

## ENFERMERÍA RESPIRATORIA

### 163. ABORDAJE AL PACIENTE CON HAP DESDE CONSULTA DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE DÍA

**Amando Márquez Sixto**, María Desirée Alemán Segura, Gregorio Pérez Peñate, Eva Suárez Santana, Ángel Rodríguez León y Erika María Lorenzo Ramos

Hospital Universitario de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) es un trastorno hemodinámico que abarca cualquier condición caracterizada por presión arterial pulmonar elevada. HP es una enfermedad compleja y progresiva que afecta a alrededor del 1% de la población mundial. La PAH fue definida por el 6º Simposio Mundial sobre Hipertensión Pulmonar (WSPH) como una presión arterial pulmonar media en reposo (mPAP) de 20 mmHg o mayor, una presión arterial pulmonar en cuya (PAWP) al final de la inspiración normal menor o igual a 15 mm Hg, y una resistencia vascular pulmonar (PVR) mayor o igual a 2 unidades Wood. Objetivos: conseguir el autocuidado de su problema de salud, potenciando la autoestima y la autonomía personal. Potenciar las actividades de promoción y prevención a través de la educación para la salud. Dar respuesta a los problemas de salud planteados. Favorecer la comunicación y la confianza enfermera paciente-familia. Potenciar el autocuidado. Favorecer la autonomía. Dar respuesta a problemas de salud planteados.

**Material y métodos:** Se realiza un análisis longitudinal descriptivo retrospectivo de los pacientes que han sido valorados desde la consulta de enfermería durante el año 2022 desde el 1 de enero al 1 de octubre.

**Resultados:** Se reclutaron una totalidad de 474 pacientes desglosados según estado asistencia en la consulta de enfermería: 47 pacientes de primera visita, 53 pacientes de procedimientos de enfermería, 317 pacientes de visitas sucesivas o seguimiento, 57 pacientes de telemedicina.

**TOTAL PACIENTES: 474**

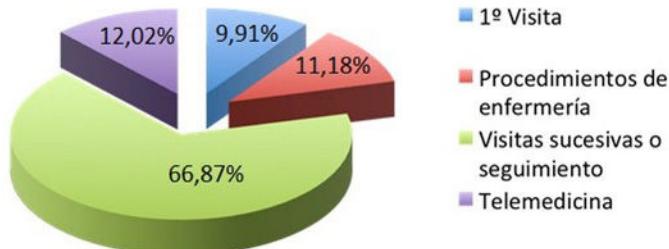


Figura 1. Comunicación 163.

**Conclusiones:** Podemos concluir, que viendo la necesidad de seguimiento a los pacientes con HTP las enfermeras desempeñan un papel clave en el apoyo, la educación de los pacientes y sus familias sobre la HAP. Así como, Inicio, titulación farmacológica, adherencia, efectos adversos y seguridad en la administración. Buscando siempre mayor nivel de autonomía, autogestión y mejora de su calidad de vida.

### 890. ANÁLISIS DE PACIENTES CON SÍNDROME POS-COVID A TRAVÉS DE LA FUNCIÓN PULMONAR

**Laura Fernández Prieto**, Rosa Sedano Sedano, Vicente Roig Figueroa, Santiago Antonio Juarros Martínez, Sofía Jaurrieta Largo, Blanca de Vega Sánchez, Enrique Macías Fernández, Celia Rodríguez Dupuy y Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España.

**Introducción:** El síndrome pos-COVID engloba síntomas persistentes tras 4 semanas de la infección aguda con ausencia de un diagnóstico etiológico alternativo, siendo la fatiga el síntoma más frecuente. Nuestro objetivo es descubrir las características y la evolución de 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 años 2020 a 2022 con un diagnóstico previo por PCR SARS-CoV-2 y que presentan síndrome pos-COVID, a los que se les ha realizado mínimo 2 estudios de función pulmonar. Analizamos datos demográficos y resultados clínicos. La exploración funcional se realizó en base a la normativa SEPAR por enfermeras 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 41 pacientes con un plazo medio de 387,6 días entre la primera y segunda prueba de función pulmonar. La edad media fue de  $58,7 \pm 12$  con un 56,1% mujeres. El IMC promedio fue de  $28,3 \pm 6,5$ . En cuanto al hábito tabáquico el 41,5% refirieron nunca haber fumado y el 2,4% eran fumadores activos en el momento de la prueba. En cuanto a la función pulmonar en la prueba inicial el 70,7%, presentaron una espirometría normal y un 17,1% un patrón restrictivo. En la segunda prueba se observó que un 82,9% de los pacientes presentaron espirometría normal y un 4,9% restrictiva. Las espirometrías obstructivas fueron un 12,2% en ambas mediciones. La media de DLCO en primera prueba fue  $78,9 \pm 17,5$  vs.  $83,5 \pm 18,2$  ( $p = 0,03$ ). La distancia recorrida en TM6M  $520,2 \pm 99,8$  vs.  $543 \pm 79,8$  ( $p = 0,005$ ) el promedio de puntos de desaturación de O2 fue mayor en la prueba post ( $2,02 \pm 2,1$  vs.  $2,12 \pm 2,2$ ; ( $p = 0,35$ ).

**Conclusiones:** Según los resultados obtenidos de nuestro estudio, la mayor afectación a nivel pulmonar en pacientes con síndrome pos-COVID se produce en la transferencia de CO, pero existe una mejoría estadísticamente significativa tanto en la capacidad de difusión pulmonar como en la tolerancia al esfuerzo.

### 85. APlicación y efectividad de un programa educativo de enfermería para la mejora del sueño en pacientes con deterioro cognitivo y sus cuidadores

**Paula Gutiérrez Báez**

Hospital Provincial-Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.

**Introducción:** Los trastornos del sueño constituyen un síntoma fundamental de la demencia. Además, pueden desempeñar un papel determinante en su desarrollo. Las alteraciones del sueño favorecen el aumento del sistema inflamatorio y la rapidez y gravedad del declive cognitivo progresivo. También los cuidadores de pacientes con demencia presentan trastornos del sueño. La educación en higiene del sueño puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen deterioro cognitivo leve o demencia, y la de sus familiares. Los objetivos principales de este estudio son realizar un programa de intervención de higiene del sueño en pacientes y cuidadores y evaluar su repercusión en el sueño y la memoria.

**Material y métodos:** Estudio comunitario de intervención cuasiexperimental pre-post intervención dirigido a personas con un deterioro cognitivo leve o demencia leve, y a sus familiares, pertenecientes al proyecto EDADES. La evaluación sobre el sueño consistió en la aplicación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Para ver

los efectos sobre la capacidad cognitiva se utilizó la validación española del Addenbrooke's Cognitive Examination-III. También se recogieron otras variables sociodemográficas como edad y sexo. La intervención consistió en dos sesiones educativas sobre la higiene del sueño durante marzo y abril de 2022.

**Resultados:** Participaron 48 individuos, 24 con deterioro cognitivo y 24 familiares. Con el aumento de la edad, disminuyó la eficiencia, calidad y duración del sueño de los participantes. El sexo y el tipo

de deterioro no influyeron sobre el descanso nocturno. Hubo una mayor aceptación del programa educativo entre los pacientes que los familiares. La asistencia presencial a las sesiones educativas no influyó de forma generalizada. Tras la aplicación del programa, se halló una mejora del sueño y un mayor rendimiento cognitivo general entre los usuarios con deterioro cognitivo. Sin embargo, la mejora del rendimiento cognitivo y memoria solo se relacionó con la disminución de la disfunción diurna.

### Análisis estadístico pre-intervención

Tabla resultados P-Valor entre edad y variables del sueño en pacientes y cuidadores

EDAD	Pacientes	Cuidadores
Calidad subjetiva del sueño	0,087	0,037*
Latencia del sueño	0,171	0,149
Duración del sueño	0,256	0,036*
Eficiencia del sueño	0,004*	0,975
Perturbaciones del sueño	0,143	Ø
Disfunción diurna	0,975	0,305

\*p < 0,05 (probabilidad 95); Ø= No se pudo calcular el valor. Significación calculado utilizando test no paramétricos

### Análisis estadístico post-intervención



Figura 1. Comunicación 85. Análisis relación edad-sueño y sueño posintervención.

### Análisis estadístico post-intervención

Gráfico puntuaciones test ACE-III pre y post intervención

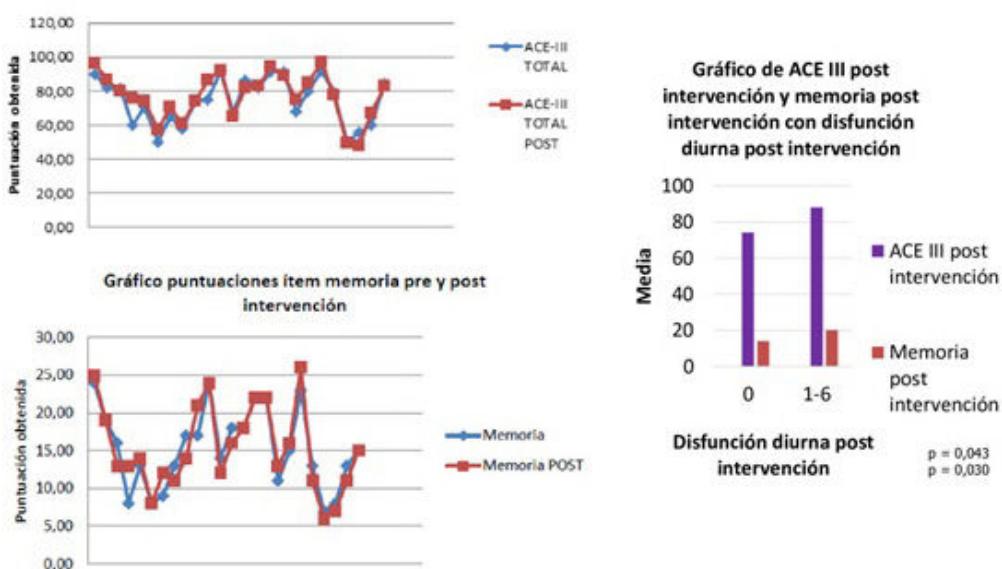


Figura 2. Comunicación 85. Análisis rendimiento cognitivo posintervención.

**Conclusiones:** La educación en higiene del sueño permite mejorar la calidad del sueño en personas con deterioro cognitivo o demencia, y la calidad de este en sus cuidadores, pudiendo tener impacto en el rendimiento cognitivo. La intervención no farmacológica a través de programas educativos debería priorizarse debido a sus beneficios. Se debería seguir investigando sobre la efectividad de este tipo de intervención en muestras más amplias, con una duración mayor y combinándola con terapias multimodales.

#### 493. APROXIMACIÓN A LA SEGURIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE CON PROSTACICLINAS SISTÉMICAS CONTINUAS EN DOMICILIO: UNA REVISIÓN DE CASOS

**Sara Sorolla Matas**, Lidia López Escuredo,  
Ana M. Ramírez Gallardo, Agustín R García Roca,  
Isabel Blanco Vich, M Pilar Muñoz Claver y Yolanda Torralba García  
Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se caracteriza por un aumento progresivo de la presión en la arteria

pulmonar. Es una enfermedad rara, grave e invalidante y puede causar la muerte si no se trata. Las prostaciclinas son fármacos que han demostrado su efectividad en pacientes con estados más avanzados de la enfermedad. La vida media del fármaco es corta, por lo que la interrupción del tratamiento, el manejo erróneo o la sobredosis pueden derivar en shock y muerte. El riesgo percibido es la evaluación subjetiva de la probabilidad de una consecuencia no deseada, y se hace necesario investigar la seguridad percibida del paciente con HAP en tratamiento con prostaciclinas sistémicas fuera del ambiente hospitalario.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, en pacientes con HAP y con prostaciclinas sistémicas, donde la variable principal a estudiar será la percepción de seguridad, medida a través de una escala modificada y un cuestionario validado: Escala de seguridad percibida del paciente (ESP16) Modificada (E1) y el Cuestionario de evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios (Q2).

**Resultados:** N = 14 (78,6% mujer, 21,4% hombre). El 100% de los pacientes evaluados, son controlados en el centro CSUR, Hospital Clínic de Barcelona, e iniciaron el tratamiento entre 2015 y 2022. En el E1

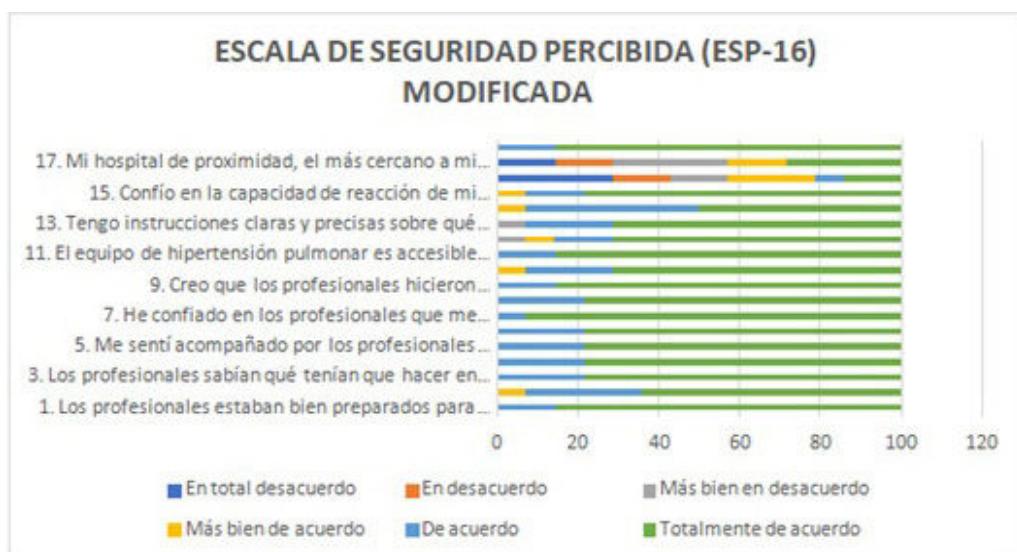


Figura 1. Comunicación 493.

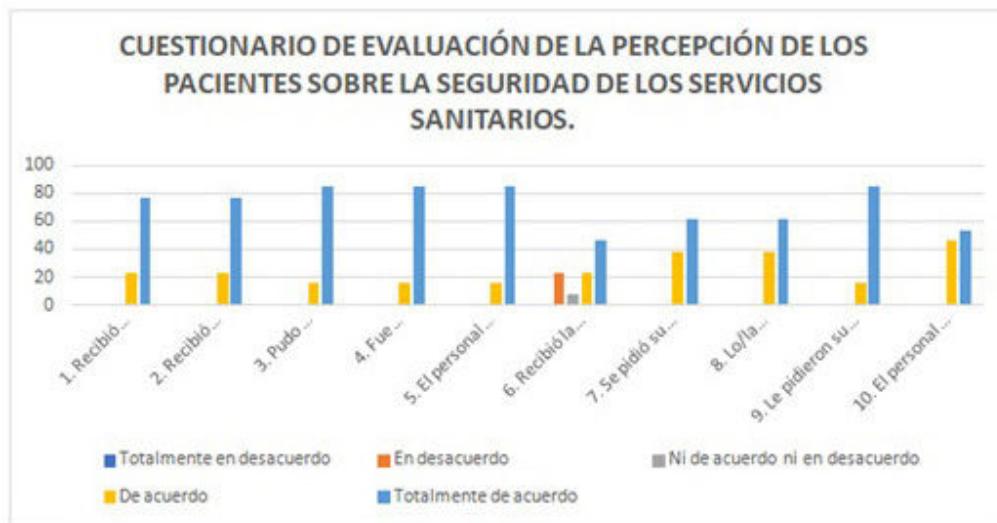


Figura 2. Comunicación 493. Seguridad de los servicios sanitarios.

entre el 15 y el 30% de los pacientes reportaron en la escala Likert no estar de acuerdo en la percepción de la seguridad acerca de las curas de su catéter y de las instrucciones claras sobre cómo actuar en caso de tener algún problema con la medicación. Más de la mitad de los pacientes reportaron que en el centro de salud y en el hospital más cercano a su domicilio no conocen su enfermedad, ni su tratamiento (fig. 1). En cuanto al Q2, casi un 30% de los pacientes refieren que no recibieron la misma información de todos los profesionales implicados en su cuidado, y uno de ellos ha reportado un efecto adverso (fig. 2).

**Conclusiones:** En general los pacientes presentaron problemas con las instrucciones acerca de su tratamiento y curas de su catéter, así como escaso soporte y/o contacto con sus centros de salud y hospitales de proximidad por falta de conocimiento de su enfermedad y tratamientos. También manifestaron no haber recibido la misma información por parte de todos los profesionales sanitarios acerca de su enfermedad.

