vacuna contra la gripe es insuficien-

te, aunque las personas con ERC parecen estar más concienciadas de la necesidad de prevenir esta enfermedad.

#### 417. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INCUMPLIDOR DE TERAPIA CON CPAP EN EL PRIMER CENTRO GALLEGO DE OXIMESA NIPPON GASES (CENTROX)

J. Iglesias Novas<sup>1</sup>, I. Portela Ferreño<sup>2</sup>, S. Díaz Lobato<sup>3</sup>, M. Mosteiro Añón<sup>4</sup>, A. Fernández Villar<sup>4</sup>, D. Ferreiro Carballal<sup>5</sup>, A. Silva Fernández<sup>5</sup> y J. Vargas Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oximesa Nippon Gases-Centrox, Vigo, Pontevedra, España. <sup>2</sup>Oximesa Nippon Gases-Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España. <sup>3</sup>Oximesa Nippon Gases, Madrid, España. <sup>4</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España. <sup>5</sup>Oximesa Nippon Gases, Vigo, Pontevedra, España.

**Introducción:** En marzo de 2019 fue inaugurado en Vigo el primer centro de atención integral al paciente con dicha patología. Una de sus iniciativas ha sido evaluar a los pacientes de forma extrahospitalaria para ofrecer mayor accesibilidad y control del cumplimiento de la terapia, ya que supone uno de los mayores retos. El incumplimiento afecta a un 25-60% de los nuevos usuarios. Objetivo: valorar el impacto de la consulta de enfermería extrahospitalaria en pacientes incumplidores al tratamiento con CPAP.

**Métodos:** Estudio de tipo descriptivo, que incluye a los pacientes incumplidores de CPAP extraídos de una lista de altas de CPAP de la empresa Oximesa Nippon gases cuyo hospital de referencia es el H. Álvaro Cunqueiro y con al menos dos consultas de enfermería en el CentroX. Criterio de paciente incumplidor: Pacientes a tratamiento con CPAP de más de 6 meses, que presentan un uso inferior de < 3h/día, en este estudio se contemplan los pacientes con una media horaria entre 0-1 h/día (fig. 1). El programa de intervención se resume en: actuaciones clínicas en consulta y telefónicas por parte de enfermería. Para la recolección de datos empleamos "la ficha de paciente" de creación propia del equipo asistencial y el programa informático AS400 y para su análisis el programa Excel.

**Resultados:** De un total de 4.504 pacientes con más de 6 meses a tratamiento con terapia con CPAP en H. Álvaro Cunqueiro, hay 507 pacientes que presentan un uso medio inferior a las 3h/día (fig. 1). De estos pacientes incumplidores el 43% presenta una media horaria 0-1 h/día. Para el análisis nos hemos quedado con 175 pacientes que cumplían todos los criterios. El total de pacientes en el análisis los dividimos en 5 grupos (fig. 2). Un 62,28% se han convertido en pacientes cumplidores con una media horaria mayor de 3h/día. Siendo la actuación predominante la educación (100% de los casos) aunque no la única. Esta media horaria la han alcanzado en un 61,47% tras la primera consulta de enfermería. Un 23,4% pacientes no superaron la media de 3 horas/día.

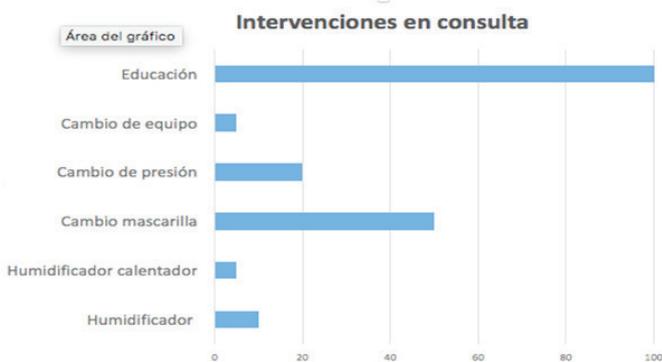


Figura 1. Evolución de los pacientes incumplidores terapia CPAP en el CentroX de Vigo.



Figura 2. Intervenciones de enfermería en consulta.

**Conclusiones:** La intervención de enfermería de tipo educacional y la primera consulta, son las intervenciones clave para mejorar las horas de media de los pacientes incumplidores con terapia CPAP disminuyendo a su vez la carga asistencial hospitalaria.

#### 354. IMPACTO DEL REFUERZO TELEFÓNICO EN LAS TASAS DE ABSTINENCIA EN PACIENTES EN UN PROGRAMA DE ABANDONO DEL TABAQUISMO

A.M. Díaz Rubio<sup>1</sup>, R. Rodríguez Pérez<sup>1</sup>, M.I. Verdugo Cartas<sup>1</sup>, B. Rojo Moreno-Arrones<sup>1</sup>, M.T. Ramírez Prieto<sup>1</sup>, R. Moreno Zabaleta<sup>1</sup> y E. Martín Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastian de los Reyes, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y recidivante. Es la primera causa de muerte evitable. Desde el servicio de neumología del Hospital Universitario Infanta Sofía, además del tratamiento farmacológico, y el seguimiento convencional en consulta, quisimos valorar el impacto de la intervención telefónica en un grupo de pacientes y determinar si había diferencias en las tasas de abstinencia a los 6 meses.

**Métodos:** Estudio prospectivo aleatorizado de 100 pacientes que acuden a la consulta de tabaco con la intención de dejar de fumar y se encuentran en una fase contemplativa o de preparación. Un grupo seguirá el curso normal de las consultas con visitas sucesivas según agendas. Y otro grupo seguirá el mismo curso de visitas sucesivas, pero además se le añadirán 4 llamadas (cerca del día D, a los 15 días, al mes y a los 3 meses) de refuerzo telefónico en las que se repasa utilización de la medicación, estrategias de afrontamiento del craving, o se reconducen citas si las ha perdido. A los 6 meses del día D, se les realiza una llamada común, a ambos grupos, para comprobar tasas de abstinencia.

**Resultados:** Se han incluido un total de 100 pacientes en el programa de los cuales solo han finalizado el mismo 86 ya sea por abandono voluntario o por imposibilidad de localizar telefónicamente. La edad media de los mismos fue 56,09 años (39-77). 46 eran mujeres y 54 eran hombres. A 74 de ellos se les prescribió vareniclina, a 16 bupropión, a 8 TSN y 2 prefirieron no tomar nada. Entre los 43 llamados, se encontraban abstinentes 17 con una abstinencia media de 4,6 meses. Y entre los 43 no llamados se encontraban abstinentes 17 con una abstinencia de 5,52 meses de media. La tasa general de abandono fue un 39,5% para ambos grupos.

	Seguimiento convencional + seguimiento telefónico	Seguimiento convencional
Abstinentes	17	17
No abstinentes	26	26

Tratamiento farmacológico	Número de pacientes
Vareniclina	74
Bupropion	16
Tsn	8
Otro	1
Nada	1

**Conclusiones:** 1. Nuestro estudio no evidenció ninguna mejora adicional en las tasas de abandono del tabaco en el grupo que ha tenido un seguimiento telefónico de refuerzo con respecto a los que no lo han tenido. 2. Las tasas de abstinencia generales a los 6 meses, en ambos grupos muestran unos resultados similares a estudios previos.

## 67. IMPACTO DEL SAHS Y SU TRATAMIENTO CON CPAP EN LAS PAREJAS A NIVEL SOCIAL, EMOCIONAL Y SEXUAL

I. Portela Ferreño<sup>1</sup>, T. Rivera Baltanás<sup>2</sup>, M. Mosteiro Añón<sup>3</sup>, L. Souto Sayar<sup>1</sup>, H. Santamaría López<sup>3</sup>, J. Iglesias Novas<sup>1</sup>, J. Vargas Rodríguez<sup>1</sup> y A. Fernández Villar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oximesa-Nippon Gases, Vigo, Pontevedra, España. <sup>2</sup>Fundación Biomédica Galicia Sur, Vigo, Pontevedra, España. <sup>3</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España.

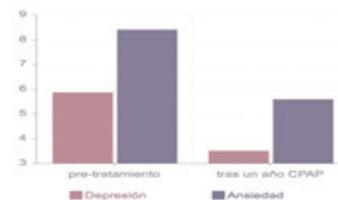
**Introducción:** Las parejas de enfermos que padecen SAHS perciben sus relaciones más estresantes y su percepción de ocio y disfrute es menor. Dormir junto a alguien que ronca no es sólo algo molesto, sino también poco saludable. En la fase inicial de nuestro estudio; el año pasado, demostramos que la calidad de vida estaba tan afectada en pacientes con SAHS como en sus parejas, aunque en diferentes dimensiones de la misma. Las parejas mostraron una mayor alteración en la esfera emocional, social y sexual; mientras que los enfermos percibieron mayor afectación en el plano físico. Objetivo: evaluar los cambios en la calidad de vida, a nivel emocional y sexual de las parejas de pacientes con SAHS antes y después de un año de iniciar el tratamiento con CPAP.

**Métodos:** Estudio longitudinal comparativo desarrollado en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo de 52 pacientes con SAHS y sus parejas tras un año de tratamiento con presión positiva desde enero del 2018 hasta septiembre del 2019 y con un uso de CPAP superior a 3 horas/día. Se analizaron características de salud física y mental; el instrumento principal utilizado estuvo constituido por el SF-36, para medir la calidad de vida. Otros cuestionarios: HAD (depresión y ansiedad), escala Likert de impacto de SAHS en parejas de creación propia del equipo de investigación. Para la evaluación de las variables de índole íntima empleamos el cuestionario CSFQ. Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó el programa spss.

**Resultados:** Tras un año de terapia CPAP las parejas mostraron disminución en los niveles de ansiedad y depresión ( $p < 0,01$ ). Respecto a las variables que se miden en el cuestionario SF36 destaca que en todas se observa un aumento en su puntuación. El 90% de las parejas refiere que la CPAP ha ayudado a mejorar la salud del paciente entre mucho y muchísimo y un 85% afirman que el uso de CPAP ha repercutido en su propio estado de salud entre mucho y muchísimo. Respecto a la sexualidad encontramos un aumento estadísticamente significativo para las variables placer y deseo ( $p = 0,01$ ,  $p = 0,03$  respectivamente).

Datos cuestionario calidad de vida (SF-36) en parejas antes y después de inicio terapia CPAP

Ítem SF36	Sin CPAP	Tras un año de uso de CPAP	Significancia bilateral
Función física	53,55	71,25	0,014
Rol físico	59,73	75,96	0,013
Dolor corporal	8,26	22,5	0,003
Salud general	39,42	54,03	0,005
Vitalidad	30,28	39,61	0,005
Función social	30,52	46,87	0,001
Rol emocional	66,98	76,76	0,131
Salud mental	38	47,76	0,011



Cambios en los niveles de depresión y ansiedad en las parejas (cuestionario HAD)



Gráficas resultados cuestionarios HAD (ansiedad y depresión) y SF-36 (calidad de vida).

**Conclusiones:** Las parejas tras un año de tratamiento con CPAP mostraron disminución en los variables ansiedad y depresión así como un aumento en todas las variables que evalúan la calidad de vida, además de percibir un aumento de la libido. Se puede afirmar que tratando a uno mejora el estado general de salud de ambos.

## 178. IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON EPOC Y ASMA

J. Trinidad Debon<sup>1</sup>, M.S. Dolado Momblona<sup>2</sup>, A.P. Barragán Ruiz<sup>3</sup>, S. Sansaturmino Celda<sup>1</sup> y M.D. Ibáñez Cuerda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Especialidades Ricardo Trenor, Valencia, España. <sup>2</sup>Hospital Clínico-Malvarrosa, Valencia, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

**Introducción:** La EPOC y el asma son enfermedades crónicas, con una alta prevalencia, donde juega un papel fundamental la educación para la salud. Según la OMS, la alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud. Los objetivos de nuestro estudio son: 1) Demostrar la necesidad de crear consultas de educación enfermera, para pacientes

con asma o EPOC que tengan un bajo nivel de alfabetización en salud. 2) Describir la puesta en marcha y dificultades de la consulta de educación respiratoria. 3) Realizar un análisis de la relación entre las diferentes variables obtenidas en la consulta.

**Métodos:** Estudio descriptivo, con una muestra no probabilística consecutiva que incluye descripción del protocolo, puesta en marcha de la consulta de enfermería, características de los pacientes que se derivan (en un principio, se decidió realizar 3 consultas) y análisis de los datos obtenidos. Población de estudio: pacientes con asma o EPOC con sospecha de uso incorrecto del tratamiento y/o hábitos de vida poco saludables.

**Resultados:** El estudio tiene una muestra de 64 pacientes, de los cuales un 62% padecen EPOC, un 33% asma y un 5% ambas patologías. La media de edad es de 72 años y de IMC 30,59 (obesidad); realizan una ingesta de líquido menor a 1,5 litros un 64%; solo un 14% se lavan los dientes 3 veces al día y tampoco se enjuagan la boca tras la administración de inhaladores el 47%; fuman el 24% y son exfumadores el 44%; respecto al consumo de alcoholes están en riesgo el 4% de las mujeres y el 38% de los hombres; no realizan ejercicio físico el 52%; y no toman correctamente sus inhaladores el 84%. Fue necesario ampliar las consultas a 5, debido al bajo nivel de alfabetización en salud (cuestionario HLS-EU-Q16) que presentaron los pacientes, siendo la media de 8,17, considerando «nivel inadecuado o problemático» (puntuación entre 0 y 12) y «nivel suficiente» (puntuación entre 13 y 16).

#### Nivel de adhesión a los inhaladores

Test de adhesión a los inhaladores	N = 64, n (%)
<b>Nivel de adhesión</b>	
Buena	59 (92,19%)
Intermedia	3 (4,69%)
Mala	2 (3,12%)
<b>Conoce dosis y frecuencia</b>	
No	23 (35,94%)
Sí	41 (64,06%)
<b>Errores críticos</b>	
No	15 (23,44%)
Sí	49 (76,56%)
<b>Tipo de incumplimiento</b>	
Errático	1 (1,56%)
Inconsciente	53 (82,81%)
No incumplimiento	10 (15,62%)
Total de personas que realizan algún apartado de forma incorrectamente	54 (84,34%)

#### Inmunización en pacientes que cumplen los criterios de vacunación

Administración de vacunas	N = 64, n (%)
<b>Vacuna antigripal</b>	
No, porque no me la han recomendado	5 (7,81%)
No, por efectos secundarios	10 (15,62%)
Sí, todos los años	49 (76,56%)
<b>Vacuna antineumococo</b>	
No lo sé	1 (1,56%)
No, porque no me la han recomendado	51 (79,69%)
No, por efectos secundarios	1 (1,56%)
Sí	11 (17,19%)

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta las características de la muestra en cuanto a la administración de inhaladores y hábitos de vida, se debería considerar la puesta en marcha de consultas de educación respiratoria, en pacientes con un bajo nivel de alfabetización en salud, principalmente en la adultez tardía, ya que el 75% de nuestra muestra es mayor de 67 años.

TEST DE ADHESIÓN A LOS INHALADORES	N=64 n (%)
<b>NIVEL DE ADHESION</b>	
Buena	59 (92.19%)
Intermedia	3 (4.69%)
Mala	2 (3.12%)
<b>CONOCE DOSIS Y FRECUENCIA</b>	
No	23 (35.94%)
Sí	41 (64.06%)
<b>ERRORES CRITICOS</b>	
No	15 (23.44%)
Sí	49 (76.56%)
<b>TIPO DE INCUMPLIMIENTO</b>	
Errático	1 (1.56%)
Inconsciente	53 (82.81%)
No incumplimiento	10 (15.62%)
<b>TOTAL DE PERSONAS QUE REALIZAN ALGÚN APARTADO DE FORMA INCORRECTAMENTE.</b>	<b>54 (84.34%)</b>

Nivel de adhesión a los inhaladores.

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS	N=64 n (%)
<b>VACUNA ANTIGRIPIAL</b>	
No, porque no me la han recomendado.	5 (7.81%)
No, por efectos secundarios.	10 (15.62%)
Sí, todos los años.	49 (76.56%)
<b>VACUNA ANTINEUMOCOCO</b>	
No lo sé.	1 (1.56%)
No, porque no me la han recomendado.	51 (79.69%)
No, por efectos secundarios.	1 (1.56%)
Sí.	11 (17.19%)

Inmunización en pacientes que cumplen los criterios de vacunación.

