

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

253. ADAPTACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN EL PACIENTE COVID-19

L. Silgado Martínez, E. Viejo Ayuso, N. Sánchez Rodríguez, R. Mediano San Andrés, L. Álvarez Balado, P. Resano Barrio, S. Romero Peralta, C. Pardo Esteban y O. Mediano San Andrés

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Introducción: La principal vía de transmisión del SARS-CoV-2 es a través de aerosoles o bien por medio de las secreciones de las gotas respiratorias. El SARS-CoV-2 podría ser viable hasta 3 horas en aerosoles, por lo que el soporte respiratorio no invasivo (SRNI) supone un riesgo adicional debido a la generación de los mismos. Por lo que durante el inicio de la pandemia fue necesario adaptar los sistemas de protección y de SRNI en los pacientes COVID-19 por parte del equipo de enfermería.

Material y métodos: 1. Protección personal sanitario - EPI: 1.1. Lavado de manos antes y después de cualquier manipulación con un paciente. 1.2. Mascarilla FFP2/FFP3 con banda metálica ajustada a la nariz con un correcto sellado. No reutilizables. 1.3. Gafas estanca por encima de la mascarilla. 1.4. Bata impermeable de manga larga, confirmar su integridad y atar adecuadamente al cuello con la espalda correctamente cerrada. Toda la ropa debe quedar cubierta por la bata. 1.5. Calzas impermeables hasta media pierna. 1.6. Guantes de nitrilo: Sería recomendable colocar dos pares, uno por debajo de la bata y un segundo par por encima del puño sin dejar ninguna parte de la piel expuesta. 1.7. Caperuza que cubra la cabeza y el cuello (recomendable). 2. Adaptación de los sistemas de SRNI: 2.1. Con el fin de disminuir la aerosolización debida a la terapia con oxigenoterapia de alto flujo, se colocó una mascarilla quirúrgica sobre la cánula nasal. Se aconsejó no manipular las cánulas nasales con el inicio y la retirada de la terapia, y no encender el dispositivo antes de colocarlo. 2.2. En los equipos de VMNI se utilizó codo sin válvula con filtro antivírico proximal a la válvula espiratoria para minimizar la carga viral el aire espirado. Se colocó filtro entre el tubo y el equipo.

Resultados: Describir como se realizó la adaptación de la protección del personal y de los sistemas de VMNI para evitar los contagios debido a la producción de aerosoles por parte de los sistemas SRNI.

Conclusiones: El SRNI podría ser una fuente de contagio por lo que se debe instruir al personal de enfermería y al paciente de cómo llevarlo a cabo de la forma más segura posible. Conocer las formas de contagio y las medidas que se pueden llevar a cabo para evitarlo, es clave para poder disminuir la propagación del SARS-CoV-2, por lo que debemos tener conciencia de la importancia que tiene para no volver a colapsar los centros de salud ni los hospitales.

29. ADHERENCIA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE EN ÉPOCA DE PANDEMIA POR COVID-19

L. Maestre Puerto, A. Pulido Sánchez, L. Pozo Delgado, E. Chiner Vives, I. Boira Enrique, S. Vañes Baños, V. Esteban Ronda, Á. Bernabeu Martínez, J. Campillo López y T. Aznar Saliente

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Los fármacos biológicos (FB) se emplean en el tratamiento del asma grave (AG). Aunque su dispensación es hospitalaria, en la actualidad pueden administrarse en los centros sanitarios (CS) o autoadministrarse en domicilio (AUD).

Material y métodos: Se elaboró un programa de teleconsulta coordinado con el S. Farmacia durante el periodo, para remitir el FB por mensajería a domicilio o recogida presencial, según preferencia o

disponibilidad. Se obtuvieron datos de los pacientes activos con AG y FB de marzo a mayo de 2020: edad, recogida, lugar de administración (CS/AUD), cambios a AUD, falta de recogida, o rechazo de administración.

Resultados: Al inicio del periodo se encontraban activos 155 pacientes, 41 hombres (33%) y 104 mujeres (67%), con una edad media de 52 ± 18 años (32-81 años). Estaban en tratamiento con omalizumab 97 (62%), 46 con mepolizumab (30%) y 12 con benralizumab (8%). De los pacientes con omalizumab, 14 se dispensaron en S. Farmacia, 33 fueron enviados por mensajería, 48 tenían medicación suficiente y solo 2 del total no recogieron o se perdieron en el seguimiento. Respecto a mepolizumab, 7 se dispensaron en Farmacia hospitalaria, 10 se enviaron por mensajería y 29 tenían medicación suficiente. Con benralizumab, 10 tenían medicación suficiente, 1 no acudió a recoger su última dosis a finales de febrero y 1 se dispensó en Farmacia hospitalaria. Solo 4,6% del total de pacientes perdieron su dosis o la rechazaron. El lugar de administración para cada fármaco fue: 56% AUD y 44% CS para omalizumab; 83% AUD y 17% para mepolizumab; 81% AUD y 19% para benralizumab. De los pacientes con omalizumab y administración previa en CS, 25% cambiaron a AUD.

Conclusiones: La adherencia a FB en pacientes con AG es muy elevada. Los programas coordinados entre Neumología y Farmacia, elaborados para el envío a domicilio favorecen el cumplimiento y facilitan la AUD. Estos programas, diseñados en tiempo de pandemia, pueden ser extendidos para reducir costes y mejorar las preferencias del paciente, sin comprometer la seguridad.

615. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

L. Bueno Freire, V. Alcaraz Serrano, L. Fernández Barat, P. Oscanoa Huamán, N. Vázquez Burgos, A. López Gavin, A. Gabarrús Barri, R. Amaro Rodríguez, A. Ceccato, R. López Aladid y A. Torres Martí

Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica, IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: Los pacientes con bronquiectasias (BQ) no debidas a fibrosis quística colonizados por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) tienden a tener peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que los no colonizados. El objetivo de este estudio fue comparar los cambios en la CVRS durante un año de seguimiento en diferentes subgrupos de pacientes con BQ para identificar los más vulnerables que necesitan una atención más exhaustiva.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en pacientes adultos con BQ. Durante 1 año de seguimiento, cada tres meses se evaluó: la función pulmonar, la CVRS utilizando el cuestionario de calidad de vida-bronquiectasias v3,1 (QoL-B), un cultivo microbiológico de esputo y el número de agudizaciones. Se analizaron los cambios entre la visita basal (V1) y al cabo de un año (V4) en los 8 dominios de la CVRS y se contrastaron entre: A. colonización por PA; B. años de colonización; C. fenotipo de PA; D. función pulmonar; y E. número de agudizaciones.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes; 30 mujeres, $69,5 \pm 12$ años (tabla 1). La tabla 2 muestra los cambios en CVRS respecto los grupos de estudio. En los pacientes colonizados < 5 años (grupo B), la percepción de la salud superó la diferencia mínima clínicamente importante (MID) (media 8,33) y en los de ≥ 5 años se superó en las limitaciones de rol (13,89), el estado emocional (-16,67) y la función social (-18,06). Según el grupo C, el estado emocional empeoró en los pacientes con el fenotipo mucoide (mediana 0,00 vs. -16,67, $p = 0,004$). Los dominios de vitalidad (11,11), estado emocional (-13,49), función social (-11,11) y síntomas respiratorios (10,32) superaron la MID en los pacientes con fenotipo mucoide, mientras que la capacidad física la superó en los pacientes con PA no mucoide (11,76).

Tabla 1. Características basales

		N= 45
Mujer		30 (66.7)
Edad, años		69.5 (12.0)
IMC, Kg/m ²		24.8 (3.5)
Etiología		
	Post-infecciosa	23 (51.1)
	Idiopática	8 (17.8)
Asociado a otras enfermedades respiratorias		8 (17.8)
	Otras	6 (13.3)
Gravedad		
BSI Categorías	Leve	2 (4.8)
	Moderado	8 (19.0)
	Grave	32 (76.2)
FACED Categorías	Leve	6 (14.3)
	Moderado	16 (38.1)
	Grave	20 (47.6)
Agrupaciones de estudio		
(A) Colonización por PA	Intermitente	11 (24.4)
	Crónica	34 (75.6)
(B) Años de colonización por PA	< 5 años	22 (64.7)
	≥5 años	12 (35.3)
(C) Fenotipo de PA	No PA	7 (15.6)
	PA no mucóide	17 (37.8)
	PA mucóide	21 (46.7)
(D) Función pulmonar	BQ	15 (33.3)
	BQ-EPOC	10 (22.2)
	BQ Obstructivo	20 (44.4)
(E) N° de agudizaciones durante el seguimiento	0	12 (26.7)
	1-2	18 (40.0)
	≥3	15 (33.3)

Los datos se presentan como n (%) o medianaDE. Abreviaturas. IMC: índice de masa muscular; kg: kilo; m: metro; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; BSI: bronchiectasis severity index; BQ: bronquiectasias; PA: *Pseudomonas aeruginosa*.

553. ANÁLISIS DE LA TERAPIA INHALADA

Y. Martín Vaquero¹, M.L. Folgado Temprano¹, M.D. Carrión Pérez¹, J.Á. Sánchez Cerezal², J.J. Berrocal Fernández¹, M.I. Blanco García¹, M.L. Pigazos Francisco¹, A.I. Miguélez Luis¹ y M. Hidalgo Martín²

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España. ²Gerencia Atención Primaria, Zamora, España.

Introducción: La OMS considera que la baja adhesión de los pacientes a sus tratamientos es un grave problema de salud con impacto clínico. **Objetivos:** analizar las características demográficas de los pacientes con inhaladores. Identificar puntos de mejora en la educación de los pacientes y adherencia al tratamiento y evaluar el nivel de adhesión. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, multicéntrico. A nivel hospitalario y comunitario. La población: pacientes respiratorios con terapia inhalada durante los últimos 6 meses; con puntuación entre 0-2 en la escala SPMSQ de PFEIFFER; que utilicen el inhalador de forma autónoma una vez al día; acepten/firmen el consentimiento. Excluyendo: pacientes con deterioro cognitivo, usos inhaladores de rescate. Se toma como muestra a todos los pacientes de forma consecutiva durante el periodo de estudio (15 septiembre al 31 diciembre 2019). Variables sociodemográficas, patología, terapias domiciliarias, actividad física, tabaquismo, instrucción en inhaladores, lesiones bucales, cuestionario TAI. La valoración técnica se realizó con placebos y siguiendo las recomendaciones del Consenso de Terapia Inhalada SEPAR-ALAT. Para los cuestionarios TAI se obtuvieron los permisos de utilización y del Comité Ética Gerencia (fig. 1).

Resultados: Se obtiene una muestra de 69 pacientes, con una media de edad de 74,1 años ± 9,8 (entre 44 y 90 años). Un 69% son hombres con estudios primarios; 78% viven acompañado, 92% jubilados, 86% realiza como actividad física paseo diario. 61% son exfumadores frente al 11% que son fumadores y el 27% que nunca ha fumado. Diagnóstico principal es el EPOC con un 36% que utiliza oxígeno domiciliario. El adiestramiento lo realiza en el 57% el médico y en el 34% la enfermera. Sin material de apoyo (no folletos 95%, no placebos en el 82%). Errores más frecuentes en la técnica de inhalación: PMDI cartucho (no

Tabla 2. Corrección en la QoL en los grupos específicos de pacientes con BQ colonizados por PA (N = 45)

Resultado	A. Colonización por PA			D. Función pulmonar			E. Número de agudizaciones		
	Intermitente	Crónica	p-valor	BO	BQ-EPOC	BQ-Obstructivo	0	1-2	≥3
QoL-R	58(1)	58(1)		58(1)	58(1)	58(1)	58(1)	58(1)	58(1)
Calidad de vida	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Actividad física	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Vitalidad	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Entrenamiento	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Puntuación social	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Índice de adherencia	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Percepción de la salud	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)
Intensidad respiratoria	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	0.99	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)	3.9 (3.1-4.7)

Los datos se presentan como mediana (CI-0.5). Los valores de la Tabla 2 corresponden con el delta de los resultados (14-17). Se ha utilizado la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones de dos grupos y la prueba de Kruskal-Wallis para las comparaciones de tres grupos. Los p-valor en negrita son estadísticamente significativos y los dominios señalados con un asterisco no supusieron la diferencia mínima clínicamente importante (MCI). Abreviaturas: QoL: calidad de vida relacionada con la salud; PA: *Pseudomonas aeruginosa*; BQ: bronquiectasias; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; QoL-R: cuestionario sobre Calidad de Vida-Respiratoria v3.1.

Nº	Investigador:	Perfección Urbada
Edad: años	cas: nombre H ujer	Ámbito: AP AE
Estudios:	Primarios Secundarios	Universitarios
Vive:	Solo Acompañado	
Antecedentes tabáquicos	Nunca fumador Ex fumador	¿Tiempo?
	Fumador actual	Nº de paquetes/día
Actividad física	Paseo diario	No sale del domicilio(cama sillón)
	Realiza deporte:	
	Trabajo activo	Jubilado Estudiante
Diagnóstico principal	EPOC	ASMA SAOS
Terapias	Oxigenoterapia domiciliar	Concentrador VMNI
Inhaladores Prescritos	Número:	Tiempo utilización
Cartucho presurizado	Cámara	
Tipo inhaladores	M	
	H	
	U	
	U	
	Asuliner Handihaler Inhalador Ingelhaler Spinhaler	
	Turbuhaler Accuhaler Easyhaler	
	Novolizer Neohaler Twisthaler	
Nombre inhalador y posología...	con el nombre inhalador indicar número de dosis por inhalación/día	
Enseñanza Inhaladores	¿Le enseñaron el funcionamiento de los inhaladores la primera vez que los usó? SI NO	
En caso afirmativo: ¿Quién se lo enseñó?	Médico Enfermera Familia Farmacéutico	
¿Le entregaron folletos/material?	SI NO	¿Usaron placebos? SI NO
¿Ha tenido lesiones boca?	SI NO	ALGUNAS VEZ

Figura 1. Hoja de recogida datos.

Conclusiones: Los grupos de BQ identificados como vulnerables asociados a un empeoramiento de la CVRS después de un año de seguimiento fueron el patrón obstructivo y la colonización crónica por PA durante ≥ 5 años y el fenotipo mucóide. Sin embargo, el número de agudizaciones no presentó peores índices de CVRS. Estos hallazgos deben validarse en el análisis longitudinal de todas las visitas y en estudios futuros con un tamaño muestral mayor.

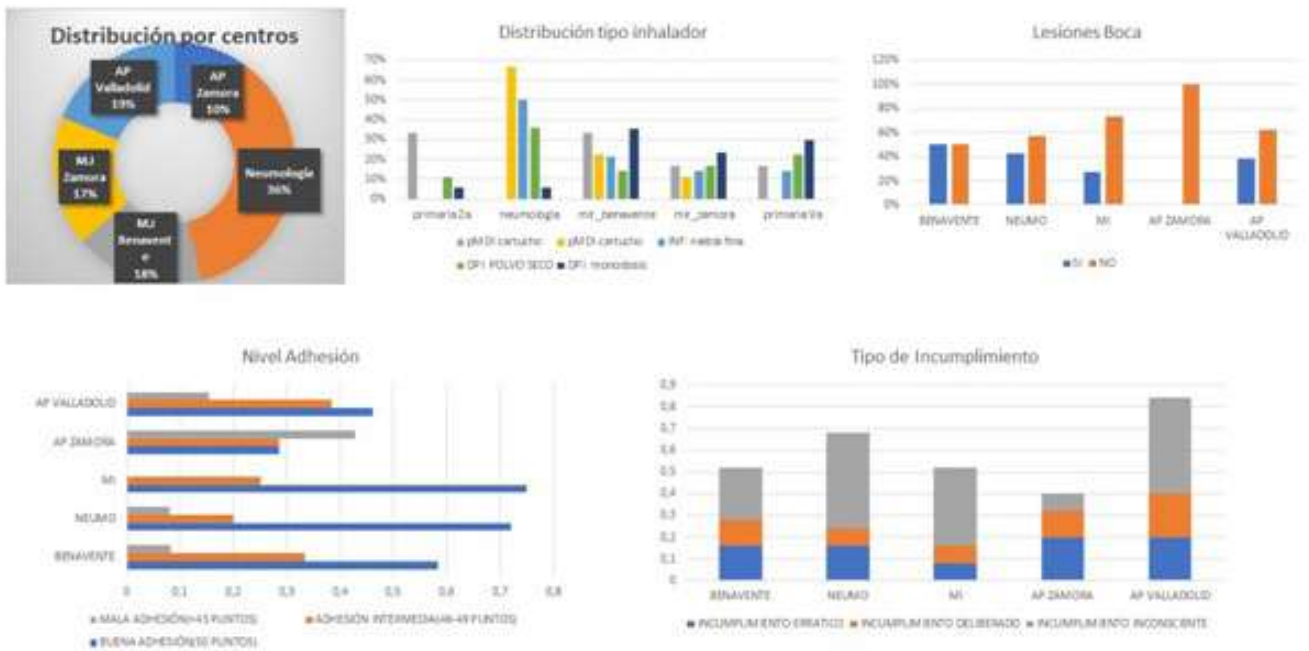


Figura 2. Resultados.

aguantar la respiración 33%), PMDI cartucho con cámara (no agitar inhalador 11%), no vaciar los pulmones en el de Niebla fina 43%, en el de DPI polvo seco 37% y en DPI monodosis 26%. Otros resultados se muestran en la figura 2.