### 30. BENEFICIO DE REALIZACIÓN DE ENJUAGUES BUCALES CON BICARBONATO DE SODIO TRAS EL USO DE INHALADORES

**Lorena Sastre Puras** y **Sara Sigüenza Moreno**

*Hospital San Pedro, Logroño, España.*

**Introducción:** Dado el aumento del uso de dispositivos de terapia inhalada en la población general se observa una prevalencia elevada de afectaciones bucales. El objetivo de nuestra investigación es comprobar el beneficio del uso de enjuagues con bicarbonato de sodio tras la administración de los inhaladores para reducir la aparición de complicaciones.

**Material y métodos:** Se procede una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Scielo. Los términos de búsquedas utilizados: inhalador, candidiasis, higiene bucal, enjuague. Se construyó utilizando operadores booleanos.

**Resultados:** Las afectaciones bucales, sobre todo la aparición de candidiasis, se pueden prevenir con una adecuada higiene bucal, principalmente con enjuagues bucales de bicarbonato de sodio tras el uso de inhaladores puesto que gran parte del fármaco inhalado se queda en la cavidad oral y debido al principio activo y al resto de componentes pueden aparecer problemas en la mucosa oral, así como en los dientes si no se hace un cuidado escrupuloso en la misma. Estos cuidados además de mejorar la calidad de vida del paciente, reducen los costes y los recursos utilizados en el ámbito extra e intrahospitalario.

**Conclusiones:** La aparición de candidiasis tras el uso de inhaladores es prevenible y por tanto debe considerarse como un objetivo alcanzable en los pacientes que usan estos dispositivos. Las principales medidas de prevención son entre otras el lavado de la cavidad bucal con agua y bicarbonato de sodio, ya que además de ayudar a eliminar los restos de medicación, disminuye la sensación de boca seca y la acidez del medio oral. Por tanto, es de vital importancia educar en la importancia del cuidado de la boca cuando se están usando inhaladores, realizar una adecuada limpieza de estos y seguir unas medidas preventivas para evitar la candidiasis y demás problemas que pueden aparecer.

### 452. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LAS ALTAS DE ENFERMERÍA SOBRE LA TERAPIA INHALADA

**Javier Burgos Lozano**, Montserrat Navarro Rodríguez, Ana María Gómez Ramos, Isabel Díaz Martos, Marta López Sánchez y Salud Santos Pérez

*Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.*

**Introducción:** La terapia inhalada es de elección para el tratamiento de enfermedades pulmonares crónicas. La gran variedad de dis-

positivos de inhalación hace que la educación sanitaria constituya la piedra angular en el cumplimiento del tratamiento, ya que la falta de adherencia terapéutica y los errores en la técnica de inhalación han demostrado peor control de la enfermedad, menor calidad de vida y un impacto económico. Sin embargo, en la literatura no existe un consenso de la información que debería contener los registros de alta de enfermería sobre la evaluación realizada de la terapia inhalada. El objetivo de nuestro estudio fue analizar si la información suministrada permite el continuum asistencial del paciente y si esto puede repercutir en la calidad asistencial y, en un segundo término, en la seguridad clínica del paciente.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, basado en el análisis de la información contenida en las altas de enfermería de pacientes hospitalizados por agudización de EPOC en Neumología en el Hospital Universitario de Bellvitge, entre enero y septiembre del 2022. Se evaluó el contenido de la información de tres aspectos clave de la terapia inhalada: 1) Prescripción del tratamiento, 2) Técnica de inhalación y 3) Adherencia. La clasificación de la calidad fue la siguiente: insuficiente, cuando no se informó ninguno de los tres aspectos; parcial, cuando hay información en uno de los tres aspectos; y, aceptable, cuando hay al menos dos puntos reportados.

**Resultados:** Se analizaron 26 informes de alta de pacientes ingresados por EPOC, 61% hombres, con una edad media de  $67,3 \pm 7,3$  años, FEV1  $42,3 \pm 11,9\%$  y una estancia media  $9,6 \pm 4,9$  días. El 88% de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio, el resto a centros sociosanitarios. En la tabla se muestra la prescripción al alta del tratamiento inhalado. Al valorar la calidad, 13 informes (50%) contenían información insuficiente, en 11 altas de enfermería (42%) la información fue parcial y finalmente, solo 2 informes de alta de enfermería (8%) mostraban una calidad aceptable.

Tratamiento	Triple Terapia	LAMA-LABA	LABA-ICS
1 Dispositivo	6	7	4
2 Dispositivos	9	0	0
Total	15	7	4

*Tabla 1. Comunicación 452. Prescripción de las terapias inhaladas al alta.*

**Conclusiones:** Este análisis demuestra el déficit cualitativo en los informes de enfermería en relación con la terapia inhalada, lo que no facilita el continuum asistencial de los pacientes y puede condicionar una demora en la toma de decisiones en la práctica clínica. Serían necesarios nuevos estudios que analizaran las causas de este déficit de información para poder elaborar estrategias de mejora.

### 91. CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN NUESTRA CONSULTA EXTERNA

**Concepción Rodríguez García**, Roberto Dorrego González, Luz María Gallego Expósito, María Montserrat Pérez de la Parte y María Mercedes Rubio Busto

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

**Introducción:** El objetivo del estudio fue conocer el grado de calidad obtenido en las espirometrías realizadas en consulta externa y analizar los factores con los que se relaciona.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo de las espirometrías realizadas de mayo a septiembre del 2022 en nuestras consultas. Datos: edad, sexo, técnico (enfermero o TCAE), tiempo de experiencia del técnico (más o menos de 3 meses), colaboración del paciente (opinión subjetiva del técnico), si había hecho espirometrías previamente, número de maniobras realizadas, grado de calidad de

las espirometrías (según normativa de SEPAR: considerando buena: A-B), aceptabilidad de la maniobra utilizada, el tipo de espirómetro (Fleisch, Lilly y ultrasonidos) y si el paciente estaba ingresado. Estudio estadístico: programa SPSS con significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 1.220 espirometrías. Edad media de 59,06 DE 16,6 años. 593 hombres (49%). 689 espirometrías realizadas por enfermeros (56%) y el resto por TCAE. 805 pruebas hechas por personal de más de 3 meses de experiencia (66%). 1.030 pacientes se mostraban colaboradores (84,4%) al realizar las maniobras, la mayoría de ellos, 957 había realizado espirometrías previas (79%) y la media de maniobras hechas por paciente fue 3,47 DE 0,95. Solo 471 espirometrías (38,6%) mostraban grado de calidad A-B (si incluimos el C: 40,7%) y en 204 espirometrías (16,7%) se había elegido una maniobra no aceptable. No encontramos diferencias entre los dos sexos de los pacientes en el grado de calidad, ni en la aceptabilidad de la maniobra, ni en la colaboración. En la tabla se muestra cómo se distribuía el grado de calidad de las espirometrías con las variables estudiadas: los técnicos con más de 3 meses de experiencia realizaban las maniobras más aceptables ( $p = 0,001$ ). Aunque no hubo diferencias con respecto al grado de calidad entre enfermeros y TCAE, si encontramos que los enfermeros con > 3 meses de experiencia obtenían con más frecuencia espirometrías con grado de calidad A o B ( $p = 0,03$ ), que las TCAE con > 3 meses de experiencia.

	Grado de calidad A-B		Grado de calidad no A-B		P
	N	%	N	%	
Técnico + 3 meses	335	41,6 %	470	58,4%	
Técnico - 3 meses	136	32,8%	279	67,2%	<0,05
Enfermero TCAE	284	41,2%	406	58,8%	
188	35,5%	342	64,5%	NS	
Buena colaboración Mala colaboración	457	44,4%	573	55,6%	
14	7,4%	176	92,6%	<0,05	
Espirometrías previas No espirometrías previas	395	40,7%	574	59,3%	
76	30,3%	175	69,7%	<0,05	
Espirómetro Fleish Espirómetro Lilly Espirómetro ultrasonidos	386	37,3%	647	62,7%	
25	25,3%	74	74,7%		
61	69,3%	27	30,7%	<0,05	

Tabla 1. Comunicación 91. Grado de calidad de las espirometrías con las variables estudiadas.

**Conclusiones:** 1. Solo el 40% de nuestras espirometrías tienen un grado de calidad aceptable. 2. La colaboración del paciente, el haber realizado espirometrías previas y el tipo de espirómetro utilizado influyen en el grado de calidad de nuestras espirometrías. 3. El tiempo de experiencia de los técnicos que realizan las pruebas es más determinante para obtener espirometrías de buena calidad que el tipo de técnico que las realiza.

## 370. CAMBIO DE LA FRECUENCIA DE PULSO DURANTE LA PRUEBA DE MARCHA DE 6 MINUTOS: SU ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD EN FUMADORES CON/SIN EPOC

Jose Pablo Cubero Marin<sup>1</sup>, Raquel Langarita Labella<sup>1</sup>, Laura Hernando Zaborras<sup>2</sup>, Ana Victoria Gil Gómez<sup>1</sup>, Aura Maldonado Guaje<sup>1</sup>, Laura Martín Biel<sup>2</sup>, María Aguado Agudo<sup>2</sup>, Sergio Alarcón Sisamón<sup>2</sup>, Jorge Rodríguez Sanz<sup>2</sup>, Marian Andion García Barrecheguren<sup>2</sup>, Patricia Royo Tolosana<sup>2</sup>, Elisabeth Vera Solsona<sup>2</sup>, David Sanz Rubio<sup>1</sup> y Jose María Marín Trigo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>IIS Aragón, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España. <sup>3</sup>IIS Aragón, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción:** El valor predictivo de mortalidad de la prueba de marcha de 6 minutos (PM6M) ha sido ampliamente descrito en pacientes con EPOC. El objetivo de este trabajo es evaluar si la respuesta de la frecuencia de pulso (FP) al final de la PM6M añade valor predictivo en fumadores sin/con EPOC.

**Material y métodos:** La población a estudio incluye 457 participantes (246 fumadores con EPOC y 211 fumadores sin EPOC) del Hospital Miguel Servet incluidos en la Cohorte Internacional BODE (Celli *et al*, NEJM 2004). Además de anamnesis completa y de otras pruebas, en todos los sujetos se completó, durante la visita de reclutamiento, espirometría, y PM6M, siendo esta prueba recogida mediante pulsioxímetro colocado en el sujeto. En el presente análisis se han evaluado resultados de salud tras un seguimiento mínimo de 10 años y se registraron documentalmente *exitus* y sus causas. El cambio de FP al final de la prueba de marcha se expresó en porcentaje de incremento respecto a la FP inicial.

**Resultados:** Las principales características de los grupos están en la tabla 1. En el grupo de pacientes con EPOC, 135 (55%) fallecieron, mientras que fueron 42 (20%) entre los fumadores sin EPOC. Los fallecidos tenían mayor edad, menor FEV1 y recorrieron un menor número de metros en la PM6M. Los sujetos que fallecieron mostraron cambios de la FP inferiores a los no fallecidos: 17 vs.  $19,8 \pm 18,4$  en el caso de los EPOC y  $15,4 \pm 16,7$  vs.  $27,4 \pm 23$  ( $p < 0,001$ ) en fumadores sin EPOC. Para el conjunto de la cohorte, un menor cambio de la FP resultó predictiva de mortalidad por todas las causas en un modelo de regresión múltiple ajustado por edad, índice de masa corporal y FEV1 post (*odds ratio* -OR- -1,02, intervalo de confianza al 95%: -1,01 a -1,02,  $p = 0,007$ ). Este valor predictivo independiente se mantuvo en el subgrupo de fumadores sin EPOC (OR = -1,02, IC95% -1,00 - -1,04,  $p = 0,006$ ), pero no en fumadores con EPOC. Sustituyendo cambio de FP por distancia recorrida, esta última variable mostró asociación independiente con mortalidad. (OR = -1,00, IC95% -1,01 - -1,00,  $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** En pacientes fumadores sin EPOC el cambio de FP en la PM6M resulta predictora de *exitus*. Sin embargo, en fumadores con la distancia recorrida y no el incremento de FP resulta predictora de mortalidad.

Cohorte completa	EPOC		FUMADORES	
	VIVOS	EXITUS	VIVOS	EXITUS
N (%)	457	111 (45,2%)	135 (54,8%)	169 (80%)
Edad, años	66,9±10,3	67,7±7,4	73,5±7,58**	60,3±10,4
IMC, Kg/m <sup>2</sup>	28,4±5,55	28,3±5,03	27,35,31	29,2±5,65
FEV <sub>1</sub> , %	73,3±23,1	63,3±17,3	57,5±21,3*	89±15,5
Distancia, metros	422±118	418±70,6	338±109**	493±107
Acúmulo tabaco, paq/año	54±30	59,6±32,6	65,2±33,1	41,6±22,4
Incremento FP Δ, %	16,2±14,16	19,8±18,4	17±17,2	27,4±23
Δ FP/100 metros, %/m	3,8	4,8	5,0	5,5
*p<0,05 **p<0,01				

Tabla 1. Comunicación 370.

## 919. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN AFECTADA POR EL VOLCÁN DE TAJOGAITE RECLUTADA EN EL PROYECTO ASHES

**David Díaz Pérez**<sup>1</sup>, Alberto Ruano Ravina<sup>2</sup>, Ciro Casanova Macario<sup>1</sup>, M. Valle Velasco González<sup>3</sup>, Germán Peces Barba<sup>4</sup>, Esther Barreiro Portela<sup>5</sup>, Carmen Diego Roza<sup>6</sup>, Cristina Martínez González<sup>7</sup>, Orlando Acosta Fernández<sup>8</sup>, Xavier Muñoz<sup>8</sup>, María Jesús Cruz Carmona<sup>8</sup>, María Molina Molina<sup>9</sup>, Cristina Candal Pedreira<sup>10</sup>, Judith García Aymerich<sup>11</sup>, Francisco Javier Sánchez Íñigo<sup>12</sup> y Argelia Castaño<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>2</sup>Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, España. <sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. <sup>5</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España. <sup>6</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España. <sup>7</sup>Instituto de Investigación en Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España. <sup>8</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>9</sup>Bellvitge University Teaching Hospital, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>10</sup>Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. <sup>11</sup>ISGlobal, Barcelona, España. <sup>12</sup>Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

**Introducción:** El proyecto ASHES tiene como objetivo valorar el efecto a corto, medio y largo plazo que la exposición a los gases y cenizas procedentes de la erupción volcánica podría tener en la salud respiratoria a través de un estudio multidiseño, con un diseño de cohortes ambispectivo y estudio cuasiexperimental pre-post en población de la isla de la Palma. Objetivo: explorar las características de la población reclutada hasta el día 29 de noviembre pertenecientes al grupo 2 del proyecto ASHES.

n:105		
<b>Sexo</b>	63% mujeres	
<b>Edad</b>	49 años (DE±13)	
<b>Nivel de estudios</b>	Primarios	23%
	Secundarios	54%
	Universitarios	23%
<b>Tabaquismo</b>	Fumador	19%
	Ex fumador	27%
	No fumador	54%
<b>Municipio de residencia</b>	El Paso	36%
	Los Llanos de Aridane	35%
	Tazacorte	29%
<b>FENO</b>	31.6 ppb (DS ±27)	
<b>FEV1 (%) basal</b>	99% (DS±12)	
<b>FVC (%) basal</b>	103% (DS±11)	
<b>FEV1/FVC</b>	76 (DS±8)	
<b>DLCO (%)</b>	106% (DS±15)	
<b>SARS-CoV2</b>	38% (5% de ingreso)	
<b>Comorbilidades</b>	73% manifiesta patología crónica previa no respiratoria	

Tabla 1. Comunicación 919. Características generales.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal donde se describen las características de la población incluida en el grupo 2 (población que residía en zonas de elevada exposición durante la erupción volcánica) del Proyecto ASHES desde el 3 de octubre hasta 29 de noviembre. Se realizaron PFR (espirometría, FENO, DLCO) y se recogió información sobre determinantes sociales estructurales y otras variables cuantitativas y cualitativas (dicotómicas y politómicas) a través

de cuestionarios y entrevista, que recogían información sobre el estado de salud de los sujetos, comportamiento y cambios durante la erupción y la presencia de síntomas de agravamiento del estado de salud. Las variables de distribución continua se muestra como media ± desviación típica. Para las variables categóricas utilizamos frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis se realizó con Jamovi V2.3.