## 620. INCIDENCIA DE DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DETECTADOS POR ALFAKIT CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

C. San José García, L. Sanabria Curero, B. de Vega Sánchez, M.F. Muñoz, N. Barón Salvador y C. Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

**Introducción:** El déficit de alfa 1 anti-tripsina (DA1AT) es una patología genética e infradiagnosticada potencialmente tratable. AlfaKit® es un método de diagnóstico sencillo y no invasivo a través de muestras salivares para conocer fenotipos patológicos causantes de DAAT. El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia de fenotipos patológicos en pacientes ingresados en el Servicio de Neumología con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes que ingresan a cargo del servicio de neumología con diagnóstico de EPOC, independientemente del motivo de ingreso, sin diagnóstico previo de DAAT. Se analizaron alteraciones genotípicas: -/S, -/Z, S/Z, S/s, Z/-, S/P lowel, -/Q Omathawa, -/m Malton, Z/Z, S/M mlaton, -/P, -/I, I/P lowel, -/M. Se analizaron antecedentes personales de tabaquismo y antecedentes familiares de enfermedades neumológicas en los pacientes incluidos en la muestra.

**Resultados:** Se recogieron datos de 111 pacientes consecutivos 77,5% de los cuales eran varones, con antecedentes personales de tabaquismo en 78% de los casos (N = 85) (fig. 1). El Alfakit® permitió detectar la presencia de alteraciones genotípicas no conocidas en 21 pacientes (fig. 2).

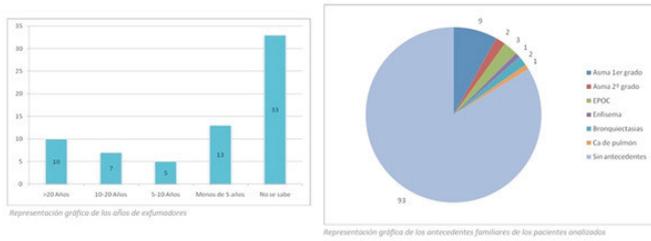


Figura 1.

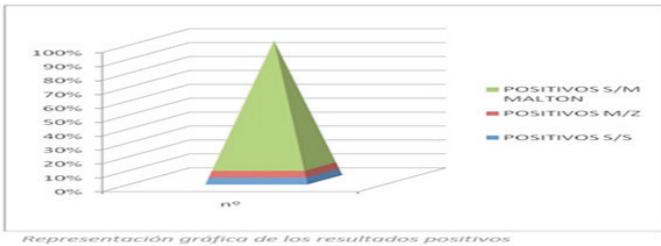


Figura 2.

**Conclusiones:** El método de detección Aalfakit® es un método sencillo y aplicable en pacientes que ingresan con diagnóstico de EPOC en los que una determinación durante una exacerbación puede presentar niveles elevados por tratarse de un reactante de fase aguda. La determinación salivar de fenotipos patológicos con Alfakit en pacientes ingresados con diagnóstico de EPOC ha permitido detectar alteraciones en 21 pacientes (19% de los casos). Son necesarios estudios posteriores para poder conocer la correlación de los datos obtenidos en este estudio con la práctica clínica habitual.

**159. INFLUENCIA DEL GÉNERO Y EL TABAQUISMO ENTRE LOS PACIENTES A LOS QUE SE REALIZO LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL CON METACOLINA**

C. Rodríguez García, R. Esteban Bombín, A. Ferrer Teruel, M.R. Rodríguez Seoane, L. González Justo, B. García Pulido y J.A. Gullón Blanco

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España.

**Introducción:** Conocer la influencia del tabaquismo y la diferencia entre géneros en los resultados, síntomas y seguimiento la prueba de provocación bronquial (PPB) inespecífica con metacolina.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes que acudieron a realizar PPB inespecífica con metacolina en el año 2017. Se recogieron datos de edad, sexo, tabaquismo, síntomas por lo que acudieron a la consulta y adherencia al tratamiento previo a la realización de la prueba. El resultado se midió por PC 20 y por gravedad de la hiperrespuesta bronquial a la metacolina. Se administraron 6 concentraciones del fármaco de 0,3 a 10 mg/ml, considerando positiva si la PC 20 < 10 mg/ml y se recogieron los síntomas durante su realización, si se le pautó tratamiento tras la realización de la prueba, y si éste se modificó al año de seguimiento. Estudio estadístico: distribución chi cuadrado. Significación: p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 292 pacientes con edad media de 51,52 ± 16. El 72,3% eran mujeres. Más de la mitad no eran fumadores 54,1%.

La tos y la disnea (66,86% y 58,6%) eran los síntomas más frecuentes por lo que acudieron a la primera consulta, sin encontrar diferencias entre sexos ni por la condición de ser fumador. Los pacientes con disnea tenían más probabilidad de que el resultado fuera positivo (p = 0,01). A 150 pacientes se le recomendó tratamiento inhalado hasta acudir a realizar el test y el 40,9% de ellos no tuvieron adecuada adherencia. La prueba fue positiva en el 66,8% de los pacientes (media de PC 20 de 2,75 ± 2,89), sin encontrar diferencias entre ambos sexos (60,4% en hombres y 69,1% en mujeres), ni por el tabaquismo. La gravedad de hiperrespuesta a metacolina por sexos se refleja en la tabla. Respecto a los síntomas percibidos durante la prueba no observamos diferencias entre ambos sexos con la tos, con la disnea, ni con la opresión torácica. Los pacientes más jóvenes y con menor PC 20 referían más cantidad de síntomas. Los fumadores tenían más tos (p = 0,03) más disnea (p = 0,02) y ésta, era más frecuente en mujeres (p = 0,01). Después de un año de seguimiento se modificó el escalón de tratamiento al 37,6%, no influyendo el hecho de ser fumador ni el sexo.

Grado de hiperrespuesta por sexos (p = 0,011)

	Moderada/grave < 1	Leve 1-4	Dudosa 4-10	Negativa > 10
Hombre	19 (23,5%)	12 (14,8%)	18 (22,2%)	32 (39,5%)
Mujer	52 (25,0%)	66 (31,7%)	26 (12,5%)	64 (30,8%)

**Conclusiones:** 1. El test de provocación bronquial inespecífica se realiza en más mujeres que en hombres, pero no hay diferencias de positividad entre ambos sexos. 2. Los pacientes fumadores presentan más síntomas durante el test, especialmente la disnea en el caso de las mujeres con tabaquismo activo.

**743. ¿INFLUYE LA DIABETES, EL TABAQUISMO Y/O LA NACIONALIDAD EN LA INFECCIÓN DE TBC EN LOS CONTACTOS? ANÁLISIS DE CONTACTOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET**

C. Martos Martínez<sup>1</sup>, M.A. Pascual Creus<sup>2</sup> y T. Infante Saiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de L'Hospitalet, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospita de Bellvitge, Barcelona, España.

**Introducción:** La tuberculosis supone desde hace siglos un problema de salud a nivel mundial por su elevada incidencia y prevalencia. Aunque en nuestro país el número de casos ha descendido notablemente, una de las estrategias para su control es el estudio de los contactos en las formas respiratorias, identificando a las personas que mantuvieron un contacto estrecho con el caso índice, en el ámbito familiar, lúdico y laboral. Objetivo general: Analizar si la procedencia geográfica, la diabetes y tabaquismo son factores de riesgo de infección tuberculosa latente (ITL) en contactos de TBC pulmonar y pleural.

**Métodos:** Tipo de estudio: estudio descriptivo retrospectivo con recogida de datos a partir de la historia clínica en el periodo enero 2018-octubre 2019. Población: 255 contactos identificados durante el periodo. Variables: edad, sexo, fumador, diabético, extranjero, tratamiento de infección tuberculosa latente (TITL) y vacunación de BCG.

**Resultados:** Se analizaron los 225 contactos, 137 hombres (53,7%) y 118 mujeres (46,3%), con una edad media 41,51 ± 15,6, con 128 (50%) de inmigrantes. Realizaron TITL 114 casos (44,5%) de los cuales 164 (64,1%) estaban vacunados de BCG. Con una mayoría de vacunación en inmigrantes (83,6% vs 57 españoles (44,5%), p < 0,0005. Si analizamos los factores de riesgo con realizar TITL vemos en el grupo tratado 63 eran extranjeros (55,3%) mientras que 51 casos eran españoles (44,7%) sin significación estadística (p = 0,131). De los que realizaron TITL el 36% eran fumadores versus 17,6% del grupo no TITL siendo estadísticamente significativo (p = 0,001). Son diabéticos 4 casos

(3,5%) que han realizado TITL diabéticos mientras que 2 casos (1,4%) no realizaron TITL, sin significación estadística ( $p = 0,411$ ).

**Conclusiones:** El 44,5% de los contactos tuvieron que hacer tratamiento TITL. La presencia de infección de TBC en nuestra población se asoció al hábito tabáquico como factor de riesgo. La diabetes no se asoció como un factor de riesgo en nuestro estudio, quizás por el bajo número de casos y la edad media de los individuos. La nacionalidad tampoco se asocia como factor de riesgo.

#### 402. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO CRÓNICO PARA MEJORAR EL CONTROL DEL MISMO

L. Silgado Martínez<sup>1</sup>, G. Hernando Benito<sup>1</sup>, M.E. Viejo Ayuso<sup>1</sup>, J.M. Román Sánchez<sup>1</sup>, M. Castillo García<sup>1</sup>, A. Martínez Nicolás<sup>2</sup>, A. Carabajo Martín<sup>3</sup>, E. Martínez Cerón<sup>4</sup>, M. Dalmaces Cleries<sup>5</sup>, C. Dürsteler<sup>6</sup> y S. Romero Peralta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

<sup>2</sup>Universidad de Murcia, Murcia, España. <sup>3</sup>Hospital San Pedro Alcántara, Cáceres, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

<sup>5</sup>Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, Lleida, España. <sup>6</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** El dolor musculoesquelético crónico (DMC) es un problema de salud pública por la incapacidad, impacto en la calidad de vida, síndrome depresivo y consumo de medicación asociado. El mal control supone un abuso de fármacos y aumento de efectos adversos. La disponibilidad de opioides y el abuso de drogas ha supuesto un incremento de muertes durante más de 10 años (16.651 en EEUU en 2010). El DMC incrementa los trastornos del sueño (TDS), que deriva en una menor tolerancia al dolor, aumento de medicación y peor calidad de vida. Mejorar la calidad de sueño romperá este círculo vicioso reduciendo la sensibilidad al dolor, uso de opioides y efectos secundarios. Para abordar los TDS y del ritmo circadiano (TRC) creamos un programa de enfermería de intervención en sueño en pacientes con DMC para optimizar los resultados y reducir el consumo de opioides. Los pacientes con DMC experimentan TDS modificables que, si se reconocen, mejorarían los resultados. Sin embargo, el impacto de la atención de los TRS en el tratamiento del DMC no se ha estudiado completamente hasta la fecha.

**Métodos:** Protocolo de enfermería aplicado a pacientes con DMC. El espectro del dolor engloba muchos aspectos (ansiedad, depresión, fármacos, calidad de vida, sueño, cronobiología) por lo que planteamos una valoración integral del paciente. Tras la firma del CI se realizan cuestionarios de valoración específicos y validados sobre calidad de vida (SF36 y FOSQ), estado de ánimo y ansiedad (HADS y PASS20) y evaluación de percepción del DMC (EQ5D5L). Posteriormente se lleva a cabo un examen físico y test de drogas. Para diagnosticar los TDS se realizarán varios cuestionarios validados: calidad del sueño-Pittsburgh; somnolencia diurna-Epworth; insomnio-ISI y síndrome de piernas inquietas-RLS. Para el estudio de los TRC a todos los pacientes se les realizó un estudio cronobiológico (Kronowise), una semana, con monitorización de la temperatura, luz y actividad. En función de los resultados se darán las recomendaciones para la mejora del TRC y se tratarán los TDS diagnosticados (derivando al paciente al especialista si precisa).

**Resultados:** Una vez recogidos todos los datos, nuestro objetivo es demostrar que se pueden abordar los TRS como una estrategia de primera línea para optimización del DMC en un RCT: NCT03646084.

**Conclusiones:** Un programa de enfermería de intervención en sueño podría ser eficaz en el manejo de los pacientes con DMC para optimizar los resultados del tratamiento.

Este proyecto cuenta con financiación CIBERES/CIBERFESES18PI03.



#### 266. LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN DETERMINAN LOS RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

M. Entrambasaguas Martín, M.J. Prunera Pardell, A.B. González Sánchez, F. Bernal Prados y A. Doménech del Río

Hospital Regional de Málaga, Málaga, España.

**Introducción:** Las guías de práctica clínica de la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) identifican la ansiedad y la depresión como comorbilidades relevantes. Se asocian con mayor mortalidad, mayor número de hospitalizaciones y agudizaciones y peor automanejo de la enfermedad. Es una de las comorbilidades que más afectan a la calidad de vida de pacientes de EPOC. El objetivo será determinar la influencia de la ansiedad y depresión en el funcionamiento social y alteraciones psicológicas en pacientes con EPOC agudizadores y no agudizadores.

**Métodos:** Estudio retrospectivo transversal. Se incluyeron los pacientes con EPOC severa y muy severa que durante los años 2015 al 2018 realizaron un programa de RR. Se utilizaron los cuestionarios HADS (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) y el cuestionario respiratorio de ST. George's (SGRQ). Los pacientes clasificaron en agudizadores y no agudizadores. En la clasificación del HADS se clasificó a los pacientes que tuvieron un alto grado de ansiedad y depresión (igual

POBLACIÓN GENERAL

	No Agudizador (n=95)	Agudizador (n=60)	P
SG-IMPACT-PRE	42,1 (±18,1)	46,7 (±18,5)	NS
SG-IMPACT-POST	34,0 (±20,9)	41,7 (±21,5)	<0,05

ANSIEDAD BAJA (< 8)

	No Agudizador (n=55)	Agudizador (n=35)	P
SG-IMPACT-PRE	34,4 (±15,7)	40,5 (±17,6)	NS
SG-IMPACT-POST	27,0 (±17,6)	38,7 (±21,4)	<0,05

ANSIEDAD ALTA (≥ 8)

	No Agudizador (n=41)	Agudizador (n=25)	P
SG-IMPACT-PRE	52,6 (±15,9)	55,4 (±16,4)	NS
SG-IMPACT-POST	43,7 (±21,4)	45,9 (±21,4)	NS

DEPRESIÓN BAJA (< 8)

	No Agudizador (n=56)	Agudizador (n=37)	P
SG-IMPACT-PRE	36,3 (±15,0)	41,6 (±17,1)	NS
SG-IMPACT-POST	27,9 (±16,5)	42,9 (±23,0)	<0,05

DEPRESIÓN ALTA (≥ 8)

	No Agudizador (n=41)	Agudizador (n=23)	P
SG-IMPACT-PRE	50,0 (±19,1)	54,8 (±18,0)	NS
SG-IMPACT-POST	42,4 (±23,5)	39,6 (±19,3)	NS

o mayor a 8) y los que la tuvieron normal (0-7). Se valoró la dimensión Impacto (alteraciones psicológicas y de funcionamiento social) del SGRQ. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. Se realizó análisis t-de Student para muestras relacionadas.

**Resultados:** Se valoraron 160 pacientes. Agudizadores: 61. No agudizadores: 99. Con ansiedad alta: 91. Con depresión alta: 93. La dimensión impacto del cuestionario SGRQ tuvo una mejoría significativa en el grupo de no agudizadores, aunque existe mejoría en ambos grupos. En la dimensión impacto en los pacientes con ansiedad y depresión dentro de la normalidad, la mejoría es significativamente mayor en el grupo no agudizador. En los grupos de pacientes con ansiedad y depresión alta, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la dimensión impacto después de la RR.

**Conclusiones:** El tener una ansiedad y depresión alta condiciona los efectos de la RR sobre impacto de la CV (calidad de vida). Los pacientes que tienen una ansiedad y depresión dentro de la normalidad son los que más se benefician de un programa de RR, siendo la mejoría mayor en los pacientes no agudizadores. En los pacientes que tienen un alto grado de ansiedad y depresión no hay diferencia en los resultados entre agudizadores y no agudizadores. Debería considerarse en los pacientes con EPOC con alta ansiedad y depresión iniciar un tratamiento de esta comorbilidad antes de empezar el programa de RR.