Conclusiones: Hay que adaptar a la población mayoritaria detectada la educación en terapia inhalada, y utilizar los recursos disponibles. Potenciar el papel de la enfermera en la enseñanza de la técnica desde ambos niveles asistenciales. La mayoría es incumplidor inconsciente, lo que visualiza la necesidad de reforzar la prescripción y los puntos críticos (exhalación previa, agitar inhalador, apnea post e higiene bucal).

697. ANÁLISIS DE PACIENTES QUE PRECISAN FUNCIÓN PULMONAR TRAS LA COVID-19

R. Sedano Gutiérrez, L. Fernández Prieto, S. Jaurrieta Largo, V. Roig Figueroa, M.J. Chourio Estaba, A.B. García Onieva, E. Macías Fernández, R. Castrodeza Sanz, E. Solís García y C.A. Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: Algunas personas que han padecido la COVID-19, hayan necesitado atención hospitalaria o no, siguen experimentando síntomas, entre ellos fatiga y diversos síntomas respiratorios. Desde el laboratorio de función pulmonar queremos determinar las características y la afectación pulmonar, a través de las pruebas de función respiratoria.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyen pacientes que han acudido a la consulta de exploración funcional respiratoria entre los meses junio a noviembre 2020 con un diagnóstico previo por PCR SARS-CoV-2. Analizamos datos demográficos, antecedentes personales y resultados clínicos. La exploración funcional se realizó en base a la normativa SEPAR por personal con experiencia en el manejo de los equipos Masterlab, Jaeger, Alemania. La espirometría forzada se realizó en situación basal. La transferencia de monóxido de carbono (DLCO) se realizó mediante el método de respiración única. Se utilizaron valores de referencia estándar para población europea y

criterios de aceptabilidad en todas las variables de función pulmonar según normativa SEPAR.

Resultados: Se incluyeron un total de 95 pacientes con un plazo medio de 120,8 días desde el diagnóstico de COVID-19. La edad media fue de 57 años (DT12) con un 59% mujeres. Las patologías previas más frecuentes que presentaron fueron hipertensión arterial 24% y asma 10,5%. El 68% de los pacientes presentaron un IMC mayor a 24,9 y un 26% por encima de 30. En cuanto al hábito tabáquico el 38% refirieron nunca haber fumado y el 9,5% eran fumadores activos en el momento de la prueba. Precisaron ingreso hospitalario el 77%, siendo el 16,4% de estos en UCI. En cuanto a la función pulmonar 81 pacientes, 85%, presentaron una espirometría normal. 21 pacientes, 22%, presentaron una DLCO < 80% del valor de referencia siendo la media 66,2 (42-79), 15 de ellos fueron mujeres, solo 4 de ellos precisaron ingreso en UCI.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos de nuestro estudio, confirmamos que, la mayor afectación a nivel pulmonar se produce en la transferencia de monóxido de carbono, DLCO < 80% del valor de referencia, y que en las mujeres se produce en mayor porcentaje. Existe una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad la cual está asociada a una elevada morbimortalidad y determina alteraciones importantes en la fisiología del sistema respiratorio, por lo que sería útil pensar en algún programa de intervención con objetivo de mejorar su patología de base y en definitiva su estado de salud.

74. ANESTESIA LOCAL OROFARÍNGEA EN LAS UNIDADES DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA NACIONALES

M. Navarro Colom

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

Introducción: Para la realización de una broncoscopia flexible se suele combinar la sedación o anestesia general, con el uso de anestésicos tópicos aplicados sobre la mucosa. El objetivo del estudio ha sido analizar las diferencias entre centros nacionales respecto al manejo anestésico en la broncoscopia, en especial en relación a la modalidad y tipo de anestesia local orofaríngea aplicada previa al procedimiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico de

ámbito estatal, realizado mediante cuestionario dirigido a unidades de neumología intervencionista. Se utilizó la plataforma clinapsis y se incluyeron variables relativas a: actividad de la unidad, fármacos sedantes, tipo y forma de anestesia local, personal implicado y efectos adversos.

Resultados: Se han obtenido 166 respuestas, de las que un 70% provenían de personal médico y el resto de enfermeras. El 63% de profesionales contestaron tener > 10 años de experiencia en la realización de broncoscopias. La distribución de centros según su actividad (< 300, 300-600, > 600 procedimientos/año) fue uniforme. De los fármacos relacionados con la sedación y/o anestesia general el midazolam endovenoso es el más empleado (90%), seguido de fentanilo (63%) y propofol (48%). El anestésico local más empleado es la lidocaína al 2% (78%), siendo la pulverización en spray (68%) y la instilación nasal líquida (67%) las formas de administración más comunes, seguidas de gel nasal (29%), punción cricotiroidea (19%), nebulización (11%) y gargarismos (8%). Otras concentraciones de lidocaína, mepivacaína, xylocaína también son empleadas. Las enfermeras son las encargadas de aplicar la anestesia local en un 82% de los centros. La anestesia tópica se aplica en el gabinete de broncoscopia de 3 a 5 min antes de iniciar el procedimiento en un 84% de las unidades, generalmente antes de la sedación (64%). Los pacientes son informados en un 95% de los efectos adversos que puede provocar la anestesia local, siendo la tos (79%), la sensación de ahogo (57%), el picor (46%) y las náuseas (42%) los más comunes.

Conclusiones: La lidocaína al 2% en spray o forma líquida es la forma de anestesia local más utilizada. No obstante, se ha detectado una gran variabilidad de práctica clínica entre los diferentes centros.

127. ATENCIÓN Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DURANTE EL PERÍODO DE CONFINAMIENTO DOMICILIARIO DECLARADO POR BROTE DE COVID-19. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

A.M. Ramírez Gallardo, Y. Torralba García, I. Blanco Vich y J.A. Barberà Mir

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: El 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declara el brote del nuevo coronavirus como Emergencia de Salud pública de importancia Internacional; el día 13 de marzo el Gobierno declara el estado de emergencia sanitaria en todo el país y el confinamiento domiciliario de la población. En el Hospital Clínic de Barcelona se anula toda la actividad que no sea urgente, se reconvierten espacios, se reasigna el personal a nuevas posiciones y se activan nuevos circuitos para garantizar la atención a los pacientes. La hipertensión pulmonar (HP), es una enfermedad rara, de difícil diagnóstico y mortal si no se trata. Algunos tratamientos, se han de titular, monitorizar y otros precisan dispositivos subcutáneos o intravenosos, la medicación y fungibles para ello son de dispensación hospitalaria; por todo ello los pacientes precisan de un seguimiento continuado.

Material y métodos: Se revisa toda la actividad realizada en la Unidad de Hipertensión Pulmonar (UHP) durante el período de confinamiento domiciliario.

Resultados: Del total de los 315 pacientes que recibieron atención desde la UHP durante ese período tan solo 94 vivían en Barcelona ciudad, y 53 a más de 100 km del Hospital Clínic (tabla 1). Durante este período, la enfermera de la UHP recibió 244 llamadas de los pacientes, que se registraron a través del teléfono de la propia enfermera, correo electrónico específico y el call center, el motivo más frecuente fue la gestión de medicación, dudas acerca de pruebas o visitas y estado de salud. Realizó 71 llamadas de seguimiento por titulación de fármacos o seguimiento. Todo esto dio lugar a 333 intervenciones, que se pudieron realizar a distancia (tabla 2).

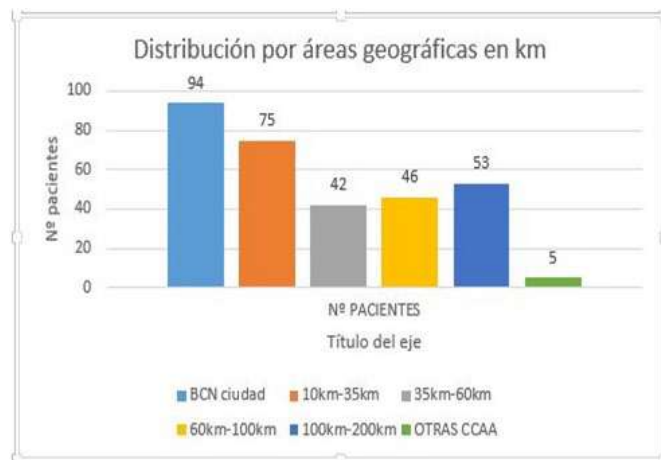


Tabla 1. Nº de pacientes por áreas geográficas.



Tabla 2. Intervenciones relacionadas con las necesidades de los pacientes.

Conclusiones: La puesta en marcha de circuitos no presenciales aseguraron la cobertura de las necesidades de los pacientes, tanto las demandadas por ellos mismos, como las detectadas por la enfermera asignada a la Unidad. Dado el perfil geográfico de los pacientes que se atiende en la UHP, implantar estos circuitos de titulación y seguimiento, a largo plazo, como complemento a las visitas presenciales, podría ser elemento facilitador para la vida de los pacientes con HP.

142. COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA SPO2 ENTRE UN SENSOR DE DEDO VERSUS UN SENSOR DE OREJA DURANTE LA PRUEBA DE MARCHA DE 6 MINUTOS EN PACIENTES CON HP Y EPID

I. López Baño, X. Alsina Restoy, R.H. Torres Castro, C. Cuzco Cabellos, M. Palomo Gil, A.M. Ramírez Gallardo e Y. Torralba García

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

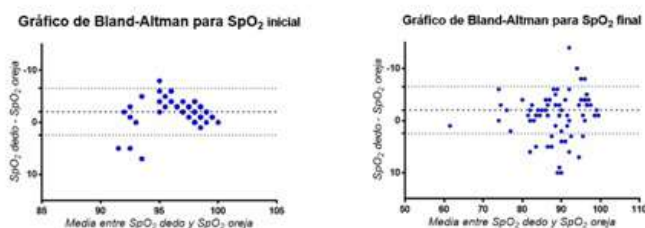
Introducción: La prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M) es una prueba de ejercicio submáxima, sencilla, utilizada para el estudio de la capacidad de ejercicio y para una correcta monitorización de pacientes diagnosticados de hipertensión pulmonar (HP) o enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). La medición de la saturación (SpO2) durante el ejercicio nos da información sobre el intercambio de gases. La determinación de la SpO2 en estos pacientes tiene una implicación directa en la toma de decisiones clínicas a la hora de indicar un tratamiento farmacológico y/o oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). Debido a que hay elementos de confusión que pueden alterar la correcta medición de la SpO2, como puede ser la presencia

de acropaquia o enfermedad de Raynaud, nuestro objetivo fue comparar la SpO₂ medida en dedo y en lóbulo de la oreja para poder determinar si existen diferencias.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes con HP y EPID del Servicio de Neumología del Hospital Clínic de Barcelona. Los pacientes incluidos realizaron una PM6M utilizando simultáneamente un pulsioxímetro de dedo (Konica Minolta Pulsox 300i, Osaka, Japón) y un pulsioxímetro de oreja (Model 8000Q2, Earclip, Nonin, Plymouth, Minesota, EE.UU.). Se compararon las medias de la SpO₂ en reposo e inmediatamente terminada la prueba. Se determinó la concordancia usando el método de Bland-Altman.

Resultados: Estudiamos un total de 74 pacientes diagnosticados de HP o EPID con una edad media de 64 ± 12 años y 73 ± 10 años, respectivamente. Los pacientes con HP presentaron un valor inferior en la medición realizada por el dedo con una caída de 3 puntos respecto a la SpO₂ medida por oreja y los pacientes con EPID presentaron un valor de saturación medido por dedo 5 puntos inferior con respecto a la medición realizada en oreja. En el gráfico de Bland-Altman, se observó una buena concordancia en la SpO₂ en reposo con un 5% de los datos fuera de los límites de concordancia, en cambio en la SpO₂ al final de la prueba, fue el 24% de los datos (fig.).

Figura 1. Gráfico de Bland-Altman para estudio de concordancia entre SpO₂ en reposo y final



Conclusiones: La medición de la SpO₂ entre pulsioximetría por dedo y oreja durante la PM6M es concordante en reposo, pero no en la medición al final de la prueba.

114. CONSULTA COVID-19: UNA OPORTUNIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE EPOC

A. Pulido Sánchez, L. Pozo Delgado, L. Maestre Puerto, I. Boira Enrique, E. Chiner Vives, V. Esteban Ronda, C. Celis Pereira, S. Vañes Baños, C. Castelló Faus y A. Dorgham Hatoum

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

Introducción: Las pruebas funcionales respiratorias son clave en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedades respiratorias. La intervención de enfermería es fundamental para realizar estos exámenes. La EPOC es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en adultos, afectando en España a un 10,2% de la población entre los 40 y 80 años, sin embargo, con frecuencia se encuentra infradiagnosticada. El objetivo fue analizar el número de estudios funcionales realizados para la consulta de seguimiento COVID-19 y describir los nuevos casos de EPOC detectados al realizar los mismos, de acuerdo a la guía GesEPOC.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye adultos que estuvieron hospitalizados por neumonía por SARS-CoV-2 entre el 01/03/2020 y el 30/11/2020 y acuden a la consulta para seguimiento inicial a los 3 meses. Se han analizado variables demográficas, clínicas, radiológicas, funcionales y relacionadas con el proceso asistencial: número y tipo de pruebas de función respiratoria. Se llevó

a cabo un análisis descriptivo de las pruebas realizadas, así como de las características de los nuevos EPOC diagnosticados en la consulta. **Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes de una media de edad de 59 ± 12 años, de los cuales 147 se realizaron espirometría (98,7%), 147 difusión (98,7%), 142 volúmenes pulmonares (94,7%), 75 test de 6 minutos marcha (50%) y 8 presiones musculares (5,3%). Existen 5 pacientes (3,3%) diagnosticados de EPOC previamente. Se detectan 5 casos nuevos de EPOC (3,3%) al presentar obstrucción espirométrica no conocida. El 100% de estos casos eran ex-fumadores, con exposición acumulada de 20 ± 8 años-paquete, siendo el FEV1 de 93 ± 20%, DLCO de 84 ± 13%, RV de 107 ± 52%. Se detectan además 8 pacientes (5,3%) con exposición acumulada > 10 años-paquete que presentan enfisema en la TAC realizada pero no cumplen criterios de obstrucción bronquial.

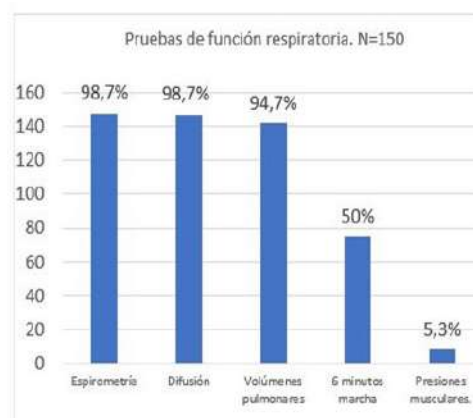


Figura 1 Distribución de las pruebas de función respiratoria realizadas.

TABLA 1: Características de los pacientes incluidos en el estudio (n=150).