**Resultados:** Se reclutaron a 105 personas en el grupo 2 del Proyecto ASHES. En la tabla 1 se pueden ver las características principales. El 17% de los sujetos presentaban  $FEV1/FVC < 0,7$  en espirometría basal, tras PBD mantenían esta alteración el 55,5% de los sujetos. El 15,4% de los pacientes tiene FENO > 40 ppb, solo 2 sujetos coinciden en esta situación y espirometría pos-BD obstructiva. El 3,8% de los sujetos presenta alteración en la DLCO, pero sin presentar alteración de la espirometría. El 40% de los sujetos demandó atención sanitaria durante la erupción y el 71% lo hizo tras la erupción por presentar síntomas de agravamiento (tabla 2). El 3,8% de los sujetos estuvo autoconfinada en su domicilio durante los días de la erupción y el 73% de los sujetos indicaron que estuvieron menos tiempo "en la calle". Solo el 50% de los sujetos utilizaron mascarilla siempre.

	Durante la erupción	Tras la erupción
<b>Tos o aumento de tos habitual</b>	52%	29%
<b>Dificultad para respirar</b>	46%	25%
<b>Oppresión en el pecho</b>	36.5%	27%
<b>Congestión nasal</b>	48%	28.8%
<b>Picor/escozor de garganta</b>	63.4%	42%
<b>Picor/escozor de ojos</b>	86.5%	63.4%

Tabla 2. Comunicación 919. Síntomas de empeoramiento manifestado por los sujetos. <sup>v</sup>

**Conclusiones:** Los datos obtenidos hasta el momento nos muestra un grupo de población con alteración funcional respiratoria sin patología previa respiratoria muy elevada, pero no podemos afirmar que el factor causal de estas alteraciones sea la erupción volcánica.

## 676. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE T2 CON CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO: BÚSQUEDA DE MEJORAS ASISTENCIALES

**David Díaz Pérez**, Inmaculada Plasencia García, Irene de Lorenzo García, Irene Jiménez Ormazabal, Elena Martín Ruiz de la Rosa, Javier Hernández González y Jenifer González Chávez

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

**Introducción:** Objetivo: explorar los motivos y características de los pacientes con asma grave a los que se les ha cambiado el tratamiento biológico en una Unidad de Asma Grave multidisciplinar de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de la población con asma grave tipo T2 en las que se realizó cambios de tratamiento biológico en un periodo comprendido entre el 2016 y 2022. de la Unidad de Asma Grave multidisciplinar del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Tenerife). Las variables de distribución continua se muestran como

	Efectos adversos	Falta de respuesta	Estabilidad clínica (conllevo suspensión de tratamiento biológico)	Optimizar tratamiento
<b>Omalizumab</b>	28.6%		50%	62.5%
<b>Mepolizumab</b>	28.6%	10%	50%	
<b>Benralizumab</b>	28.6%	20%		
<b>Reslizumab</b>	14.3%			

Tabla 1. Comunicación 676. Causas de cambio de tratamiento recogidas por cada tratamiento biológico.

	Inicio	6 meses	12 meses	
<b>FEV1(%)</b>	68.55% (DS±23.68%)	52.50% (DS±30.41%)	66.73 (DS±31.46%)	p>0.05
<b>Exacerbaciones (x año)</b>	3.63	0	1.82	P<0.05
<b>OCS</b>	27.7% Ciclos 66.6% Mantenimiento 33.3%			

Tabla 2. Comunicación 676. FEV1 exacerbaciones y consumo de OCS.

media ± desviación típica. Para las variables categóricas utilizamos frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó el paquete estadístico Jamovi v4.3.

**Resultados:** Se recopilaron datos de 65 pacientes, el 78,5% eran mujeres con una edad media de 48 años (DE ± 12 años). El tratamiento biológico indicado en la muestra fue de: 55,4% omalizumab, 21,5% mepolizumab, 20% benralizumab y 3,1% reslizumab. La duración del tratamiento media fue de 973 días (DE ± 750 días). Las causas que justificaron un cambio de tratamiento fueron: 61,5% cambio de tratamiento (optimización) (todos los pacientes recogidos en este punto estaban con omalizumab), efectos secundarios 10,8%, falta de respuesta 15,4%. En la tabla 1 se recogen las causas de cambio de tratamiento por cada fármaco. El ACT medio al inicio del tratamiento fue de 10,26 (DE ± 3,59), en el momento de iniciar el modo de autoadministración 15,33 (DE ± 4,41) (p < 0,05) y a los 6 meses del inicio del tratamiento 13,92 (DE ± 5,33) (p > 0,05 respecto a dato anterior). Los valores del FEV1 y el número de exacerbaciones, así como otras características de las muestras están descritas en la tabla 2. Los pacientes con suspensión de tratamiento por efectos secundarios han estado con tratamiento una media de 298 días (DE ± 283 días) frente a los 1.073 días (DS+978 días) de retirada justificada por falta de respuesta (p < 0,001). El 100% (n:7) y el 60% (n:6) en los que se justificó el cambio de tratamiento por efectos adversos y falta de respuesta estaban en modo de autoadministración.

**Conclusiones:** Se deben establecer estrategias conjuntas dentro del equipo asistencial de los pacientes con tratamiento biológico para intensificar el seguimiento en modalidades de autoadministración. Este estudio presenta limitaciones: el número escaso de pacientes de la muestra, así como el alto % de cambios justificados en la optimización del tratamiento.

#### 734. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL CON DIAGNÓSTICO DE “BRONCOESPASMO”

**Cristina Falcón Falcón**<sup>1</sup>, Javier Hernández Velloso<sup>1</sup>, Sabina Miranda Valladares<sup>1</sup>, Javier Hernández González<sup>1</sup>, Ricardo José Pinto Plasencia<sup>2</sup>, Inmaculada Plasencia García<sup>1</sup> y David Díaz Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, España.

**Introducción:** Objetivo: Explorar las características de las personas que acuden al servicio de urgencias de un hospital del tercer nivel con diagnóstico de “broncoespasmo” e identificar factores de riesgo asociados la no adhesión terapéutica al alta.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recopilan los datos a través de un listado facilitado por el servicio de admisión de un hospital de tercer nivel, con los pacientes que han acudido por broncoespasmo al servicio entre abril y mayo de 2022. Se accede a la historia clínica, se crea una base de datos codificada y se recopilan varios ítems: sexo, edad, diagnóstico conocido de asma, hábito tabáquico, comorbilidades asociadas al asma, tratamiento con corticoides orales. Las variables de distribución continua se muestran como media ± desviación típica. Para las variables categóricas utilizamos frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó el paquete estadístico Jamovi v2.3.

	n:99	
<b>Edad</b>	51,8 años (DE±21,4)	57,9 años (DE± 21,4) mujeres
	(DE±21,6)	43,6 años (DE± 19,3) hombres
<b>Sexo</b>	57% mujeres	
	43% hombres	
<b>Procedencia</b>	Iniciativa propia	66.7%
	Derivación de AP	22.2%
	Otros	11.1%
<b>Destino al alta de urgencias</b>	Domicilio	87%
	Ingreso	13%
<b>Diagnóstico previo de asma</b>	53.4%	
<b>Consumo de corticoides</b>	238 mg (DE±424)	Mediana 150 mg
	Mujeres	231 mg
	Hombres	248 mg
<b>Tratamiento al alta en receta electrónica</b>	Si	73%
	No	27%
<b>Correcta retirada de fármaco en oficina de farmacia</b>	62.7%	
<b>Tabaquismo</b>	Fumador activo	32%
	Exfumador	16%
	Nunca fumador	52%

Tabla 1. Comunicación 734. Características principales.

**Resultados:** El número de pacientes incluidos es de 99 personas. Las características de la muestra se describen en la tabla. Se han encontrado un consumo mayor de corticoides orales en hombres, en pacientes con diagnóstico previo de asma, en pacientes con tratamiento de mantenimiento, con correcta retirada de fármacos en la farmacia comunitaria y en pacientes fumadores ( $p > 0,005$ ). Si existen diferencias significativas entre el número de visitas a urgencias y el consumo de corticoides orales ( $p < 0,005$ ) y una R de Pearson de 0,294 (fig.). En relación con la retirada de fármacos en la oficina de farmacia tras prescripción en el servicio de urgencias, encontramos diferencias significativas ( $p < 0,004$ ) entre las personas con diagnóstico previo de asma frente a las que no tienen diagnóstico de asma, 48,8 vs. 81,3 respectivamente. De las 99 personas estudiadas el 10% tiene consumos de corticoides orales superiores a 500 mg, la mayoría mujeres y con diagnóstico previo de asma, pero sin seguimiento por el servicio de neumología o Unidad de Asma Grave multidisciplinar.

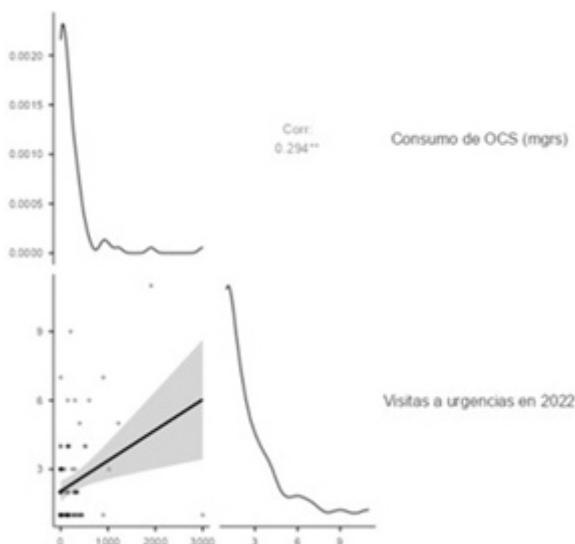


Figura 1. Comunicación 734. Correlación entre visitas a urgencias y consumo de corticoides orales.

**Conclusiones:** La búsqueda activa de pacientes que acuden a urgencias con un diagnóstico de “broncoespasmo”, es una estrategia eficaz para identificar pacientes que pueden ser derivados a unidades más especializadas. Además, se pueden identificar los niveles de no adhesión al tratamiento de mantenimiento así como del tratamiento prescrito por parte de los servicios de urgencias, estableciendo intervenciones correctoras que mejoren las necesidades y salud de los pacientes.

## 808. CIRCUITO DE ALTA RESOLUCIÓN: SOSPECHA CÁNCER DE PULMÓN. OBJETIVO: 30 DÍAS

Beatriz González Vesga

Hospital de Galdakao, Galdakao, España.

**Introducción:** El circuito de alta resolución para pacientes con sospecha de cáncer de pulmón tiene como fin, reducir tiempos de diagnóstico y tratamiento, asegurando una correcta información sobre el proceso. El objetivo sería la presentación de los casos en el comité de tumores, en 30 días. Tras aplicar medidas de agilización en las citas y procedimientos que dependen de la consulta de Neumología, se revisa la validez y suficiencia de las mismas y se estudian las causas que pueden impedir la consecución del objetivo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y comparativo de los pacientes incluidos en el circuito en los años 2020 y 2021, valorando

la demora en la realización de consultas y pruebas diagnósticas, la efectividad de las técnicas para obtención de material histológico y el tiempo necesario para la presentación en el comité de tumores. Datos recogidos de la historia clínica electrónica.

**Resultados:** Incremento 26% pacientes incorporados al circuito. Se mantienen o rebajan todos los tiempos de realización de citas y procedimientos que dependen de la consulta de Neumología. Se incrementa la demora en realización de PET y punciones dependientes de radiología intervencionista. Aumento de 4% en la efectividad de técnicas obtención material histológico. Tiempo medio de presentación comité de tumores fue de 29,86 en 2020 y 28,13 en el 2021. Incremento del 57 al 65 el% de pacientes presentados en el comité en 30 días. Causas de demora en el 35% restante: 31-45 días: 75% demora pruebas de imagen; 25% demora pruebas diagnósticas; 46-60 días: 40% demora pruebas de imagen más demora pruebas diagnósticas; 50% necesidad de más de una prueba diagnóstica; > 61 días: 80% necesidad de más de una prueba diagnóstica más otras pruebas complementarias. 20% otras causas.

**Conclusiones:** Las medidas implementadas son válidas ya que consiguen rebajar o mantener los tiempos de realización de citas y procedimientos dependientes del servicio de Neumología. Son medidas limitadas ya que se establecen de forma coyuntural para atender la creciente demanda y no con una ampliación estructural de la consulta. La disminución en el tiempo de presentación en el comité de tumores no se puede atribuir solo a estas medidas, hay que tener en cuenta el aumento en la efectividad de técnicas diagnósticas. Las medidas de agilización son válidas pero no suficientes. Para conseguir el objetivo sería necesario el consenso y mayor implicación del resto de servicios que intervienen en el proceso.

## 829. CONSOLIDACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS. EXPERIENCIA DE 18 AÑOS EN LA UCIR DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ DE MADRID

Rebeca Armenta Fernández,

Maria Teresa Gómez del Pulgar Murcia, Ángeles Cuadra Alonso, Esther Gamella Álvarez, Sandra Pelicano Vizuete, Alba Naya Prieto y Sarah Heili Frades

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

**Introducción:** Modalidades como el alto flujo (AF) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica o hipercápnica, así como nuevas aproximaciones al destete difícil de pacientes en ventilación mecánica invasiva traqueostomizados con su elevada complejidad, manejados en unidades costo-eficientes, son fruto de la investigación en ventilación artificial con la intención de reducir la mortalidad de los pacientes. Nuestra unidad con una dilatada experiencia de 18 años refleja en su evolución los cambios que se están produciendo.

**Material y métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo del número de ingresos en la unidad durante los últimos 18 años y su mortalidad asociada, incluyendo la pandemia por SARS-CoV-2. Asimismo se ha analizado la prevalencia de la ventilación no invasiva (VNI) y el AF, así como la tasa de traqueotomizados y el procedimiento de destete.

**Resultados:** La tasa de ingreso ha tenido un crecimiento exponencial debido a la pandemia por SARS-CoV-2 y la alta complejidad del paciente para estar en una sala de hospitalización convencional. Se produce un aumento en la dotación de personal y camas, llegando a alcanzar 800 pacientes anuales durante la pandemia frente a 332 pacientes al año en condiciones normales, previas a dicha situación. La mortalidad se estabilizó en un 6% antes de la pandemia, alcanzando hasta 13% en la primera ola COVID, retornando a un 8% desde la segunda ola. De los pacientes ingresados en UCIR, un 78,6%

están en soporte respiratorio (VNI, AF, CPAP) siendo la supervivencia de este grupo del 94,4%. La terapia de AF ya sufrió un incremento del 22% en los últimos años, previos a la pandemia, objetivándose una mejor tolerancia en este tipo de terapia con respecto al resto de soportes respiratorios. Un 21,3% de nuestros pacientes son destetes complejos, siendo clave la decanulación en anillo traqueal en el 93% de los casos. Además se ha puesto en marcha, un programa de seguimiento de VNI domiciliaria, en la que se incluirían pacientes tras agudización, ya con terapia crónica, o decanulados en la unidad con indicación de dicha terapia.

**Conclusiones:** Se están produciendo grandes cambios e innovaciones en las unidades de cuidados intermedios, entre ellos la terapia a través de alto flujo, que parecen estar reduciendo muy significativamente la mortalidad. La enfermería especializada de estas unidades debe así estar en constante evolución siendo necesaria la formación continuada para poder adaptarse a un entorno tan cambiante.

### 153. CONTROL MICROBIOLÓGICO EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS

**Elena Borobia Irache, Ana Cristina Aguelo Velilla, Cristina Aznar Aznar, Beatriz Herrero Cortina, Xunxiao Lin, Marta Martin Lana, Ana García Esteban y Alfonso Pérez Trullén**

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

#### ANEXO I

Listado de pacientes a los que se había realizado exploración endoscópica con el FB contaminado desde el último cultivo microbiológico negativo.

Pacientes	Sexo	Edad	Diagnóstico clínico	Fecha Broncoscopia	Ubicación	Muestra para Micro	Resultado Aspirado bronquial	Evolución
A	H	27	Atelectasia lobar Aspirado secreciones	3/10/2018	UCI	Si	S. Aureus, S. Maltophilia	TCE
B	H	74	Masa pulmonar	17/10/2018	Sala Broncoscopias	No		Cáncer pulmonar Exitus
C	H	64	Atelectasia pulmonar	22/10/2018	UCI	Si	Pseudomonas	Absceso subfrénico
D	H	59	Coágulos vía aérea	26/10/2018	UCI	No		Shock séptico Absceso pulmonar
E	H	68	Atelectasia	30/10/2018	UCI	Si	E. Coli	Masa pulmonar Exitus
F	M	73	Neumonía tórpida	31/10/2018	UCI	Si	C. Albicans	Bronconeumonía mala evolución
D	H	59	Atelectasia	5/11/2018	UCI	Si	Pseudomonas	Shock séptico Absceso pulmonar
G	H	58	Nódulo pulmonar	7/11/2018	Sala Broncoscopias	No		Nódulo pulmonar
D	H	59	Atelectasia	8/11/2018	UCI	Si	Negativo (9/11/18)	Shock séptico Absceso pulmonar

UCI, unidad de cuidados intensivos; TCE, traumatismo craneoencefálico.