## 62. LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) EN PACIENTES POST QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA TORÁCICA. UNA ALTERNATIVA SEGURA

I. Pereta Llubes<sup>1</sup>, M. Rodríguez Gutiérrez<sup>1</sup>, B. Ibáñez Rodríguez<sup>1</sup>, C. Escobar Rodríguez<sup>1</sup>, N. Seijas Babot<sup>1</sup>, D. Sánchez Lorente<sup>2</sup>, C. Hernández Carcereny<sup>1</sup>, E. Coloma Bazán<sup>3</sup> y D. Nicolas Oceo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dispositivo Transversal de Hospitalización a Domicilio, Dirección Médica y Enfermera, Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Torácica, Institut Clínic Respiratori, Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>3</sup>Dispositivo Transversal de Hospitalización a Domicilio, Dirección Médica y Enfermera, Servicio de Medicina Interna, Institut Clínic de Medicina Interna i Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** La fuga aérea persistente es una de las principales complicaciones postoperatorias de cirugía torácica (CT). La HaD ha demostrado ser una alternativa coste eficiente a la hospitalización convencional en grupos seleccionados de pacientes. En la actualidad no existe experiencia publicada que evalúe la eficacia de la HaD en estos pacientes. Los sistemas digitales de presión negativa realizan una medición digital de las fugas y permiten regular la presión de aspiración continua. La HaD podría permitir disminuir la estancia media del ingreso hospitalario en pacientes postoperados de CT de una manera segura.

**Métodos:** Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con personal médico y de enfermería de HaD y del servicio de CT, donde se consensaron los criterios de inclusión y la intervención a realizar en el domicilio. El equipo de HaD realizó una formación específica para la atención de estos pacientes y el manejo del equipo de drenaje. Desde octubre del 2017 a octubre del 2019 se incluyeron pacientes sometidos a resecciones pulmonares/lobectomías o resección de bullas pulmonares por videotoracoscopia, que presentaron fuga postoperatoria persistente (fuga mayor de 5 días).

**Resultados:** Durante este periodo se trataron en régimen de HaD un total de 11 casos (64% hombres, edad media de 67 ± 13 años, índice de Charlson modificado por edad de 5 ± 2). El 91% se sometió a cirugía como tratamiento de una neoplasia pulmonar. La estancia total del ingreso es de 18 ± 4 días, con un ingreso en cirugía 11 ± 5 días y un ingreso medio en domicilio de 9 ± 6. Se realizó visita diaria domiciliar por el personal de HaD hasta resolución de la fuga aérea y retirada del drenaje. Tres pacientes precisaron reingreso al hospital por com-

plicaciones relacionadas con la cirugía durante la HaD (tabla). A los 30 días post alta, 1 paciente realizó 1 visita a urgencias por disnea y otro un ingreso hospitalario por neumotórax.

Relación de pacientes ingresados en HaD tras cirugía torácica

Paciente	Indicación quirúrgica	Días Ingreso hospital	Días Ingreso HaD	Días totales del Dispositivo Medela	Reingreso SI/NO (motivo)
1	Segmentectomía apical derecha	9	9	15	No
2	Lobectomía pulmonar LID	9	5	13	No
3	Lobectomía LID	8	8	15	No
4	Segmentectomía pirámide basal derecha	9	3	14	Sí (dolor y disnea)
5	Segmentectomía 6 LID	17	3	18	No
6	Talcaje pleural (recidiva neumotórax)	21	15	25	Sí (retirada tubo). Ingreso programado
7	Segmentectomía 6 LID	8	15	22	No
8	Fistula broncopleural derecha+torcotomía aerostática+talcaje	19	17	4	Sí (infección)
9	Lobectomía media derecha	8	8	15	No
10	Wedge LSD+segmentectomía típica Nelson D	8	3	11	No
11	Segmentectomía pulmonar LSI	7	17	22	No

HaD: hospitalización a domicilio; LID: lóbulo inferior derecho; LSD: lóbulo superior derecho; LSI: lóbulo superior izquierdo.

**Conclusiones:** La HaD es una alternativa segura para los pacientes postoperados de Cirugía Torácica. Se precisan más estudios con una muestra significativa de pacientes que valide los resultados.

## 584. LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE EPOC

S. Santisteve Lostes<sup>1</sup>, A. Monge Esqué<sup>1</sup>, F. Barbe Illa<sup>2</sup> y J. González Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IRB, Lleida, España. <sup>2</sup>IRB, CIBERES, Lleida, España.

**Introducción:** En la actualidad la valoración de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se basa en una visión multidimensional, en la cual se tienen en cuenta múltiples aspectos del paciente y lo que le rodea. Al tratarse además de una enfermedad crónica, la presencia de enfermería en una unidad de EPOC juega un papel fundamental. Objetivo: describir el funcionamiento de una unidad de EPOC basado en enfermería y el posible impacto sobre los pacientes.

**Métodos:** Desde marzo de 2019 se inicia la consulta monográfica de EPOC en el Hospital Universitario Santa María de Lleida, que incluye valoración inicial de enfermería en todos los pacientes y su seguimiento posterior, además de la visita médica convencional. En todas las visitas enfermería recoge datos sociodemográficos, antropométricos y clínicos, incluyendo vacunación, síntomas, reagudizaciones e ingresos. Además, se realizan varios test incluyendo el COPD Assessment Test (CAT). Se realiza educación sanitaria del tratamiento inhalado y se realiza consejo antitabaco, nutricional y de ejercicio. Se cuenta además con un programa de fisioterapia respiratoria. Se ha recogido esta información de todos los pacientes que han acudido a

consulta desde su inicio, mostrando en este estudio los resultados comparativos entre la primera y segunda visita.

**Resultados:** Un total de 140 pacientes fueron evaluados y seguidos en un segundo tiempo. La mayor parte fueron varones (86,4%), exfumadores (76,4%) con alta carga tabáquica (media de 55 paquetes-año) y con una media de edad de 68 años. La media de volumen espiratorio forzado en el primer segundo fue de 46,8%, perteneciendo un 9%, 45%, 55% y 31% a las categorías I, II, III y IV de la guía GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Se trataba de pacientes reagudizadores y sintomáticos con un 27,1% dentro del grupo B y un 41,4% en el grupo D de la GOLD. En la segunda visita a los 6 meses se observó que 9 pacientes pasaron del grado IV al grado III y 10 del grado III al grado II. Del mismo modo se consiguió que 16 pacientes reagudizadores del grupo D cambiaran al grupo B.

**Conclusiones:** El papel de la enfermería permite realizar una valoración multidimensional de los pacientes en una unidad de EPOC, mejorando el grado y el grupo al que pertenecen muchos de ellos.

### 335. MONITORIZACIÓN Y COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PULMONAR INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO ERAS EN UNA PLANTA DE CIRUGÍA TORÁCICA

J. Rosselló Sancho<sup>1</sup>, M. Moreno Jiménez<sup>1</sup>, J. Modrego Capitán<sup>1</sup>, E. Galve Martínez<sup>1</sup>, A.I. Gasulla Guillermo<sup>1</sup>, J. Martínez Guiu<sup>1</sup>, J. Armas Gay<sup>1</sup>, T. Rosselló Sancho<sup>2</sup> y S. Gámez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España. <sup>3</sup>Hospital Dos de Mayo, Barcelona, España.

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva está cada vez más implantada. En el abordaje torácico, la cirugía toroscópica videoaistada (VATS) se está convirtiendo en la más usada en resecciones pulmonares, gracias a su menor agresividad, una recuperación del paciente más rápida y con menor tasa de complicaciones. En 2018 se implanta el programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), que bajo un abordaje multidisciplinar pretende optimizar al paciente en todo su proceso asistencial. Dentro de las medidas postoperatorias propuestas en el ERAS, el papel de la enfermera y del fisioterapeuta de la unidad de hospitalización es clave, ya que hasta ese momento el manejo de estos pacientes era conservador y transcurría en una unidad de semicríticos. Este trabajo pretende conocer las complicaciones que presentan los pacientes incluidos en este programa.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de cirugía pulmonar incluidos en el programa ERAS realizados entre marzo de 2018 y noviembre de 2019 en la unidad de Cirugía Torácica del Hospital Clínic de Barcelona. Se realiza monitorización y registro de las complicaciones: tensión arterial, saturación oxígeno, dolor, primera micción, tolerancia de la ingesta, la sedestación y movilización precoz.

**Resultados:** Se recogen 11 pacientes, 8 mujeres y 3 hombres con una edad media de 60+12,28 años y estancia media de 5,82 ± 1,08 días. El 100% ingresan en la unidad entre las 18h y las 20:30h, con saturaciones correctas y sin necesidad de oxígeno adicional. Todos realizan la primera micción sin problemas en las primeras 6 horas. El débito recogido es < 150 ml al ingreso y < 50 ml/h en las siguientes dos horas. Entre las complicaciones recogidas, sólo 3 pacientes de 11 (27,3%) tienen el dolor controlado (EVA < 3), 7 presentan EVA > 3 y < 6 (63,6%) y en 1 caso (9,1%) el EVA que presenta es > 6. En 3 de 11 (27,3%) no inician tolerancia oral, principalmente por presentar náuseas/vómitos (18,2% del total). El 54,5% no inician sedestación al ingreso (6 de 11), con sensación de mareo (45%) e hipotensión arterial (entendida como TAS < 85 mmHg) en 2 de los 11 pacientes (18,2%). No obstante, a las 24h el 90% deambula por la unidad.

**Conclusiones:** El programa ERAS permite un manejo menos agresivo de los pacientes intervenidos de cirugía pulmonar, pero presenta ciertas complicaciones que impide que se pueda llevar a cabo en su totalidad tal y como está diseñado, principalmente en el manejo del dolor, la sedestación precoz y el inicio de la tolerancia oral.

### 94. MOTIVACIÓN Y AUTOEFICACIA COMO PREDICTORES DE ÉXITO PARA DEJAR DE FUMAR

P. Vaquero Lozano<sup>1</sup>, M.V. González Dou<sup>2</sup>, R. Solano García-Tenorio<sup>3</sup>, T. López Ruiz<sup>4</sup>, M. Izquierdo Nazar<sup>4</sup>, J. Salamanca Blanco<sup>5</sup>, A. Ferreira Moreno<sup>4</sup> y J.C. Vargas Espinal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

<sup>2</sup>Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. <sup>4</sup>Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>5</sup>S.A.R. Morata de Tajuña, Madrid, España.

**Introducción:** Las bajas tasas de eficacia en los programas para dejar de fumar imponen la necesidad de investigar qué factores están asociados al éxito terapéutico. Si bien es cierto que siempre se pregunta al fumador por su motivación rara vez se averigua su autoeficacia. Objetivos: investigar el valor predictivo de la motivación y la autoeficacia como factor de éxito en la deshabituación tabáquica al año de la 1ª visita. Averiguar si existe diferencia en cuanto al género.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, de pacientes consecutivos (10/2017 a 10/2019). Además de motivación y autoeficacia (medidas por EAV), se recogieron variables demográficas y de status de fumador. Análisis estadístico realizado con programa SPSS V.24, presentando variables cuantitativas con media (DE) para variables con distribución asimétrica y cualitativas con frecuencias (%). Este estudio descriptivo incluyó análisis global y otro estratificado por sexo. Utilizando los test de chi-cuadrado y t de Student estableciéndose significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Obtuvimos una n de 143 pacientes, 81 (56,6%) varones y 62 (43,4%) mujeres. Edad media 56,32 (± 11,02) años. IPA 42,73 (± 18,53). La media de edad de inicio al consumo 16,55 (± 4,01) años. Dependencia física mediante TF mostró una media de 6,71 (± 1,73). El 51% había realizado algún intento previo. La cooximetría y la carboxihemoglobina presentaban una mediana de 20 y 3 respectivamente. La motivación era de 8,06 (± 1,32) y la autoeficacia de 6,32 (± 5,59). Con una abstinencia total al año del 21,7%. Los que dejaron de fumar tenían una motivación de 8,39 (± 0,98) frente a un 7,96 ± 1,38) de media en los que no consiguieron dejar de fumar, diferencias no significativas ( $p = 0,115$ ). En relación con la autoeficacia las puntuaciones fueron de 6,94 (± 1,09) los que dejaron frente a una media de 5,59 (± 1,60) los que no consiguieron dejarlo, diferencias si significativas ( $p = 0,000$ ). Si estratificamos por sexo encontramos los resultados que se presentan en la tabla. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables de estudio.

		Abstinencia	N	Media (DE)	Sig.	
Hombre	Motivación	Sí	16	8,38 (.88)	0,106	
		No	65	7,88 (1,47)		
	Autoeficacia	Sí	16	6,94 (1,24)		0,008
		No	65	5,74 (1,71)		
Mujer	Motivación	Sí	15	8,40 (1,12)	0,334	
		No	47	8,09 (1,26)		
	Autoeficacia	Sí	15	6,93 (0,96)		0,000
		No	47	5,38 (1,45)		

\*Test estadístico Kruskal-Wallis.

**Conclusiones:** Encontramos diferencias significativas en ambos sexos en la medida de la autoeficacia pero no en la motivación. Los fumadores que se sientan más capaces de abandonar el cigarro tienen más posibilidad de lograrlo, independientemente del status de fumador. La autoeficacia puede ser una ayuda para promover el abandono del cigarro por lo que consideramos que habría que fomentarla. Deberíamos aplicar la escala para medir autoeficacia en nuestras unidades.

### 380. NEUMOLEAN: UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN LA MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES NEUMOLÓGICOS

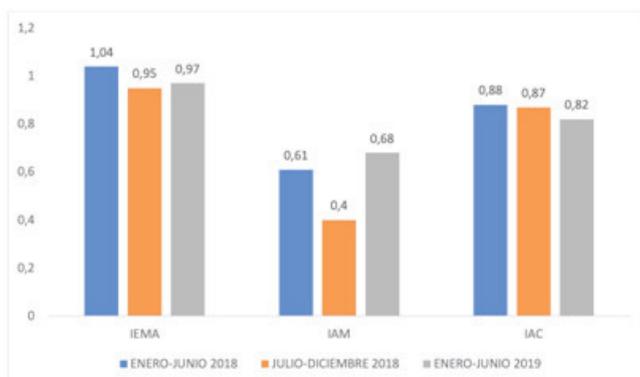
M.Á. Zambrano Chacón, M.I. Fernández Ormaechea, D. Sánchez Mellado, T. Gómez del Pulgar Murcia, R. Armenta Fernández, S. Pelicano Vizuete, P.M. Lazo Meneses y F. Villar Álvarez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

**Introducción:** El método lean han sido utilizado en el sector sanitario para buscar procedimientos estandarizados y evitar procesos que den lugar a sobrecarga o errores en la atención al paciente. La hospitalización es un área sanitaria que abarca un gran número de pacientes con patología aguda, siendo necesaria una adecuada gestión de procesos asistenciales en este ámbito. El objetivo fue emplear el método lean para identificar prácticas que suponen un ingreso prolongado y un perjuicio para el paciente hospitalizado y, con ello, reducir la estancia media hospitalaria, los reingresos, las complicaciones durante ingreso y la mortalidad.

**Métodos:** Neumolean fue diseñado en el primer semestre de 2018 en la hospitalización de Neumología de nuestro hospital. Se aplicó la metodología lean con el método de análisis y resolución de problemas A3. Inicialmente se identificaron las prácticas que prolongaban los ingresos y generaban complicaciones. Posteriormente se realizó análisis de causa-raíz de éstas y se establecieron contramedidas para, finalmente, iniciar la implementación de la metodología lean partir del segundo semestre del 2018. Se realizó un análisis de los resultados de los indicadores seleccionados comparando el primer semestre (previa instauración de Neumolean) con los del segundo semestre de 2018 y los del primer semestre de 2019.

**Resultados:** Comparando primer semestre de 2018, con el segundo de 2018 y el primero de 2019, respectivamente, se observó un descenso en la estancia media de 7,27 a 6,4 y 7,03 días. El índice estancia media ajustada (IEMA) también presentó un descenso tras implantar Neumolean. El índice ajustado de mortalidad (IAM), aunque decreció inicialmente, incrementó durante el primer semestre de 2019. El IEMA y el IAM pudieran estar condicionados por la complejidad de los episodios de hospitalización, observando un ascenso del peso medio de 1,01 y 1 en 2018 a 1,1 en 2019. El índice ajustado de complicacio-



Medición del índice estancia media ajustada (IEMA), del índice ajustado de mortalidad (IAM) y del índice ajustado de complicaciones (IAC).

nes (IAC) presentó un descenso progresivo (fig.). Finalmente, el porcentaje de reingresos pasó de 9,39% a 7,59% en 2018 a 8,52% en 2019.

**Conclusiones:** Neumolean es útil en la identificación de prácticas que suponen un ingreso prolongado y un perjuicio para el paciente, disminuyendo las complicaciones, y mejorando, por ello, la seguridad del paciente. La disminución de la estancia media hospitalaria y de los reingresos conlleva la reducción de los gastos derivados de los mismos, produciendo un beneficio para el sistema sanitario.