VARIABLE	PACIENTES
Sexo:	
-Hombres	90(60%)
-Mujeres	60(40%)
Edad	59,25 ± 11,98
Tabaquismo:	
-Fumador	3 (2%)
-No fumador	89 (59,3%)
-Exfumador	58 (38,7%)
Exposición acumulada	31,28 ± 27,24
FRCV:	
-Hipertensión arterial.	50 (33,3%)
-Diabetes Mellitus.	23(15,3%)
-Obesidad	52(34,7%)
-Cardiopatía	13(8,7%)
-Enf. pulmonar crónica:	32(31,3%)
Asma	10(6,7%)
EPOC	5(3,3%)
SAHS	10(6,7%)
SDRA	39(26%)

Conclusiones: El personal de enfermería es esencial en el seguimiento de los pacientes con COVID-19. La realización de pruebas de función pulmonar en la consulta COVID-19 puede ser una oportunidad para diagnosticar secuelas intersticiales, vasculares y nuevos casos de EPOC en etapas poco avanzadas.

111. CONSULTA ENFERMERA RESPIRATORIA POST-COVID

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

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: Debido a la pandemia producida por el virus SARS-COVID-19 se produjeron gran número de contagios, por ello la enfermería respiratoria de la unidad de función pulmonar del Hospital Virgen del Rocío, planteó la creación de la Consulta de Enfermería post-COVID de seguimiento para aquellos pacientes que necesitaron ingresar en el hospital, diagnosticados de infección por COVID-19. Objetivo: valorar los síntomas asociados del paciente en la Consulta de Enfermería Respiratoria, tras ser dado de alta hospitalaria. Analizar el grado de adherencia al tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal basado en el análisis de una cohorte de 120 pacientes seguidos en la consulta de Enfermería post-COVID de la UMQER del hospital Virgen del Rocío. Recogida de datos desde julio de 2020 hasta marzo de 2021: tiempo de ingreso, sintomatología asociada al proceso, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del proceso y sexo. La consulta es llevada por el equipo de enfermería de la unidad de manera presencial y telefónica una vez a la semana, con revisiones trimestrales hasta completar el año con alta si procede. Utilizamos las escalas validadas de mMRC, Barthel y Goldberg.

Resultados: En una cohorte de pacientes, n = 120, 53 mujeres y 67 hombres. 1ª visita: 1 mes ± 1 semana tras alta hospitalaria. Sintomatología asociada al proceso. Disnea: 80% tras UCI, 20% tras hospitalización. Ansiedad: 60% tras UCI, 75% tras hospitalización. Depresión: 58% tras UCI, 42% tras hospitalización. Adherencia al tratamiento farmacológico.- 51 mujeres. 57 hombres. Adherencia al tratamiento no farmacológico. 42 mujeres. 47 hombres. 2ª visita (telefónica): a los tres meses del alta hospitalaria ± 1 semana. Sintomatología asociada al proceso. Disnea: 50 pacientes. Ansiedad: 22 pacientes. Depresión: 31 pacientes. Adherencia al tratamiento farmacológico. 52 mujeres. 65 hombres. Adherencia al tratamiento no farmacológico. 50 mujeres. 56 hombres.

Conclusiones: La Consulta de Enfermería post-COVID es fundamental para conseguir una excelente valoración de la sintomatología asociada al paciente, además es una buena herramienta para resolver los problemas de salud del paciente. La intervención enfermera en la consulta de seguimiento post-COVID demuestra una disminución de la ansiedad/depresión de los pacientes, además de un aumento en la adhesión al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

675. CRIBADO DEL DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN UN LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR: EL PAPEL DEL DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA (DUE) EXPERTO

A. Goitiso Oyon, G. Farago Pérez, C. Esquinas López, A. Núñez Dubón, E. Rodríguez González, I. Belmonte Mula, F. Rodríguez Frias, M. Miravittles Fernández y M. Barrecheguren Fernández

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: El DAAT es una patología que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar. En el momento actual, en el que hay una limitación para el acceso de los pacientes a pruebas y visitas, el papel del profesional de enfermería para el cribado del déficit de alfa 1 antitripsina cobra una gran importancia. El objetivo de este estudio fue describir el cribado mediante PCR en saliva en un laboratorio de función pulmonar (PFR).

Material y métodos: Se identificaron consecutivamente en el laboratorio de PFR a los pacientes con patrón obstructivo en la espirometría. Se les realizó cribado de DAAT mediante PCR en muestra de saliva (Progenika®). Todos los pacientes tenían una prueba PCR negativa para SARS-CoV-2 en las 48 horas previas realizada con motivo de la exploración funcional respiratoria.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes desde el 15/9/20 de 2020 al 31/3/21. 74 (66,1) fueron hombres con una edad media de 63,5 (DE: 12,3) años. La mayor parte eran exfumadores (53,6%), 22,3% fumadores activos y 24,1% no fumadores. El motivo de derivación fue EPOC o enfisema en 49 casos (43,8%), asma en 23 (20,5%), bronquiectasias en 3 (2,3%) y no indicado en 37 (33%) de los casos. Los pacientes mostraron una FVC media de 3,01 (DE 1,1) L, FVC% 81,3 (20,7), FEV1 1,9 (0,9) L, FEV1% 65 (22,1), FEV1/FVC 61,2 (11,7). En la mayor parte de los pacientes no se detectaron valores deficitarios (83, 74,1%). Se identificaron 18 individuos Pi* MS (16%), 4 Pi* SS (3,6%), 3 Pi*MZ (2,7%), y 1 (0,9%) Pi* M/I, Pi* M/Mmalton y M/Plowell. De los 28 pacientes en los que se detectó un alelo deficitario, en 8 no se especificaba el motivo de derivación (incluyendo 3 MZ y 1 MS).

Conclusiones: El cribado de DAAT realizado por personal DUE experto en un laboratorio de PFR puede ayudar a identificar pacientes con DAAT o portadores de alelos deficitarios y a disminuir el infradiagnóstico de la enfermedad. El hecho de acudir al laboratorio de función pulmonar con una PCR negativa hace que sea un momento óptimo para obtener muestras para análisis.

412. CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIALEN LA EPID: COMORBILIDAD Y COMPLICACIONES

A. Lucas Cerro, M.L. Castillejos Sielva, M.D. Sánchez Alfaro, O. López-Galiano Moreno, B. Gómez Gualda, C. Saez Ruiz, M.M. Martínez Aguilar, Á. Hurtado Fuentes, C. Sánchez Villar, C.P. López Miguel, J. Jiménez López y A. Núñez Ares

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

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

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes consecutivos remitidos a CBTB tras valoración por Comité Multidisciplinar de EPID. El procedimiento se realiza con anestesia general y ventilación mecánica con manejo inicial de vía aérea con mascarilla laríngea. Las biopsias se toman con control fluoroscópico tras colocación de un balón de oclusión. Registramos variables demográficas y comorbilidad de los pacientes, complicaciones del procedimiento y de la anestesia. Análisis comparativo de las complicaciones (χ^2 , t de Student).

Resultados: Analizamos 68 pacientes, procedentes de otros centros de la Comunidad 48,6% mujeres 54,4% con edad media 64 ± 12 (28, 79), tabaquismo 41,8%, (activo 7,5%). Comorbilidad: HTA 36,8%, cardiopatía 19,2%, obesidad 26,54%, SAHS 20,6%, asma 16,2%, EPOC 1,5%, inmunodepresión 25,7% (linfoma 2,9%, diabetes 7,4%, VHB o VHC 3%, patología autoinmune 9%). Seguían tratamiento anticoagulante 2,9%, antiagregante 11,8% y corticoide 8 (11,8%). OCD en 16,2%. Ninguno tenía hipertensión pulmonar severa, 6 leve-moderada, 8,8%; PSAP media 35 ± 5 2 (5, 45). El estudio de función pulmonar se refleja en la figura. Se realizó el procedimiento de inicio con mascarilla laríngea en 59 y con IOT en 6 por hipertrofia laríngea y 3 por espasmo/edema glotis sobre todo en pacientes con SaHS y obesidad (tabla 1). Tras la CBTB hubo complicaciones leves sin diferencias e.s en su análisis (tabla 2) Todos los pacientes fueron dados de alta en el día desde la sala de recuperación de broncoscopias salvo 1 sangrado para control y 5 neumotórax que precisaron drenaje, resueltos sin complicaciones al alta. La CBTB permitió obtener muestras válidas en 66 (97,1%) y establecer un diagnóstico histológico definitivo en 57 (84%).

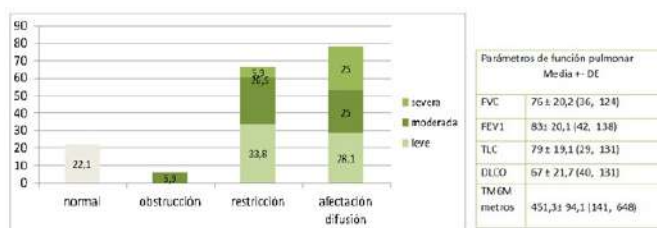


Gráfico 1. Estudio funcional de los pacientes sometidos a criobiopsia pulmonar: Patrón espirométrico y parámetros de función pulmonar

	Mascarilla laríngea	Intubación orotraqueal	P (Ch2)	Complicaciones de la criobiopsia (%)	
SAHS	No	3/54 (5,6%)	0,027	Sangrado (*)	
	Si	5/14 (35,7%)		I: Leve 7 (10,3%)	II: Moderado 2 (2,9%)
Obesidad	No	2/49 (4,1%)	0,028	Neumotórax	
	Si	7/19 (36,8%)		6 (8,8%)	

Tabla 1. Relación entre el manejo de la vía aérea en la ventilación y la presencia de SAHS y Obesidad
Tabla 2. Complicaciones de la criobiopsia

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

Conclusiones: 1. La criobiopsia transbronquial se realizó con gran rentabilidad en pacientes EPID con comorbilidad y afectación funcional respiratoria moderada. 2. La ventilación se realizó predominantemente con mascarilla laríngea y precisaron más intubación orotraqueal los pacientes con obesidad y SAHS. 2. Las complicaciones fueron leves, sobre todo sangrado, que se controla con las medidas preventivas locales y permite su realización ambulatoria en la gran mayoría.

152. ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN VARIABLES: PATOLOGÍA RESPIRATORIA Y SEXO

F. Trinidad Debon, M.S. Dolado Momblona y M.D. Ibáñez Cuerda

Centro de Especialidades Ricardo Trenor (La Fe), Valencia, España.

Introducción: Pese a que la vía inhalatoria es la principal forma terapéutica en el tratamiento del Asma y la EPOC, son numerosas las investigaciones que hacen referencia a que entre un 60 y 80% de los pacientes realizan una técnica incorrecta de inhalación. Los inhaladores son medicamentos que requieren un adiestramiento especial. Conocer a los usuarios y evaluar cuáles son los errores que cometen puede ser el punto de partida para su abordaje y solución. El objetivo principal de este estudio es determinar cuáles son los errores más frecuentes en la administración de inhaladores en nuestra población, según el sexo y patología respiratoria. Con la finalidad de poder ofrecer una educación más individualizada.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo. Donde se analizaron las variables sexo y patología respiratorias, para determinar cuál es el porcentaje de errores en la administración de inhaladores según estas variables. La población a estudio fue un conjunto de pacientes con EPOC y/o Asma, mayores de 65 años con sospecha de insuficiente adhesión terapéutica (refiriéndonos, no solo a la toma de medicamentos, sino también a la realización de hábitos saludables). Se trata de una muestra no probabilística consecutiva. Se llevó a cabo una entrevista presencial para la recogida de datos mediante el test de adherencia inhaladores (TAI).

Resultados: El estudio tiene una muestra de 100 pacientes, de los cuales un 65% padecen EPOC, un 30% asma y un 5% ambas patologías.

Un 40% son mujeres y el 60% hombres. Siendo la media de edad de 72 años. El porcentaje es parecido en ambas patologías y sexos de nivel de adhesión, siendo bueno en más del 80%. Sin embargo encontramos cifras muy diferente en cuanto a conocer la dosis y la frecuencia de los inhaladores, no conociéndola el 47% de asmáticos frente al 28% de EPOC, ocurriendo algo similar con el sexo, no conociéndola un 43% de mujeres frente un 27% de hombres. Tomando correctamente los inhaladores solamente un 10% de asmáticos frente a un 20% de EPOC. Tanto por sexo como por patologías el error más frecuente es la ausencia de apnea, siendo del 50% en hombres y del 35% en mujeres y estando alrededor de un 40% en ambas patologías.

Variable	Asma N = 30	EPOC N = 65	EPOC + asma N = 5
ERRORES CRITICOS CON MDI			
No retirar la tapa.	0 (0%)	1 (1,55%)	0 (0%)
No sostiene el inhalador en posición vertical.	1 (3,33%)	0 (0%)	0 (0%)
Efectúa la pulsación antes de la inhalación.	1 (3,33%)	4 (6,35%)	0 (0%)
Interrumpe la inhalación. Efecto freón-frío.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La inhalación es demasiado rápida y enérgica	8 (26,66%)	9 (14,29%)	2 (40%)
Inserta incorrectamente el MDS en la cámara.	1 (3,33%)	0 (0%)	0 (0%)
Efectúa varias pulsaciones del MDI en una sola.	10 (33,33%)	16 (24,61%)	1 (20%)
Ausencia de apnea.	8 (26,66%)	17 (26,15%)	3 (60%)
Tos durante la inhalación	1 (3,33%)	2 (3,07%)	0 (0%)
Variable ERRORES CRITICOS CON DPI			
No destapa el inhalador.	0 (0%)	1 (1,53%)	0 (0%)
No carga adecuadamente la dosis del fármaco.	3 (10,10%)	3 (4,61%)	0 (0%)
Coloca el dispositivo hacia abajo.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sopla en el dispositivo antes de la inhalación.	1 (3,33%)	1 (1,53%)	0 (0%)
La inhalación no es enérgica.	3 (10,10%)	6 (9,23%)	0 (0%)
Ausencia de apnea.	4 (13,33%)	9 (14,84%)	2 (40%)

Variable	Femenino N = 40	Masculino N = 60
ERRORES CRITICOS CON MDI		
No retirar la tapa.	0 (0%)	0 (0%)
No sostiene el inhalador en posición vertical.	1 (2,50%)	0 (0%)
Efectúa la pulsación antes de la inhalación.	1 (2,50%)	4 (6,66%)
Interrumpe la inhalación. Efecto freón-frío.	0 (0%)	0 (0%)
La inhalación es demasiado rápida y enérgica	12 (30,00%)	7 (11,66%)
Inserta incorrectamente el MDI en la cámara.	0 (0%)	1 (1,66%)
Efectúa varias pulsaciones del MDI en una sola.	13 (32,50%)	12 (20,00%)
Ausencia de apnea.	9 (22,5%)	19 (31,66%)
Tos durante la inhalación	1 (2,50%)	2 (3,33%)
Variable ERRORES CRITICOS CON DPI		
No destapa el inhalador.	0 (0%)	1 (1,66%)
No carga adecuadamente la dosis del fármaco.	3 (7,50%)	3 (5,00%)
Coloca el dispositivo hacia abajo.	0 (0%)	0 (0%)
Sopla en el dispositivo antes de la inhalación.	0 (0%)	2 (3,33%)
La inhalación no es enérgica.	4 (10,00%)	5 (8,33%)
Ausencia de apnea.	5 (12,50%)	11 (18,33%)

Conclusiones: Se debería realizar una reeducación en todos los pacientes mayores de 65 años con sospecha de insuficiente adhesión terapéutica, centrándonos sobre todo en los errores más frecuentes. Además es recomendable individualizar la educación según el sexo y la patología de los pacientes.

445. ¿ES EL CONCENTRADOR PORTÁTIL LA MEJOR SOLUCIÓN PARA CORREGIR LA DESATURACIÓN AL ESFUERZO?

A. Farré Maduell, A.M. Alonso Leon, P. Peñacoba Toribio, F. Morante Vélez y R.M. Güell Rous

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

Introducción: Los pacientes con enfermedad respiratoria crónica y desaturación de la oxihemoglobina (SpO₂) al esfuerzo, prefieren los equipos de concentrador portátil (CP) a pesar de no conseguir una adecuada corrección de la SpO₂ (Marti et al. Respiratory Care. 2013;58:1606). El CP proporciona oxígeno en forma de pulsos/min, no en litros. Un reciente estudio (Gloeckl et al. Respiratory Medicine. 2019;156:26) demostró que un 20% de pacientes mostraban una SpO₂ más baja con CP que con oxígeno líquido portátil (OLP). Objetivo: evaluar cuantos pacientes con desaturación al esfuerzo no corrigen adecuadamente la SpO₂ con CP y precisan cambiar a OLP.

Material y métodos: Se analizan retrospectivamente los pacientes con indicación de oxígeno portátil entre los años 2018-2020 en nuestro servicio. Se incluyeron tanto los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como con enfermedad intersticial (EPID) que presentaban desaturación al esfuerzo (SpO₂ media < 88%) en la prueba de 6 minutos de marcha al aire (P6MM).