Tabla 1. Comunicación 153.

una exploración utilizando ese FB durante el último mes (02-10-2018). Las características sociodemográficas y clínicas se describen en la tabla. En las muestras de aspirado bronquial de dos pacientes se identificó la presencia de *Pseudomonas*, ambos procedimientos realizados en la UCI. Uno de los pacientes había sido ya dado de alta hospitalaria, mientras que el otro paciente continuaba en UCI; se informó a su intensivista responsable de la posibilidad de falso positivo por contaminación de muestra por FB o posibilidad de transmisión nosocomial. El paciente ya estaba recibiendo antibioterapia dirigida.

**Conclusiones:** Se debería establecer un protocolo más exhaustivo de control microbiológico y establecer estrategias de limpieza y desinfección más rigurosas, para evitar posibles contaminaciones y/o transmisión de infecciones nosocomiales.

## 87. CORRELACIÓN ASMA PERSISTENTE Y ANSIEDAD DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL COMARCAL DEL BIDASOA

**Sonia Mera Cordero**, María Cabero Domínguez, Nerea Maillo Carpintero, Maider Altuna Getaria, Emiliano Briceño Meléndez, Yoana Lázaro Salazar e Itxaso Sayago Reza

Hospital Bidasoa, Hondarribia, España.

**Introducción:** Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia mayor de ciertos trastornos mentales en la población de personas con asma que la que se encuentra en la población general. En las consultas de neumología, en nuestra práctica clínica se usan las escalas de control del asma, sin embargo, no se utilizan las escalas para determinar el grado de ansiedad-depresión de estos pacientes. Los objetivos son: medir el grado de ansiedad y depresión de los pacientes asma persistente y valorar la correlación entre el control del asma y el grado de ansiedad-depresión en el Hospital Comarcal del Bidasoa.

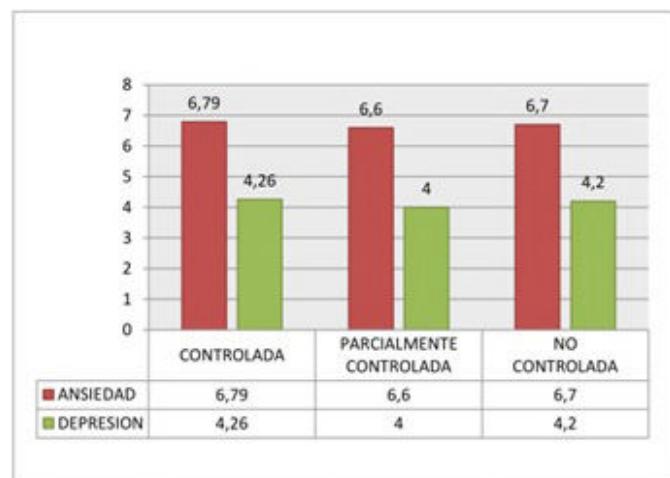


Figura 1. Comunicación 87. Correlación control del asma persistente Ansiedad-depresión.

**Material y métodos:** Período de inclusión: 01/07/2022-30/09/2022. Se realiza un estudio prospectivo a todos los pacientes con Asma persistente, según guía GEMA 5.2. Las escalas que fueron autocumplimentadas por todos los pacientes, antes de entrar en la consulta son: 1. Asthma Control Test (ACT): Consistente en 5 preguntas en relación a síntomas de asma y utilización de medicación asmática en las 4 semanas, señalando en cada casillero de pregunta la respuesta numérica correspondiente a una escala que oscila desde 1 (peor situación)-5 (mejor situación), por lo que el rango de puntuación total oscila de 5-25. Se estableció el grado del control del asma: Asma controlada:  $\geq 21$  puntos; \*Asma parcialmente controlada: 19-20 puntos;

\*Asma no controlada:  $\leq 18$  puntos; 2. Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HADS): Está compuesta por dos subescalas: Ansiedad y Depresión, cada una con siete ítems. La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21, ya que cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta, que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3. La interpretación es:  $\leq 7$ : Normal; 8-10: Dudosos;  $\geq 11$ : Problema clínico.

**Resultados:** Se incluyen 102 pacientes. Edad media 55 años. 30 hombres, 72 mujeres. Asma persistente: 23 controladas; 28 parcialmente controladas; 51 no controladas.

**Conclusiones:** Los pacientes con asma persistente presentan más síntomas de ansiedad que de depresión sin llegar a ser un caso clínico. No hemos encontrado una correlación entre el control de asma y los niveles de ansiedad y depresión. Sin embargo, en nuestra opinión, consideramos una herramienta útil para detectar dichos síntomas y aplicar medidas terapéuticas necesarias en cada caso.

## 668. CUIDADOS EN EL PACIENTE EPOC

**Itziar Atxutegi Cárdenas**, Miren Arantza Burzako Pérez, Urko Aguirre Larrañeta, Yolanda López Puente, Jone Toral Andrés, Iñaki Hernández Muriel y Cristóbal Esteban González

Hospital de Galdakao-Usánsolo, Usánsolo, España.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar crónica, progresiva, prevenible y tratable que afecta a hombres y mujeres. El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente. Permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores y mejora la práctica enfermera asumiendo recomendaciones basadas en evidencia sobre la base del conocimiento científico.

	Predicción de mortalidad a 1 año	
	OR (95% CI)	p-valor
<b>Sexo</b>		
Hombre	1.17 (1.10, 1.26)	<0.001
Mujer	Referencia	
<b>Edad</b>		
<50	0.97 (0.88, 1.07)	0.59
50-65	Referencia	
65-75	1.23 (1.02, 1.54)	0.02
75-80	1.45 (1.24, 1.58)	<0.001
=80	3.18 (2.92, 3.64)	<0.001
<b>Código de Estratificación</b>		
1	1.82 (1.57, 2.11)	<0.001
2	1.07 (1.02, 1.14)	<0.001
3	0.85 (0.75, 0.96)	0.02
4	Referencia	
<b>Residenciado actualmente: Sí vs No</b>	2.22 (1.74, 2.94)	<0.001
<b>Nº de alertas</b>		
0	Referencia	
1	1.55 (1.34, 1.57)	<0.001
2	1.78 (1.75, 2.17)	<0.001
=3	1.89 (1.64, 2.19)	<0.001
<b>Comorbilidades</b>		
PPP: Sí vs No	1.59 (1.33, 1.90)	<0.001
<b>AUC</b>	0.72	

Tabla 1. Comunicación 668. Modelo multivariante de riesgo de mortalidad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes EPOC según código CIE anterior a 1/1/2021, que hayan ingresado en nuestro centro hospitalario entre el 1/1/2021 y hasta el 30/6/2021 en base a la metodología NANDA, NIC, NOC. La extracción de la información del programa corporativo de cuidados de enfermería se obtuvo con Oracle Analytics Server®. Se utilizaron la media y desviación estándar para valores continuos; frecuencias y porcentajes para valores categóricas. Se desarrollaron modelos de regresión logística para la predicción de mortalidad a dos años. Se evaluó el área bajo la curva ROC (AUC), siendo un valor  $> 0,7$  una discriminación aceptable. Se utilizó el programa SAS System v9.4.

(27,56%), de la movilidad física 10,24%, de la integridad cutánea un 9,75%. Los riesgos más destacables son de infección 39,58%, de úlcera por presión 6,56%, de caídas 9,19%.

**Conclusiones:** Los profesionales de enfermería realizan intervenciones encaminadas a cuidar al paciente con EPOC en diversos ámbitos y en condiciones muy distintas. Las intervenciones basadas en la metodología NANDA-NIC-NOC permiten disminuir la variabilidad de la práctica y ofrecer al personal de enfermería una herramienta en su práctica asistencial para la implementación de intervenciones que precise un paciente con EPOC.

## 205. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RESPIRATORIOS: VALIDACIÓN DE INTERRELACIONES NANDA-NOC Y NIC

Yolanda Martín Vaquero<sup>1</sup>, Almudena Alameda Cuesta<sup>2</sup>, Cristina Oter Quintana<sup>3</sup>, M<sup>3</sup> Gema Cid Exposito<sup>2</sup>, Ana Isabel Parro Moreno<sup>3</sup> y Ángel Martín García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gerencia de Asistencia Sanitaria Zamora, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España. <sup>2</sup>Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. <sup>3</sup>Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. <sup>4</sup>Centro de Salud San Blas. Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial Atención Primaria, Madrid, España.

**Introducción:** Los lenguajes enfermeros estandarizados son herramientas fundamentales para garantizar cuidados de calidad y evaluar resultados en salud. Objetivo: validar las interrelaciones entre 3 diagnósticos enfermeros (DE) respiratorios NANDA-I, en su versión incluida en una base de datos clínica (Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031), Patrón respiratorio ineficaz (00032) y Disminución de la tolerancia a la actividad (00298)), 6 resultados enfermeros NOC y 7 intervenciones enfermeras NIC. Los DE son de la base de datos clínica (RPI M-008084/2016). Este trabajo forma parte del estudio Validación de una base de datos clínica para planificación de cuidados enfermeros, financiado por la Conferencia Nacional de Decanos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, multicéntrico, nacional, de validación a través de expertos (método Fehring). Recogida de datos mediante cuestionario electrónico autoadministrado. El cuestionario NOC de enero a mayo 2021. El cuestionario NIC de septiembre 2021 a enero 2022 (fig. 1).

**Resultados:** Participaron 57 expertos (tasa de respuesta: 60%). 43 eran mujeres (75,4%). La edad media fue de 48,3 años (DE 6,6) y 27 desarrollaban actividad asistencial (47,4%). En el nivel diagnóstico-resultado enfermero NOC, se propusieron 9 interrelaciones, todas válidas (medias  $\geq 0,8$ ). Cada diagnóstico se relacionó con 3 resultados NOC. En el nivel característica definitoria (CD)-indicador NOC, se propusieron 25 interrelaciones, resultando todas válidas. 19 CD habían sido validadas como mayores en una fase anterior del estudio. De estas solo 2 no disponían de interrelación con ningún indicador NOC. Las tasas de cobertura globales de cada diagnóstico fueron del 100% (limpieza ineficaz de las vías aéreas) y del 80% (patrón respiratorio ineficaz y disminución de la tolerancia a la actividad). En el nivel diagnóstico-intervención enfermera NIC, se propusieron 10 interrelaciones, siendo todas válidas (media  $\geq 0,8$ ). Cada diagnóstico se relacionó con 3-4 intervenciones. (fig. 2).

**Conclusiones:** Las interrelaciones entre diagnósticos-resultados-intervenciones enfermeras alcanzan alto grado de validez y de tasas de cobertura en el caso de los resultados NOC. Para el 90% de las CD mayores de estos diagnósticos se ha validado una interrelación con algún indicador NOC. La utilidad clínica de esta investigación se encuentra en que los indicadores de resultado NOC permiten identificar y medir cambios en las CD críticas de los DE respiratorios, al tiempo que evaluar la efectividad de intervenciones enfermeras.

Diagnósticos	Hombre	Mujer	Total general
<b>Total general</b>	<b>66,33%</b>	<b>33,67%</b>	<b>100,00</b>
Deterioro del intercambio de gases	17,66%	9,90%	27,56
Deterioro de la movilidad física	6,51%	3,73%	10,24
Deterioro de la integridad cutánea	6,95%	2,80%	9,75
Déficit de autocuidado: baño	6,15%	3,49%	9,64
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	3,84%	2,36%	6,19
Gestión ineficaz de la salud	3,91%	1,58%	5,49
Dolor agudo	3,09%	1,32%	4,41
Deterioro de la comunicación verbal	2,32%	0,69%	3,01
Trastorno del patrón del sueño	1,77%	1,14%	2,91
Patrón respiratorio ineficaz	1,62%	0,75%	2,37
Déficit de autocuidado: alimentación	1,25%	0,75%	1,99
Hipertermia	1,40%	0,57%	1,97
Intolerancia a la actividad	1,17%	0,73%	1,90
Discomfort	1,05%	0,49%	1,53
Diarrea	0,67%	0,33%	1,00
Confusión aguda	0,73%	0,23%	0,96
Obesidad	0,54%	0,29%	0,82
Dolor crónico	0,58%	0,24%	0,82
Confusión crónica	0,46%	0,32%	0,78
Estreñimiento	0,42%	0,35%	0,77
Deterioro de la deglución	0,50%	0,19%	0,69
Perfusión tisular periférica ineficaz	0,51%	0,12%	0,63
Deterioro de la eliminación urinaria	0,40%	0,17%	0,58
Exceso de volumen de líquidos	0,41%	0,16%	0,58
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	0,37%	0,19%	0,57
Deterioro de la integridad tisular	0,40%	0,12%	0,52
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	0,32%	0,18%	0,50
Contaminación	0,34%	0,03%	0,36
Fatiga	0,23%	0,12%	0,35
Protección ineficaz	0,32%	0,04%	0,35
Motilidad gastrointestinal disfuncional*	0,12%	0,11%	0,23
Náuseas	0,09%	0,05%	0,13
Déficit de volumen de líquidos	0,07%	0,03%	0,10
Retención urinaria	0,06%	0,01%	0,07
Deterioro de la mucosa oral	0,03%	0,02%	0,05
Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cromestésica, gustativa, táctil, olfatoria)	0,04%	0,01%	0,05
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	0,01%	0,03%	0,04
Baja autoestima situacional	0,01%	0,02%	0,03

Tabla 2. Comunicación 668. Diagnósticos.

**Resultados:** La muestra fue de 9.153 pacientes: 5677 (61,95%) fueron hombres, edad media de 64,71 (DE: 18,73). En cuanto a la escala de estratificación, el 72,18% se situó en los niveles 2-3, y el 22,13% en el nivel 1. El 3,90% eran residenciados. Respecto a las alertas, el 70% tenía 0 o 1 alerta, el 16,15%, 2. La mortalidad fue de 2,83%. El modelo multivariante indicó que la edad, la estratificación, el ser residenciado o no y el número de alertas estuvieron relacionadas con la mortalidad. Al ingreso se evaluaron los dominios NANDA: actividad y reposo, eliminación e intercambio, nutrición, seguridad/protección, percepción/cognición y confort. Entre los diagnósticos destacan: el deterioro de intercambio de gases

DRE00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS							
NOC resultado	Media NOC	DE NOC	Resultado principal	Nº de CD con indicador relacionado	Nº de CD del diagnóstico	Tasa de cobertura parcial del resultado	Tasa de cobertura global del diagnóstico
[RES00410] [Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias]	0,97	0,12	Si	5	9	55,56%	100%
[RES00403] [Estado respiratorio: ventilación]	0,95	0,12	Si	3	9	33,33%	
[RES00415] [Estado respiratorio]	0,93	0,14	Si	1	9	11,11%	
NIC Intervención	Media NIC	DE NIC	Resultado principal				
[INT03140] Manejo de la vía aérea	0,99	0,08	Si				
[INT03390] Ayuda a la ventilación	0,90	0,19	Si				
[INT03350] Monitorización respiratoria	0,89	0,16	Si				

DRE00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ							
NOC resultado	Media NOC	DE NOC	Resultado principal	Nº de CD con indicador relacionado	Nº de CD del diagnóstico	Tasa de cobertura parcial del resultado	Tasa de cobertura global del diagnóstico
RES00403] Estado respiratorio: ventilación	0,98	0,07	Si	1	10	10,00%	80%
RES00415] Estado respiratorio	0,96	0,10	Si	6	10	60,00%	
RES00414] Estado cardiopulmonar	0,90	0,14	Si	1	10	10,00%	
NIC Intervención	Media NIC	DE NIC	Resultado principal				
[INT03180] Manejo de las vías aéreas artificiales	0,94	0,11	Si				
[INT03140] Manejo de la vía aérea	0,94	0,11	Si				
[INT03390] Ayuda a la ventilación	0,93	0,13	Si				

DRE00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD							
000298 DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD							
NOC resultado	Media NOC	DE NOC	Resultado principal	Nº de CD con indicador relacionado	Nº de CD del diagnóstico	Tasa de cobertura parcial del resultado	Tasa de cobertura global del diagnóstico
RES00005] Tolerancia a la actividad	0,97	0,09	Si	5	10	50,00%	80,00%
RES00007] Nivel de fatiga	0,95	0,11	Si	2	10	20,00%	
RES00415] Estado respiratorio	0,87	0,16	Si	1	10	10,00%	
NIC Intervención	Media NIC	DE NIC	Resultado principal				
[INT00180] Manejo de la energía	0,92	0,15	Si				
[INT05612] Enseñanza: ejercicio prescripto	0,87	0,18	Si				
[INT00200] Fomento del ejercicio	0,83	0,20	Si				

Figura 1. Comunicación 205. Resultados.