### 784. PAPEL DE LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PECTUM EXCAVATUM

J.L. Valera Felices, S. Romero Delgado, R. Martínez Martínez, C. Rendón Márquez, F. de Borja Osona Rodríguez de Torres, J.A. Peña Zarza, M.C. Barceló Cañellas y F. de Borja García-Cosío Piqueras

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

**Introducción:** El pectum excavatum una malformación ósea que produce limitación respiratoria, que cuando es grave requiere de reparación quirúrgica. No obstante, el momento idóneo de la cirugía no está bien establecido. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) permite determinar el grado de limitación al esfuerzo tanto de origen respiratorio como hemodinámico y su papel en la elección del momento de la cirugía no ha sido explorado.

**Métodos:** Estudio prospectivo no controlado de pacientes con pectum excavatum previo a la decisión quirúrgica que son sometidos a una PECP. Se determinó la carga máxima, VO<sub>2</sub> a carga máxima, frecuencia cardiaca (FC) y ventilación (VE) a esfuerzo máximo y se comparó con valores de referencia en niños. Se consideró limitación ventilatoria al paciente con VO<sub>2</sub> < 80% de referencia con consumo de la reserva ventilatoria (VE > 85%).

**Resultados:** Se estudiaron 14 pacientes (10 hombres y 4 mujeres) con edad media de 14,3 ± 1,6 años. Durante la PECP realizan una carga máxima de 63,5 ± 11%, VO<sub>2</sub> máximo de 57,9 ± 10, VE 61 ± 16% y FC 88,3 ± 7%. Solo 2 pacientes tenían evidencia de agotar la reserva ventilatoria.

**Conclusiones:** La prueba de esfuerzo puede ser de utilidad en la determinación del momento quirúrgico de los pacientes con pectum excavatum. La falta de valores de referencia validados para población infantil dificulta la interpretación de la prueba.

### 182. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA MEDIANTE HISOPADO SALIVAL EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN CRÓNICA DE VÍA AÉREA

M. Gallardo Bermejo, W.I. Girón Matute, M. Hernández Yáñez, R.M. Rojas Moreno Tomé, C. Suarez Rubio, B. Escalonilla Bautista, J.J. García López y L. Puente Maestu

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es responsable del 1-2% de todos los casos de enfisema pero desafortunadamente solo el 10% de los pacientes con DAAT grave están diagnosticados y más del 95% de los pacientes con enfisema no se han valorado niveles de AAT.1 El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del DAAT mediante estudio genético específico de los alelos MZ, SZ y ZZ.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal para determinar la prevalencia de DAAT en pacientes con trastorno obstructivo de la vía aérea medido por espirometría cuando acudan al laboratorio de pruebas funcionales del Hospital Gregorio Marañón. Se incluyeron pacientes con relación FEV<sub>1</sub>/FVC < 0,7 junto con FEV<sub>1</sub> menor del 80%. Para el hisopado salivar se utilizó un colector de muestras orales (Oracollect DNA®, marca registrada de DNA Genotek). El procedimiento consistió

en colocar el hisopo en la boca, raspando suavemente 10 veces cada encía inferior con movimientos hacia delante y atrás. Después se sostenía el tubo en posición vertical insertando el hisopo en el tubo y cerrando herméticamente, a continuación se agitaba enérgicamente 15 veces. Se aseguró que el paciente no había ingerido alimentos ni bebidas y sin fumar 30 minutos antes de la recolección de la muestra oral. La muestra biológica fue enviada a Progenika Biopharma, S.A. ("Progenika") para su procesamiento.

**Resultados:** La muestra fueron 200 pacientes, 57% varones con edad media  $65 \pm 14,7$  años. Los datos espirométricos de los pacientes se observan en la tabla. Se obtuvo un genotipo positivo en 30 pacientes (15%) entre los cuales 21 presentaron genotipo MS, 7 de ellos MZ, uno MI y uno MF.

Capacidad vital forzada (CVF) en mililitros	$3.020 \pm 1.040$
Volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) en mililitros	$1.800 \pm 750$
CVF en porcentaje	$93 \pm 19\%$
FEV1 en porcentaje	$70 \pm 10\%$
Relación CVF/FEV1	$57 \pm 10\%$

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta el infradiagnóstico del DAAT, cobra especial importancia la posibilidad de diagnosticar dicha enfermedad con un método auxiliar fácilmente accesible, no invasivo y económico como es el genotipado mediante hisopado salivar, ayudando a prevenir complicaciones y tratar de manera precoz los potenciales deterioros respiratorios.

### 836. PRIMERA EXPERIENCIA EN LA INCORPORACIÓN DE LA MEDICIÓN DE BIOIMPEDANCIA ELÉCTRICA COMO HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Y. Torralba García<sup>1</sup>, A.M. Ramírez Gallardo<sup>1</sup>, X. Alsina Restoy<sup>1</sup>, I. Blanco Vich<sup>2</sup> y J.A. Barberà Mir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer, Departament de Neumologia- Hospital Clínic, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer, Departament de Neumologia-Hospital Clínic, Centro de investigación en red de enfermedades respiratorias (CIBERES), Barcelona, España.

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP), es una enfermedad poco frecuente: la edad, el sexo, el difícil diagnóstico y los tratamientos complejos, hacen que su manejo sea altamente especializado. El seguimiento por un equipo experto en centros de referencia garantiza que el paciente tenga una rigurosa vigilancia de la evolución de su enfermedad. En general, el paciente con HAP, puede presentar anorexia, con una ingesta deficiente, diarreas por fenómenos de malabsorción o por efectos secundarios de algunos tratamientos como las prostaciclina. El déficit de micronutrientes de manera intrínseca (anemia ferropénica) o de manera extrínseca, (fuga renal) debido a los diuréticos, y la insuficiencia cardíaca crónica puede mostrar una pérdida de masa muscular que condicione el buen pronóstico. La pérdida de masa muscular se asocia con complicaciones quirúrgicas, menor calidad de vida y supervivencia más corta. La bioimpedancia eléctrica (BIA) es un método no invasivo, que permite el análisis de la composición corporal determinando el agua corporal y los diferentes porcentajes de músculo, esqueleto y grasa. Incorporar esta valoración en la práctica diaria, nos permitiría conocer el estado físico real del paciente; realizando intervenciones para mejorar su estado.

**Métodos:** Se realizaron mediciones de bioimpedancia (Bia Quantum RJL Systems) de forma protocolarizada y transversal en 24 pacientes con HAP y 20 pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC), que firmaron consentimiento informado. Se recogieron además, datos funcionales, analíticos, y tratamientos. Se excluyeron

aqueellos que hubiesen recibido una cirugía bariátrica o estuvieran en seguimiento dietético para bajar peso así como realizando rehabilitación cardiopulmonar.

**Resultados:** Los pacientes incluidos fueron muy homogéneos exceptuando el IMC, más elevado en HPTEC. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el índice de masa libre de grasa (FFMI), como en el porcentaje de la masa magra (FFM). En cuanto a la medición del índice de masa libre de grasa, los pacientes con HAP presentaron una media por debajo de la normalidad, frente a los valores medios de los pacientes con HPTEC.

Características	HAP n=24	HPTEC n=20	p
Género (M,F), n, %	F 17 (71%)	F 12 (60%)	
Edad (años)	$56 \pm 14$	$65 \pm 9$	
BMI (Kg/ m <sup>2</sup> )	$26,61 \pm 5$	$31 \pm 8$	0,041*
FAT Kg	$22,54 \pm 10$	$25,96 \pm 17$	
FAT %	$30,64 \pm 10$	$33,11 \pm 16$	
BCM %	$30,86 \pm 6$	$27,93 \pm 8$	
ECM %	$36,1 \pm 6$	$36,58 \pm 8$	
FFM Kg	$47,87 \pm 12$	$50,47 \pm 12$	
FFM %	$68,7 \pm 10$	$66,9 \pm 16$	
FFMI	$17,56 \pm 3$	$19,8 \pm 4$	0,039*
Ángulo de fase	$5,97 \pm 1$	$5,68 \pm 1$	
BMR_Kcal	$1390 \pm 217$	$1344 \pm 186$	
Síndrome metabólico (n, %)	6 (30%)	3 (15%)	
BNP pg/ml	$92,47 \pm 144$	$135,85 \pm 186$	
PAPm (mm Hg)	$47,5 \pm 9$	$46,9 \pm 11$	
QT (L/min)	$3,49 \pm 1$	$3,95 \pm 1$	
PAD (mmHg)	$8,60 \pm 6$	$8,02 \pm 5$	
PAOP (mmHg)	$7,69 \pm 2$	$8,70 \pm 3$	
RVP (din*s*cm-5)	$1112 \pm 549$	$852 \pm 397$	
SvO2 (%)	$62,6 \pm 8$	$61,6 \pm 8$	
FEV1 (%)	$81,2 \pm 14$	$78 \pm 13$	
FVC (%)	$89 \pm 13$	$83 \pm 14$	
FEV1/FVC (%)	$70 \pm 7$	$69 \pm 7$	
DLCO (%)	$59,5 \pm 15$	$58 \pm 14$	
6MWT (m)	$438 \pm 141$	$362 \pm 119$	
6MWT (%)	$75 \pm 23$	$79 \pm 21$	

Género (Male/Female); BMI: índice de masa corporal; FAT: masa grasa en Kg y %; BCM: Masa muscular; ECM: Masa extracelular; FFM: Masa libre de grasa; FFMI: Índice de masa libre de grasa; BMR: índice metabólico basal; BNP: péptido natural cerebral; PAPm: Presión arterial pulmonar media; QT: gasto cardíaco; PAD: presión de aurícula derecha; RVP: resistencia vascular periférica; SvO2: saturación venosa central; FEV1: volumen espirado máximo en el primer segundo; FVC: Capacidad vital forzada; FEV1/FVC índice volumen espirado en el primer segundo partido entre la capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión pulmonar por monóxido de carbono; 6MWT: test de la marcha de 6 minutos.

Características de los pacientes.

**Conclusiones:** Es necesario ampliar la muestra, así como realizar mediciones consecutivas, en pacientes con HAP del grupo I, que junto con el análisis de otras variables, como los tratamientos utilizados, o el tiempo de diagnóstico, puedan establecer este parámetro como un buen predictor su estado funcional.

### 811. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INCLUIDO EN EL PLAN INTEGRAL DE URGENCIAS DE CATALUNYA A PACIENTES CON TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

A. López Eizaguirre, M. Peiró Fàbregas y M. Gutiérrez Rouco

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

**Introducción:** El avance tecnológico ha aumentado la esperanza de vida en los pacientes con patología respiratoria crónica, muchos de ellos portadores de terapias respiratorias a domicilio (TRD). Para favorecer el alta precoz y la buena adhesión al tratamiento se ha implementado un programa de atención domiciliaria incluido en el Plan Integral de Urgencias de Catalunya (PIUC) en el servicio de neumología de un hospital de tercer nivel de Barcelona. El objetivo es definir el perfil de los pacientes incluidos en el programa y determinar el nivel de adhesión de las TRD.

**Métodos:** Enfermera a tiempo completo de diciembre a marzo. Consiste en: monitorizar a los pacientes dados de alta con TRD con el objetivo de mejorar la adhesión al tratamiento, resolver dudas y enlazar con otros dispositivos sanitarios. Estudio observacional descrip-

tivo. Se incluyeron todos los pacientes del programa desde el año 2015 al 2019. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, índice de Barthel, índice de Charlson, diagnóstico, procedencia, tipos de TRD, adhesión al tratamiento inhalado y TRD, número de visitas domiciliarias, contacto telefónico y días de seguimiento.

**Resultados:** Obtuvimos una muestra de 153 pacientes. La media de edad fue de 76 (DE 9,3) años, la mayoría hombres 95 (62%). Los diagnósticos fueron: EPOC 92 (60%), neumonía 20 (13%), bronquiectasias 18 (12%), FPI 11 (7%), asma 6 (4%) y 6 (4%) otros. 65 (58%) presentaban MRC (3-4) y 67 (43,7%) y una alta comorbilidad (Chalson). 13 (8,5%) presentaban dependencia grave (Barthel), 62 (41,3%) leve, 48 (31,3%) moderada, y 27 (17,6%) eran independientes. La TRD más utilizada fue el oxígeno domiciliario (OCD) en 73 (47,7%) pacientes, de los cuales 38 (39%) presentaban mala adhesión. 49 (67%) utilizaban OCD 16h, 18 (25%) OCD 24h y 6 (8%) solo durante la noche 102 (67%) se administraban terapia inhalada. La más utilizada fue: MDI 61 (60%). 9 (6%) presentaban incumplimiento del tratamiento inhalado y 33 (32%) con errores críticos, 2,22 visitas domiciliarias y 1,68 llamadas. La media de días en el programa fue 9.

**Conclusiones:** La mayoría hombres, con una media de 76 años. Diagnósticos más prevalentes, EPOC, neumonías y bronquiectasias. La principal intervención fue por manejo de oxigenoterapia. Tras la visita domiciliaria más del 35% no realizaban un buen uso del oxígeno. Dispositivos similares a estos podrían ser de ayuda para evitar reingresos y visitas por mal manejo de las TRD. Evidenciar una continuidad asistencial durante todo el año con la posibilidad de evitar reingresos, sería un posible estudio futuro.

**5. ¿QUÉ LENGUAJE DEL CUIDADO HABLA LA ENFERMERÍA RESPIRATORIA?: ESTUDIO MIXTO DE ÁMBITO NACIONAL**

S. Arranz Alonso<sup>1</sup>, S. Parra Cordero<sup>2</sup> y P. Vaquero Lozano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Madrid, España. <sup>2</sup>Servicio externo de apoyo a la investigación SPC, Valladolid, España. <sup>3</sup>Centro de especialidades Hermanos Sangro, Madrid, España.

**Introducción:** Hay ausencia de bibliografía sobre el uso y demandas de la enfermería respiratoria (ER) en lenguaje enfermero estandarizado (LS). Objetivo: Conocer la utilización de LS del colectivo.

**Métodos:** Estudio mixto bifásico (2015-18). Fase 1: Cuantitativo descriptivo. Encuesta validada (Delphi) y análisis factorial confirmatorio SAS 9.3. Fase 2: cualitativo fenomenológico hermenéutico. Población: ER en España. Recogida de datos: 32 encuestas y 12 entrevistas (E) semiestructuradas.

**Resultados:** 1. Datos sociodemográficos (tabla 1). 2. Registrar cuidados (tabla 2). 94% registra sus actuaciones. E9: "Hay que hacerlo porque es una forma de vestir nuestra profesión y de narrarla". 3. Lenguaje del cuidado. 52% usa los diagnósticos enfermeros (DxE) si hay obligatoriedad. E6: "Cuando lo he utilizado es porque me han obligado". 62% los considera útiles y parte del futuro de la ER. E5: "Dentro de 10 años toda la gente que sale de la facultad, sale con esa taxono-

mía aprendida y por lo tanto (...) esto va a cambiar por completo". Destacar 3 necesidades (fig.): de un lenguaje técnico avanzado. E4: "Hay mucha técnica en respiratorio ahora". Líderes en la implementación. E2: "Nuestra supervisora gracias a Dios por lo menos era partidaria del lenguaje enfermero y es verdad que ha inculcado bastante que lo utilicemos". Enfatizar su utilidad. E1: "Es una forma de facilitar el trabajo. Se utilizará el mismo lenguaje para todo". Particularidades de la ER en el lenguaje del cuidado. 4. Conocimientos. 39% tiene nivel medio de conocimientos y 25% les falta práctica. Se requiere esfuerzo personal por escasa formación y sesgo generacional. E5: "Yo no lo escribo porque no lo sé". E1: "En la carrera no me lo dieron".

**Tabla 1.** Datos socio-demográficos

	Fase 1. Estudio cuantitativo descriptivo transversal	Fase 2. Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico
N	32 (100%)	12 (100%)
Mujeres	29 (91%)	8 (66%)
Varones	3 (9%)	4 (44%)
Edad (media)	46	49
Antigüedad profesional (media)	19	16



Particularidades de la ER en el lenguaje del cuidado.

**Conclusiones:** La ER es un campo excesivamente técnico donde el LS es de difícil aplicación al estar formulado para nombrar cuidados de enfermería y no una praxis de técnica avanzada. En la actualidad se usan si existe obligatoriedad, siendo importante el papel de los gestores como impulsores. Los LS no son utilizados de forma mayoritaria aunque se considera que son útiles y un elemento esencial del futuro de la ER.