Resultados: Se analizaron 211 enfermos, 140 con EPOC y 71 con EPID. 40 pacientes con EPOC (28,6%) y 32 pacientes con EPID (45,1%) mostraron con el CP una inadecuada corrección de la SpO₂ con el máximo de pulsos/min. En 54 pacientes se realizó una P6MM con OLP: 22 cubrieron adecuadamente, pero 32 no lo consiguieron a pesar del flujo máximo de 6 litros/min. En 18 pacientes (10 con EPOC y 8 con EPID) se realizó la P6MM directamente con OLP. En 36 pacientes (17 con EPOC y 19 con EPID), tras objetivar una inadecuada corrección con el CP, se realizó la P6MM con OLP. Los pacientes con EPOC recorrieron de media 34,58 metros más con el OLP que con el CP (p = 0,017). Los pacientes con EPID recorrieron de media 14,69 metros más con el OLP que con el CP, pero sin diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes, fundamentalmente con EPID, que no consiguen corregir la SpO₂ con los concentradores portátiles con el flujo máximo en pulsos. Esta situación debe alertarnos de la importancia de evaluar de forma personalizada el sistema portátil a prescribir en cada paciente.

98. ¿ES ÚTIL EL INCENTIVO VISUAL EN LA ESPIROMETRÍA FORZADA EN PERSONAS MAYORES DE 80 AÑOS?

E. Borobia Irache¹, A.C. Aguelo Velilla¹ y B. Herrero Cortina^{2,3,4}

¹Servicio de Neumología, Unidad de Técnicas Respiratorias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ³ISS Aragón, Zaragoza, España. ⁴Universidad San Jorge, Zaragoza, España.

Introducción: Con frecuencia las personas de edad avanzada presentan dificultad y/o falta de colaboración para realizar una correcta espirometría forzada, lo que conlleva una infravaloración en el diagnóstico y seguimiento de su enfermedad. Es necesaria la implicación del personal de Enfermería para obtener espirometrías que cumplan los estándares de calidad. El objetivo del estudio fue analizar si el uso de incentivación visual ayuda a obtener una espirometría válida en pacientes ≥ 80 años.

Material y métodos: Estudio caso-control de sujetos a partir de 80 años que acuden al Servicio de Neumología Unidad de Técnicas Respiratorias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) para realizar una espirometría forzada, entre octubre de 2019 y febrero 2020. El emparejamiento se realizó acorde al diagnóstico y el índice de comorbilidad de Charlson, diferenciándose entre los grupos la

forma de realizar la espirometría: unos con incentivador visual y otros sin él. En todos los individuos se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (tabaquismo, escalas de Pfeiffer y Katz, espirometría previa, tratamiento inhalado, toma de antidepresivos/ansiolíticos). La variable primaria del estudio fue la validez de la espirometría y las secundarias fueron el número de intentos requeridos y la dificultad subjetiva de la realización de las maniobras. Se consideró estadísticamente significativo un p ≤ 0,05 y los datos se expresan en media (DE), mediana [P₂₅-P₇₅] y número (%).

Resultados: De los 62 candidatos se reclutaron 19 casos y 19 controles, con una edad media de 83 (2) años, siendo un 47% varones. Con el uso del incentivo se consiguió una espirometría válida en 13 casos (72%), mientras que sin él se consiguió en 15 controles (79%), sin ser esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,25). Con el uso del incentivo se precisó un mayor número de intentos (incentivo 7 [4-8] vs. no incentivo 4 [3-5]; p = 0,051), apreciándose mayor dificultad subjetiva con el uso del mismo (incentivo 9 [5-9] vs. no incentivo 5 [3-9]; p = 0,079). Finalmente se observó que 9 casos (47%) con incentivo habían realizado una espirometría previa vs. 12 controles (63%) sin incentivo (p = 0,02) (tabla).

Tabla 1. Características basales y clínicas de los participantes del estudio (n=38)

	Todos (n=38)	Sin Incentivo (n=19)	Incentivo (n=19)	Valor de p
Edad, media (DS)	83 (2)	83 (2)	83 (2)	0,70
Hombres, n (%)	18 (47)	12 (63)	6 (32)	< 0,001
Convivencia, n (%)				< 0,001
Solo	13 (34)	8 (42)	5 (26)	
Pareja	17 (45)	9 (47)	8 (42)	
Familiares	8 (21)	2 (11)	6 (32)	
Estudios, n (%)				0,47
Sin estudios	4 (11)	2 (11)	2 (11)	
Primarios	27 (71)	14 (73)	13 (67)	
Secundarios	4 (11)	2 (11)	2 (11)	
Universitarios	3 (7)	1 (5)	2 (11)	
Tabaquismo, n (%)				0,005
Activo	2 (5)	0 (0)	2 (10)	
Ex	17 (45)	10 (53)	7 (37)	
Nunca	19 (50)	9 (47)	10 (53)	
Nivel dependencia (Katz), n (%)				< 0,001
Indep / Dependiente 1 actividad	24 (63)	15 (79)	9 (47)	
Dependiente para más de 1 actividad	14 (37)	4 (21)	10 (53)	
Cognitivo (Pfeiffer), n (%)				0,24
Normal	27 (71)	13 (69)	14 (74)	
Leve	10 (26)	5 (26)	5 (26)	
Severo	1 (3)	1 (5)	0 (0)	
Espirometría previa, n (%)	21 (55)	12 (63)	9 (47)	0,02
Tto inhalado, n (%)	24 (63)	14 (74)	10 (53)	< 0,001
Antidepresivos/Ansiolíticos, n (%)	8 (21)	3 (16)	5 (26)	0,08
Espiro válida, n (%)	28 (74)	15 (79)	13 (72)	0,25
Intentos, mediana [P ₂₅ -P ₇₅]	5 [3-7]	4 [3-5]	7 [4-8]	0,05
Grado de dificultad, mediana [P ₂₅ -P ₇₅]	7 [4-9]	5 [3-9]	9 [5-9]	0,08

Conclusiones: En nuestro estudio no hallamos beneficio significativo en el uso del incentivador visual en pacientes ≥ 80 años, observándose que quizá el haber realizado espirometrías previas puede relacionarse con un menor número de intentos y grado de dificultad en este tipo de pacientes.

611. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CASO-CONTROL PARA EVALUAR EN PACIENTES GRAVE DE COVID-19 EL USO DE INMUNOGLOBULINA

N.G. Reyes Mena, S. Carrasco Oliva, R. Perea Rozas, M. Vázquez Guerras y Á. Ortega González

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.

Introducción: La enfermedad respiratoria aguda COVID-19 es la causante de la pandemia que actualmente amenaza la salud de los seres humanos. Lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; ha sido el eje fundamental desde el co-

mienzo de la pandemia, en este trabajo se incluye la inmunoglobulina al tratamiento estándar del paciente grave. Las inmunoglobulinas son un tipo de proteínas sintetizadas por nuestro organismo con el fin de conferir inmunidad, puesto que son anticuerpos.

Material y métodos: Se realizó un estudio de caso control en el Departamento de Neumología del Hospital Nuestra Señora del Prado. De octubre de 2020 a marzo 2021, el universo fue el total de pacientes graves (44); el grupo estudio 30 pacientes graves que recibieron inmunoglobulina y 30 controles con la enfermedad en estado moderado que no recibieron inmunoglobulina. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, evolución clínica, resultados de laboratorio, complicaciones. En el análisis estadístico se realizó prueba t de Student, chi cuadrado, medias y porcentajes mediante el programa IBM SPSS 27.0.

Resultados: La distribución por sexo en casos fue de n = 18 varones y n = 12 mujeres. En controles n = 16 varones y n = 14 mujeres. El grupo de edad predominante en casos fue de 71-80 años, los antecedentes patológicos más frecuentes; hipertensión arterial con resultado significativo en los casos p = 0,033, dislipemia 12 y diabetes mellitus 9 casos respectivamente. La evolución clínica fue satisfactoria en 21 pacientes (p = 0,011), los resultados de laboratorio al alta fueron positivos en los 21 casos, las complicaciones no fueron significativa entre ambos grupos. Fallecieron 7 casos.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos en este estudio se concluye que la utilización de la inmunoglobulina es una alternativa a tener en cuenta en el tratamiento de los pacientes graves de COVID-19.

448. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

J. Marcos Sierra, M.J. Fernández Calleja, L. Lázaro Alonso, L. Carrasco Cabezas, V. Guevara Velázquez, I. Lobato Astiárraga, M. López Zubizarreta, A.M. Andrés Porras, L. Martínez Roldán, J.Á. Tapias del Pozo y J. Hernández Hernández

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

Introducción: El paciente y su familia cada vez tienen un papel mayor dentro del sistema de salud y las necesidades del paciente son el eje sobre el que debe articularse la prestación asistencial de ahí la importancia de evaluar la satisfacción del usuario. Objetivo: medir la calidad de la asistencia que presta el personal de enfermería de la consulta de neumología.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y transversal. Participaron pacientes nuevos y pacientes que acuden a revisión a la consulta de neumología del Hospital Ntra. Sra. De Sonsoles, Ávila, desde el 1 de febrero de 2021 hasta el 15 de abril del mismo año. Se utilizó un cuestionario diseñado a tales efectos, autoadministrado y anónimo que consta de 12 ítems con 5 grados de valoración: nunca, a veces, casi siempre, siempre y no aplica, y un ítem final de respuesta abierta para sugerencias. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS estadística descriptiva.

Resultados: N = 130 pacientes: 87 pacientes de revisión y 43 pacientes nuevos. El análisis descriptivo que se obtuvo de cada ítem fue (tabla). En el ítem final de sugerencias, solo se obtuvieron 3 aportaciones por escrito, es decir, un 3,9%.

Conclusiones: Un 10,8% de los pacientes considera que el equipo de enfermería no se ha interesado por sus circunstancias personales, siendo éste un aspecto a mejorar ya que es importante entender los procesos de salud y enfermedad de los pacientes desde una perspectiva global. Un 1,5% considera que la cuestión de la actuación coordinada del equipo de enfermería no les aplica (pacientes nuevos exclusivamente). De ésta cuestión se desprende que, en ciertos pacientes nuevos, se cumple la premisa de que no disponen de información suficiente sobre nuestro trabajo como para valorar si se realiza o no

	NUNCA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NO APLICA
El trato que recibo por parte del personal de enfermería es amable y cercano		60,9%	29,3%	9,8%	
El personal de enfermería está disponible cuando lo necesito (tanto presencialmente como telefónicamente)		70,7%	27%	2%	
Me siento valorado como persona y escuchado por el personal de enfermería		59,8%	40,2%		
La enfermera se ha interesado por mis circunstancias personales más allá de mi enfermedad	10,8%	2,5%	23%	63,7%	
Creo que el tiempo que dedican las Enfermeras a mi atención es el adecuado		80,3%	18,5%	1,2%	
El personal de enfermería me resuelve las dudas que tengo acerca de citas y demás gestiones relacionadas con la consulta		78,9%	19,3%	1,8%	
El personal de enfermería me transmite confianza (seguridad en lo que hace) y tranquilidad		89,8%	10,2%		
El personal de enfermería de la consulta de neumología actúan coordinadamente y trabajan en equipo		65,7%	32,8%		1,5%
El personal de enfermería es claro en la explicaciones acerca de mi tratamiento		93,8%	5,7%	0,5%	
El personal de enfermería es claro en la explicaciones acerca de las pruebas que tengo que realizar en la consulta de neumología		87,8%	10,2%	2%	
El personal de enfermería que me atiende en la consulta de neumología siempre es el mismo		78,3%	4,7%		17%
El hecho de que los profesionales de enfermería que me atienden sean habitualmente los mismos, me genera tranquilidad y confianza		83,8%			16,2%

de forma coordinada. Un 17% considera que la cuestión de la atención por parte el mismo equipo de enfermería no les aplica (11% corresponde a pacientes nuevos y 6% a pacientes de revisión). De esta cuestión se desprende que ciertos pacientes desconocen si el personal que les atiende de forma habitual es el mismo, especialmente si son nuevos en la consulta. Un 83,8% considera que el hecho de que el equipo de enfermería que los atiende sea habitualmente el mismo, les genera tranquilidad y confianza. En cómputo global, los mayores porcentajes obtenidos corresponden a la respuesta "siempre", entendiéndose así que nuestros pacientes valoran como positiva, cercana y organizada la atención que reciben.

316. EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA DE LA ANESTESIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES SOMETIDOS A BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE

S. Álvarez López¹, I. Sánchez Fernández², C. Rodríguez García³, A. Pulido Sánchez⁴, M.C. Sanz Francés⁵, L. Llanos Rodríguez⁶, M.P. Gil Muñiz², M. García Gálvez⁷, M. Navarro Colom⁸, L. Pareja Hernández⁹, A. Fontana Cassadó¹⁰, B. Ávila Díaz¹¹, M. Cuña Delgado¹², M. Angulo de la Lastra¹³ y R. Figueredo Mata¹⁴

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

³Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. ⁴Hospital Universitario San Juan, Alicante, España. ⁵Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. ⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife, España. ⁷Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁹Hospital Infanta Leonor, Madrid, España. ¹⁰Hospital Clínic, Barcelona, España. ¹¹Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. ¹²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ¹³Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España. ¹⁴Hospital Quirón Marbella, Málaga, España.

Introducción: La anestesia local de la orofaringe y en especial de las cuerdas vocales, es el paso previo imprescindible a todo procedimiento broncoscópico. Existen diversos métodos anestésicos, así como la posibilidad de realizarlo antes o después de inducir a la sedación al paciente que va a ser sometido a una broncoscopia flexible. Objetivo: valorar el grado de molestia percibida por el paciente con respecto al método anestésico y recordada después de la realización de un broncoscopia flexible bajo sedación.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo multicéntrico, en el que participan 5 hospitales (incluyendo 50 pacientes cada centro) y en los que se utilizan métodos anestésicos y sedantes distintos según su práctica habitual. Los participantes indican el grado de molestia/tolerancia recordada en una escala centimétrica del 0-10. Variables demográficas: edad, sexo, peso. Otras variables: Dosis de fármacos anestésicos y sedantes, confirmación de recuerdo de la prueba y escala de molestia. Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación típica, y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para las comparaciones de variables cuantitativas, se ha utilizado la prueba del análisis de la varianza en las variables demográficas y la prueba de Kruskal-Wallis en las dosis de los fármacos. Para las comparaciones de variables cualitativas se ha utilizado la prueba de la chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher según el caso.

Resultados: No hay diferencias significativas en las variables demográficas entre centros. Cada centro utiliza métodos de anestesia y sedación distintos (tabla).

TOLERANCIA DE LA ANESTESIA LOCAL OROFARÍNGEA

INDUCCIÓN A LA SEDACIÓN	METODO 1	METODO 2	METODO 3	METODO 4	METODO 5
LIDOCAINA NASAL	100 mg	12,5mg	0	35,2 mg	66,4 mg
XILOHISA NASAL	0	0	0	49 mg	0
XILOHISA FARÍNGEA	0	60 mg	30 mg	1,68 mg	26,2
CRICOIDEA	0	22%	0	0	0
MIDAZOLAM	1,5 mg	0,19mg	0	3,58 mg	1,08 mg
FENTANIL	0,048 mg	0,048 mg	0	0	0
PROPOFOL	20 mg	28,8 mg	0	0	0
DIAZEPAN	0	0	0	0	2mg
RECUERDO	18%	2%	24%	88%	100%
ESCALA DE MOLESTIA	0,18 cm	0,54 cm	1,28 cm	3,23 cm	3,22 cm

Conclusiones: Los centros que usan métodos de combinación de fármacos propofol, fentanilo y midazolam administrados previamente a la anestesia local, son los que presentan menor recuerdo de la prueba y mejor tolerancia a la anestesia local orofaríngea, independientemente del método anestésico empleado.

632. EVOLUCIÓN EN PACIENTES COVID VS. NO COVID EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Ziortza Olalde Viteri, Alicia Natividad de Castro Fernández, Aranzazu Heras Brasero, M^a Carmen Fernández Diez, Itziar Atxutegi Cárdenas, Amaia Aramburu Ojembarrena, Urko Agirre Larrakoetxea

Hospital Galdakao-Usánsolo, Galdakao, España.