<b>Participantes:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras/os, seleccionadas según criterios de Quatrini y cols.</li> <li>El reclutamiento se llevó a cabo mediante la técnica de bolo en leche, realizando inicialmente un muestreo por conveniencia, seguido de un muestreo intencional, para alcanzar la máxima cobertura geográfica e incluir profesionales de perfil asistencial, docente/investigador, y gestor</li> </ul>
<b>Variables sociodemográficas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad, Sexo, Comunidad Autónoma, Nivel académico, Puesto de trabajo, años de experiencia clínica y/o docente.</li> <li>Publicaciones científicas en metodología y/o lenguajes enfermeros</li> <li>Participación en proyectos de investigación sobre metodología y/o lenguajes enfermeros.</li> </ul> <p>Estos datos también se utilizaron para confirmar que todas las personas participantes cumplían los criterios de experto establecidos</p>
<b>Variables dependientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Congruencia entre las definiciones de resultado y diagnóstico: "1-nada congruente" a "5-muy congruente"</li> <li>Grado en el que cada indicador de resultado permite medir los cambios en una característica definitoria (CD)</li> <li>"1-no permite medirlos" a "5-permite medirlos perfectamente"</li> </ul>
<b>Recogida de datos</b>	<p>• Cuestionario electrónico autoadministrado, diseñado con la herramienta LimeSurvey®.</p> <p>• Tras un pilotaje con 15 expertos, se modificaron algunos aspectos de formato del cuestionario.</p> <p>Recogida de datos:</p> <p>Cuestionario NOC: enero - mayo de 2021.</p> <p>Cuestionario NIC: septiembre 2021 a enero 2022</p>
<b>Ánalisis: características sociodemográficas y profesionales de los participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se describieron utilizando frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.</li> </ul>
<b>Ánalisis: interrelaciones entre diagnóstico y resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se asignó a cada punto de la escala Likert la siguiente equivalencia: 1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75 y 5=1, calculando las puntuaciones medias para cada interrelación entre diagnóstico y resultado, y entre CD e indicador.</li> <li>Para las interrelaciones entre diagnóstico y resultado, si la media fue <math>\geq 0,8</math>, se consideró que el resultado era principal para ese diagnóstico; si la media fue <math>&lt;0,8</math> pero <math>&gt;0,5</math>, se consideró como resultado complementario; si <math>\leq 0,5</math>, se consideró que la interrelación no era válida.</li> <li>En las interrelaciones entre CD e indicador, si la media fue <math>\geq 0,5</math>, se consideró que la interrelación no era válida.</li> <li>Se calcularon las tasas de cobertura de las interrelaciones (global, para cada diagnóstico, y parciales, para cada resultado), es decir, la proporción de CD de cada diagnóstico con interrelación a algún indicador NOC, respecto al número total de CD de ese diagnóstico.</li> <li>Ánalisis de la interrelación entre diagnóstico e intervenciones: se procede de forma similar.</li> </ul>
<b>Consideraciones éticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos, y todas las personas participantes dieron su consentimiento informado. Se garantizó el anonimato durante el proceso de recogida y análisis de datos.</li> </ul> <p>Las personas firmantes de este trabajo no tienen ningún conflicto de interés que ponga en duda los resultados que aquí se muestran.</p>

Figura 2. Comunicación 205. Material y métodos.

## 219. DISFUNCIÓN OLFACTORIA EN PACIENTES RESPIRATORIOS CRÓNICOS CON COVID-19

Marta Sánchez Zaballos y Enrique Prendes González

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

**Introducción:** La frecuencia y gravedad de las disfunciones olfatorias se han asociado a la infección por SARS-CoV-2 desde las primeras descripciones del virus. Sin embargo, a pesar de que este último cursa principalmente con afectación pulmonar, no se ha analizado en profundidad la existencia de determinadas entidades en pacientes con comorbilidad respiratoria previa. El objetivo es conocer la relación de disfunción olfatoria en pacientes con enfermedad crónica respiratoria.

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica en las bases de datos EMBASE, Cinhal, Medline a través de Pubmed, Cochrane library y Cuiden Plus, utilizando los términos *olfactory dysfunction, chronic respiratory disease, asthma, COPD, COVID-19, SARS-CoV-2*, disfunción olfatoria, enfermedad respiratoria crónica, asma y EPOC, combinados con los operadores booleanos AND, NOR y NOT. Se incluyeron todos los documentos escritos en inglés o español, en los que la población a estudio incluyera pacientes con diagnóstico de COVID-19 y comorbilidad respiratoria crónica (asma o EPOC) en los que se estudiara la presencia de disfunción olfatoria (DO).

**Resultados:** Las búsquedas en las diferentes bases de datos arrojaron un total de 52 documentos. Tras descartar duplicados, y aquellos cuyo título y resumen no se relacionaban con el objetivo, se incluyeron en la fase de lectura completa 18 publicaciones, de las cuales solo 7 pasaron a la fase de lectura crítica. Se estudiaron un total de 1.016 pacientes, con muestras comprendidas entre 49 y 308 participantes. Ninguno de los estudios fue un ensayo clínico aleatorizado (3 tuvieron corte observacional descriptivo, 3 retrospectivo y 2 longitudinal). En 4 de las publicaciones se recogieron enfermedades respiratorias crónicas como comorbilidades (en todos los casos asma, en uno de ellos también EPOC), pero no analizaron su posible relación con DO. Las restantes 3 publicaciones ofrecieron resultados discordantes: en dos estudios se estableció relación entre DO y asma en pacientes con infección aguda y persistente por COVID-19, mientras que en otro documento no se encontró relación estadística. Por otro lado, tanto la heterogeneidad en los diseños como los métodos estadísticos empleados hacen que la comparación entre ellos implique un riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados que imposibilita extrapolar los mismos.

**Conclusiones:** Las investigaciones sobre disfunción olfatoria en pacientes respiratorios crónicos son escasas y heterogéneas en su diseño, no siendo posible establecer una relación clara entre las mismas.

## 472. DISNEA POS-COVID, ¿EXISTEN SECUELAS A NIVEL DE FUNCIÓN PULMONAR?

Paz Vaquero Lozano<sup>1</sup>, Miguel Ángel Barinaga Caballero<sup>2</sup>, Sara Martínez Canedo<sup>2</sup>, Fátima Sofía García Valenzuela<sup>2</sup>, Joaquín Salamanca Blanco<sup>3</sup>, Raquel Solano García-Tenorio<sup>4</sup> y Julio César Vargas Escobar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>2</sup>CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>3</sup>PAC Morata de Tajuña, Madrid, España. <sup>4</sup>Unidad de Hospitalización de Obstetricia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** La disnea persistente tras la enfermedad es un motivo frecuente de consulta. La disnea es subjetiva, y puede estar influenciada por múltiples factores. Objetivo: analizar los parámetros de la función pulmonar en pacientes con disnea tras la COVID-19.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal de pacientes consecutivos (de enero de 2021 a diciembre de 2021). Se determinaron las siguientes variables: sexo, edad, tabaquismo, disnea (medida según escala del Medical Research Council), si habían padecido neumonía, FEV1%, FVC%, FEV1/FVC, DLCO%, KCO% y antecedentes. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS V.24, estableciéndose la significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Participaron en el estudio 115 pacientes, 57,4%, (66) fueron mujeres, edad 58,13 (14,25). El 47,8% (55) de los pacientes no eran fumadores y el 84,3% (97) tenían grado 1 de disnea. En cuanto a la COVID, 58 (50,4%) habían tenido neumonía siendo la afectación bilateral en 47 (81%). En relación a las pruebas de función pulmonar obtuvimos los siguientes resultados de media: FEV1 94%, FVC 97%, FEV1/FVC 79,88, DLCO 85,2% y KCO 97,5%. Solo 28 de nuestros pacientes tenían un FEV1/FVC inferior a 70 y de ellos 15 habían presentado neumonía siendo bilateral en 10 y unilateral en 5; 20 presentaban disnea grado 1,7 disnea grado 2 y 1 disnea grado 4. Eran fumadores 5, exfumadores 11 y 12 no habían fumado nunca. Y en cuanto a sus antecedentes 3 estaban diagnosticados previamente de EPOC y 4 de Asma, siendo el diagnóstico más prevalente la HTA con 7 pacientes, 8 de ellos no tenían ninguna patología asociada.

**Conclusiones:** En pacientes que han padecido COVID-19 el deterioro funcional es cuantificable mediante espirometría, reafirmando el valor de esta técnica. La mayoría (un 75,9%) de nuestros pacientes tenían una función pulmonar dentro de los parámetros de referencia. Un 24,1% presentaban obstrucción. Falta una relación clara entre las alteraciones significativas en la función pulmonar evaluada por espirometría y la sintomatología respiratoria referida por los pacientes. La existencia de otros factores inherentes al paciente o a la enfermedad que no analizamos o que desconocemos podrían estar implicados en la persistencia de síntomas sin objetivarse secuelas pulmonares. Por todo ello creemos que se necesitan futuros estudios que incluyan diferentes variantes de COVID-19 y el impacto de la vacunación para apreciar la evolución a largo plazo y las posibles consecuencias de esta enfermedad.

## 175. DISTRÉS EMOCIONAL EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

Mª Aranzazu Sistiaga Lopetegui, José Antonio Cascante Rodrigo, Begoña Fernández Infante, Sergio Curi Chercoles, Amaia Iridoy Zulet, Idoia Pascal Martínez y Pilar Cebollero Rivas

Unidad Multidisciplinar de Cáncer de pulmón, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** El termómetro de distrés (TD) se ha utilizado con éxito como método de cribado para detectar ansiedad o depresión en pacientes diagnosticados de cáncer (CA), incluso se han establecido puntos de corte con adecuada sensibilidad y especificidad para la detección de dichos trastornos (Priede *et al.* Psicooncología. 2014;11:31-4). El proceso diagnóstico, menos estudiado, supone un momento especialmente difícil de afrontamiento, pudiendo ser susceptible de intervención específica. Objetivo principal: cuantificar el grado de distrés durante el proceso diagnóstico de cáncer de pulmón (CP). Objetivos secundarios: analizar la relación que el mismo pueda tener con otros parámetros.

**Material y métodos:** Estudiamos los parámetros recogidos en la ficha de la enfermera gestora de casos (EGC) de la historia clínica informatizada, realizada en la primera visita de la consulta monográfica de CP del servicio de Neumología, perteneciente a la Unidad Multidisciplinar de Cáncer de pulmón (UMDCP) de Navarra, durante 2021. Analizamos el grado de distrés (medido con el TD) y su relación con el *performance status* (ECOG), la edad, el sexo o la existencia de antecedentes familiares de cáncer de pulmón.

**Resultados:** Se han obtenido datos parametrizados de un total de 255 pacientes. Edad media 68,3 dt 10,7 (37-92). Un 70,2% fueron varones. El grado medio de distrés fue 3,57 dt 2,28 (1-10). Tomando como primer punto de corte una puntuación de 4, hasta un 36% de los mismos podrían tener trastorno significativo y si elevamos el punto de corte a 6 para ganar mayor poder predictivo, un 20% de los pacientes podrían tener trastornos clínicamente significativos. Analizando la relación que este nivel de distrés pudiese tener con otros factores, no hemos encontrado relación estadísticamente significativa con el ECOG ni con los antecedentes familiares de CP. Sí existe una relación significativa con la edad R 0,3 ( $p < 0,0001$ ) y con el sexo femenino ( $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** Aunque el nivel medio de distrés detectado durante el proceso diagnóstico es ligeramente inferior al punto de corte utilizado como screening en los diagnosticados de CA, un porcentaje significativo de nuestros pacientes presentan puntuaciones que sugieren la presencia de trastorno significativo en el momento de afrontar este proceso. El nivel de distrés es más evidente entre los pacientes más jóvenes y las mujeres. Detectar esta población permite utilizar circuitos específicos de derivación a psicooncología con carácter preferente.

## 523. DOLOR ASOCIADO A PUNCIÓN ARTERIAL PARA GASOMETRÍA: PERSPECTIVA DEL PACIENTE

**Marta Sánchez Zaballos**, Alicia Álvarez Álvarez, M del Rosario Madiedo de la Llera, Patricia García Fernández, Julia Raquel Camporro Martín, Manuel Zurrón González, Iván Martínez Rodríguez, M Rosa Fernández Pérez, Jaime Quintas Álvarez, María Rionda Cabo, Violeta Alonso Martínez y Encarnación Fernández González

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

**Introducción:** La punción arterial para gasometría es una técnica con un componente doloroso bien conocido tanto por los profesionales que la realizan como por los pacientes que se someten a ella. El objetivo del estudio fue conocer las características del dolor referido por el paciente asociado a la técnica de punción arterial para gasometría y su relación con variables sociodemográficas y relativas a la técnica.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias en noviembre de 2022. Se incluyeron pacientes mayores de edad atendidos en consultas externas de neumología, unidad del sueño y unidad de ventilación mecánica no invasiva, con indicación previa de extracción de gasometría. Mediante cuestionario anónimo se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con la extracción de gasometría: experiencia previa, uso de anestesia y dolor percibido a través de Escala Visual Analógica (mínimo 0-máximo 10) en ocasión anterior y actual. Se utilizó el software R versión 4.0.3 para realizar el análisis estadístico descriptivo y bivariante. Aprobado por el CEimPA (código 2022.479).

**Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 73 participantes, con media de edad de 65,03 años (DE 13,03) y mayor participación de hombres (56,94%). El 72,6% refirieron experiencias previas de extracción de gasometría, con uso de anestesia en el 16,98% de los casos, y puntuación media de dolor según escala EVA 4,42 (DE 3,34; mínimo 0-máximo 10). En el momento de la recogida de datos, los pacientes puntuaron el dolor de la punción con una media de 0,92 en la escala EVA (DE 1,51; mínimo 0-máximo 9). Se empleó anestesia en el 26,03% de las extracciones, siendo mepivacaína 2% el fármaco de elección en todos los casos; en el 68,49% de las ocasiones se utilizó dispositivo de aguja subcutánea (tabla 1). Las puntuaciones en la escala EVA en el momento de la extracción fueron inferiores en el caso de los hombres, los pacientes con experiencia previa, y cuando se utilizó dispositivo con aguja subcutánea; sin embargo, fueron superiores cuando se empleó anestesia subcutánea. En ninguno de los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas (tabla 2).

	Media (DE)	N	%
<b>Edad</b>	65,03 (13,03)		
<b>Sexo</b>			
Hombre	41	56,94	
Mujer	31	43,06	
<b>Unidad</b>			
CCEE	21	29,58	
VM	47	66,20	
US	3	4,23	
<b>Experiencia previa de extracción</b>			
Si	53	72,60	
No	20	27,40	
<b>Anestesia Experiencia Previa</b>			
Si	9	16,98	
No	44	83,02	
<b>EVA experiencia previa</b>	4,42 (3,34)		
<b>EVA actual</b>	0,92 (1,51)		
<b>Anestesia actual</b>			
Si	19	26,03	
No	54	73,97	
<b>Dispositivo utilizado</b>			
Convencional	23	31,51	
Aguja subcutánea	50	68,49	

Tabla 1. Comunicación 523. Variables sociodemográficas y relacionadas con las extracciones de gasometría.

	PUNTUACIÓN EVA MOMENTO EXTRACCIÓN		
	Media (DE)	Mediana	Valor de p*
<b>Sexo</b>			
Hombre	0,66 (0,94)	0	0,26
Mujer	1,29 (2,00)	1	
<b>Unidad</b>			
CCEE	1,47 (2,27)	1	
VM	0,66 (0,96)	0	0,19
US	1,66 (1,53)	2	
<b>Experiencia Previa</b>			
Si	0,85 (1,47)	0	0,73
No	1,10 (1,61)	1	
<b>Anestesia actual</b>			
Si	1,31 (2,24)	1	0,46
No	0,77 (1,14)	0	
<b>Dispositivo utilizado</b>			
Convencional	1,47 (2,17)	1	0,07
Aguja subcutánea	0,66 (1,00)	0	
<b>Edad</b>	r0,20	67,50	0,09
<b>EVA previa</b>	r0,23	5	0,11

\*Test de Wilcoxon y Kruskal Wallis

Tabla 2. Comunicación 523. Relación entre la puntuación de EVA en el momento de la extracción y el resto de variables (análisis bivariante).