**Tabla 2.** Grado de utilización

Categoría	Grado de utilización						Total					
	Nunca		Ocasionalmente		Normalmente		Frecuentemente		Siempre			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Diagnósticos	15	48,39	3	9,68	4	12,90	6	19,35	3	9,68	31	100,0
Registra actuaciones	2	6,25	1	3,13	2	6,25	6	18,75	21	65,63	32	100,0
Clasif. intervenciones	14	45,16	7	22,58	1	3,23	4	12,90	5	16,13	31	100,0
Fórmula resultados	10	32,26	9	29,03	.	.	5	16,13	7	22,58	31	100,0
Planes estand. cuidados	9	30,00	5	16,67	2	6,67	7	23,33	7	23,33	30	100,0
Clasif. resultados	16	50,00	7	21,88	.	.	5	15,63	4	12,50	32	100,0

### 779. ¿QUÉ PACIENTES DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE TERAPIAS RESPIRATORIAS (AD\_TRD) SON TRIBUTARIOS DE ATENCIÓN PALIATIVA?

N. Pérez Márquez, S. López Suárez, M. Peiro Fabregas, M. Blanco Bejar, P.A. Antón Albisu, M.R. Güell Rous, P. Millán Billi, P. Peñacoba Toribio y M. Segura Medina

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

**Introducción:** La OMS recomienda aplicar atención paliativa de forma precoz e integral a personas con enfermedades crónicas. Hay instrumentos como es NECPAL para identificarlos con el objetivo de mejorar su atención, instaurando de manera gradual y progresiva una visión paliativa, con énfasis en la mejora de calidad de vida.

**Métodos:** Objetivo: identificar las necesidades paliativas de los pacientes atendidos en el programa AD\_TRD y evaluar su impacto tanto en ingresos como en visitas a urgencias. Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EPOC y ELA del Programa de AD\_TRD durante los años 2017 y 2018. Excluidos los exitus. Se recogieron datos sociodemográficos, fecha de inclusión en el programa, variables clínicas, diagnóstico, escala MRC, NECPAL, TIRS, ingresos y visitas a urgencias un año antes y un año después de entrar en el programa.

**Resultados:** 37 pacientes, 34 (91,9%) EPOC y 3 (8,1%) ELA. 24 (64,9%) eran hombres con una media de edad de 70 (DE 10,66) años, 18 (48,6%) con MRC 3, todos eran portadores de ventilación no invasiva (VMNI) 37 (100%), 27 (73%) vivían con familiares/cuidador, solos en domicilio 8 (21,6%) y 2 (5,4%) en residencia. 11 (29,7%) tenían riesgo social. Los pacientes con NECPAL positivo fueron 10 (27%) y de ellos 4 (10,8%) estaban con PADES. 25 (67,6%) eran portadores de OCD, 8 (21,6%) con VMNI. Al comparar la media de visitas e ingresos un año antes de entrar en el programa con el año posterior se pudo observar que los pacientes acudían más a urgencias 0,65 (0,71) vs 0,78 (1,1)  $p = 0,000$  pero ingresaban menos 1 (1,2) vs 0,65 (0,85)  $p = 0,000$ . La diferencia de ingresos hospitalarios antes y después de entrar en el programa fue mayor en los pacientes que vivían en residencias (0,0) en comparación con los pacientes que vivían con familiares (-0,44) ( $p = 0,08$ ), y fue menor en los pacientes que vivían solos (-0,13) en comparación con los que vivían en residencias (0)  $p = 0,028$ . En cambio no se observó diferencias en cuanto a las visitas a urgencias.

**Conclusiones:** Todos eran portadores de VMNI, la mayoría vivía en domicilio y eran EPOC. Casi un tercio presentaban necesidades paliativas pero menos de la mitad estaban enlazados con PADES. Los pacientes que vivían en domicilio, solos o con familiares, ingresaban menos que los que vivían en residencias, a pesar de estar dentro del programa AD\_TRD. El cuestionario NECPAL podría ser de utilidad en programas similares para identificar a los pacientes con necesidades paliativas y dar el soporte necesario.

### 624. RECOMENDACIONES DE “NO HACER” EN CUIDADOS RESPIRATORIOS

Y. Martín Vaquero, A. González Sanz y M.C. Villar Bustos

*SACYL, Zamora, Zamora, España.*

**Introducción:** Este estudio sigue la tendencia internacional de “no hacer”, y se sitúa dentro del compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. Objetivos: identificar recomendaciones que no deberían realizarse en los cuidados de los pacientes con patologías respiratorias, para aumentar la seguridad y calidad de vida de los pacientes con problemas respiratorio.

**Métodos:** Procedimiento sistemático de revisión de la literatura. Búsqueda en bases de datos (Biblioteca virtual salud, Medline, Cochrane, RNAO; GUIA SALUD, UPTO DATE Cuiden, INAHTA, CINAHL, PREEVID, Agencias de tecnologías complementada con búsqueda referencial en

las Sociedades Científicas, web del Ministerio Sanidad, DIANASALUD, web de referencia). Cada uno de los artículos seleccionados es revisado por dos miembros del equipo de forma independiente para decidir su inclusión en la revisión. Cuando existen discrepancias se decide en grupo. Variables: cuidados respiratorios, seguridad, no hacer. Criterios de inclusión: Se seleccionan estudios a partir del título y del resumen del mismo; para un análisis más detallado se revisa el texto completo. Período de publicación: período comprendido entre 2007-2017. Idiomas: español, inglés y portugués. Tipo de estudios: estudios secundarios con mayor nivel de evidencia por su diseño: Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias, Síntesis de evidencia, Recomendaciones NO HACER. Se desarrollan estrategias de búsqueda sensibles para cada base de datos (DECs y MeSH). Intervención: cualquier intervención de cuidados principales enfermedades respiratorias. Para la obtención de datos se elaboran tablas de síntesis de las evidencias encontradas.

**Resultados:** Se localizan 204 recomendaciones, 60 específicas de cuidados, el resto son generales o relativas a prescripción. Se agrupan por áreas de intervención enfermera (oxigenoterapia, nebulización, actividad/movilización, autocuidados, generalidades). Tras análisis de las recomendaciones localizadas, se realiza un listado de prácticas no recomendadas, su realización no aporta beneficio pero puede causar perjuicio (tabla).

#### Listado de recomendaciones agrupados por áreas de intervención enfermera

Oxigenoterapia  
 No administrar oxígeno si no está pautado, de forma rutinaria  
 No humidificar oxigenoterapia de bajo flujo de forma sistemática  
 No modificar la concentración, pauta de oxígeno si no está pautado  
 No utilizar lubricantes, cremas oleosas en pacientes con oxígeno  
 No se recomienda el uso de la oxigenoterapia para el tratamiento de pacientes no hipóxicos:  
 Con disnea si no hay ansiedad.  
 Con cáncer al final de la vida.  
 Con enfermedad crónica avanzada si el paciente no tiene insuficiencia respiratoria.  
 Con sospecha de síndrome coronario agudo.  
 Con ictus.  
 No hiperoxigenar tras salir de una parada cardiorrespiratoria  
 No renovar la prescripción en pacientes con oxigenoterapia en domicilio por enfermedad aguda tras haber sido dados de alta recientemente sin detectar una posible hipoxemia persistente.  
 Medicación: nebulización  
 No asuma que los pacientes administran correctamente la medicación inhalada.  
 No nebulizar si no está pautado.  
 No nebulizar solución salina hipertónica en el EPOC.  
 No superar el volumen de 4-5 ml a nebulizar.  
 No es preciso diluir en suero salino si el volumen es superior a 4 ml.  
 No utilizar envases multidosis medicación nebulizada.  
 No nebulizar con oxígeno medicación en pacientes con hipercapnia.  
 Actividad/movilización.  
 No realizar clapping salvo indicación.  
 No enseñar ni permitir que los pacientes con enfermedades respiratorias agudas o crónicas practiquen la respiración diafragmática.  
 No movilizar pacientes hemoptisis si no está prescrito.  
 No realizar fisioterapia respiratoria en bronquiolititis, en pacientes con hemoptisis.  
 No recomendar actividad física extenuante en pacientes con hipertensión pulmonar.  
 No recomendar inactividad física a los pacientes con EPOC.  
 No se debe indicar ejercicio vigoroso, no estructurado y no supervisado en personas con síndrome de fatiga crónica/encefalomielitis miálgica, porque puede empeorar los síntomas.  
 No se recomienda la fisioterapia respiratoria de rutina para la neumonía en adultos.  
 No se recomienda medir diariamente el flujo expiratorio máximo (FEM) o el volumen espiratorio forzado (VEF1) para monitorizar la recuperación de una exacerbación de EPOC.

(continúa)

Listado de recomendaciones agrupados por áreas de intervención enfermera (Continuación)

No se recomienda utilizar la espirometría de incentivo de forma rutinaria después de una intervención quirúrgica del abdomen superior o cardiaca.

**Autocuidados**

No deje de caminar debido a la sensación de disnea.

No deje de tomar medicamentos inhalados porque se ha producido una mejora en los síntomas clínicos.

No exponer a los menores al humo del tabaco

No exponer a los pacientes con problemas respiratorios a irritantes como humo, sustancias químicas o contaminación excesiva.

No suspender consumo de leche y/o sus derivados con asma salvo alergia.

No tome tratamientos sin receta.

No use el inhalador de forma incorrecta.

No recomendar el uso de remedios para la tos y el resfriado en niños/niñas menores de seis años de edad.

No iniciar VMNI sin proteger la piel puente nasal.

No dejar esputo > 2 h Tª ambiente, procesarlo antes de 24 horas.

**Pacientes con hemoptisis:**

No permitir ninguna ingesta

No retirar acceso venoso

No recomendar sistemáticamente suplementos nutricionales pacientes EPOC.

No recomendar enjuagues repetidos con clorhexidina.

No permitir fumar a los pacientes durante el ingreso.

No pinzar drenajes torácicos salvo indicación.

No mantener esmaltes ni uñas postizas que interfieran con la lectura del pulsioxímetro.

Los filtros en línea no deben utilizarse de forma rutinaria para la prevención de infecciones.

Los monitores de apnea infantil en el hogar no deberían utilizarse rutinariamente para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

No retrasar los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad neuromuscular.

No se recomienda realizar aspiraciones endotraqueales a intervalos regulares, sino según los primeros indicadores de retención de secreciones bronquiales.

No se recomienda reemplazar regularmente los circuitos mecánicos de ventilación para reducir el riesgo de NARA (neumonía asociada al uso del respirador artificial).

No solicitar hemocultivos en pacientes sin infección sistémica, en los que exista una etiología clara de la infección y en quienes se pueda obtener una muestra directa (ej. orina, esputo) para cultivo.

Utilizar una técnica con solo trocar durante la toracostomía es una intervención de poco valor en comparación con una técnica combinada con cirugía.

No tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional.

No utilizar abreviaturas en las hojas de prescripción.

No utilizar documentos estándar de consentimiento informado sin facilitar una adecuada discusión e información personalizada de los problemas.

No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento.

No colocar ni mantener catéteres urinarios para la incontinencia, conveniencia o control de diuresis en pacientes no críticos.

**Conclusiones:** No se localizan recomendaciones no hacer específicas de cuidados respiratorios. Es un campo de trabajo para mejorar calidad de las intervenciones enfermeras. Para realizar una metodología similar a la del Ministerio de Sanidad las recomendaciones localizadas se deberían pasar a un panel de expertos priorizar las recomendaciones sugeridas y realizar una selección cinco recomendaciones “no hacer”.

**395. RELACIÓN IMC Y PRESIONES MÁXIMAS**

C. Blasco Martínez, B. Gómez Gualda, M.L. Castillejos Sielva, M.D. Guerrero García, N. Gutiérrez González, Á. Hurtado Fuentes, C. Sánchez Villar, S. García Castillo, F.J. Callejas González, A.F. Hongoero Martínez, W. Almonte Batista, J. Cruz Ruiz, P. López Miguel, A. Núñez Ares y R. Godoy Mayoral

*Neumología. Hospital de Albacete, Albacete, España.*

**Introducción:** La PIM (presión inspiratoria máxima) y la PEM (presión espiratoria máxima) disminuyen cuando empeora la función de los músculos respiratorios. Queríamos ver si el grado de obesidad influía en estas medidas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo sobre las mediciones hechas en 66 pacientes durante el último año en nuestro laboratorio de función pulmonar. Se registraron las variables edad, género, PIM%, PEM%, FEV1%, FVC%, TLC%, Resistencias, DLCO%, IMC (> 30 obeso, 25-30 sobrepeso, < 25 normal) y diagnóstico. Se realizó estudio descriptivo y se compararon las variables cualitativas mediante la chi-cuadrado y las cuantitativas mediante pruebas no paramétricas (ya que no se pudo asegurar la normalidad de la distribución). La significación se fijó con p < 0,05.

**Resultados:** Los resultados se encuentran en las tablas.

Resultados

	Normal	Sobrepeso	obesidad	
Hombre	6	20	13	
mujer	8	9	10	p = 0,252
Edad	54,36(12,4)	55,83 (12,5)	60,61 (11,8)	p = 0,242
PIM%	56,12(24,3)	80,74(31,4)	56,35(29,7)	p = 0,001
PEM%	47,62(25,4)	83,15(26,9)	62,06(28,5)	p = 0,001
FVC%	78,13(15,3)	85,52(23,2)	67,64(20)	p = 0,017
FEV1%	84,7(20,7)	85,26(22,5)	68,33(24,7)	p = 0,031
R%	103,4(36,3)	129,6(45,6)	190,4(69,8)	p = 0,026
VR%	154,6(55,1)	112(61,4)	127,9(36,6)	p = 0,249
TLC%	109,8(25,4)	90 (33,6)	92,1 (20,2)	p = 0,072
DLCO%	85,1 (23,1)	76,9(21,8)	78,8(29,7)	p = 0,224

Recuento		IMCc			Total
		normal	sobre	obe	
Dcos	NM	11	14	11	36
	torac-fibros	0	3	2	5
	SAHS	0	7	2	9
	elev diafrag	0	3	4	7
	Otras	2	2	3	7
Total		13	29	22	64

**Conclusiones:** El peso influye en las presiones máximas, siendo la PIM y la PEM mayor en los pacientes con sobrepeso y menor en los que tiene peso normal u obesidad. La FVC% y el FEV1% disminuyen en pacientes con obesidad y las resistencias aumentan con el peso. La mayoría de nuestros pacientes son enfermos con enfermedad neurológica o muscular.

Proyecto Compromiso por la Calidad



Justificación del estudio.

#### 442. RESULTADOS DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)

M.I. Arrizubieta Basterrechea, M. Aburto Barrenechea, O. Bronte Moreno, I. Gorordo Unzueta, D. Tovar Echevarría, I. Noria Alonso, S. Rodríguez Pedrosa, A. Mercedes Sarria Pentón y A. Moyano Castilla

Hospital Universitario de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España.

**Introducción:** La FPI es una enfermedad crónica, progresiva y mortal con una supervivencia de 3-5 años. Estudios realizados en pacientes con FPI en vida real han publicado que hasta el 42% de los enfermos abandonan el tratamiento por efectos secundarios. Los programas de enfermería han conseguido disminuir el número de abandonos hasta el 16% de los pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar las intervenciones realizadas, la adherencia al tratamiento y valorar los efectos adversos detectados entre nuestros pacientes durante el año 2018.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal prospectivo de todos los pacientes tratados en la consulta de enfermería durante el año 2018. Al inicio del tratamiento antifibrótico los pacientes con FPI eran remitidos a la consulta de enfermería donde se optimizaba el estado vacunal, se impartían sesiones formativas sobre la enfermedad, prevención e identificación temprana de efectos adversos y se controlaba la adherencia del tratamiento. Se registraron el tipo de intervención realizado en la consulta el grado de adherencia y los efectos adversos observados.

**Resultados:** Se realizaron 52 intervenciones (46 consulta de enfermería y 6 llamadas de los pacientes; 3,2 intervenciones/persona, 73,6 €/persona,) a los 16 pacientes en tratamiento, 26 horas de trabajo de enfermería. Durante las 46 consultas programadas: 4 pacientes fueron remitidos a la consulta médica ese mismo día, 1 por reagudización de FPI (6%) y otros 3 por problemas relacionados por efectos adversos. De las llamadas telefónicas a demanda: 1 paciente requirió ingreso por deterioro de patología de base, 2 efectos adversos (abandono de tratamiento y stop momentáneo), 3 por síntomas no relacionados (cefalea, diarrea común, edemas). Con respecto a la adherencia solamente un paciente abandono el tratamiento (6%) y por motu proprio. El 56,3% de los pacientes presentaron algún efecto adverso: Ningún caso foto-sensibilidad, 2 casos de nausea (medidas dietéticas), 2 casos de diarrea (medidas dietéticas), 4 casos de elevación leve transaminasas (control analítico), 1 caso de elevación grave de transaminasas (cambio del anti-fibrótico).