Introducción: Las unidades de hospitalización se han visto drásticamente afectadas en el último año por la COVID-19, principalmente las unidades de los servicios de Medicina Interna (MI) y Neumología. Los pacientes ingresados en estas unidades, suelen presentar insuficiencia respiratoria (IR) por enfermedades cardiorrespiratorias (C-R) y la oxigenoterapia convencional (O2) ha demostrado ser un tratamiento eficaz. Sin embargo, desde la llegada del SARS-CoV-2 con ingresos por neumonía COVID, las necesidades de O2 han sido superiores debido

a la IR que estos presentan. El objetivo de este trabajo ha sido comparar el perfil de pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 con los pacientes ingresados por otras patologías C-R en una unidad de hospitalización polivalente (Neumología y MI).

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo, revisando las historias de los pacientes ingresados desde el 1/9/20 al 31/12/20 en la planta de hospitalización polivalente del Hospital de Galdakao-Usánsolo. La unidad ha estado abierta para pacientes con SARS-CoV-2 o pacientes convencionales a cargo de los servicios de MI y Neumología. Se recogieron datos socio-demográficos y clínicos (índice de Charlson, uso de terapias respiratorias, estancia media y destino al alta) de los pacientes. Se evaluaron las características sociodemográficas, clínicas mediante los test de Chi-cuadrado y exacto de Fisher, así como el test no paramétrico de Wilcoxon. Se asumió significación estadística cuando $p < 0,05$ y todos los cálculos fueron realizados mediante el paquete estadístico SAS System V9.4.

Resultados: Durante este periodo ingresaron 432 pacientes, de los cuales, 346 (80,09%) fueron pacientes con diagnóstico de COVID. Estos fueron más jóvenes (media = 67,73; DE = 5,39) respecto a los no COVID (media = 74,33; DE = 19,20) ($p < 0,001$). El 82,37% de los pacientes COVID precisó O2 y el 22,54% precisó OAF por mala evolución. En los no COVID, el uso de O2 fue del 43,02% y solo el 1,16% precisó OAF. La estancia media fue superior en los pacientes con COVID-19 (7,08 vs. 3,86 días; $p < 0,001$). La mortalidad fue superior en el grupo de pacientes no-COVID frente a los pacientes COVID (13,95 vs. 6,65%; $p < 0,01$). En la tabla se muestran los resultados.

	Grupo de estudio		Total		p-valor
	No covid (N = 80)	COVID (N = 346)	N (N = 432)	(%)	
Sexo					0,93
Hombre	52 (60,47)	211 (60,98)	263	(60,88)	
Mujer	34 (39,53)	135 (39,02)	169	(39,12)	
Edad, años - media (sd)	74,33 (19,20)	67,73 (5,39)	69,04	(15,44)	<0,001
Edad categorizada					<0,001
<60	11 (12,79)	36 (10,40)	47	(10,88)	
60-65	9 (10,47)	115 (33,24)	124	(28,70)	
65-80	19 (22,09)	109 (31,50)	128	(29,63)	
80-85	32 (37,21)	76 (21,97)	108	(25,00)	
>85	15 (17,44)	10 (2,89)	25	(5,79)	
Residencia (SR)					0,05
No	76 (88,37)	327 (94,51)	403	(93,29)	
Si	10 (11,63)	19 (5,49)	29	(6,71)	
Índice de Charlson categorizado					<0,001
0	12 (13,95)	111 (32,08)	123	(28,47)	
1	8 (9,30)	79 (22,83)	87	(20,14)	
≥2	66 (78,74)	156 (45,09)	222	(51,39)	
TIPO DE OXIGENOTERAPIA					<0,001
Tipo de oxigenoterapia					<0,001
Nada	49 (56,98)	61 (17,63)	110	(25,46)	
Solo Gases O2	28 (32,56)	158 (45,66)	186	(43,06)	
Solo VMK	2 (2,33)	1 (0,29)	3	(0,69)	
Gases O2 + VMK	6 (6,96)	48 (13,87)	54	(12,50)	
Gases O2 + Optiflow	0	6 (1,73)	6	(1,39)	
VMK + Optiflow	0	8 (2,31)	8	(1,85)	
Las tres	1 (1,16)	54 (15,60)	55	(12,65)	
Estancia hospitalaria, media (SD)	3,96 (3,05)	7,08 (5,38)	6,44	(5,17)	<0,001
Estancia hospitalaria prolongada					<0,001
>8 días	80 (93,02)	248 (71,68)	328	(75,83)	
>8 días	6 (6,96)	98 (28,32)	104	(24,07)	
Ingreso_uci					0,08
No	86 (100,00)	332 (95,95)	418	(96,78)	
Si	0	14 (4,05)	14	(3,24)	
Exitus intrahospitalario					0,04
No	74 (86,05)	323 (93,35)	397	(91,90)	
Si	12 (13,95)	23 (6,65)	35	(8,10)	
Total	86 (100,00)	346 (100,00)	432	(100,00)	

Conclusiones: El paciente con SARS-CoV-2, aun siendo más joven y con menos comorbilidades, precisa utilizar flujos más altos de oxígeno.

no y permanece más tiempo hospitalizado. Sin embargo, tienen una mortalidad intrahospitalaria inferior a los pacientes no-COVID.

405. EXPERIENCIA CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF) EN PACIENTES COVID-19 DURANTE LA TERCERA OLA EN COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA

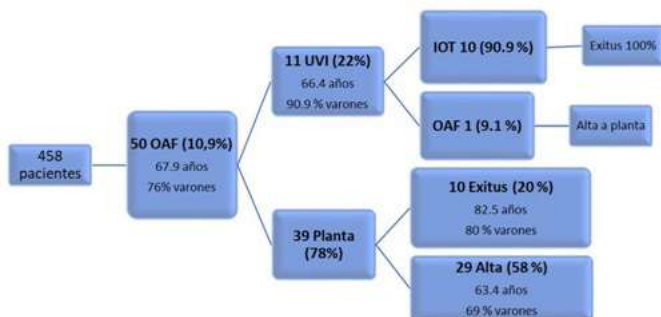
P. Sanz González, R. Ferreiro Mirás, C.A. Camacho Herrera, R. Hernández López, B. López Bermúdez, M.J. Martín Díaz, M.J. Moreta Gutiérrez, B. Sánchez Rodríguez, M. Martín López, C. Téllez Ávila, V. Guevara Velazquez, M. López Zubizarreta, A.M. Andrés Porras e I. Lobato Astiárraga

Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España.

Introducción: La OAF se ha convertido en una terapia respiratoria indispensable en el manejo de la neumonía grave por COVID-19 para tratar de evitar la intubación orotraqueal (IOT). Objetivo: analizar la utilidad de OAF en pacientes COVID-19 y su evolución.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que precisaron OAF entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Todos ellos cumplían los criterios establecidos para dicho soporte según el protocolo de Neumología del Complejo Asistencial de Ávila. Se recogieron datos demográficos y de evolución.

Resultados: De los 458 pacientes con COVID-19 ingresados en ese periodo, 50 pacientes precisaron OAF (10,9%). El 76% eran varones y la edad media fue de 67,9 años. De los pacientes que iniciaron terapia con OAF, 11 (22%) precisaron traslado a UVI (90,9% hombres; edad media 66,4). El 90,9% de estos pacientes precisaron ser intubados, de los cuales fallecieron todos. Tan solo un paciente continuó con OAF y pudo ser dado de alta. De los 39 pacientes que permanecieron en planta, fallecieron 10 personas (25,6%), cuya edad media fue de 82,5 años y el 80% eran varones. Los 29 pacientes restantes (58%) fueron dados de alta (69% varones y edad media 63,4 años). La supervivencia global en los pacientes tratados con OAF fue del 60% (fig.). El tiempo medio hasta que se inició la terapia con OAF en los pacientes que precisaron traslado a UCI fue de 2,27 días frente a 7 días en los que permanecieron en planta. El tiempo medio de necesidad de OAF en los pacientes que no precisaron traslado a UVI fue de 6,95 días. Los pacientes que fallecieron mantuvieron la terapia durante 9,2 días de media. Se monitorizaron con telemetría (SpO2, frecuencia cardiaca y electrocardiograma) a 36 pacientes incluyendo a aquellos que fueron trasladados a UVI.



Conclusiones: 1. El 11% de los pacientes ingresados con COVID-19 precisaron OAF. 2. En torno a un 20% precisaron traslado a UCI con necesidad de IOT en un 91%. Todos los pacientes intubados fallecieron. 3. De los pacientes que permanecieron en planta, casi un 60% fueron dados de alta. Mientras que casi una cuarta parte fallecieron. La edad media de los pacientes fallecidos fue significativamente mayor. 4. La supervivencia global en los pacientes que se trataron con

OAF fue de un 60%. 5. La excelente colaboración entre los equipos sanitarios de neumología (médicos, enfermeras) ha permitido una buena asistencia clínica a los pacientes.

72. FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ESPAÑA

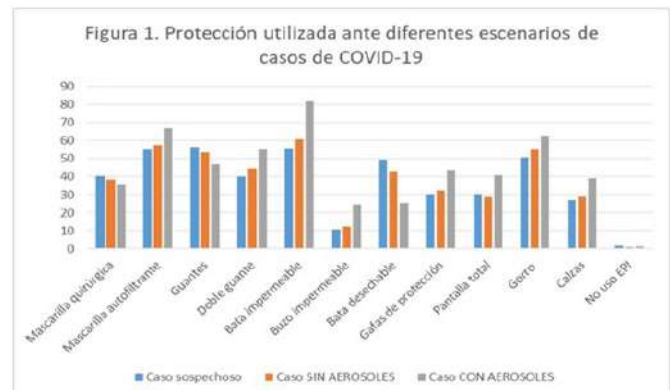
S. Miranda Valladares¹, J.L. Valera Felices², A. Gimeno Cardells³, M.Á. Gimeno PerIbáñez⁴, D. Díaz Pérez¹ y D. Peña Otero⁵

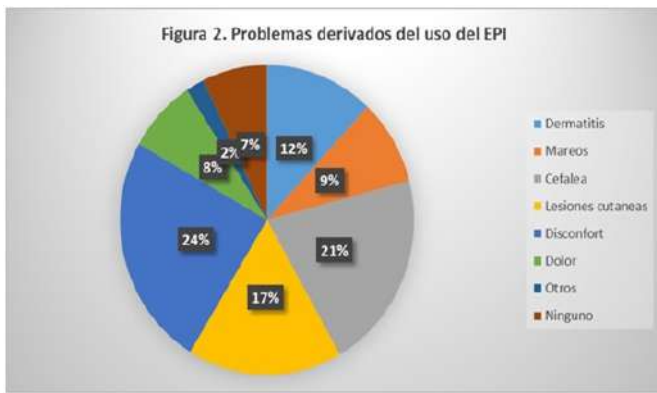
¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Hospital Universitario Politècnic La Fe, Valencia, España. ⁴Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España. ⁵Hospital Sierrallana, Cantabria, España.

Introducción: Las tasas de contagio ocupacional por SARS-CoV-2 entre profesionales sanitarios son elevadas en España respecto a otros países de nuestro entorno, por lo que se puede considerar que este grupo de población es vulnerable al contagio. Los objetivos de este estudio fueron describir los factores involucrados en la transmisión del SARS-CoV-2 entre los profesionales sanitarios de España, analizar el conocimiento sobre la COVID-19 que tenía el personal sanitario y evaluar el conocimiento sobre los equipos de protección individual adecuados en los diferentes escenarios que se presentan durante la labor asistencial.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal no probabilístico; muestra en bola de nieve de profesionales sanitarios de diferentes niveles asistenciales que estuvieran en contacto o no con la COVID-19 en España. Se obtuvieron los datos mediante cuestionario ad hoc de 81 preguntas estructurado en cuatro bloques de variables: sociodemográficas, conocimientos sobre COVID-19, disponibilidad y uso de equipos de protección individual (EPI) así como medidas de protección del entorno; y formación recibida. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics versión 22.0. Se ha realizado estadística descriptiva en función de la naturaleza de las variables. En la comparación de proporciones se utilizó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson. El nivel de significación utilizado fue de $p \leq 0,050$.

Resultados: Se recogieron respuestas de 855 personas, el 81,5% eran mujeres y con edad media de 44 años. El 93,4% conocía los principales síntomas de la COVID-19, el 40,4% no identificó la vía transmisión por gotas y contacto. El 67,5% atendieron a pacientes con COVID-19 sin el EPI adecuado. El 29,1% usó más de 4 horas el mismo EPI de manera continuada. El 25,6% no recibió ningún tipo de formación sobre colocación y retirada del EPI. El 61,2% no pudo practicar previamente el proceso de colocación y retirada. El 19,4% tuvo infección por coronavirus, siendo mayor en profesionales que no habían recibido formación específica.





Conclusiones: Se deben implementar como estrategias de prevención de contagio la formación y la redacción de protocolos, programas de cribado, supervisar las situaciones de mayor riesgo, gestión de stocks de EPI y aumentar el compromiso de las instituciones sanitarias en el soporte al personal sanitario.

107. IMPACTO DE LA TERAPIA DOMICILIARIA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE Y TRATAMIENTO BIOLÓGICO MONOCLONAL EN LA EXACERBACIONES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

J.P. Cubero Marin¹, E. Vera Solsona^{1,2}, L. Hernando Zaborras², V. Gil Gómez¹, M. Forner Vicente^{1,3}, J. Errasti Viader², J. Rodríguez Sanz², S. Alarcón Sisamon², L. López Vergara², P. Royo Tolosana², A.I. Clemence Nati¹, S. Bello Dronda², D. Sanz Rubio¹ y J.M. Marín Trigo^{1,2,3}

¹Unidad de Investigación Traslacional (IIS Aragón), Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ³CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España.

Introducción: El asma bronquial grave se caracteriza por presentar un mal control de la enfermedad a pesar del uso de dosis altas de corticosteroides. La terapia con anticuerpos ha supuesto una mejora en su calidad de vida y una reducción de las exacerbaciones. Los últimos años se ha desarrollado su autoadministración evitando el ausentismo laboral y permitiendo una mayor autonomía, potenciando su uso durante la pandemia de la COVID-19. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia, seguridad y satisfacción de los pacientes con terapias en domicilio frente al uso convencional.

Material y métodos: Para este estudio se seleccionó a 34 pacientes con Asma severo no controlado y en terapia monoclonal desde hace 3 años. Se estructuraron en 2 grupos. 17 pacientes en terapia domiciliaria y 17 pacientes en terapia hospitalaria. Los pacientes en terapia domiciliaria se les enseñó el uso correcto del dispositivo y se mantuvieron las consultas de control tanto de manera presencial como telefónica. Se les realizó el cuestionario SQAQ para valorar el uso y satisfacción de la autoadministración del tratamiento. El grupo de terapia hospitalaria siguió el circuito habitual, administrando el tratamiento en el hospital de día y revisiones de manera presencial y telefónica. Se revisó mediante historia clínica y consulta hospitalaria las exarcebaciones (exac.) de los 2 años anteriores.

Resultados: Los pacientes que se autoadministraron el tratamiento en domicilio presentaron un grado de satisfacción (media) en el cuestionario SQAQ. La media de exacerbaciones previas al año anterior de la pandemia de COVID-19, llevando ambos terapia hospitalaria, fue, en el grupo domiciliario (0,70 exac/año) y en el grupo hospitalario fue (0,94 exac/año) no viendo diferencias significativas entre ellas. ($p > 0,005$) Los resultados de las medias de las exacerbaciones duran-

te el año de la pandemia COVID-19 fueron de (0,29 exac/año) en el grupo domiciliario y de (0,35 exac/año) en el grupo hospitalario. Sin existir diferencias entre los grupos. ($p > 0,005$) Hay un descenso generalizado de exacerbaciones en los pacientes asmáticos durante la pandemia.

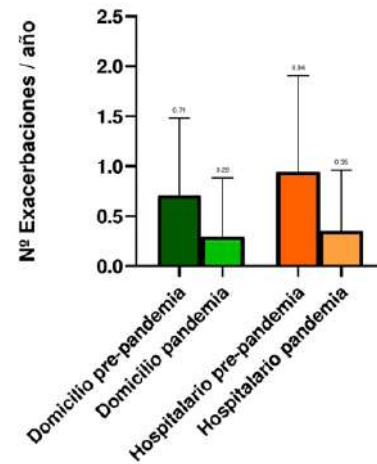


Gráfico de exacerbaciones por grupo.