**Conclusiones:** El dolor referido por los pacientes en la extracción de gasometría es bajo y no se relaciona con las variables recogidas. Sin embargo, existen ciertos factores que actúan como variables de confusión y no han podido ser controlados, que indican la necesidad de ser incluidos en futuras investigaciones.

### 349. DOTACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA NACIONALES

**Marta Navarro Colom<sup>1</sup>, Susana Álvarez López<sup>2</sup>, Liliana Llanos Rodríguez<sup>3</sup>, María Consuelo Sanz Francés<sup>4</sup>, Catalina Mármol Albert<sup>4</sup>, Montserrat García Galve<sup>2</sup>, Ainhoa Fontana Cassadó<sup>5</sup>, Mercedes Angulo de la Lastra<sup>6</sup>, Ana Pulido Sánchez<sup>7</sup>, María Pilar Gil Muñiz<sup>8</sup>, Inmaculada Sánchez Fernández<sup>8</sup> y Concepción Rodríguez García<sup>9</sup>**

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>2</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. <sup>5</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>6</sup>Hospital de Sierrallana, Santander, España. <sup>7</sup>Hospital de San Juan, Alicante, España. <sup>8</sup>Hospital Universitario central de Asturias, Oviedo, España. <sup>9</sup>Hospital San Agustín, Avilés, España.

**Introducción:** La neumología intervencionista es una subespecialidad de la Neumología que diagnostica y trata enfermedades mediante técnicas endoscópicas, transtorácicas, percutáneas y de imagen. Estos servicios requieren una dotación de neumólogos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) formados y entrenados en dichos procedimientos. El rol de los equipos de enfermería es muy amplio: preparación del paciente, preparación del material específico para cada procedimiento, control hemodinámico, administración de sedación, y procesamiento de muestras. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la dotación del personal de enfermería, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en los servicios de Neumología Intervencionista nacionales.

**Material y métodos:** Estudio transversal, se envió un cuestionario dirigido a un miembro del servicio de Neumología Intervencionista del ámbito nacional, a través del Área de Enfermería y Área de Técnicas y Trasplante de SEPAR. La variable principal del estudio fue analizar la dotación de enfermeras y TCAE a tiempo completo del servicio. Las variables secundarias fueron: dotación y formación específica de enfermeras y TCAE a tiempo parcial en el servicio, carac-

terísticas del hospital y de la unidad, así como el nº de procedimientos realizados.

**Resultados:** La encuesta fue respondida por 38 miembros de distintos Servicios de Neumología Intervencionista, pertenecientes a 17 CC. AA. El 29% de los hospitales encuestados tenían más de 700 camas (nivel 4) y el 21%, más de 1.200 (nivel 5) y el resto, entre 150 y 500 camas. La media de procedimientos anuales durante 2021 fue de 1.075. El 76,3% de los hospitales tenían gabinete propio y el resto de los hospitales compartían gabinete con otros servicios, la mayoría de ellos, con endoscopía digestiva. En el 52% del total de los hospitales, el equipo de enfermería estaba formado por 1 enfermera y 1 TCAE, y en el 24% por 2 enfermeras y 1 TCAE. En general, la dotación de equipos de enfermería era mayor en los hospitales que realizaban mayor número de procedimientos. El 57% de las enfermeras y el 50% de las TCAE a tiempo parcial tenían formación específica para trabajar en este tipo de servicios.

**Conclusiones:** En la mayoría de los hospitales los equipos de enfermería están formados por una enfermera y una TCAE, siendo la dotación mayor en relación al nº de procedimientos. Solo la mitad de las enfermeras y TCAE con dedicación parcial tienen formación específica en estos servicios.

### 166. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES RESPIRATORIOS CRÓNICOS HOSPITALIZADOS: PROTOCOLO DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Marta Sánchez Zaballos<sup>1</sup>, David Peña Otero<sup>2</sup>, David Díaz Pérez<sup>3</sup> y Yolanda Martín Vaquero<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. <sup>4</sup>Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.

**Introducción:** La elevada prevalencia del asma y la EPOC las configura como un indicador clave en el Sistema Nacional de Salud, siendo la educación terapéutica una herramienta básica para su control. Definida hace más de 3 décadas por la Organización Mundial de la Salud, establece como puntos clave el entrenamiento del paciente en el autocuidado por parte de profesionales específicamente entrenados, con la finalidad de mantener y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, las intervenciones de salud que conllevan líneas de educación terapéutica se siguen tejiendo principalmente en la atención primaria. El objetivo es analizar la efectividad de intervenciones educativas realizadas durante la hospitalización en pacientes con enfermedad respiratoria crónica.

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
PRIMERA FASE Busqueda bibliográfica																								
SEGUNDA FASE Revisión título y resúmenes																								
TERCERA FASE Revisión texto completo																								
CUARTA FASE Lectura crítica																								
QUINTA FASE Extracción de datos																								
SEXTA FASE Medición sesgos y calidad																								
SÉPTIMA FASE Síntesis narrativa																								
OCTAVA FASE Análisis de datos																								
REDACCIÓN DOCUMENTO Y ENVÍO A REVISTA																								

Figura 1. Comunicación 166.

**Material y métodos:** Revisión sistemática siguiendo según los estándares PRISMA 2020. Se realizará una (1) primera fase de búsqueda bibliográfica en las bases de datos EMBASE, Medline, CINHAL, Biblioteca Chrochane, Cuiden plus, Biblioteca Virtual de Salud y Epistemonikos, utilizando descriptores de salud (Mesh o Decs): Patient Education as Topic; Respiratory Tract Diseases; Hospitalization; Chronic Disease; Self management. Se incluirán ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis escritos en inglés, castellano, francés o portugués, publicados entre 2012 y 2022, sobre pacientes con enfermedad respiratoria crónica hospitalizados en los que el grupo experimental recibiera una intervención educativa específica diseñada para uno o más de los siguientes: control de síntomas, mejora de calidad de vida, enseñanza técnica inhalatoria, conocimientos y readmisiones. Se excluirán pacientes admitidos en servicios de urgencias, ingresados en centros/clínicas de rehabilitación y los estudios en los que la intervención no se realice sobre el propio paciente (padres-hijos). Las siguientes fases serán: (2) revisión por pares de títulos y resúmenes, (3) revisión por pares de texto completo, (4) lectura crítica, (5) extracción de datos, (6) evaluación de riesgos de sesgos y calidad de la evidencia, (7) síntesis narrativa y (8) análisis estadístico (si procede).

**Resultados:** Se seguirá el protocolo de la revisión, publicado en PROSPERO con código CRD4202235809, notificando cualquier modificación llevada a cabo en la sección.

**Conclusiones:** Tanto las estrategias de salud actuales como la evidencia científica sostienen el carácter multidisciplinar de la asistencia a pacientes respiratorios crónico, siendo primordial establecer el estado actual en el ámbito hospitalario.

## 912. EFECTIVIDAD EN LA MEJORA DE LA TÉCNICA INHALATORIA CON EL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE INHALADORES

Mercedes Garci-Varela Olea<sup>1</sup>, María José Córcoles Valenciano<sup>1</sup>, Andrea Muñoz Lajara<sup>1</sup>, Laura Fernández Mula<sup>2</sup>  
y Claudia Marín Espín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Morales Meseguer, Murcia, España. <sup>2</sup>Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

**Introducción:** En el tratamiento de las enfermedades obstructivas de la vía aérea: EPOC y asma, la vía de administración de medicamentos de elección es la inhalatoria. Sin embargo, el uso inadecuado de la medicación inhalada es un fenómeno frecuente y complejo en el que intervienen múltiples factores, entre ellos una técnica inhalatoria deficiente. Mejorar la destreza en la técnica inhalatoria en los pacientes que reciben este tratamiento mediante un Programa Adiestramiento individualizado de inhaladores es el objetivo principal de este trabajo. Además, se pretende analizar la situación basal de destreza en pacientes con EPOC y asma que están recibiendo tratamiento inhalado.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, pragmático, con intervención educativa y evaluación basal y posterior a la misma realizada en el Hospital Morales Meseguer (Murcia). Se usaron sistemas fichas de evaluación cuantitativas y un sistema electrónico para objetivar el “paso de la inspiración”. La variable principal fue la mejora de la técnica inhalatoria con los inhaladores evaluados, transcurridos seis meses del adiestramiento.

**Resultados:** Durante un año se estudiaron 81 pacientes que llevaban indicados 151 inhaladores en la visita inicial y 143 pacientes en la última visita. La muestra presentaba con un 59,3% de mujeres y en cuanto al diagnóstico de su enfermedad, 65,4% tenían el diagnóstico de asma y el 35,6% de EPOC. El 22% de los pacientes eran fumadores activos. El inhalador más utilizado fue el cartucho presurizado con cámara espaciadora (45%). En la primera evaluación se cometieron un total del 15% de errores críticos, mientras que fue un solo

paciente en la última visita (0,7%). De 150 inhaladores al inicio solo un 10% se administraban con una técnica óptima. Inicialmente los pacientes presentaban muy bajo nivel de destreza. Tras el Programa de Adiestramiento la técnica inhalatoria mejoró significativamente, pasando de un 8,8% de los pacientes al 58,5% ( $p < 0,001$ ).

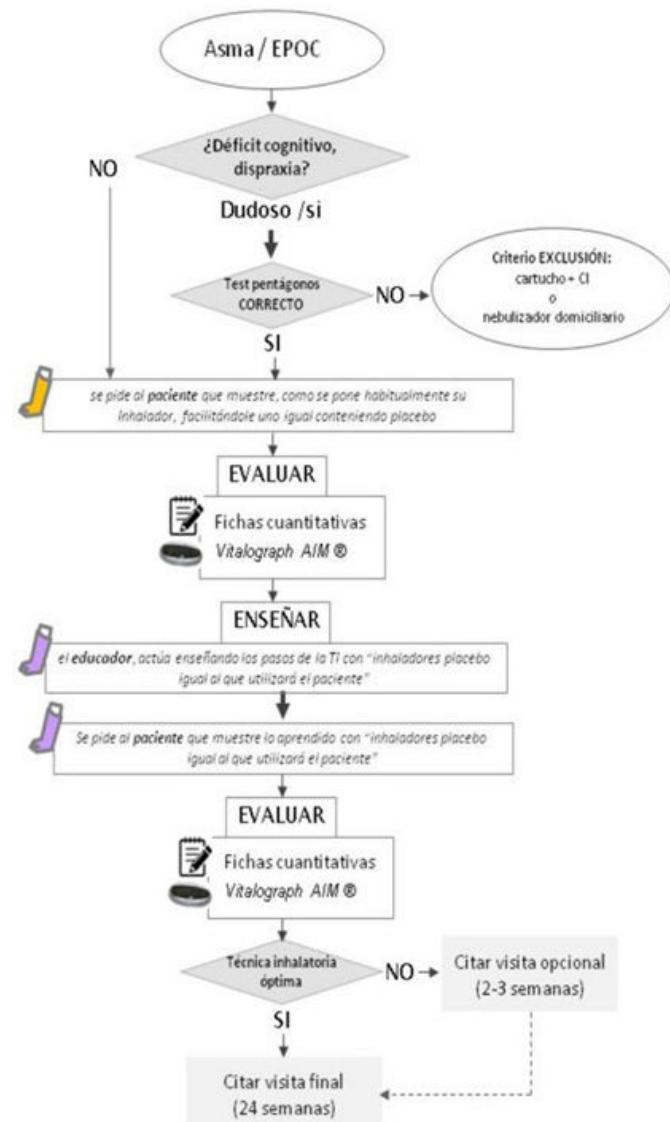


Figura 1. Comunicación 912.

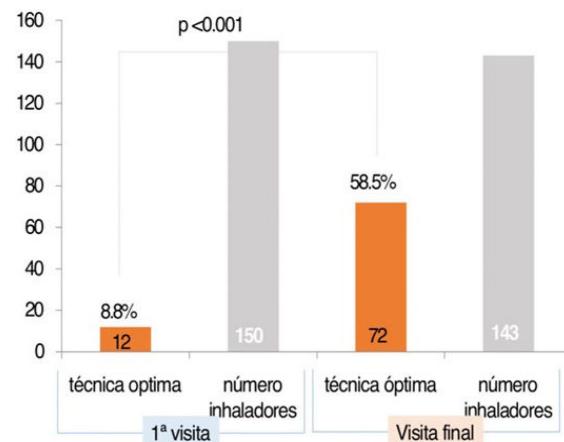


Figura 2. Comunicación 912.

**Conclusiones:** Existe una mejora significativa de la destreza de la técnica inhalatoria a los 6 meses de haber sido instruidos en un programa individualizado de adiestramiento. Tratándose de una intervención beneficiosa, independientemente del tipo de inhalador empleado y de la patología de base.

## 171. EFECTOS QUE PRODUCE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO DE LA EMBARAZADA EN LA DESCENDENCIA

**M. del Carmen San José García,** Rocío Domínguez Peláez, Susana Calderón Martínez, Nuria Barón Salvador, Santiago Antonio Juarros Martínez, Paula Medina Murillo, Cristina Miranda Acebes, Ana Hernández Bezos y Ester Rodríguez Flórez

*'Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.*

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño debido a una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos. Esta alteración está cada vez más presente durante el embarazo siendo el causante de resultados adversos sobre la evolución fisiológica de la gestación y de la descendencia. Los cambios hormonales y físicos durante la gestación se asocian con algunos trastornos respiratorios relacionados con el sueño como el ronquido y la apnea del sueño. La prevalencia de AOS en población obstétrica de bajo riesgo oscila entre el 3% y el 8%. En las embarazadas de alto riesgo, como aquellas con hipertensión crónica y obesidad, es significativamente más alta, pudiendo llegar al 37%. Realizamos esta revisión de la literatura para identificar las consecuencias que este trastorno respiratorio puede producir en la descendencia de las madres que lo experimentan.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas Pubmed,

Scopus y Cochrane. Se utilizaron las palabras clave: "Sleep apnea, obstructive", "apnea" y "pregnant woman". Se incluyeron trabajos publicados entre enero 2012 y enero 2022, limitados a los idiomas español e inglés.

**Resultados:** En la revisión de la literatura se incluyeron 36 artículos. En ellos identificamos que la presencia de AOS en la gestación aumentó el riesgo de prematuridad y la presencia de anomalías congénitas.<sup>3</sup> Se determinó que un mayor número de trastornos respiratorios durante el sueño se asoció con retraso en la neuromaduración fetal. Entre la morbilidad fetal asociada a AOS encontramos restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales y puntaje de Apgar de menos de siete al minuto.

**Conclusiones:** La AOS materna fue un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos del neurodesarrollo fetal que pueden persistir más allá del embarazo.<sup>6</sup> La morbilidad fetal asociada al trastorno aumenta las posibilidades de malos resultados neonatales.

## 482. EL COLOR DEL ESPUTO COMO INDICADOR DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

**Leticia Bueno Freire<sup>1</sup>,** Patricia Oscaña Huamán<sup>1</sup>, Victoria Alcaraz Serrano<sup>2</sup>, Rubén López Aladid<sup>1</sup>, Nil Vázquez Burgos<sup>1</sup>, Andrea Palomeque Flores<sup>1</sup>, Roberto Cabrera Ortega<sup>1</sup>, Rosanel Amaro Rodríguez<sup>3</sup>, Laia Fernández Barat<sup>1</sup> y Antoni Torres Martí<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica, IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. <sup>2</sup>Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), Barcelona, España. <sup>3</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

**Introducción:** El color del esputo es una herramienta clínica útil para evaluar y monitorizar las bronquiectasias (BQ) no debidas a fibrosis quística (FQ) (Murray *et al.* Eur Respir J, 2009). Sin embargo, su capacidad para reflejar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) apenas ha sido explorada. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue

	<b>Mucoide</b>	<b>Mucopurulento</b>	<b>Purulento</b>	<b>p-valor</b>
	6 (10.53)	32 (56.14)	19 (33.33)	
<b>QoL-B</b>				
Capacidad física	50.00 (33.33 - 66.67)	66.67 (33.33 - 66.67)	33.33 (33.33 - 66.67)	0.257
Limitaciones de rol	<b>83.33 (66.67 - 100.00)</b>	<b>66.67 (66.67 - 100.00)</b>	<b>66.67 (0.00 - 66.67)</b>	<b>0.038<sup>a</sup></b>
Vitalidad	<b>66.67 (66.67 - 91.67)</b>	<b>66.67 (66.67 - 75.00)</b>	<b>33.33 (0.00 - 66.67)</b>	<b>0.024<sup>a</sup></b>
Estado emocional	<b>100.00 (100.00 - 100.00)</b>	<b>91.67 (66.67 - 100.00)</b>	<b>66.67 (33.33 - 83.33)</b>	<b>0.034<sup>a</sup></b>
Función social	75.00 (37.50 - 100.00)	50.00 (25.00 - 83.33)	33.33 (0.00 - 66.67)	0.517
Carga de tratamiento	66.67 (66.67 - 100.00)	83.33 (66.67 - 100.00)	66.67 (33.33 - 100.00)	0.156
Percepción de la salud	25.00 (16.67 - 58.33)	33.33 (16.67 - 66.67)	16.67 (0.00 - 33.33)	0.057
Síntomas respiratorios	83.33 (66.67 - 100.00)	66.67 (66.67 - 66.67)	66.67 (33.33 - 66.67)	0.063

Los datos se presentan como n (%) o mediana (P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>). Los p-valores en negrita son estadísticamente significativos. <sup>a</sup> P<0.05 entre mucopurulento vs. purulento. Abreviaturas. QoL-B: cuestionario de calidad de vida-bronquiectasias.