**Conclusiones:** 1. La mayoría de los efectos adversos son leves, controlados con medidas dietéticas. 2. La alta adherencia puede deberse en parte al conocimiento del paciente y familiar del papel del trata-



Figura 1. Intervenciones.

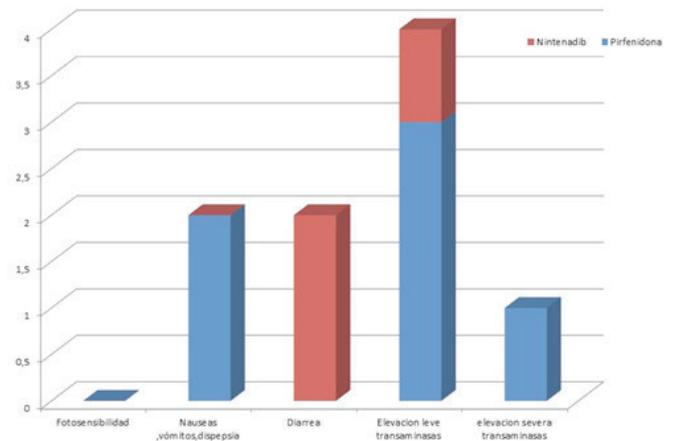


Figura 2. Efectos adversos.

miento y lo que se espera del mismo. 3. La consulta de enfermería es un valor añadido en el control multidisciplinar de los pacientes en tratamiento con FPI y es costoefectiva.

#### 406. REVISIÓN MANUAL DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DOMICILIARIA REALIZADA POR ENFERMERÍA

B. Sanz Abos, L. Anoro Abenoza, F. Martínez Quiñones, C. Gómez González, A.L. Figueredo Cacacho y M.S. Giménez Portero

Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España.

**Introducción:** La poligrafía respiratoria domiciliar (PRD) revisada por personal de enfermería cualificado permite un cribado del SAHS (Síndrome de la apnea obstructiva del sueño) para establecer su gravedad y aplicar el tratamiento más adecuado. Objetivo: verificar si existe diferencias entre los valores diagnósticos descritos en el informe automatizado del polígrafo domiciliario Screen&Go y los obtenidos mediante la revisión manual realizada por personal cualificado de enfermería.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional sobre una muestra de 271 pacientes en la consulta de Trastornos del Sueño del servicio de Neumología del Hospital General de la Defensa de Zaragoza, desde el 2016 hasta 2019. Los parámetros analizados se obtuvieron del polígrafo domiciliario Screen&Go. El análisis y revisión de la PRD de forma manual se realizó por enfermeras y se obtuvieron los siguientes parámetros: IAR (índice alteración respiratoria), IAH no supino (índice apnea-hipoapnea no supino), IDO (índice desaturación hora). También se realizó análisis descriptivo de las variables edad, sexo, hábito tabáquico y la escala de Epworth. El análisis se realizó según los parámetros establecidos por la normativa SEPAR 2005, y de acuerdo al resultado del IAH se catalogó la gravedad del SAHS (< 5: no SAHS; 5-15: SAHS leve; 15-30: SAHS moderado; > 35: SAHS grave).

**Resultados:** De la muestra de 271 pacientes estudiados, un 73,8% fueron varones y un 26,4% mujeres, con una media de edad de 53 años, siendo fumadores un 21,4%, no fumadores un 35,4% y exfumadores un 41,3% (fig. 1). En la escala de Epworth se obtuvieron valores mayores de 12 en un 21,8% de la muestra. En el análisis de medias para muestras relacionadas presentaron diferencias significativas en los valores obtenidos en la revisión manual en el IAR (t-Student) e IDO (Wilcoxon). Las medias de la revisión manual son las siguientes: IAR 25,3 (± 20,2), IAH 17 (± 19,2) e IDO 23,6 (± 19,3). Los resultados de la gravedad del SAHS fueron: 6,64% no SAHS, 32,47%, SAHS leve, 29,89% SAHS moderado y 31% SAHS grave (fig. 2). Todos los pacientes de la muestra recibieron medidas higiénico-dietéticas para mejorar el sueño.

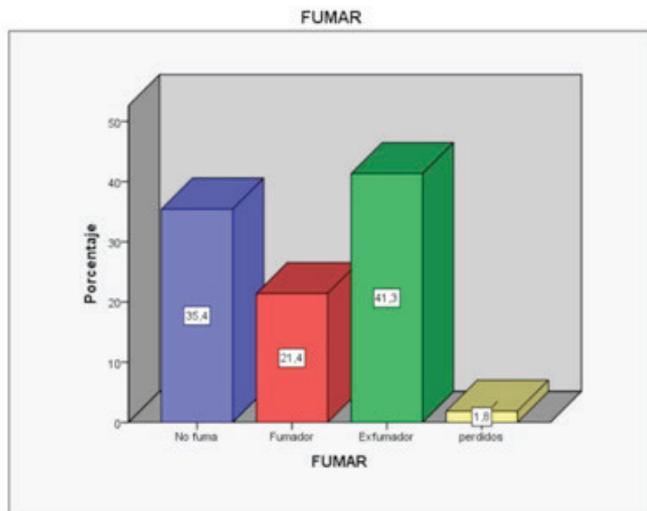


Figura 1. Distribución del hábito tabáquico.

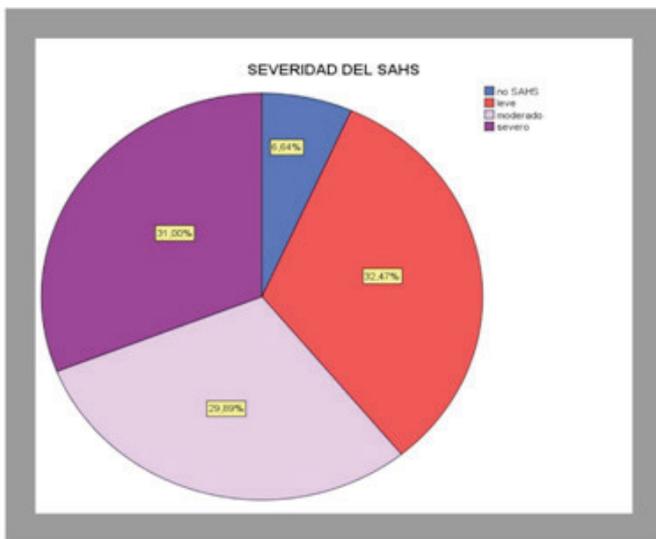


Figura 2. Gravedad del SAHS.

**Conclusiones:** La revisión manual llevada a cabo por personal cualificado de enfermería de los estudios poligráficos respiratorios domiciliarios sirve para establecer con certeza la gravedad de esta patología, de cara a aplicar el tratamiento más adecuado.

## 7. ROL DE LA ENFERMERA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR PORTADORES DE BOMBAS DE INFUSIÓN CON PROSTACICLINAS

X. Alsina Restoy<sup>1</sup>, J. Ruiz Quevedo<sup>2</sup>, Y. Torralba García<sup>1</sup> y A.M. Ramírez Gallardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. <sup>2</sup>Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) supone un problema de salud grave por ser una patología incapacitante, potencialmente mortal y por las repercusiones que tiene sobre la calidad de vida del paciente. El tratamiento con prostaciclina utilizando bom-

bas es complejo y requiere de experiencia por parte de los profesionales sanitarios. Es imprescindible educar a pacientes y cuidadores para evitar complicaciones graves. Objetivos: describir las intervenciones enfermeras en el manejo de las bombas de infusión de prostaciclina en pacientes con hipertensión arterial pulmonar.

**Métodos:** Revisión bibliográfica donde se revisaron las bases de datos: PubMed, CINAHL, Cuiden, Cochrane Library y Enfispo. Las palabras clave utilizadas fueron: pulmonary hipertensión, prostacyclin, epoprostenol, treprostiniil, infusión pump y nursing.

**Resultados:** Se han incluido un total de 11 artículos según criterios previamente establecidos.

Bases de datos	Términos	Resultados	Nº artículos escogidos
PUBMED	Pulmonary hypertension AND infusion pump AND prostacyclin AND nurs*	7	5
CINAHL	Pulmonary hypertension AND infusion pump AND prostacyclin AND (nurse OR nurses OR nursing)	6	4 (y dos artículos que coinciden con PUBMED)
CUIDEN	"Hipertensión pulmonar" AND "enfermería"	31	2
COCHRANE LIBRARY	"Pulmonary hypertension" AND "infusion pump"	7	0
ENFISPO	"Hipertensión Pulmonar" AND "enfermería"	1	0
TOTAL		52	11

Tabla de resultados de la búsqueda.

**Conclusiones:** El manejo de las bombas de infusión de prostaciclina precisa de unos conocimientos y unas habilidades necesarias para evitar situaciones de riesgo y evitar complicaciones que empeoren la calidad de vida y el pronóstico del paciente. Las principales intervenciones enfermeras fueron: proporcionar educación terapéutica a pacientes y cuidadores, evitar errores en la administración de fármacos, manejar el dolor adecuadamente y abordar el tema de la alteración de la imagen corporal del paciente con bomba de infusión domiciliaria. Las intervenciones enfermeras para el manejo de las bombas de infusión de prostaciclina son fundamentales para la seguridad y la eficacia del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial pulmonar. Resulta indispensable disponer de profesionales formados específicamente, guías de práctica clínica y políticas de administración de estos fármacos.

## 172. SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON EPOC QUE INGRESAN POR AGUDIZACIÓN GRAVE (AEPOC) Y FACTORES CONDICIONANTES

A. Priegue Carrera<sup>1</sup>, S. Fernández García<sup>1</sup>, C. Represas Represas<sup>2</sup>, A. Ruano Raviña<sup>3</sup>, E. García Rodríguez<sup>1</sup>, A. González Montaos<sup>1</sup>, P. Domínguez Pérez<sup>1</sup>, P. Centeno Barahona<sup>4</sup> y A. Fernández Villar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo NeumoVigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España. <sup>2</sup>Grupo NeumoVigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España. <sup>3</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España. <sup>4</sup>Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España.

**Introducción:** Objetivos: conocer el grado de sobrecarga del cuidador primario no formal de pacientes que ingresan por AEPOC y si existen variables clínicas/sociales que puedan predecirlo, aspectos no estudiados en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes con AEPOC graves. Se registraron características demográficas, gravedad funcional e ingresos previos, comorbilidades (índice de Charlson y HAD de ansiedad/depresión), FEV1, CAT y disnea (mMRC). Se valoró mediante diversos cuestionarios y escalas (Barber, Barthel, Lawton&Brody, Zarit y Gijón), la fragilidad y dependencia, sobrecarga del cuidador, riesgo socio-familiar, situación económica y vivienda.

**Resultados:** 253 pacientes (77% varones), edad  $69 \pm 9$  años, FEV1  $42 \pm 14\%$ , CAT  $19 \pm 7,3$ , estancia media  $8 \pm 6$  días. 63 (24,9%) vivían solos. 119 (47%) disponían de cuidador primario, 20 (16,8%) remunerado y 99 (83,2%) no formal. 49 (50%) eran parejas/cónyuges y 29 (29,6%) hijas. 90 (91%) eran mujeres. La puntuación del cuestionario Zarit fue de  $51,4 \pm 14,2$ , percibiendo alguna sobrecarga 66 (72,5%), leve-moderada (Zarit 46-54) el 40,7% e intensa (Zarit > 55) el 31,9%. Los pacientes con cuidadores sobrecargados presentaban más disnea ( $2,7 \pm 0,7$  vs  $2,1 \pm 0,8$ ;  $p = 0,004$ ), depresión (61,5% vs 36%;  $p = 0,02$ ), más ingresos previos ( $2,1 \pm 1,6$  vs  $1,3 \pm 0,5$ ;  $p = 0,01$ ), mayor grado de dependencia para actividades básicas (Barthel  $76 \pm 20$  vs  $84 \pm 17$ ;  $p = 0,05$ ) y elaboradas (Lawton&Brody  $3 \pm 2,2$  vs  $4,6 \pm 2,3$ ;  $p = 0,004$ ) y peor situación socio-familiar (Gijón  $10,3 \pm 1$  vs  $9,1 \pm 2,2$ ;  $p = 0,02$ ). Los dominios de las escalas de dependencia en las que había más diferencias eran referidos a aseo/baño, bajar/subir escaleras, cuidados de la casa y vestido. No encontramos diferencias significativas en otras variables como edad, Charlson, CAT, FEV1, situación económica o residencia. No diferencias según grado de sobrecarga. La sobrecarga se asoció además con más estancia en el ingreso índice ( $9,8 \pm 9,5$  vs  $6,1 \pm 3,1$  días;  $p = 0,006$ ) y reingresos a los 12 meses (75% vs 50%,  $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** Más del 70% de cuidadores no formales de pacientes con AEPOC grave perciben sobrecarga. Los factores del paciente que se asocian con ello son disnea, depresión y dependencia tanto para actividades básicas como elaboradas. La sobrecarga se relaciona con más días de hospitalización y reingresos. Por todo ello, es importante detectarla y ponerlo en conocimiento de trabajo social para establecer posibles estrategias de mejora, y en esta detección puede jugar un papel importante la enfermería.

Financiación: SEPAR456/2017, FIS-ISCII PI18/01317 (FEDER) y Menarini.

## 250. SOS. ESTOY INGRESADO Y SOY FUMADOR

M. Adell Nolla, M. Andreu López, R. Serra Busquets y C. Sabadell Nieto

Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres, Figueres, Gerona, España.

**Introducción:** La OMS recomienda que todos los hospitales deberían disponer de programas de ayuda a la deshabituación tabáquica durante el ingreso. Las personas fumadoras que ingresan en el hospital, interrumpen de forma brusca su consumo tabáquico, proporcionando así una oportunidad para dejar de fumar en un espacio libre de humo. Objetivo principal: aplicación de un protocolo para la deshabituación tabáquica al paciente fumador ingresado en la Unidad de Hospitalización Médica. Objetivos secundarios: sensibilizar al personal sanitario en consejo mínimo en tabaquismo. Identificar a los pacientes fumadores y ofrecerles ayuda para dejar de fumar. Conocer la tasa de abandono al año de la intervención. Abordaje coordinado del tabaquismo. Conocer el coste aproximado del proyecto.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de la puesta en marcha de un protocolo para ayudar a dejar de fumar al paciente hospitalizado de 1 año de duración en la Unidad de Hospitalización Médica y Especialidades. Al ingresar se debería preguntar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico y a los fumadores, se les ofrecía ayuda en consejo y tratamiento para dejar de fumar con parches de nicotina en función del test de dependencia. Se diseñó un plan de curas de enfermería específico y un algoritmo de actuación. Se citó a los pacientes para seguimiento al mes del alta en el Hospital y posteriormente en Atención Primaria. Al año, desde Atención Primaria se contactó con los pacientes para comprobar su estado en relación al hábito tabáquico.

**Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes con una edad media de 58,3 años. 30 hombres y 12 mujeres con un hábito tabáquico medio de 49,66 paquetes/año. Ver de gráficos distribución por motivo de ingreso y tasas de seguimiento post alta. Al finalizar el año de seguimiento quedaron 36 pacientes para contactar, 2 habían fallecido y dos trasladado de zona. Se localizó a 28 de los que 20 habían recaído y 8 se mantenían abstinentes. Se destinaron unas 63 horas de enfermería promotora del programa en 1 año y 3 euros por parche paciente y día.



**Conclusiones:** Un programa de deshabituación tabáquica en nuestro centro es factible en relación al coste beneficio. El número de pacientes incluidos en el programa es muy bajo en relación al número de ingresos anuales de la unidad. Los pacientes acudieron más a las consultas de seguimiento de Atención Primaria que las de la especializada, por lo que es clave trabajar de forma coordinada. La tasa de abstinencia al año de seguimiento se sitúa en un 28,57%.

### 753. ¿TIENE RELACIÓN UNA ÚNICA PREGUNTA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA CON DIFERENTES RESULTADOS DE SALUD A LARGO PLAZO EN LOS PACIENTES CON EPOC?