Datos descriptivos de la población

Domiciliaria

Mujeres: 10

Hombres: 7

	N	Media	Desv. tip.
Edad	17	57.52	9.54
IMC	17	27.88	5.16
FEV1 Post Broncodilatador	17	89.00	19.66
Cuestionario ACT	17	21.23	3.86
Exac Pandemia	17	0.29	0.58
Exac previa pandemia	17	0.70	0.77

Hospitalaria

Mujeres: 13

Hombres: 4

	N	Media	Desv. tip.
Edad	17	54.00	14.71
IMC	17	28.23	6.14
FEV1 Post Broncodilatador	17	89.59	18.14
Cuestionario ACT	17	16.35	6.61
Exac Pandemia	17	0.35	0.60
Exac previa pandemia	17	0.94	0.96

Tabla descriptiva de los grupos.

Conclusiones: La autoadministración de las terapias biológicas consiguen mantener su eficacia en cuanto a reducción de exacerbaciones y necesidad de dosis de corticoides orales, así como se ha observado una satisfacción elevada por parte del paciente medido a través del cuestionario SQAQ. Las medidas de prevención tomadas durante la pandemia han tenido un efecto sobre el descenso de la exacerbaciones de los pacientes.

123. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON EPOC GRAVE Y MUY GRAVE

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

Hospital Regional de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La inactividad física está asociada a una progresión de la intolerancia al ejercicio y de la afectación muscular. El ejercicio físico debe plantearse como algo esencial y vital para el paciente EPOC (aunque no ha demostrado modificar la supervivencia según la guía GesEPOC, según la guía GOLD internacional, sí habría un ligero aumento, aunque con un grado de evidencia B). El objetivo será determinar la influencia que el confinamiento domiciliario ha tenido para los pacientes con EPOC en cuanto a: disnea percibida (escala Borg), MRC, FEV1%, frecuencia cardíaca (basal y final), metros caminados en el TM6M, BODE, agudizaciones e IMC.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo transversal. Criterios de inclusión: Se valoraron los pacientes que habían realizado un TM6M 6 meses antes del confinamiento (marzo-20) y que realizaron otro a partir de agosto-20 en sus revisiones, al retomar la actividad presencial. Criterios de exclusión: haber realizado el TM6M después del confinamiento con oxígeno suplementario. Variables demográficas: N° 64 (51 hombres/13 mujeres) con una media de edad de 67 años (54/81). Variables clínicas: IMC, FEV1%, disnea MRC, frecuencia cardíaca basal y final TM6M, Borg basal y final TM6M, Metros caminados en el TM6M, BODE y exacerbaciones.

Resultados: Se presentan en la tabla.

	Pre	Post	p
IMC	27,8 ± 5,3	28,2 ± 5,3	0,091
FEV1 %	41,3 ± 13,1	39,3 ± 12,6	0,005
DISNEA MRC	2,34 ± 0,89	2,53 ± 0,87	0,004
FC BASAL TM6M	76,7 ± 13,8	79,1 ± 13,6	NS
FC FINAL TM6M	103,6 ± 18,1	102,7 ± 16,9	NS
BORG BASAL TM6M	1,07 ± 1,15	1,68 ± 1,06	<.001
BORG FINAL TM6M	3,23 ± 1,68	4,12 ± 1,76	<.001
METROS TM6M	399,0 ± 87,2	375,5 ± 93,9	<.001
BODE	3,9 ± 1,8	4,3 ± 2,0	<.001
EXACERBACIONES	0,98 ± 1,25	4,3 ± 2,0	NS

Resultados obtenidos en el estudio.

Conclusiones: El confinamiento domiciliario ha afectado de forma muy negativa a los pacientes con EPOC: ha descendido su actividad física y les cuesta mucho retomarla. Su percepción de disnea tanto basal como al finalizar un ejercicio ha aumentado (con lo que se mueven menos). Destacar, que es necesario evitar el sedentarismo y estimular la actividad y el ejercicio físico (adaptado a las actuales circunstancias). Es beneficioso para el paciente con EPOC y debemos recomendarlo de forma generalizada. La obesidad limita la capacidad de ejercicio, produce restricción respiratoria y agrava la disnea. Es esencial el consejo dietético y nutricional.

139. LA COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR Y LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADO

X. Alsina Restoy, V. Sierra Soto, D. Esteve Casanovas e Y. Torralba García

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La EPOC es una de las principales causas de morbilidad en el mundo, con una prevalencia que oscila entre el 8 y el 20%. Cursa con exacerbaciones, su frecuencia y gravedad son un factor pronóstico de la enfermedad, y en ocasiones hacen necesaria la hospitalización en unidades de cuidados intensivos. La enfermedad cardiovascular es muy prevalente en pacientes con EPOC. Diversos estudios demuestran que los pacientes con EPOC presentan un incremento de los factores de riesgo cardiovascular, lo que favorece a

que una elevada proporción de estos pacientes fallezcan por causa cardiovascular. Se desconoce si esto se debe a que comparten factores de riesgo o si es debido a los cambios inflamatorios sistémicos propios de la EPOC. Dada la fuerte implicación de la patología cardiovascular en estos pacientes, con este estudio se pretende evaluar si la presencia de patología cardíaca condiciona la evolución del paciente ingresado por exacerbación de la EPOC.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles entre los años 2016 y 2017. Se seleccionó una muestra por conveniencia de usuarios hospitalizados por exacerbación de EPOC en una Unidad de Cuidados Intensivos. El grupo de casos presentaban patología cardiovascular previa conocida y los controles estaban libres de enfermedad cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes, 38 de los cuales presentaban cardiopatía asociada conocida, lo que representa una prevalencia del 52%. Existe una correlación entre sexo, edad y presencia de patología cardiovascular. No se observa relación entre el grado de severidad de la EPOC y la presencia de patología cardíaca. Se ha observado una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en ambos grupos: obesidad 26%, hipertensión 61,6%, diabetes 26%, dislipemia 27,4%, tabaquismo 32,9% y enolismo 17,4%. En el grupo sin patología cardíaca se observan más fumadores activos ($p < 0,05$). No existen diferencias en cuanto a reingresos o mortalidad a los 6 meses entre los dos grupos.

Conclusiones: La presencia de patología estructural cardíaca no condiciona la evolución del paciente ingresado por exacerbación de EPOC, aunque la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes podría sugerir que algunos de ellos presentarían algún tipo de cardiopatía silente.

603. LA ECOGRAFÍA CON BURBUJAS COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA AL CÁLCULO DE SHUNT: ESTUDIO EN 4 HOSPITALES ESPAÑOLES

X. Alsina Restoy¹, J.L. Valera Felices², C. Cuzco Cabellos¹, A. Batanero Rodríguez³, M. Hernández Yáñez⁴, R.M. Rojas Moreno-Tomé⁴, P. Benedetti⁴ e Y. Torralba García¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El cálculo de *shunt* es una prueba diagnóstica que se realiza cuando existe la sospecha de que hay una comunicación anómala entre la circulación venosa y la circulación arterial en pacientes con hipoxemia de origen poco claro. La importancia de dicha técnica recae en el hecho de que en algunos *shunts* se les puede dar una respuesta quirúrgica y reparar la anomalía anatómica para mejorar o curar la hipoxemia que el paciente presenta. La técnica de *shunt* permite cuantificar el porcentaje de gasto cardíaco que no interviene en el intercambio de gases. La ecografía con burbujas es una prueba diagnóstica que ayuda a determinar o descartar, cualitativamente, el origen intracardiaco del *shunt*. El objetivo de nuestro trabajo fue recoger el número de pruebas de *shunt* realizados en 4 hospitales españoles y determinar el número de ecografías con burbujas que presentaban un foramen oval permeable (FOP).

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en 4 hospitales españoles. A los pacientes incluidos se les realizó una prueba de *shunt* según las guías clínicas actuales y a un 54% se les realizó una ecografía con burbujas para determinar la presencia de FOP (*shunt* intracardiaco).

Resultados: Estudiamos un total de 75 pacientes (55% mujeres) que presentaron una hipoxemia de origen no resuelto con una edad de 62 ± 15 años. El 59% de los pacientes a los que se realizó la prueba presentaron un QS/QT patológico (superior al 10%). A 52 de los pacientes

que se les determinó el cálculo de *shunt* se les realizó también una ecografía con burbujas para descartar FOP. De los pacientes con QS/QT superior al 10%, un total 23 pacientes (67%) presentaron una ecografía con burbujas positiva.

Conclusiones: La ecografía con burbujas ha demostrado ser una prueba que complementa la información que se deriva del resultado del cálculo de *shunt* para determinar o descartar el origen intracardíaco del mismo. La prueba de *shunt* es un procedimiento coste-efectivo que permite una orientación rápida y sencilla del diagnóstico, ya que puede ayudar a filiar o descartar la presencia de cortocircuitos arteriovenosos y optimizar el tratamiento del paciente con hipoxemia de origen poco claro.

612. LA IMPORTANCIA DE LAS UCIR EN LA COVID-19

M.T. Gómez del Pulgar Murcia, R. Armenta Fernández, S. Pelicano Vizuete, Á. Cuadra Alonso, A. Naya Prieto, P. Carballosa de Miguel y S. Heili Frades

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: Una UCIR es un área de monitorización y asistencia a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren ventilación mecánica no invasiva y/u oxigenoterapia de alto flujo como parte de su tratamiento. Son pacientes que no pueden recibir cuidados adecuados en hospitalización convencional. La UCIR de la Fundación Jiménez Díaz está formada por 8 camas, que han sido ampliadas hasta 26 en época de pandemia por COVID-19. El objetivo principal fue demostrar la eficiencia y el coste beneficio de nuestra UCIR además de la importancia de la especialización del personal perteneciente a dichas unidades (médicos y personal de enfermería).

Material y métodos: Las variables demográficas y clínicas al ingreso, así como las intervenciones terapéuticas médicas y mecánicas, se extrajeron de la historia clínica electrónica en 274 pacientes infectados con SARS-CoV-2 que ingresaron en nuestra UCIR. Mediante análisis de regresión logística multivariante se obtuvieron las variables que mejor discriminaban la mortalidad. Se aplicó el análisis de componentes principales y un algoritmo de redes neuronales (NN).

Resultados: En relación con el soporte respiratorio, la oxigenoterapia de alto flujo y los procedimientos de destete se asociaron con supervivencia al igual que la CPAP y la ventilación no invasiva con bajos niveles de soporte entre los más gravemente afectados. La UCIR logró una supervivencia del 87,6%, evitó 178 ingresos en la UCI, derivó con éxito el 35% a la UCI y, de estos, el 94% sobrevivió posteriormente a la fase de destete también en nuestra unidad. La mayor incidencia de mortalidad se asoció con enfermedades cardíacas y respiratorias previas y con los signos clínicos de fiebre, alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Tras el análisis de opciones terapéuticas específicas, los corticoides y anticoagulantes se asociaron con mejores resultados.

Conclusiones: La UCIR evitó el colapso de la UCI y permitió altas precoces de dicha Unidad a la nuestra. La mortalidad en nuestra unidad en la primera ola fue del 13% sobre 300 pacientes atendidos en 20 camas. La segunda y tercera ola sobre 500 pacientes en 26 camas, la mortalidad estuvo cercana al 8%. Estos resultados son dependientes de una especialización médica y del personal de enfermería, con la capacidad de detectar de manera precoz, complicaciones graves que pueden desencadenar desenlaces fatales o agravar la patología.

203. MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

M.E. Viejo Ayuso¹, L. Silgado Martínez¹, R. Mediano San Andrés¹, N. Sánchez Rodríguez¹, L. Álvarez Balado¹, I. Cano Pumarega²,

N. Salord Oleo³, A. Roncero Lázaro⁴, J.M. Montserrat Canal⁵, F.J. Puertas Cuesta⁶ y O. Mediano San Andrés¹

¹GAI Guadalajara, Guadalajara, España. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. ³Hospital de Bellvitge, Barcelona, España. ⁴Hospital San Pedro, Logroño, España. ⁵Hospital Clínic, Barcelona, España. ⁶Hospital Universitario de la Ribera, Valencia, España.

Introducción: La realización de una prueba diagnóstica de sueño, ya sea poligráfica (PR) o polisomnográfica (PSG) podría suponer un incremento en el riesgo de contagio en los momentos de mayor incidencia por SARS-CoV-2. Por ello, durante la fase de desescalada de la pandemia se establecieron protocolos por parte de SEPAR para priorizar la realización de pruebas diagnósticas, visitas telemáticas y tratamientos de CPAP.

Material y métodos: Fase 0: se recomendó evitar la realización de pruebas diagnósticas y nuevos tratamientos de CPAP. Excepcionalmente se recomendó realizar PR (con fungibles desechables) en sujetos sin sospecha/confirmación de COVID-19, sin patología asociada y de edad inferior a 65 años y alta sospecha de AOS. La protección mínima del profesional será: mascarilla FFP2, guantes de nitrilo, bata quirúrgica y gorro. Fase 1: PR: mismo patrón que en la fase 0 priorizando los casos con alta sospecha de AOS y pruebas urgentes. PSG: se recomendó evitar esta prueba por el alto contacto con el paciente. Podía realizarse si se disponía de PCR negativa 48h antes y evitando ingresar a pacientes con patología grave asociada o edad superior a 65 años. Se recomendó utilizar fungibles desechables, evitar el uso de aire para la colocación de los electrodos con colodión. Los técnicos utilizarían mascarilla FFP2, bata quirúrgica, gorro, guantes y gafas. Fase 2. Tendencia a la normalización: se recomendó la realización de PR, priorizando según el grado de sospecha y urgencia. En caso de sospecha de COVID-19 no se realizaría el estudio hasta finalización de síntomas o PCR negativa. Si se precisa una PSG se seguirían las mismas recomendaciones de la fase 1. Se fueron incorporando las titulaciones automáticas y manuales en los casos estrictamente necesarios utilizando fungibles desechables. En el equipo de CPAP se adaptó la mascarilla con codo sin válvula, filtro antivirico y válvula espiratoria distal al filtro, así como filtro entre el tubo y el equipo.

Resultados: Durante la fase mayor incidencia de la pandemia las Unidades de Sueño tuvieron que adaptar su actividad y forma de protegerse para continuar atendiendo a los pacientes con sospecha de AOS sin incrementar el riesgo de contagio entre pacientes o personal sanitario.

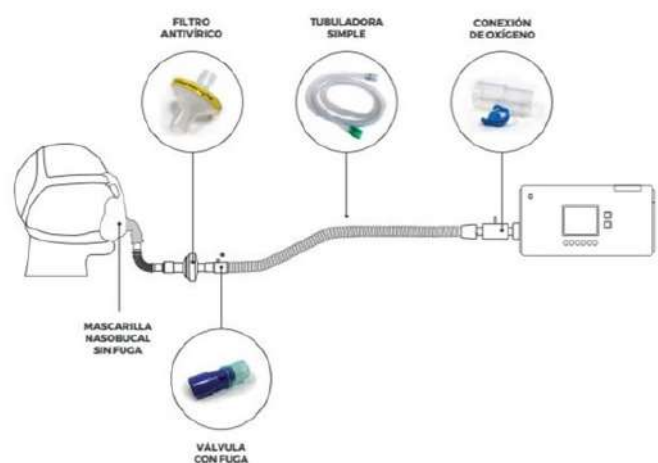


Figura 3. Montaje de CPAP recomendado en pacientes infectados por SARS-CoV-2 para evitar contagio a convivientes.

Montaje de CPAP recomendado en pacientes infectados por SARS-CoV-2 para evitar contagio a convivientes.

Conclusiones: Nuestro objetivo principal fue describir las medidas adoptadas por las Unidades de Sueño durante la pandemia por SARS-CoV-2.

579. PACIENTES COVID-19 CON SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO (SRNI) EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA TRASFORMADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y SOBRECARGA DE ENFERMERÍA

O. Martino Perez¹, I. Bautista González², A. Sala Marin¹, C. de Juana Izquierdo¹, M. Acosta Dávila¹, L. Dahmazi¹, M.J. Ramírez Cuevas¹, T. Osca Casasús¹ y E. Martínez Moragon¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

²Universidad Católica de Valencia, Valencia, España.