Tabla 1. Comunicación 482. Calidad de vida relacionada con la salud en función del color del esputo (n = 57).

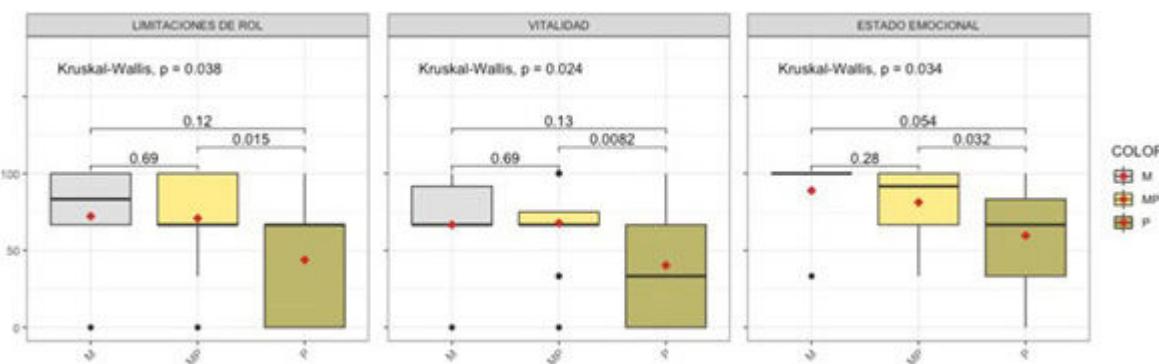


Figura 1. Comunicación 482. Dominios de la calidad de vida con diferencias significativas según el color del esputo.

investigar la relación entre el color del esputo y la CVRS en pacientes con BQ no FQ colonizados por *Pseudomonas aeruginosa* (PA).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional transversal en pacientes adultos con BQ no FQ (PI18/00145). Se registró el color del esputo según la escala de Murray y se analizó su relación con las características demográficas, la microbiología del esputo, la función pulmonar (FEV1, FVC, FEV1/FVC) y la CVRS evaluada mediante el cuestionario de calidad de vida-bronquiectasias v3,1 (QoL-B) (Quittner *et al.* Thorax 2015). Se utilizaron el test exacto de Fisher y la prueba de Kruskal-Wallis en el análisis univariante, y se aplicó regresión logística ordinal en el multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes (23 mujeres,  $67,53 \pm 16,96$  años). La tabla muestra la CVRS según el color del esputo. Se observaron diferencias significativas en 3 de los 8 dominios: limitaciones de rol, vitalidad y estado emocional (fig. 1). El análisis post hoc con la corrección de Bonferroni mostró que los pacientes con esputo purulento tienen peores puntuaciones en comparación con el muco-purulento. Además, se observó una asociación significativa entre el color y el cultivo del esputo (flora mixta vs. PA no mucoide vs. PA mucoide vs. otros microorganismos patógenos,  $p = 0,04$ ). No se observaron diferencias significativas en función del sexo, la fase de la enfermedad (agudo vs. estable), el BSI, los años de colonización por PA y la función pulmonar. Estos resultados no variaron al considerar el color y el cultivo del esputo simultáneamente.

**Conclusiones:** El color del esputo es una variable sencilla y rápida de medir que podría ser útil para evaluar la CVRS de los pacientes con BQ no FQ, independientemente de la fase de la enfermedad. Aunque estos hallazgos van en consonancia con la literatura previa, deben validarse en estudios futuros con una muestra más grande y heterogénea.

## 505. EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA (VMD) INCLUIDO EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN DOMICILIO PARA PACIENTES EPOC FRÁGILES

**Marta Padilla Bernáldez**, Cristina Almeida Calderero, Marta Díaz García, Marta Corral Blanco y Ascensión Hernando Sanz  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** La exacerbación de EPOC es una de las principales causas de ingreso hospitalario, asocia altas tasas de morbilidad y mortalidad, importante consumo de recursos sanitarios e impacto en la calidad de vida. La VMD a largo plazo en pacientes con EPOC estable hipercápnico aporta beneficios en supervivencia y prolonga el tiempo hasta el reingreso hospitalario. Objetivo: analizar las características de los pacientes con VMD incluidos en un programa de atención integral en domicilio para pacientes EPOC frágiles y el uso de recursos que generan, así como describir las intervenciones realizadas en relación a la VMD.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y analítico observacional con reclutamiento prospectivo de casos entre agosto de 2017 y noviembre de 2021. Definimos EPOC frágil como aquel que presenta al menos tres exacerbaciones de EPOC que precisan ingreso hospitalario en el año previo a la inclusión. El programa incluye un seguimiento de al menos una visita programada en domicilio cada tres meses intercalando una llamada telefónica programada al mes y medio. Los pacientes pueden contactar telefónicamente en caso de empeoramiento y si es necesario se realizan visitas en domicilio y llamadas a demanda del paciente. El análisis estadístico se realizó aplicando la t de Student y chi cuadrado.

**Resultados:** Se incluyeron en el programa 84 pacientes, 28 de ellos en tratamiento con VMD. Las características de los pacientes con VMD versus no VMD se muestran en la tabla 1. En todos los pacientes con VMD se evaluó el manejo de la VMD y se realizaron las intervenciones que se muestran en la tabla 2. Se realizaron 239 intervenciones, una media de 8,53 por paciente ventilado.

	Pacientes sin VMD (n=56)	Pacientes con VMD (n=28)	
<b>Características generales</b>			
Sexo (mujer)	7 (12,5%)	7 (25%)	0,12
Media			Significación
Edad	76,98 (DE 9,32)	68,34 (DE 10,61)	0,00
Test Apgar familiar	8,06 (DE 1,97)	8,17 (DE 1,97)	0,74
Test de Barber (riesgo institucionalización)	3,22 (DE 1,51)	4,58 (DE 1,64)	0,00
Test Zarit (persona cuidadora)	31,33 (DE 18,99)	41,22 (DE 11,28)	0,22
Barthel	86,04 (DE 20,41)	94,82 (DE 7,58)	0,08
Charlson (comorbilidades)	3,87 (DE 2,42)	3,25 (DE 2,25)	0,14
<b>Características relacionadas con la EPOC</b>			
Clasificación según GSEPOC (2021)			
-Agudizador eosinofílico	40 (71,42%)	24 (85,71%)	0,11
-Agudizador no eosinofílico	16 (28,57%)	4 (14,28%)	
Aislamiento microbiológico en esputo	33 (58,92%)	12 (42,85%)	0,10
Estado de tabaquismo			
- Nunca fumador	1 (1,78%)	1 (3,5%)	0,27
- Ex fumador	51 (91,07%)	22 (78,57%)	
- Fumador activo	4 (7,1%)	5 (17,85%)	
Tratamiento con morfina	16 (28,57%)	17 (60,71%)	0,00
Media			Significación
FEV, (%)	43,15 (DE 13,61)	33,77 (DE 10,49)	0,00
BODEx	5,96 (DE 1,52)	6,59 (DE 1,21)	0,07
CAT	23,27 (DE 7,4)	26 (DE 6,29)	0,15
mMBC	2,98 (DE 0,77)	3,24 (DE 0,68)	0,14
Exacerbaciones graves año previo a ser incluido en el programa	5,11 (DE 3,1)	5,31 (DE 2,18)	0,46
Exacerbaciones graves 1º año en el programa	2,42 (DE 2,34)	3,15 (DE 2,9)	0,46
Visitas programadas durante 1º año	8,52 (DE 11,08)	13,17 (DE 9,93)	0,00
Visitas a demanda durante 1º año	2,24 (DE 1,88)	4,79 (DE 4,2)	0,00
Agudizaciones detectadas y tratadas en domicilio 1º año	2,54 (DE 1,91)	3,48 (DE 2,07)	0,15

Tabla 1. Comparativa de los pacientes en tratamiento con VMD versus los pacientes sin VMD.

Tipo de intervención	Frecuencia n= 239 intervenciones	%
Lectura de software de monitorización	59	24,68
Cambio de mascarilla	38	15,89
Control gasométrico arterial	38	15,89
Ajuste de parámetros en el respirador	37	15,48
Aumento de horas de uso de la VMNI	23	9,62
Ajuste de mascarilla	13	5,43
Cura UPP	13	5,43
Otras intervenciones	11	4,60
Cambio de respirador	5	2,09
Inicio o prueba de tolerancia de VMNI en domicilio	2	0,83

Tabla 1. Comunicación 505. Intervenciones en pacientes con VMD.

**Conclusiones:** Los pacientes con VMD son más jóvenes, con mayor grado de obstrucción espirométrica y precisan más tratamiento con morfina. Los pacientes con VMD requieren un mayor consumo de recursos (más visitas a demanda y programadas) y una tendencia a presentar más agudizaciones detectadas y tratadas en domicilio. Se realizaron una media de 8,53 intervenciones en domicilio por paciente en los pacientes con VMD. Las más repetidas fueron la lectura de software de monitorización, ajuste de parámetros, control gasométrico y cambio de mascarilla, lo que reduce la necesidad de desplazamiento del paciente a consulta hospitalaria.

## 172. EMBARAZO Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

**M. del Carmen San Jose García,** Susana Calderón Martínez, Rocío Domínguez Pelaez, Nuria Barón Salvador, Santiago Antonio Juarros Martínez, Ester Rodríguez Florez, Paula Medina Murillo, Cristina Miranda Acebes y Ana Hernández Bezos

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) consiste en episodios de limitación del paso del aire durante el sueño como consecuencia de un colapso de la vía aérea superior, provocando desaturación de oxihemoglobina y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos. Existen cambios fisiológicos del embarazo que predisponen a los trastornos respiratorios como el aumento de peso, la elevación del diafragma y el edema de la mucosa nasofaríngea. El objetivo de este trabajo es conocer los efectos que produce la (AOS) en la embarazada.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus y Cochrane. Se utilizaron las palabras clave: "Sleep Apnea Obstructive", "apnea", "pregnant woman" e "hipopnea". Y se incluyeron trabajos publicados en los últimos 5 años en español e inglés.

**Resultados:** La prevalencia de AOS en población obstétrica de bajo riesgo oscila entre el 3% y el 8%. En las embarazadas de alto riesgo, como aquellas con hipertensión crónica y obesidad, es significativamente más alta, pudiendo llegar al 37%. Existen cambios fisiológicos del embarazo que predisponen a los trastornos respiratorios como el aumento de peso, la elevación del diafragma y el edema de la mucosa nasofaríngea. Las variables que predisponen a padecer AOS son la obesidad, el IMC alto, la hipertensión arterial, la diabetes pregestacional, los ronquidos y la circunferencia corporal. Y los efectos sobre el embarazo pueden ser hipertensión gestacional, pre-eclampsia, parto prematuro, aborto, cesárea, corioamnionitis, rotura prematura de membranas y depresión.

**Conclusiones:** Es importante la detección precoz de la AOS durante el embarazo por los efectos que puede producir.

## 339. ¿ES ÚTIL LA HARINA DE ALGARROBA PARA REDUCIR LA DIARREA ASOCIADA A NINTEDANIB EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES FIBROSANTES PROGRESIVAS?

**Jennifer García-Augusto,** Isabel López-Baño, Jose Darwin Barboza-Mendoza, Xavier Alsina-Restoy, Rodrigo Torres-Castro, María Belén Noboa Sevilla, Nancy Pérez Rodas, Alejandro Frino García, Jacobo Sellares Torres y Fernanda Hernández-González

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

**Introducción:** Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) son un grupo heterogéneo de trastornos pulmonares, caracterizados por inflamación y cicatrización del tejido pulmonar. El nintedanib es un inhibidor de la tirosina quinasa que inhibe la progresión de la fibrosis pulmonar pero no está exento de efectos secundarios. La diarrea es el evento adverso más frecuente del tratamiento con nintedanib dificultando la adherencia al tratamiento incluso al abandono de este.

**Material y métodos:** En este análisis retrospectivo observacional de nuestra unidad de EPI incluimos pacientes tratados con nintedanib que presentaron diarrea durante el tratamiento y recibieron harina de algarroba para controlarla. Se utilizó el protocolo de nuestra unidad para la administración de harina de algarroba (1 cucharada postre harina de algarroba (7 g) en el desayuno y la cena.

**Resultados:** La tabla muestra las características basales de los pacientes incluidos (n = 35). La BFSF media disminuye de 7 (7-7) a 4 (4-5) ( $p < 0,001$ ). El número medio de deposiciones se redujo de 4 (3-6) a 1 (1-2) ( $p < 0,001$ ). A los 3 meses, treinta pacientes (85,7%) presentaron un BFSF final inferior a 5 y el número de pacientes que recibieron 150 mg/12 horas (la dosis óptima en nintedanib) pasó del 31% al 81%.

Variable	Pacientes (n=35)
Genero (hombre/mujer)	20/15
Edad, años	69,1 ± 11,4
Peso, kg	70,6 ± 14,6
Altura, cm	169 ± 27
IMC, kg/m <sup>2</sup>	24,8 ± 5,1
Diagnóstico n. (%)	
Efecto de presión vascular pulmón	30 (85,7%)
Enfermedad tejido conjuntivo-EPI	6 (17,1%)
Efecto por hipersensibilidad: Heno nítido/Tabaquismo-EPI	2 (5,7%)
EPI indeterminada	2 (5,7%)
Otras EPI	3 (8,5%)
2 (5,7%)	
Función pulmonar	
FVC, l. preop	6,27 ± 1,7,8
PEV, % preop	69,5 ± 17,5
PEV/FVC	83,0 ± 8,8
DLCO, % preop	40,0 ± 13,7

Tabla 1. Comunicación 339.

**Conclusiones:** La harina de algarroba reduce la diarrea asociada con un nintedanib en enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes progresivas.

## 600. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TERAPIA ANTIBIÓTICA NEBULIZADA EN PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN LA PROVINCIA DE LLEIDA

Sally Santisteve Lostes<sup>1</sup>, Esther Gracia Lavedan<sup>2</sup>, Alfredo Jover Saenz<sup>3</sup>, Maria Zulí Moreno<sup>1</sup>, Juan A. Schoenenberger Arnaiz<sup>4</sup>, Arturo Morales Portillo<sup>4</sup>, Ferran-Eduard Barbé Illa<sup>5</sup> y Jessica González Gutiérrez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, Pulmonary department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. <sup>2</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Lleida, España. <sup>3</sup>Infectious diseases department Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. <sup>4</sup>Clinical Pharmacy Department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. <sup>5</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III; Pulmonary Department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España.

**Introducción:** El uso en la práctica clínica habitual de la antibioterapia nebulizada (AB) ha experimentado un incremento en el tratamiento de la infección bronquial crónica (IBC) en pacientes con neumopatía estructural como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y/o bronquiectasias no fibrosis quística (BQ). Nuestro objetivo es describir el uso, tolerancia y beneficio clínico de la AB en pacientes con IBC en la provincia de Lleida.