M.T. Martínez Ramírez<sup>1</sup>, L.E. Barriuso Carazo<sup>1</sup>, I. Noria Alonso<sup>1</sup>, A. Sarria Penton<sup>1</sup>, S. Rodríguez Pedrosa<sup>1</sup>, A. Moyano Castilla<sup>1</sup>, B. González Vesga<sup>1</sup>, S. Aizpiri Rivero<sup>1</sup>, A. Antón Ladislao<sup>2</sup>, L. Chasco Eguílaz<sup>1</sup>, A. Aramburu Ojembarrena<sup>1</sup> y C. Esteban González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao-Usansolo, Vizcaya, España. <sup>2</sup>Unidad de Investigación Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao-Usansolo, Vizcaya, España.

**Introducción:** Objetivo: evaluar la capacidad predictiva de la calidad de vida medida mediante una única pregunta para la mortalidad, y su relación con la actividad física (AF) y la capacidad de ejercicio en una cohorte de pacientes con EPOC seguidos durante 5 años.

**Métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva 543 pacientes EPOC (FEV1 < 80% y FEV1/FVC < 70%). El seguimiento fue durante 5 años, sin ninguna intervención por parte del equipo investigador. Se estudió la calidad de vida en el momento de inclusión en el estudio, utilizando la primera pregunta del cuestionario SF-36 (Short Form-36). Se evaluaron como resultado la mortalidad, la actividad física y la capacidad de ejercicio. Se determinó la actividad física autorreferida como la distancia recorrida en km/día, realizada al menos 3 días a la semana y la capacidad de ejercicio mediante el test de la marcha de 6 minutos (TM6M). Posteriormente, se comparó la capacidad predictiva de la calidad de vida medida mediante la primera pregunta del cuestionario SF-36 con el St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

**Resultados:** De los 543 pacientes incluidos la edad media fue de 68 años (DE ± 8,3), la disnea media grado 2 en la escala mMRC, el índice de Charlson 2,4 (DE ± 1,4) y el FEV1% post-BD 55% (DE ± 13,3). La distancia media realizada durante el TM6M fue 408,9m (DE ± 92,4). Tanto en el momento basal como a los 5 años, la mayoría de pacientes realizaba un bajo nivel de AF (un 28,5% y un 34,4%, respectivamente). El 31,9% de los pacientes decía que en general su salud era excelente, muy buena o buena, el 57,8% regular y el 10,3% mala. La media del SGRQ basal fue de 39,17 (DE ± 20,1). Se encontró asociación entre la calidad de vida y la mortalidad a los 5 años, cuando se medía con la

primera pregunta del SF-36 ( $p < 0,0227$ ) y con el SGRQ ( $p < 0,0008$ ). Asimismo, el hecho de presentar peor calidad de vida basal se asoció con un peor TM6M ( $p < 0,0001$ ) y también se observó una tendencia con respecto a la actividad física ( $p < 0,07$ ). Al comparar la capacidad predictiva de la calidad de vida medida mediante la primera pregunta del cuestionario SF-36 con el SGRQ, se observó que había diferencias estadísticamente significativas pero escasas entre ambas, siendo ligeramente mejor el SGRQ (AUC 0,568 y AUC 0,590, respectivamente).

**Conclusiones:** Una única pregunta sobre la calidad de vida demostró asociación con resultados de salud importantes a largo plazo en la EPOC.

### 3. USO DE ANESTESIA EN LA PUNCIÓN ARTERIAL POR ENFERMERÍA

R. Peinador Aguilar<sup>1</sup>, M. Alquezar Fernández<sup>2</sup> y R. Cabestre García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España. <sup>3</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Introducción:** La obtención de la gasometría arterial se realiza por punción arterial; procedimiento que los pacientes catalogan como muy doloroso. La evidencia recomienda el uso de anestesia subcutánea en la realización de la punción. Desafortunadamente algunos estudios demuestran que esta práctica aún no está estandarizada a nivel general, debido a la escasez de conocimientos para su realización y de protocolos adecuados; además de falsos mitos como el dolor provocado por dos punciones, la pérdida de la localización de la arteria o el mayor tiempo en la realización de la técnica. El presente estudio busca evaluar cual es el tipo de anestesia más recomendable y cuál es la utilización de la anestesia por enfermería.

**Métodos:** Se han utilizado las bases de datos científicas en ciencias de la salud: Pubmed, BVS, Scielo, Dialnet, Cuiden y Cochrane, en el periodo 2014-2018, y como descriptores: DEC's (Gasometría arterial. Anestesia local. Dolor. Ansiedad) y MeSH (Blood gas analysis. Local anesthesia. Pain. Anxiety). De los 22 artículos encontrados, 6 se referían a procedimientos de cuidados, 3 al uso de diferentes calibres de agujas en la punción, 1 a fisiopatología y 12 estaban relacionados con el uso de distintos tipos de anestesia. De estos últimos, 4 eran revisiones bibliográficas y 8 estudios clínicos. De los últimos 12 artículos mencionados, se han seleccionado 10 para la realización de este trabajo por su idoneidad con el tema de estudio.

**Resultados:** A partir de los datos obtenidos se identifican una serie de cuestiones comunes (tabla). La agrupación de los métodos anestésicos en tres grupos: anestésicos sbc, anestésicos tópicos en crema o en parche, y crioanalgesia. Los estudios clínicos se refieren, a un solo tipo de anestesia, o a comparativas entre dos métodos. Siendo escasos los

#### Material de estudio

Autor	Muestra	Estudio	Resultados
Allué et al. 2014	Estudio clínico	Lidocaína sbc, crema y parche	La lidocaína sbc es más efectiva que el resto
Ballesteros et al. 2017	Estudio clínico	Cl de etilo spray y control con placebo	El Cl de etilo no reduce el dolor
Farahmand et al. 2017	Estudio clínico	Spray refrigerante, control con placebo	El spray refrigerante no reduce el dolor
Matheson et al. 2014	Estudio clínico	Lidocaína al 1%, tamponada, control con placebo	Tanto al 1% como tamponada, la lidocaína es efectiva
Rüsch et al. 2017	Estudio clínico	Lidocaína sbc vs spray refrigerante	La lidocaína sbc es más efectiva que el spray
Haynes JM. 2015	Estudio clínico	Crioanalgesia con hielo vs control sin intervención	La aplicación de hielo reduce ligeramente el dolor
Barresi y Ferrari. 2017	Revisión bibliográfica	Reducción calibre aguja, crioanalgesia y analgesia farmacológica	Reducción calibre puede ser válida si no se necesita análisis de electrolitos. Crioanalgesia y analgesia farmac. no concluyente
Pouso M. 2017	Revisión bibliográfica	Anestésico sbc vs tópico	Lidocaína sbc es eficaz. Crionalgia dudosa. Crema no efectiva. Se necesitan más estudios
Prieto C. 2018	Revisión bibliográfica	Comparativa de tipos de analgesia	La mayoría de autores coinciden en la lidocaína sbc como más idonea
Romero y González, 2017	Revisión bibliográfica	Métodos empleados para reducir dolor	Anestésicos sbc efectivos. Anestésicos tópicos no efectivos. Realizar más estudios sobre el calibre aguja

estudios que comparan todos los tipos de anestesia. Las revisiones bibliográficas hacen referencia a la necesidad de ampliar los estudios en los que se comparen más métodos. Hay pocos estudios que valoran la opinión de los profesionales con respecto a la utilización de la anestesia y las causas de su pobre implementación actual.

**Conclusiones:** Los resultados de este trabajo apoyan la idea de que el método más eficaz de anestesia es la infiltración subcutánea, avalado en 7 de los 10 artículos consultados; y que la aplicación de anestésicos tópicos no es efectiva. Otro aspecto destacado es la pobre instalación en los procedimientos de enfermería, por la argumentación de falsos mitos y creencias sin evidencia científica.

**846. USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES CON ASMA**

N. José Bazán, A. Romero Ortiz, H. Cabrerizo Carreño, S. Santos Pérez y M. Muñoz Esquerre

Hospital universitari de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

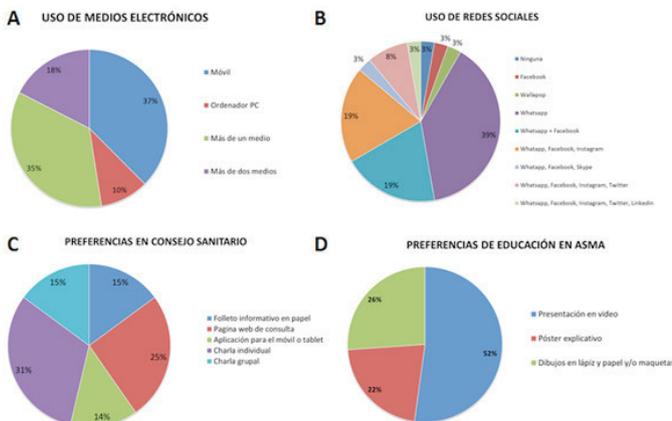
**Introducción:** Conocer las preferencias y necesidades de un grupo de pacientes con asma grave sobre el uso de herramientas educativas, incluyendo las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) para el conocimiento y el manejo de su enfermedad.

**Métodos:** Estudio prospectivo en pacientes asmáticos, que acuden a la primera visita en la unidad de asma entre mayo 2018 a diciembre de 2019. Se realiza un cuestionario de 20 preguntas sobre sus preferencias en el uso de las herramientas educativas incluyendo las nuevas TICs.

**Resultados:** Un total de 44 pacientes con una edad media de 53,2 ± 14,2 años, un 75% mujeres con un media de ACT de 16,8 ± 5,0 puntos. El nivel de estudios: estudios primarios (29,5%), secundarios (25%) y ciclos formativos (25%). Se recogieron datos sobre: 1) el conocimiento y uso de las TICs; 2) su experiencia en educación sanitaria en otras patologías; 3) el posible rol de las TICs para la educación en asma (tabla). El 68,2% de los pacientes conocen las TICs y el 18,1% tienen alguna idea de ellas. Entorno al 90% de los pacientes usan las TIC mediante aparatos electrónicos de última generación (fig. 1A) y la mayoría hace uso de más de una red social a la vez (fig. 1B). Solo el 45,5% de la muestra ha recibido educación sanitaria alguna vez, de ellos al 61,2% le ha sido útil, al 13,6% le ha sido útil en cierta medida y el 9,1% considera que no le ha sido nada útil. Los pacientes prefieren para recibir consejo sanitario una charla individual (31%) o una página web de consulta (25%) (fig. 1C). Para recibir información sobre su asma: el 52% prefiere una presentación en vídeo, el 26% un esquema, dibujo y/o maquetas y el 22% un póster explicativo (fig. 1D) En el caso

Características y preferencias de los pacientes sobre el uso de TIC y herramientas educativas

Características	N = 44
Edad (años), media ± DE	53,2 ± 14,2
Sexo (mujer)/(hombre)	33 (75%)/11 (25%)
Asthma control test (ACT), media ± DE	16,8 ± 5,04
Nivel de estudios	
Primaria	13 (29,5%)
Secundaria	11 (25%)
Universitarios	5 (11,4%)
Ciclos formativos	11 (25%)
Máster/Post-grado	3 (6,8%)
Nuevas Tecnologías	
Conocimiento de las TIC	
Conocen las TIC	30 (68,2%)
Tienen alguna idea	8 (18,1%)
Uso de ordenador PC	35 (79,5%)
Uso de aparatos electrónicos de última generación	40 (90,1%)
Frecuencia de conexiones a Internet	
Todos los días	31 (70,5%)
3-6 veces por semana	2 (4,5%)
1-2 veces por semana	5 (11,4%)
Nunca	6 (13,6%)
Uso de correo electrónico	
Alguna vez	33 (75%)
No	7 (15,9%)
Educación sanitaria previa	
Ha recibido educación sanitaria	
Sí	20 (45,5%)
No	19 (43,2%)
No recuerda	4 (9,1%)
Consideró útil la educación sanitaria recibida	
Sí	27 (61,2%)
En parte	6 (13,6%)
Nunca	4 (9,1%)
Consideran útiles los folletos informativos	
Siempre	18 (40,9%)
Alguna vez	21 (47,7%)
Nunca	5 (11,4%)
Consultan portales sanitarios (páginas web)	
Sí	15 (34,1%)
No	19 (43,2%)
Alguna vez	10 (22,7%)
Usan aplicaciones médicas	
Sí	7 (15,9%)
No	22 (50%)
Alguna vez	13 (29,5%)
Uso de TICs en educación en asma	
Usaría un portal sanitario exclusivo para el asma	
Sí	29 (65,9%)
No	8 (18,2%)
Alguna vez	7 (15,9%)
Usaría una aplicación médica para el asma	
Sí	27 (61,4%)
No	7 (15,9%)
Alguna vez	10 (22,7%)



Uso de TICs en la educación sanitaria.

de disponer de un portal sanitario de referencia en asma el 65,9% lo usaría, el 18,2% no lo usaría y el 15,9% lo usaría alguna vez. En el caso de disponer de una aplicación móvil para el asma el 61,4% la usaría, el 15,9% no la usaría y el 22,7% la usaría alguna vez.

**Conclusiones:** El análisis de los datos muestra un uso elevado de las TIC entre los pacientes en su vida cotidiana, que confirman que el uso

de ellas en la educación sanitaria puede ser de mucha ayuda. Los pacientes consideran útil el uso de las nuevas TICs enfocadas a la educación sanitaria, por tanto son herramientas que pueden favorecer y mejorar el autoconocimiento y habilidades de los pacientes en el manejo de su enfermedad.

## 15. UTILIDAD DE LA COOXIMETRÍA COMO MOTIVADOR FUERA DE LA CONSULTA DE TABAQUISMO

N. Barón Salvador, S.A. Juarros Martínez, M.M. del Olmo Chiches, C. San José García, E. Solís García, C.J. Rodríguez Méndez, M. Belver Blanco, S. Jaurrieta Largo, M.J. Chourio Estaba, E. Rodríguez Flórez, I. Muñoz Díez, M.E. Hernández García y B. Muñoz Díaz

Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

**Introducción:** El tabaquismo es la principal causa de enfermedad evitable y mortalidad prevenible. La determinación de CO en aire espirado tiene gran utilidad permite detectar la exposición al tabaco, diagnosticar el grado de tabaquismo, valorar el riesgo de desarrollar patologías relacionadas con el tabaco y motivar para el abandono. El objetivo de nuestro trabajo ha sido valorar la medición de CO como herramienta motivadora para dejar de fumar fuera del ámbito de una consulta de tabaquismo a la que acuden pacientes motivados.

**Métodos:** En un stand montado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid el día mundial sin tabaco, se ofreció información verbal y escrita sobre los métodos clínicos para dejar de fumar a personas que quisieron recibirla voluntariamente. Se les invitó a responder a una encuesta anónima en la que se recogieron datos sobre su filiación (género, edad), consumo de tabaco (tiempo fumando, cigarrillos/día y tiempo del primer cigarrillo, grado de tabaquismo, dependencia psicológica (Fagerström Reinforcement Questionary), intentos de abandono y etapa de cambio. Se realizó una medición CO en aire espirado. Tras consejo breve antitabáquico se les explicó el significado de la lectura de CO, las implicaciones para su salud y se les preguntó de nuevo por su etapa de cambio para valorar si había variado. Los resultados han sido analizados estadísticamente mediante comparación de frecuencias (chi-cuadrado) y medias (t-Student) tomando como significación estadística un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se obtuvieron 68 encuestas valorables. Su edad media 46,9 años, 57,4% mujeres. Las características de consumo y dependencia se exponen en las figuras 1 y 2. Después de la cooximetría avanzó en su etapa de cambio un 10,8% del total (30,8% de los precontempladores y el 50% de los contempladores ( $p < 0,001$ )). Avanzaron fumadores con 1,6 puntos menos de media en el Fagerström (IC95%: 0,4 a 2,8;  $p < 0,059$ ). Paradójicamente un 4,6% retrocedió de fase, todos contempladores ( $p < 0,001$ ), su primer cigarrillo en los primeros 5 minutos ( $p < 0,001$ ) y con Fagerström 1,8 puntos mayor (IC95%: -3,5 a -0,04;  $p < 0,045$ ).

Figura 1	Media	Desv est	Mínimo	Máximo
Edad (años)	46,9	11,9	16	71
Consumo medio (cig/día)	13,5	8,2	3	40
Tiempo fumando (años)	27,2	12,4	3	54
Índice años-paquete	18,9	11,9	0,6	64
Tiempo hasta primer cig (min)	66,6	111,8	1	480
Fagerström abreviado	2,4	1,5	0	6
Intentos previos abandono	1,3	2,3	0	15
Cooximetría (ppm)	19,6	8,6	0	40

Figura 1.