Introducción: Los pacientes con neumonía por COVID-19 que necesitan SRNI requieren enfermería entrenada en ventilación y monitorización, con una menor ratio enfermera/paciente que una sala convencional. Nuestra sala de neumología se transformó en una UCRI y quisimos analizar sus resultados, destacando las características de los pacientes, sus comorbilidades, las terapias administradas y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo desde septiembre hasta diciembre de 2020. Se estableció la significación estadística en $p < 0,05$, analizado estadísticamente mediante JASP.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 70 pacientes, con una edad media de 67 años ($\pm 16,8$), siendo el 67% hombres y el 31% fumadores. El 50% tenían HTA, el 37% dislipemia, el 34% obesidad, el 33% eran diabéticos, el 17% tenían EPOC y el 16% cáncer. El 66% tenían ≥ 2 comorbilidades. El 35% requirió OAF, el 42% CPAP y el 22,5% BIPAP. 39 pacientes (55%) requirieron más de 1 SRNI simultáneo y por tanto un mayor soporte de enfermería. La estancia media hospitalaria fue de 17 días ($\pm 9,6$). Fallecieron un total de 23 pacientes (33%), con un rango de edad predominantemente de 70 a 99 años (83%), de los cuales 15 (21%) no eran intensivos. El 83% de los *exitus* tenía ≥ 2 comorbilidades ($p = 0,03$), principalmente cardiovasculares como la HTA ($p < 0,01$) y la dislipemia ($p = 0,02$). También se evidenció que

la edad y la necesidad de + de 1 SRNI fueron factores estadísticamente significativos en relación con la mortalidad ($p < 0,01$ y $p = 0,02$ respectivamente).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes y la carga de enfermería fue mayor que en una sala convencional. El 67% del número total de pacientes ingresados evolucionaron de forma satisfactoria. Hubo más fallecimientos entre los que tenían más comorbilidades, sobre todo cardiovasculares, los de mayor edad y los que precisaron más de un tipo de SRNI.

523. PAPEL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS DURANTE LA TERCERA OLA DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN MADRID

M. Barrón Reyes, M.A. Rey Hernández, P. Montalbán Valverde, R.M. Len Alvear, L. Carneros Barragán y M.S. García Santano

Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España.

Introducción: La Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) se define como un área de monitorización y asistencia a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren ventilación no invasiva (VNI) y/u oxigenoterapia de alto flujo como parte de su tratamiento. Esta unidad se conforma con un equipo multidisciplinar entrenado en el manejo de los cuidados ventilatorios. En esta situación de pandemia mundial, cobró una relevancia importante debido a un mayor volumen de pacientes respiratorios ingresados, con unas necesidades de cuidados ventilatorios complejos, en una situación en la que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) estaban sobrepasadas. La ampliación de la unidad justificada por esta necesidad permitió atender a dichos pacientes que de otra forma no hubieran tenido opción de recibir estos cuidados. Objetivo: describir el papel de la UCRI durante la tercera ola del COVID-19 en un hospital público de 3^{er} nivel de Madrid.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan los datos de la UCRI de pacientes ingresados con diagnóstico SARS-CoV-2 en el Hospital Universitario La Princesa respecto a número total de paciente ingresados por edad y sexo, pacientes que han precisado o no ingreso en UCI, número de *exitus*, ocupación y estancia media, entre diciembre del 2020 y marzo de 2021. Se compararon los datos recogidos de la UCRI con la evidencia científica encontrada sobre el funcionamiento en otras UCRI durante la pandemia.

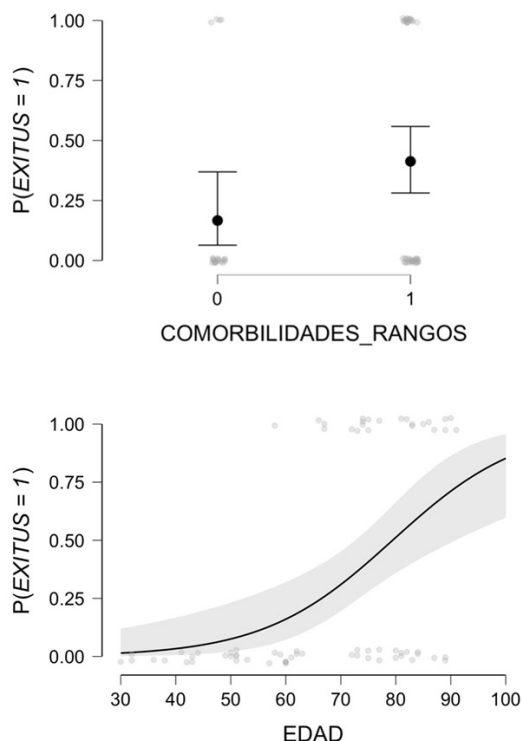
Resultados: Ingresaron 103 pacientes, con una edad media de 65,13 años (58,25% hombres/41,75% mujeres); de ellos, 32 pacientes requirieron ingreso en UCI en algún momento, mientras que 71 recibieron cuidados en UCRI. Fallecieron un total de 20 pacientes (19,42%), con una media de edad de 76,35 años. La estancia media fue de 9 días y la ocupación media de la unidad del 83,56%. Respecto a la comparación de datos en otras UCRI en tiempos de COVID, no se han encontrado datos publicados, por lo que no se realiza comparación.

Conclusiones: La UCRI está conformada por un equipo multidisciplinar entrenado en cuidado de pacientes COVID, contando con medios de monitorización adecuados. Se ha producido una disminución de los ingresos en UCI y de la mortalidad. El funcionamiento de la UCRI favorece la reducción de costes directos e indirectos, permitiendo una mejor distribución de los recursos hospitalarios.

345. PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD COVID-19 QUE PRECISAN INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA OLEADA

A.M. Aguilar Gálvez, Á. Martínez Mesa, M.C. Vera Sánchez, E. Cabrera César y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.



Introducción: La enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha provocado una pandemia que se ha convertido en una amenaza sociosanitaria global. En un porcentaje de pacientes se desarrolla una enfermedad respiratoria que requiere atención hospitalaria pudiendo progresar a insuficiencia respiratoria hipoxémica con necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo de nuestro estudio es comparar el perfil de los pacientes que ingresaron en UCI por enfermedad COVID-19 durante la primera y segunda ola en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de datos de historia clínica informatizada de los pacientes ingresados en nuestro hospital por neumonía bilateral COVID-19 entre marzo de 2020 a octubre de 2020 que han precisado ingreso en UCI. Como variables se recogieron características sociodemográficas, clínica, pruebas complementarias, tratamiento y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes. En tabla 1 se recogen características sociodemográficas. El promedio de días desde el inicio de síntomas hasta el ingreso hospitalario fue 6 días para ambos periodos siendo la fiebre el síntoma más frecuente (81,84% en la primera ola, 65% en la segunda), seguido de disnea y tos. Como soporte respiratorio 24 pacientes (88,8%) precisaron VMI durante la primera ola con menor aplicación de métodos no invasivos (ONAF en el 33,3% y VMNI en el 11,1%), mientras que en la segunda ola el uso de ONAF fue lo más frecuente (12 pacientes, 60%). La afectación radiológica bilateral fue la predominante y analíticamente destacan elevación de reactantes de fase aguda como PCR, transaminasas como LDH, ferritina y DD con linfopenia más marcada en los pacientes de segunda ola (promedio

797). Como tratamiento destaca el uso extendido de dexametasona en la segunda oleada en todos los pacientes y tocilizumab en 11 pacientes (55%) con desuso de lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina e interferón B. La estancia media en UCI fue menor durante la segunda ola (16,86 días) con un menor mortalidad (5 pacientes).

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en UCI por enfermedad COVID-19 en ambas fases presentan características sociodemográficas así como sintomatología inicial similares con afectación radiológica bilateral e insuficiencia respiratoria moderada. Cambio de paradigma en el tratamiento dirigido con uso extendido de corticosteroides y tocilizumab con menor porcentaje de pacientes intubados, estancia media en la unidad y mortalidad.

440. PERFIL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD COVID-19 ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLEADA DE PANDEMIA

A.M. Aguilar Gálvez, M.C. Vera Sánchez, E. Cabrera César, L. Piñel Jiménez y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 ha provocado una pandemia que se ha convertido en amenaza sociosanitaria global. Este nuevo coronavirus puede desarrollar una enfermedad respiratoria moderada-grave que ha requerido atención hospitalaria y en unidad de cuidados intensivos en distintas fases u olas durante el último año. El objetivo de nuestro estudio es comparar el perfil de los pacientes que ingresan en nuestro hospital durante la primera y la segunda ola.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante el análisis de los datos de las historias clínicas informatizadas de los pacientes ingresados en nuestro hospital por neumonía bilateral COVID-19 entre marzo de 2020 a octubre de 2020. Como variables se recogieron características sociodemográficas, clínica, pruebas complementarias, tratamiento y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 562 pacientes (354 en la primera ola y 208 en la segunda). En tabla 1 se recoge características sociodemográficas de los pacientes. A la llegada a urgencias, la duración de los síntomas era entre 5-7 días en ambos periodos siendo la fiebre el síntoma más frecuente (79,7% en la primera ola y 69,7% en la segunda) seguido de disnea y tos. El 18,4% de los pacientes de la primera ola y el 29,8% de la segunda presentaban una saturación inferior al 90% al ingreso. La afectación radiológica bilateral es lo más frecuente (73,5% en la primera ola y 70,7% en la segunda). Analíticamente mayor elevación del dímero D en la segunda oleada aunque el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar fue similar en ambos periodos. Como soporte respiratorio la oxigenoterapia convencional fue lo más aplicado (50% en primera ola y 73,07% en segunda) con mayor uso de ONAF y menor VMI en la segunda fase (7,7% y 5,3% respectivamente). Uso extendido de dexametasona durante la segunda oleada (58,1%) con desuso de lopinavir/ritonavir, hidroxicloroquina e interferón beta, manteniendo las cefalosporinas de tercera gene-

	Primera ola (n = 27)	Segunda ola (n = 20)
Edad media	66,51	59,9
Sexo		
- Mujer	6 (22,2%)	5 (25%)
- Hombre	21 (77,7%)	15 (75%)
Tabaquismo		
- No fumador	7 (25,9%)	15 (75%)
- Exfumador	20 (74,0%)	5 (25%)
Factor riesgo cardiovascular (FRCV)		
- Hipertensión Arterial	18 (66,6%)	7 (35%)
- Diabetes Mellitus	9 (33,3%)	0 (0%)
- Obesidad	5 (18,5%)	0 (0%)
- Dislipemia	7 (25,9%)	3 (15%)
Enfermedad cardíaca		
- Fibrilación auricular	0 (0%)	0 (0%)
- IAM	3 (11,1%)	0 (0%)
- Valvular	3 (11,1%)	1 (5%)
Enfermedad pulmonar		
- EPOC	3 (11,1%)	1 (5%)
- Asma	3 (11,1%)	1 (5%)
- SAHS	2 (7,4%)	1 (5%)

	Primera ola	Segunda ola
Periodo evolutivo (promedio días)		
- Inicio síntomas e ingreso	6,22	5,5
- Estancia media UCI	21,80	16,86
Síntomas iniciales		
- Fiebre	22 (81,84%)	13 (65%)
- Disnea	9 (33,3%)	11 (55%)
- Tos	20 (74,0%)	12 (60%)
- Artromialgias	12 (44,4%)	8 (40%)
- Digestivo	5 (18,5%)	10 (50%)
Insuficiencia respiratoria hipoxémica (SatO ₂ <90)	17 (62,9%)	9 (45%)
Soporte respiratorio UC		
- ONAF	9 (33,3%)	12 (60%)
- VMNI	3 (11,1%)	0 (0%)
- VMI + PRONO	14 (51,6%)	8 (40%)
Afectación radiológica Tórax		
- Bilateral	22 (81,48%)	14 (70%)
- Unilateral	5 (18,51%)	1 (5%)
Análisis de sangre		
- Linfocitos (x10 ³ x l)	1121	797,89
- Dímero D (µg/L)	1948	6520
- Ferritina (ng/L)	3391	1062
- LDH (U/L)	440	492
- PCR (mg/L)	87	228,4
Tromboembolismo pulmonar	8 (29,6%)	2 (10%)
Tratamiento intrahospitalario		
- Lopinavir/Ritonavir	25 (92,59%)	0 (0%)
- Remdesivir	0 (0%)	4 (20%)
- Hidroxicloroquina	27 (100%)	0 (0%)
- Azitromicina	2 (7,4%)	0 (0%)
- Interferón B	23 (85,18%)	0 (0%)
- Tocilizumab	21 (77,7%)	11 (55%)
- Dexametasona	25 (92,59%)	20 (100%)
- Cefalosporinas	12 (44,4%)	10 (50%)
- Quinolonas	3 (11,1%)	8 (40%)
- Piperacilina-Tazobactam	3 (11,1%)	3 (15%)
- Carbapenémicos	5 (18,5%)	5 (25%)
- Enoxaparina profiláctica	7 (25,9%)	15 (75%)
- Enoxaparina terapéutica	20 (74,0%)	5 (25%)
Mortalidad	14 (48,14%)	5 (25%)

	Primera ola (n = 354)	Segunda ola (n = 208)
Edad media	61,7	61,24
Sexo		
- Mujer	148 (41,80%)	88 (42,30%)
- Hombre	206 (58,2%)	120 (57,7%)
Tabaquismo	77 (21,8%)	54 (25,96%)
Factor riesgo cardiovascular (FRCV)		
- Hipertensión Arterial	165 (46,6%)	102 (49%)
- Diabetes Mellitus	66 (18,8%)	57 (27,4%)
- Obesidad	29 (8,2%)	23 (11,1%)
- Dislipemia	98 (27,7%)	44 (21,2%)
Enfermedad cardíaca		
- Fibrilación auricular	24 (6,8%)	18 (8,4%)
- IAM	25 (7,1%)	12 (5,8%)
Enfermedad pulmonar		
- EPOC	39 (11,0%)	13 (6,3%)
- Asma	24 (6,8%)	14 (6,7%)
- SAHS	18 (5,1%)	8 (3,8%)

	Primera ola (n = 354)	Segunda ola (n=208)
Periodo evolutivo (promedio días)		
- Inicio síntomas e ingreso	7,8	5,5
- Estancia media hospitalaria	9,5	12,5
Síntomas iniciales		
- Fiebre	282 (79,7%)	145 (69,7%)
- Dificultad	380 (108,8%)	99 (47,6%)
- Tos	257 (72,6%)	151 (72,6%)
- Artralgias	148 (41,8%)	77 (37,0%)
- Digestivo	110 (31,07%)	37 (17,8%)
Ineficiencia respiratoria hipoxémica (SatO2%<90)		
	65 (18,4%)	62 (29,8%)
Soporte respiratorio		
- Oxigenoterapia convencional	175 (50%)	152 (73,03%)
- ONAF	8 (2,25%)	16 (7,7%)
- VMNI	3 (0,84%)	1 (0,5%)
- VMI + PRONO	24 (6,7%)	11 (5,3%)
Afectación radiología Tórax		
- Bilateral	260 (73,4%)	147 (70,7%)
- Unilateral	26 (7,3%)	46 (22,2%)
Análisis de sangre		
- Linfocitos (x10 ³ x l)	1191	1260
- Dímero D (µg/L)	381,7	291,8
- Ferritina (ng/L)	1154	817
- LDH (U/L)	328	323
- PCR (mg/l)	80	125
Tromboembolismo pulmonar		
	38 (10,75%)	31 (14,90%)
Tratamiento intrahospitalario		
- Lopinavir/Ritonavir	255 (72,03%)	0 (0%)
- Remdesivir	0 (0%)	10 (4,8%)
- Hidroxicloroquina	293 (82,76%)	0 (0%)
- Azitromicina	65 (18,38%)	1 (0,5%)
- Interferón B	56 (15,81%)	0 (0%)
- Tocilizumab	20 (5,64%)	22 (10,7%)
- Dexametasona	88 (24,85%)	121 (58,1%)
- Cefalosporinas	165 (46,88%)	91 (43,8%)
- Quinolonas	15 (4,23%)	14 (6,7%)
- Piperacilina-tazobactam	16 (4,51%)	4 (1,9%)
- Carbapenémicos	11 (3,10%)	5 (2,40%)
- Enoxaparina profiláctica	252 (71,18%)	156 (75%)
- Enoxaparina intermedia	12 (3,39%)	10 (4,8%)
- Enoxaparina terapéutica	31 (8,75%)	21 (10,1%)
Mortalidad		
	51 (14,4%)	31 (14,9%)

ración como antibioterapia de amplio espectro de elección. Fueron similares en ambos periodos la estancia media hospitalaria (10-12 días de media) y la mortalidad. En tabla 2 se recoge el resto de resultados. **Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad COVID-19 que precisaron ingreso hospitalario presentaron características basales y clínicas similares en ambas fases de la pandemia. Cambio significativo de tratamiento dirigido con uso extendido de corticosteroides para la enfermedad moderada en la segunda oleada con similar estancia media hospitalaria y mortalidad.

368. RESULTADO RT-PCR POSITIVO PERSISTENTE: CLÍNICA, ANÁLISIS Y REPERCUSIÓN VITAL

L. Sevilla Muñoz, P. Flórez Solarana, M. Alonso Villares, A. Ruiz Peña, S. Sánchez Fraga, M.B. Latorre Galindo y O. Navarrete Isidoro

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Introducción: El método estándar diagnóstico para SARS-CoV-2 es la RT-PCR nasofaríngea detectando nucleótidos virales en los 7 días desde la infección, la seroconversión suele producirse a los 7-14 días. Los casos de PCR positiva persistente suponen un problema al no poderse esclarecer la situación clínica a la que se debe.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de las bronoscopias flexibles (FBC) realizadas en el H.U. Príncipe de Asturias entre mayo-2020 a febrero-2021. El objetivo principal fue describir a pacientes con PCR positiva persistente y el desarrollo de la enfermedad. Como secundario describir las secuelas, fatiga, calidad de vida y estado emocional actual.

Resultados: Se incluyeron 291 pruebas en 273 pacientes. De ellas se seleccionaron 8 pruebas en 6 pacientes que presentaban infección por SARS-CoV-2 previa y mantenían una RT-PCR nasofaríngea y/o en BAS/BAL positiva en la FBC. Las características demográficas y clínicas se muestran en la tabla 1. Desde la primera PCR positiva diagnóstica y la recogida para la FBC positiva nasofaríngea y/o en BAS/BAL, se estimó una media de 32,8 días (DE: 18,7, IC de 17,2 a 48,5). Todos acudieron al hospital durante la infección, el 75% con neumonía grave ingresando en planta y el 25% en UCI; uno falleció. La media de días de ingreso

fue de 60,87; el tratamiento recibido se muestra en la tabla 2. Se contactó telefónicamente con ellos, consiguiendo valorar en 4 la persistencia de síntomas, la fatiga (Escala FAS), la calidad de vida (Escala EQOL-5D-5L) y el estado emocional (Escala HADs). Todos referían mantener secuelas: el 100% cansancio habitual y mialgias moderadas/intensas; 75% tos, caída del pelo e insomnio; 50% expectoración, 25% lesiones dérmicas y cefaleas. En FAS media de 29 (RIQ: 23-35) presentando fatiga moderada. En EQOL-5D-5L el 75% refirió dolor fuerte/extremo, 50% problemas de movilidad leves/moderados y precisaban ayuda en la realización de ABVD, 25% ayuda en el autocuidado y ansiedad/depresión auto referida moderada; la valoración de su salud media fue de 73,75 sobre 100. HADs mostró niveles mínimos de ansiedad y depresión; excepto en uno con cifras muy elevadas de depresión.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
EDAD (AÑOS)	72 años (RIQ: 64-86)
SEXO	
• HOMBRE	75%
• MUJER	25%
TABAQUISMO	
• NUNCA FUMADOR	62%
• FUMADOR ACTIVO	12,5%
• EXFUMADOR	25%
COMORBILIDADES	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	75%
PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS	37,5%
DISLIPEMIA	25%
OBESIDAD	25%
EPOC	25%
DIABETES MELLITUS	12,5%
EPID	12,5%
ASMA	12,5%

	MUESTRA TOTAL	PORCENTAJE EN UCI
KALETRA + HIDROCLOROQUINA	50%	12,5%
REDMESIVIR	12,5%	0
TENOFOVIR/EM TRICITABINA	12,5%	12,5%
TOCILIZUMAB	37,5%	12,5%
CORTICOIDES	62,5%	40%
ANTIBIOTERAPIA	100%	25%
ACETILCISTEÍNA	62,5%	20%
ANTICOAGULACIÓN	75%	16,6%
SOPORTE RESPIRATORIO		
VMI		12,5%
OAF		25%
OXIGENOTERAPIA		100%

Conclusiones: La muestra analizada con persistencia de PCR positiva presentaba ingreso hospitalario prolongado, múltiples secuelas y repercusiones en su calidad de vida. Esto podría sugerir una relación entre la persistencia PCR positiva y la repercusión clínica de la COVID-19 tanto en el proceso agudo como crónico.

122. REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE LIMPIEZA DE ALTO Y BAJO NIVEL EN LOS GABINETES DE FUNCIÓN PULMONAR ESPAÑOLES

Y. Torralba García¹, J.L. Valera Felices², I. López Baño¹, M.G. Martínez González³, R. Sedano Gutiérrez⁴, A. Álvarez Álvarez⁵, P.F. García Tamayo⁶, M. Enríquez Jiménez⁷ y X. Alsina Restoy¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁶Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: Recientes publicaciones de las sociedades científicas internacionales constatan que las pruebas de función pulmonar representan una ruta potencial de transmisión de COVID-19 debido a la generación de aerosoles, al instar al sujeto a realizar respiraciones forzadas, que pueden generar tos y expectoración. La COVID-19 puso de manifiesto la necesidad de optimizar los protocolos de limpieza utilizados en los laboratorios de función pulmonar. El objetivo de la limpieza y desinfección es evitar la transmisión de infecciones cruzadas mediante procedimientos reglados y validados. Según la clasificación de Spaulding, algunas partes del espirómetro son dispositivos calificados como semicríticos porque están en contacto con mucosas o con piel no intacta lo que hace necesaria una desinfección de alto nivel.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, donde se revisaron los protocolos vigentes de 24 laboratorios de función pulmonar españoles. Objetivo principal: evaluar los estándares de calidad de los protocolos de limpieza en gabinetes de función pulmonar españoles antes de la COVID-19.

Resultados: Se examinaron 24 centros: 20 hospitales de tercer nivel, 3 de segundo nivel y 1 de atención primaria. El 33% estipulaban una limpieza entre pacientes. El 54% aplicaban protocolos de desinfección de bajo nivel a los componentes de los dispositivos de función pulmonar, y el 21% de ellos solo lo hacían parcialmente o no lo concretaban. Únicamente, el 68% de los centros aplicaban protocolos de desinfección de alto nivel a sus componentes. La utilización de equipos de protección, EPI, para la realización de la limpieza de los componentes solo estaba descrita en el 33% de los centros y tan solo 46% de protocolos recogían la necesidad de registrar a la persona responsable de la limpieza de los aparatos y sus componentes. Finalmente, solo 6 de los protocolos identificaban la fecha de creación. En ninguno de estos documentos se especificaba la versión ni la fecha de necesaria actualización.

Conclusiones: Existen diferencias significativas entre los diferentes protocolos; en el contenido y en las descripciones o la omisión de estas, dificultando su generalización. La falta de protocolos de desinfección de alto nivel en algunos centros, evidencia que no todos los gabinetes de función pulmonar cumplen los estándares de calidad esperados. Parece conveniente y necesario unificar criterios y crear un documento consensuado, actualizado y detallado sobre la limpieza de las unidades de función pulmonar.

418. TABACO Y COVID

P. Vaquero Lozano¹, I. Martínez Hortigüela², C. Rodríguez Álvarez², M.I. Guille Seoane², C. Castañeda de Juan², R. Solano García-Tenorio³, J. Salamanca Blanco⁴ y J.C. Vargas Espinal¹

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

²CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ³Unidad de Hospitalización de Obstetricia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

⁴S.A.R. Morata de Tajuña, Madrid, España.

Introducción: Es demostrado que el consumo de tabaco empeora el curso de las enfermedades respiratorias y favorece el desarrollo de infecciones respiratorias víricas y bacterianas. La Organización Mundial de la Salud, publicó la probabilidad de que los fumadores sean más vulnerables a la infección causada por el coronavirus, como consecuencia de la manipulación de los cigarrillos y el contacto de estos con los labios. Objetivo: averiguar cuántos de los pacientes derivados a nuestra Unidad de Tabaquismo habían sido diagnosticados de COVID y qué afectación habían tenido.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo en pacientes desde marzo a diciembre de 2020. Las variables que se investigan en este estudio son: género, edad, índice paquetes/año (IPA), diagnóstico de COVID, si precisaron ingreso, cuántos días estuvieron ingresados, dónde y si precisaron alguna terapia.

Resultados: Se estudiaron 236 pacientes: 110 hombres (46,6%) y 126 mujeres (53,4%). Con una edad media de 60,7 (\pm 10,8) años. Con un índice de paquetes/año de 37,4 (\pm 18,9) de media. 36 de ellos fueron diagnosticados de COVID-19 lo que representaba un 15,25% del total de pacientes, 14 (38,8%) mujeres y 22 (61,2%) hombres, siendo el porcentaje de positivos en nuestra Comunidad Autónoma del 9%; de los 36 pacientes diagnosticados de COVID-19, 5 precisaron ingreso (2,1% del total) con una media de 15,4 días de ingreso. Los 5 precisaron oxígeno y solo 1 (0,4% del total) de ellos precisó alto flujo y ventilación mecánica no invasiva. 75 de los pacientes (31,8%) lograron abstinencia de tabaquismo confirmada mediante coximetría; y de estos 10 (el 4,2%) habían sido diagnosticados de COVID-19.

Conclusiones: En nuestra muestra hubo más hombres que mujeres diagnosticados de COVID-19. La mayoría de los pacientes diagnosticados de COVID-19 no precisaron de ingreso. Se lograron más altas tasas de abstinencia en los pacientes que no tuvieron COVID-19. La incidencia de COVID-19 en nuestra muestra fue más alta que la de la población en general de nuestra Comunidad Autónoma.

117. UTILIDAD DE UN CHAT COMO HERRAMIENTA DE RESOLUCIÓN DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA BASADAS EN LA EVIDENCIA DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA COVID-19

Y. Torralba García¹, A.M. Ramírez Gallardo¹, X. Alsina Restoy¹ y D. Díaz Pérez²

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: WhatsApp es una aplicación de mensajería que permite intercambiar mensajes privados entre dos o más personas, en tiempo real, ya sea en modo texto o mediante llamadas de voz o videoconferencia. Es gratuita, no contiene publicidad, está disponible para diferentes sistemas operativos. En junio del año 2016, se crea un grupo de WhatsApp de enfermeras/os respiratorias a través del Área de Enfermería Respiratoria de SEPAR, denominado "Familia Enfermería SEPAR", que actualmente cuenta con 72 miembros. La idea inicial era poder ofrecer contacto directo entre profesionales de enfermería respiratoria de todo el territorio nacional y que de forma inmediata se pudiesen compartir archivos, ficheros, imágenes, audios, en los que poder acceder a la información acerca de eventos, noticias, artículos y publicaciones, de una forma sencilla y rápida.

Material y métodos: Objetivo general: mostrar la utilidad de un chat como herramienta de resolución de consultas durante el periodo comprendido del 29 de febrero con los primeros mensajes que hablaban sobre la COVID-19 y el 31 de mayo, cuando la mayor parte del país estaba en la fase 2 de desescalada y en confinamiento domiciliario, "lockdown", donde solo los servicios esenciales estaban en funcionamiento. Objetivos secundarios: evaluar el número de consultas resueltas mediante la evidencia científica durante la primera ola de

la COVID-19 en el chat de enfermería respiratoria. Analizar la actividad e información compartida en ese período y su utilidad como herramienta en la formación continuada y divulgación científica. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se analizaron y almacenaron toda la información en el que se expuso en una base de datos diferenciando las diferentes clases de información compartida -documentos, artículos científicos, necesidades expresadas...- desde el 29 de febrero de 2020 hasta el 31 de mayo de 2020.

Resultados: El grupo se incrementó en 6 personas durante la primera ola de la pandemia, pasando de 68 a 73 integrantes de la mayor parte de las comunidades autónomas. El material compartido queda reflejado en la tabla.

Material	Número	
RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN GENERAL	Noticias y/o notas de prensa nacional/internacional	52
	Bulos (FAKE NEWS)	23
RELACIONADO CON LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	Encuestas	6
	Recopilado de firmas	4
RELACIONADO CON LA FORMACIÓN CONTINUADA	Webinars	26
	Artículos científicos	24
	Infografías	24
DOCUMENTACIÓN VISUAL	Videos relacionados con la profesión	22
	Videos soporte emocional, tiempo libre y de espacio familiar	28
DOCUMENTOS OFICIALES	RDLE, CCAA, Sociedades científicas	43
CONSULTAS SOBRE PROCEDIMIENTOS	Cuidados respiratorios en pacientes con COVID-19 y/o desescalada.	35

Resultados.

Conclusiones: El chat de la “Familia enfermería SEPAR” ha demostrado ser un chat de consulta científica y una buena herramienta para la resolución de dudas donde la calidad y la inmediatez de las respuestas, basadas en la evidencia científica ha ayudado a sus componentes a mejorar su capacitación en los cuidados de los pacientes respiratorios en la primera ola de la pandemia por COVID-19.

341. VALORACIÓN DE LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS ASOCIADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA LOCAL OROFARÍNGEA EN LA PREPARACIÓN DE UNA BRONCSCOPIA FLEXIBLE

S. Álvarez López¹, C. Rodríguez García², M.P. Gil Muñoz³, A. Pulido Sánchez⁴, M.C. Sanz Francés⁵, I. Sánchez Fernández³, M. García Gálvez¹, L. Llanos Rodríguez⁶, L. Pareja Hernández⁷, M. Navarro Colom⁸, A. Fontana Cassadó⁹, B. Ávila Díaz⁶, M. Cuña Delgado¹⁰, R. Figueredo Mata¹¹ y M. Angulo de la Lastra¹²

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

²Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁴Hospital Universitario San Juan, Alicante, España. ⁵Hospital Universitario La Fe,

Valencia, España. ⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. ⁷Hospital Infanta Leonor, Madrid, España. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁹Hospital Clínic, Barcelona, España. ¹⁰Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ¹¹Hospital Quirón Marbella, Málaga, España. ¹²Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España.

Introducción: La anestesia local de la orofaringe y en especial de las cuerdas vocales es el paso previo imprescindible a todo procedimiento broncoscópico, Existen múltiples métodos utilizados con ese propósito desde los más invasivos como la anestesia local de la membrana cricotiroides hasta la instilación de lidocaína líquida en fosas nasales. Objetivo principal: describir los principales efectos secundarios asociados a la anestesia local orofaríngea según el método de administración, previa a un procedimiento broncoscópico flexible bajo sedación.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo multicéntrico, en el que participan 5 hospitales (incluyendo 50 pacientes cada centro) en los que se utilizan métodos anestésicos y sedantes distintos según su práctica habitual. Variables: dosis de fármacos utilizados en la anestesia local orofaríngea, método de sedación; efectos secundarios. Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación típica, y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para las comparaciones de variables cuantitativas, se ha utilizado la prueba del análisis de la varianza en las variables demográficas y la prueba de Kruskal-Wallis en las dosis de los fármacos. Para las comparaciones de variables cualitativas se ha utilizado la prueba de la chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Los resultados se describen en la tabla. Se describen distintos métodos según el modelo de sedación previa a la administración de anestesia local orofaríngea: Método 1 = fentanilo, midazolam y propofol; Método 2 = fentanilo, midazolam y propofol. Método 3 no utiliza sedación previa a la administración de anestesia local; Método 4 = midazolam; Método 5 = midazolam y diazepam

EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANESTESIA LOCAL OROFARÍNGEA

INDUCCIÓN A LA SEDACIÓN	MÉTODO 1 (F+M+P)	MÉTODO 2 (F+M+P)	MÉTODO 3 (NADA)	MÉTODO 4 (M)	MÉTODO 5 (M+V)
LIDOCAÍNA NASAL	100 mg	12,5 mg	0	35,2 mg	66,4 mg
XILONÍBISA NASAL	0	0	0	49 mg	0
XILONÍBISA FARÍNGEA	0	88 mg	80 mg	1,56 mg	26,2
CRICOIDEA	0	22%	0	0	0
NAUSEAS	0	0	10%	10%	8%
TOS	0	0	0	22%	4%
AHOGO	0	2%	4%	14%	12%
ESPASMOS	0	2%	0	4%	0
MAL SABOR	0	0%	8%	0%	0
PICOR	0	0%	14%	14%	0

Conclusiones: Los efectos secundarios derivados de la anestesia local orofaríngea se minimizan en los pacientes que han sido previamente sedados con una combinación de fentanilo, midazolam y propofol. Existe un mayor porcentaje de efectos secundarios en el método que utiliza la xilocaína nasal como anestésico local.