Figura 2			
Dependencia física (Fagerström abreviado)	Baja	Media	Alta
	51,5%	41,2%	7,4%
Dependencia psicológica (refuerzo) Fagerström Reinforcement Questionary	Positivo	Negativo	Ambos
	55,9%	38,2%	5,9%
Etapas de cambio (Prochaska DiClemente)	Precontemplación	Contemplación	Preparación
	20,6%	8,8%	70,6%
	Normal	Intermedio	Alto
Nivel de Cooximetría	6%	7,5%	35,8%
	Muy alto		50,7%
Grado de tabaquismo	Leve	Moderado	Severo
	13,2%	44,1%	10,3%
			Muy severo
			32,4%

Figura 2.

**Conclusiones:** Existe un alto porcentaje de fumadores motivados para dejarlo. Usar un medidor de CO, puede ser eficaz para motivarles fuera de una consulta de tabaquismo cuando la dependencia física no es alta, pero con cautela en aquellos contempladores con mayor dependencia, quizá buscando para ellos mensajes que no incidan demasiado en el daño directo provocado por el tabaco.

## 636. UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN EN PACIENTES CON EPOC TRAS UNA AGUDIZACIÓN HOSPITALARIA

M.T. Gómez del Pulgar Murcia, R. Armenta Fernández, S. Pelicano Vizuete, A. Naya Prieto, M.I. Fernández Ormaechea, D. Sánchez Mellado y F. Villar Álvarez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

**Introducción:** Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave sufren una media de 1,5 a 2 agudizaciones de EPOC (AEPOC) al año, con un elevado consumo de recursos y una tasa de reingresos a los 3 meses del 30%. Nuestro centro realiza un seguimiento de asistencia domiciliaria durante un mes a estos enfermos tras una hospitalización por AEPOC, a través de la Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios (UCCRA). Con el objetivo de identificar de manera precoz la presencia de síntomas y signos de una AEPOC, se prolongó la atención ambulatoria al grupo de pacientes incluidos en el seguimiento de la UCCRA, añadiendo un periodo adicional de 2 meses asistido por telemonitorización (TM).

**Métodos:** Estudio observacional realizado entre marzo de 2018 y mayo de 2019, en el que se realizó una asistencia telemática en el segundo y tercer mes tras el alta hospitalaria por una AEPOC grave y un primer mes de asistencia domiciliaria mediante la UCCRA. Se excluyeron a aquellos pacientes incapaces de manejar una aplicación informática. Para poder realizar la TM era imprescindible tener activo el Portal del Paciente del centro, a través del cual se realizó el seguimiento, con envío de un formulario semanal con los signos y síntomas de alerta (tos, expectoración, disnea, fiebre, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno). El seguimiento fue de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas. En caso de identificar una posible AEPOC se valoró telefónicamente al paciente, derivándole al Hospital de Día (HdD) para valoración por un neumólogo.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 31 pacientes, de los cuales 19 finalizaron el seguimiento, 12 no lo completaron por reingreso y 1 se dio de baja voluntaria. Registramos 102 llamadas por diferentes motivos; 18 por no envío del formulario, 54 por detección de signos o síntomas de alerta, 17 por dudas, 10 por problemas técnicos y 3 por urgencias. De los 223 formularios recibidos, los signos y síntomas de alerta referidos con mayor frecuencia y más precozmente fueron; más tos en 30 ocasiones, más expectoración en 29 y mayor disnea en 28. Acudieron al HdD 16 pacientes, siendo dados de alta 12 e ingresando 4. En cambio, por Urgencias reingresaron 6 pacientes, 3 de ellos fuera del horario de atención de nuestra TM.

**Conclusiones:** La TM es útil para identificar de manera precoz la presencia de síntomas y signos de una AEPOC, siendo la tos, la expectoración y la disnea los primeros y más frecuentes síntomas de alerta en aparecer.

#### 440. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA VMNI (BIPAP LUMIS) DE PACIENTES TELEMONITORIZADOS EN EL DOMICILIO

J.M. González Alonso<sup>1</sup>, M.D. Corbacho Abelaira<sup>2</sup>, A. Cobas Paz<sup>2</sup> y F. Iglesias Río<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oximesa, Vigo, Pontevedra, España. <sup>2</sup>POVISA, Vigo, Pontevedra, España.

**Introducción:** Objetivos: analizar la adherencia al tratamiento de los pacientes que utilizan BIPAP telemonitorizada (Lumis) en el domicilio. Análisis de las variantes (visitas hospitalarias, ingresos, edad, sexo, fugas, IAH. Valores gasométricos) que puedan influir en el cumplimiento del tratamiento, así como patologías por las que se prescribe el tratamiento.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de casos-control. Registro de pacientes dados de alta en Airview (base de datos Resmed). Inicio de registro 10/5/2016 hasta 1/9/2019. Se incluyeron 106 pacientes. Estudio estadístico con análisis univariante de la variable principal (tiempo de uso). Análisis mediante SSPS. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Grupo I: Pacientes usuarios de BIPAP telemonitorizada LUMIS. Grupo II: pacientes usuarios de BIPAP no telemonitorizada. Los datos son proporcionados por Oximesa (empresa suministradora de TRD).

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes del grupo I y 39 del grupo II. Grupo I: 37 mujeres (55,2%). Tratamiento por hipoventilación 40 pacientes (59,7%) y 27 por EPOC. Presentan apneas residuales (IAH residual > 10) 10 pacientes (14,9%), y fugas (> 25 l/minuto) 8 pacientes (11,9%). La adherencia/día es de 5,8 horas de media. El número medio de visitas es de 3,43 y las hospitalización de 1,07 de media. Normalización de los parámetros gasométricos: 37 pacientes (55,2%). Grupo II: pacientes: 12 mujeres (30,7%). Tratamiento por hipoventilación 24 pacientes (61,5%) y 15 por EPOC. IAH y Fugas no se pueden valorar. La adherencia/día es de 5,5 horas de media. El número medio de visitas es de 3,56 y de hospitalización de 0,85. Normalización de los parámetros gasométricos: 17 pacientes (45,6%).

**Conclusiones:** No hay diferencias significativas en la adherencia, número visitas o ingresos. Existen diferencias en la normalización de los parámetros gasométricos. La telemonitorización permite conocer datos de la adecuada ventilación de los pacientes evitando las visitas domiciliarias y suponiendo un mejor manejo al poder actuar más precozmente sobre los fallos de ventilación.

#### 742. VALORACIÓN DEL EFECTO DE LA CAMPAÑA INTERNA CONTRA LA GRIPE EN EL PERSONAL SANITARIO DE LA CLÍNICA ASUNCIÓN

L. Rajado López, M. Echeberria Lizaso, I. Sayago Reza y D. Bello Cambero

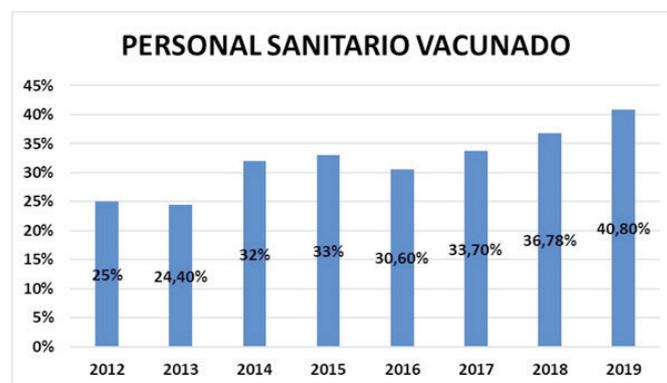
*Clínica La Asunción, Tolosa, Guipúzcoa, España.*

**Introducción:** La gripe es una de las enfermedades prevenibles más prevalentes en los países desarrollados, y la vacunación se considera la medida más efectiva para prevenirla. El personal sanitario está dentro de los grupos de riesgo con indicación para vacunarse, por eso, se realizan campañas para incentivar la vacunación entre dicho colectivo. No obstante, la cobertura vacunal entre el personal sanitario en nuestro país es muy baja. Los objetivos de dicho estudio son en primer lugar, conocer y analizar la tasa de vacunación del personal sanitario en nuestro centro entre el 2012 y 2019. En segundo lugar, valorar el impacto de la campaña interna de vacunación realizada en el año 2019.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo entre el año 2012-2019, sobre la tasa de vacunación del personal sanitario de nuestro centro. La recogida de datos del año 2019 se ha realizado desde el 14 de octubre hasta 30 de noviembre. Los datos han sido obtenidos de la base de datos de laboratorio de análisis clínicos de

nuestro centro. La muestra del estudio varía en función del año, con una media de 251 trabajadores. En el año 2019 la plantilla está formada por 257 trabajadores, de los cuales 36,96% son DUEs; 28,01% facultativos; 19,45% aux.de clínica; 9,72% fisioterapeutas; 2,72% técnicos de rayos y 3,11% técnicos de laboratorio.

**Resultados:** La tasa de vacunación en el año 2012 fue del 25%, es decir, de los 236 trabajadores, únicamente 59 se vacunaron frente a la gripe. En el año 2019, la tasa aumenta al 40,8%. Por categoría profesional, se observa que las tasas más elevadas de vacunación del 2019 corresponden a los facultativos (59,7%), técnicos de laboratorio (50%), técnicos de rayos (42,85%), DUEs (41,05%), aux. de clínica (28%) y fisioterapeutas (8%). De todos los trabajadores, el 27% se ha vacunado durante 7 años consecutivos, es decir, desde el 2012 hasta el 2018.



**Conclusiones:** En el año 2012 hubo una baja tasa de vacunación, la cual aumenta de forma considerable con el transcurso de los años. No obstante, se observa que la tasa de cobertura varía según la categoría profesional. Respecto a la campaña realizada, es difícil cuantificar el impacto real que ha tenido, ya que a pesar de que se percibe una subida en la tasa de vacunación, esta parece estar más relacionada con la tendencia de años anteriores que con la propia campaña. Sin embargo, vemos necesario diseñar programas de vacunación dirigidos a los propios trabajadores para seguir incentivando y promoviendo la vacunación entre este colectivo.

#### 382. VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN SOBRE LAS CPAP/BIPAP

C. Delgado Lozano

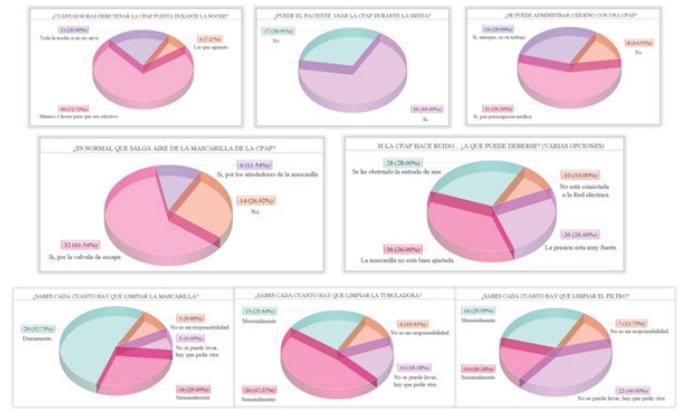
*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.*

**Introducción:** El tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias (CPAP) es el más habitual para reducir los síntomas del síndrome

me de apnea- hipopnea obstructiva del sueño (SAHS), que es una enfermedad crónica y muy frecuente que afecta a un 4-6% de los hombres y a un 2-4% de las mujeres en la edad adulta y que hoy en día se reconoce que está infradiagnosticada. Se calcula que cada hospital de referencia tiene unos 7.500 pacientes con CPAP domiciliaria. Y aunque en menor grado también hay pacientes con sistema de bi- presión positiva (BIPAP). Estos pacientes, a lo largo de su vida, pueden tener que hospitalizarse y deberán llevar su CPAP/BIPAP con ellos, por lo que es crucial que el personal de enfermería tenga unos conocimientos básicos sobre este tratamiento.

**Métodos:** Estudio observacional transversal donde se encuestó a 55 enfermeras/os elegidos de forma aleatoria de modo que se estuvieran representadas las 10 unidades de hospitalización del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. La encuesta consta de 16 preguntas que fueron elegidas por consenso del equipo de la unidad del sueño del hospital. La recogida de datos se realizó entre los meses de septiembre y noviembre de 2019.

**Resultados:** De los 55 participantes un 70,9% (39) fueron mujeres y la media de edad de 49,7 años. El 61,8% (34) supo diferenciar una CPAP de una BIPAP. Cuando se les preguntó el motivo por el cual un paciente puede tener prescrita una CPAP el 100% contestó apnea del sueño, sin embargo, al preguntar por la BIPAP no hubo consenso, por orden: retención de CO2, apnea, hipoxemia, EPOC e insuficiencia res-



Sobre la BIPAP.

piratoria. Solo el 49,1% sabe cómo contactar con la unidad del sueño o la empresa suministradora. Aunque el 80% de los profesionales entienden que si el aparato es del hospital se devuelve a neumología, hay un 20% que creen que el paciente tiene que llevársela a casa.

**Conclusiones:** La enfermería abarca un abanico amplísimo de conocimiento, es normal que en cada unidad el personal esté especializado en su campo, pero al valorar los resultados de la encuesta, hay ciertas creencias infundadas entre los profesionales que pueden crear un conflicto en este tipo de pacientes, como pensar que el material no hay que lavarlo, que la CPAP lo que hace es administrar oxígeno o que si suena es porque tiene la presión muy alta... Debido a esto se va a elaborar cartelería para las salas de trabajo de enfermería con información básica y se ofrecerán sesiones clínicas desde la UTRS.

## EPID

### 220. AFECTACIÓN PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA Y EL SÍNDROME DE SJÖGREN

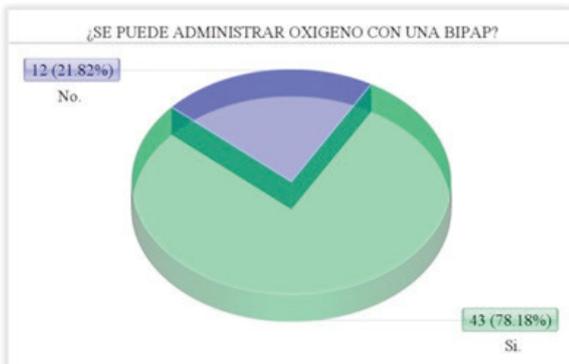
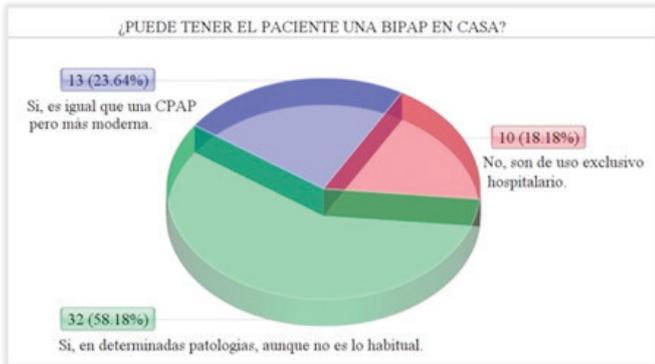
A.B. Gámiz Molina, C. Cabrero Rodríguez, P. Mejía Lozano, P. Gámez Baeza y S. Sánchez Noguera

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

**Introducción:** El síndrome de Sjögren (SS) y la esclerodermia son dos enfermedades autoinmunes en las que pueden existir afectación pulmonar, su presentación simultánea es poco común. La EPI es la forma más común en el SS, siendo el patrón NINE el más frecuente al igual que ocurre en la esclerodermia (ES), en la cual además se ser frecuente su asociación con afectación intersticial (sobre todo en la difusa) también lo es con la presencia de hipertensión pulmonar condicionando su tratamiento y pronóstico. El objetivo de nuestro estudio es analizar en que pacientes con estas enfermedades se observan alteraciones parenquimatosas en la TC de tórax o presentan alteraciones en la ecocardiografía y correlacionarlo con la difusión pulmonar.

**Métodos:** Estudio descriptivo de 113 pacientes derivados a exploración funcional respiratoria para realización de una bodyplethmografía en los últimos 5 meses. Se analizó el tipo de ES, si presentaban o no afectación en la difusión y la severidad, la medida de PAPm por ecocardiografía, la presencia de afectación pulmonar intersticial y el patrón, así como la asociación entre estos parámetros. Los datos fueron recogidos de su historia clínica.

**Resultados:** De los 113 pacientes, 78 presentan ES, 25 SS y 10 solapamiento. De las ES 26 (16 de ellas difusas) tienen afectación pulmonar siendo 5 NIU, 15 NINE, 5 bronquiolititis y 1 engrosamiento septal. Por otro lado 10 de los pacientes con SS presentan tal afectación (2 NIU,



Sobre la CPAP.