	[ALL]	N <sup>1</sup>
<b>Sexo:</b>		90
<b>Mujeres</b>	35 (38.9%)	
<b>Hombres</b>	55 (61.1%)	
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	26.3 (4.37)	84
<b>Hábito tabáquico:</b>		90
<b>Nunca</b>	10 (10%)	
<b>Exfumadores</b>	87 (96.7%)	
<b>Fumadores activos</b>	3 (3.33%)	
<b>Patología:</b>		90
<b>EPOC</b>	3 (3.33%)	
<b>BQ</b>	56 (62.2%)	
<b>EPOC+BQ</b>	28 (31.1%)	
<b>Otros: enfermedad intersticial y DCP</b>	3 (3.33%)	
<b>Microorganismo inicial:</b>		90
<b>Pseudomonas</b>	64 (71.1%)	
<b>Proteus Mirabilis</b>	7 (7.78%)	
<b>Otros (H.influenzae, M.catarrhalis, S.aureus...)</b>	19 (21.1%)	
<b>ATB nebulizado:</b>		90
<b>Tobramicina</b>	17 (18.9%)	
<b>Tobramicina+Colistina</b>	1 (1.11%)	
<b>Colistina</b>	60 (66.7%)	
<b>Gentamicina</b>	8 (8.89%)	
<b>Amikacina</b>	4 (4.44%)	
<b>Meses de tratamiento:</b>		
<b>0-3</b>	27 (30.0%)	
<b>3-6</b>	10 (11.1%)	
<b>6-12</b>	12 (13.3%)	
<b>+12</b>	41 (45.6%)	
<b>Tratamiento inhalado de base:</b>		90
<b>LABA/LAMA</b>	20 (22.2%)	
<b>LABA/CTs</b>	22 (24.4%)	
<b>LABA/LAMA/CTs</b>	43 (47.8%)	
<b>Missing</b>	5 (5.56%)	

Tabla 1. Comunicación 600. Características basales.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de la terapia AB en pacientes con IBC que acudieron consecutivamente a la consulta de

enfermería especializada en vía aérea entre los años 2019 y 2022 del Hospital Universitario Santa María de Lleida. Se recogieron variables (1) basales sociodemográficas y antropométricas, (2) clínicas de su enfermedad de base y (3) número de exacerbaciones, aislamientos microbiológicos en esputo y función pulmonar anterior y posterior al inicio del tratamiento antibiótico nebulizado.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 90 pacientes, predominantemente varones (61%) con una media (desviación estándar) de 71 (12,8) años. Un 62% presentaban BQ, un 31% EPOC+BQ y un 7% otras patologías. El microorganismo más prevalente fue *Pseudomonas aeruginosa* (71%) (tabla 1). El tipo de AB más utilizado fue la colistina (66,7%). Un 20% además utilizaba solución salina hipertónica (Hyaneb®). Un 27,8% de los pacientes cambiaron de tratamiento AB durante el seguimiento. La media (DS) de días de tratamiento fue 562 (1206). Tras el tratamiento, aunque no se observó mejora en la función pulmonar (tabla 2), un 63,3% de los pacientes presentaron menos de dos exacerbaciones. Se observó que un 32,2% de la muestra presentó efectos adversos, siendo el más común la disnea (14,4%). Dichos pacientes presentaron peor función pulmonar posterior al tratamiento (FEV1 67,8% (21,2) vs. 57,1% (23,0); p = 0,043 y FVC 76,3% (20,4) vs. 65,5% (16,6); p = 0,013). Finalmente, el 38,9% de los pacientes consiguió erradicar el microorganismo inicial, un 35,6% presentaron el mismo y el 18,9% la aparición de uno nuevo. Diez pacientes fallecieron durante el seguimiento.

Características	Anterior, N = 44 <sup>1</sup>	Posterior, N = 44 <sup>1</sup>	Dif. z	95% CI <sup>2,3</sup>	p-value <sup>2</sup>
FEV1 %	62.51 (23.14)	62.95 (23.20)	0.44	-3.1, 4.0	0.8
FVC %	72.43 (20.25)	72.11 (20.98)	-0.31	-5.5, 4.9	>0.9
<b>PATRON</b>					
normal	9 (20%)	9 (20%)			
obstructivo	8 (18%)	7 (16%)			
restrictivo	3 (6.8%)	6 (14%)			
mixto	24 (55%)	22 (50%)			

<sup>1</sup> Mean (SD); n (%)

<sup>2</sup> Paired t-test; McNemar's Chi-squared test

<sup>3</sup> CI = Confidence Interval

Figura 1. Comunicación 600. Función y patrón pulmonar anterior y posterior al tratamiento antibiótico nebulizado.

**Conclusiones:** El tratamiento AB en pacientes con IBC es bien tolerado y parece que se traduce en un beneficio clínico con disminución de las exacerbaciones. El principal factor asociado a la mala tolerancia del mismo es la función pulmonar deteriorada.

## 140. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EDUCACIÓN REALIZADA A PACIENTES PARA REALIZAR UNA CORRECTA TÉCNICA INHALATORIA

Laura Nicolás Casado<sup>1</sup>, Vanesa Juez Santamaría<sup>1</sup>, Marta Belver Blanco<sup>2</sup>, Sofía Jaurrieta Largo<sup>2</sup>, Laura Gutiérrez Vivas<sup>3</sup> y Susana Santiago Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario, San Sebastián, España. <sup>4</sup>Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

**Introducción:** Se ha demostrado que la administración de medicamentos por inhalación es la principal estrategia para tratar diferentes enfermedades pulmonares. Diversos estudios han confirmado como

	1(NUNCA)	2(A VECES)	3(CASI SIEMPRE)	4(SIEMPRE)	NO CONTESTAN
Posición Fowler	5	7	30	51	1
Agitar cartucho	2	7	29	55	1
Acoplar cartucho	2	7	18	65	2
Espiración lenta previa	6	14	34	37	3
Pulsación previa	11	13	29	39	2
Aguantar respiración	12	20	25	34	3
Tiempo de espera	21	23	24	24	2
Orden de inhaladores	22	23	24	24	1
Lavado cámara	19	20	20	33	2
Secado cámara	13	22	26	31	2

Tabla 1. Comunicación 140. Resultados del cuestionario.

una correcta educación de los pacientes, aumenta la adherencia al tratamiento, disminuye las recaídas y con ello las visitas a urgencias o los reingresos hospitalarios. Lo que conllevan una disminución del gasto sanitario y aumento de la calidad de vida de nuestros pacientes. Los pacientes a menudo verbalizan que no siempre han sido bien formados sobre el uso de dichos dispositivos. Lo que hace que la administración no sea del todo efectiva. Objetivo: identificar puntos críticos en la educación para la salud sobre el manejo de inhaladores, para poder unificar criterios a la hora de formar a los pacientes.

**Material y métodos:** Diseño: estudio descriptivo transversal. Población: Enfermeras en activo del Hospital Clínico Universitario Valladolid (HCUV). Variables: sociodemográficas, laborales y los ítems del cuestionario. Procedimiento: Se pasará un cuestionario de forma voluntaria y anónima a las enfermeras del HCUV. Cuestionario elaborado ad hoc por el equipo investigador y pilotado dentro de la unidad. Se difundirá a través del correo corporativo.

**Resultados:** De los 94 cuestionarios recibidos, más de la mitad de las enfermeras que contestaron fueron mujeres de entre 26 y 45 años, con una experiencia laboral de entre 10 y 20 años, mayoritariamente de unidades médicas y con plaza en propiedad. Los puntos críticos en la educación detectados han sido principalmente 2: 1º Que a la hora de administrar los inhaladores las enfermeras no siempre explicamos al paciente el tiempo que debe esperar entre la administración de varias dosis de inhalador, y 2º no siempre explicamos el orden en el que debe realizarlos, en el caso de tener varios prescritos (tabla).

**Conclusiones:** Existe un margen de mejora para conseguir una correcta educación sobre el uso de inhaladores. La correcta formación de los profesionales y pacientes mejoraría la administración de inhaladores con el consiguiente aumento de la efectividad del tratamiento.

## 906. ESTUDIO PILOTO DE CRIBADO DEL DÉFICIT DE $\alpha$ -1 ANTITRIPSINA (DAAT) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA AGUDIZADA

**Ester Sánchez Guerra**, Pilar Muñoz Claver, Gemma Roqué Guerin, Laura Ferran Valls, M Carmen Sánchez Fernández, Xavier Alsina Restoy, Rodrigo Torres Castro, Pau Marrades Segura y Rosanel Amaro Rodríguez

Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es la enfermedad hereditaria más frecuente en población caucásica, presentando una incidencia de 1/2.500-5.000 individuos. En España, pre-

senta una frecuencia del alelo S de 104 por cada 1.000 enfermos y un alelo Z con una estimación de 17 por cada 1.000, tendríamos un MZ por cada 39 individuos, un SZ cada 245 y un ZZ cada 3.344, suponiendo alrededor de 12.000 sujetos ZZ, de unos 400.000 SZ y de algo más de 1 millón de MZ. Nuestro objetivo fue determinar si los pacientes con diagnóstico de EPOC, asma y bronquiectasias, hospitalizados por una agudización de su enfermedad, presentan una mayor prevalencia de DAAT que los pacientes respiratorios cribados no hospitalizados.

**Material y métodos:** Se realizó genotipado mediante un hisopado de muestra de mucosa gingival a todos aquellos pacientes agudizados (con más de 2 ingresos por agudización en el último año) con diagnóstico de EPOC, asma o bronquiectasias.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 31 pacientes con una edad media de  $68 \pm 12$  años con diagnósticos de EPOC (7), asma (5) y bronquiectasias (19). Un total de 11 pacientes presentaron alteraciones genómicas (34% del total). De estos 2 fueron EPOC (28,6%), 6 fueron bronquiectasias (31,6%) y 3 fueron asmáticos (25%).

**Conclusiones:** El cribado del DAAT en la práctica asistencial para el diagnóstico de pacientes respiratorios con agudizaciones frecuentes durante su ingreso hospitalario ayuda a detectar pacientes con DAAT. Se necesitan futuros estudios con mayor número de pacientes que nos permitan confirmar estos resultados.

## 112. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS SPIROMETRÍAS EN EL SERVICIO DE FUNCIONALISMO RESPIRATORIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

**Naiara Urriza Hualde**, Leyre Oroz Valencia, Raquel Ibáñez Moreno, Jazmina Rodríguez Chocarro y Elena Turumbay Ranz

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** La espirometría es la principal prueba de función pulmonar, y resulta imprescindible para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias. Las enfermeras de funcionalismo respiratorio de la HUN reconocemos la importancia de una buena técnica de espirometrías para llegar a un diagnóstico correcto. La transmisión de tranquilidad y una buena explicación por parte de la enfermera es clave para la ejecución de una buena maniobra y así conseguir resultados óptimos. Nuestro objetivo es conseguir la mayor calidad posible (A-B) basadas en una buena aceptabilidad y reproducibilidad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las espirometrías realizadas en el mes de octubre del 2022 en el servicio de funcionalismo respiratorio. Tabla de grados de calidad de la SEPAR 2019 (A, B, C, D, E, F, U) (tabla).

Grado	Descripción
<b>A</b>	Tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,15 l
<b>B</b>	Tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,2 l
<b>C</b>	Dos maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,2 l
<b>D</b>	Dos o tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,25 l
<b>E</b>	Una maniobra aceptable (sin errores)
<b>F</b>	Ninguna maniobra aceptable (sin errores)
<b>U</b>	Técnicamente inaceptable pero útil

Tabla 1. Comunicación 112. Grados de calidad.

<b>Muestra</b>	178 pacientes		
<b>Media de edad</b>	61,78		
<b>Sexo</b>	Hombres	79	44,38%
	Mujeres	99	55,62%
<b>Experiencia previa</b>	Si	147	82,6%
	No	31	17,4%
	A	169	94,38%
	B	0	0%
	C	3	1,69%
	D	0	0%
	E	3	1,69%
	F	4	2,25%
	U	0	0%
	<b>TOTAL</b>	<b>178</b>	<b>100%</b>
	3	18	10,11%
	4	31	17,42%
	5	29	16,29%
	6	18	10,11%
<b>Intentos</b>	7	31	7,30%
	8	18	10,11%
	9	8	4,49%
	10	43	24,16%
	<b>TOTAL</b>	<b>178</b>	<b>100%</b>

Tabla 2. Comunicación 112. Resultados.

**Conclusiones:** En el laboratorio de funcionalismo respiratorio del HUN tenemos un 94,38% de calidad A. La capacidad de la enfermera para detectar y corregir errores es clave para conseguir una buena calidad. Influye mucho la experiencia previa y el efecto aprendizaje. En el 24,16% de los pacientes es necesario realizar el máximo número de intentos, pero aun así se consiguen buenos resultados. El promedio de número de intentos es de 6,56.

#### 848. EVALUACIÓN DE LA PCR FRENTE A SARS-CoV-2 PREVIA A LAS PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN LA TASA DE CONTAGIO A PACIENTES Y SANITARIOS

Faty B. A. Seck-Mboup<sup>1</sup>, Sally Santistevé Lostes<sup>1</sup>,  
Maria Aguilà Balastegui<sup>1</sup>, Mar Malla-Bañeres<sup>2</sup>, Iván D Benítez<sup>3</sup>,  
Rosa Maria Sarrat Nuevo<sup>4</sup>, Adriana Sabaté Ardiaca<sup>4</sup>,  
Elena Adriana Fulga<sup>4</sup>, Clara Gort-Paniello<sup>5</sup>, Ferran Barbé Illa<sup>6</sup>  
y Jessica González Gutiérrez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, Lleida, España. Pulmonary department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. <sup>2</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, Lleida, España. <sup>3</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida; CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute

of Health Carlos III, Madrid, España. <sup>4</sup>Pulmonary department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España.

<sup>5</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, Lleida, España. CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Madrid, España. <sup>6</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Madrid, España Pulmonary department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España.

**Introducción:** En la actualidad, no existe evidencia sobre la necesidad del uso de la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) previa a las pruebas funcionales respiratoria (PFR). Nuestro objetivo es describir si la no utilización de la PCR previo a la realización de PFR se traduce en un mayor contagio a pacientes y sanitarios por COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que acudieron a realizar PFR (espirometría, volúmenes pulmonares, difusión, test de la marcha) y del personal sanitario que las realizó, en los gabinetes de neumología del Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) y del Hospital Universitari Santa María de Lleida entre abril-junio 2022, con realización de PCR previa en HUAV y sin PCR previa en HUSM. No se establecieron criterios de exclusión. A través de la historia clínica hospitalaria y de primaria se evaluaron datos sociodemográficos y clínicos del paciente (motivo de la PFR, infección por COVID-19 previa, infección por COVID-19 dentro de los 10 días de realizar la PFR, sintomatología y gravedad, vacunación contra COVID-19). Así mismo un cuestionario sobre datos sociodemográficos y clínicos para el personal sanitario para identificar su tasa de contagios.

**Resultados:** Se analizaron 970 pruebas totales entre abril-junio, que corresponden a 951 pacientes (tabla). En HUAV el 50,7% fueron mujeres y 49,3% hombres, 33,4% con infección previa, 91% vacunados y una tasa de contagio post-PFR de 0,49% (3 pacientes); los motivos de realización de PFR en HUAV fueron asma (22%), enfermedad intersticial (20,9%), EPOC (7,07%), cáncer (4,44%), control pos-COVID (3,29%), bronquiectasias (1,64%) y otros (40,6%). En HUSM el 67,3% fueron hombres y 32,7% mujeres, 68,6% con infección previa por COVID-19, 85,5% vacunados y una tasa de contagio de 0,28% (1 paciente infectado). Los motivos de realización de PFR en HUSM fueron por control pos-COVID (57,6%), EPOC (19,9%), bronquiectasias (11,8%) y otros (10,7%). En cuanto al personal sanitario, fueron 7 en total (3 en HUAV y 4 en HUSM), 85,8% mujeres. En HUAV un 67% del personal fue vacunado y tuvo infección por COVID-19 previa, con una tasa de contagio pos-PFR del 33% (1 sanitario). En HUSM el 100% fue vacunado y no hubo contagios pos-PFR.

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones de la muestra, los resultados muestran que la no utilización de la PCR previa a las PFR no se traduce en un mayor contagio a pacientes y sanitarios por COVID-19.

Variables	HUAV (N=612)	HUSM (N=358)	p-valor	N
Edad (años)	65.0 [55.0-74.0]	64.0 [58.0-70.8]	0.328	970
Sexo:			<0.001	970
Mujer: n (%)	310 (50.7%)	117 (32.7%)		
Hombre: n (%)	302 (49.3%)	241 (67.3%)		
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	27.7 [24.2-32.4]	29.2 [25.9-33.4]	<0.001	969
Infección(es) previa(s) por COVID-19:			<0.001	955
No: n (%)	398 (66.6%)	112 (31.4%)		
Si: n (%)	200 (33.4%)	245 (68.6%)		
Vacunación contra COVID-19:			0.013	932
No: n (%)	53 (9.01%)	50 (14.5%)		
Si: n (%)	535 (91.0%)	294 (85.5%)		
	HUAV (N=609)	HUSM (N=356)	p-valor	N
Infección por COVID-19 a los 10 días post-PFR:			1.000	965
No: n (%)	606 (99.5%)	355 (99.7%)		
Si: n (%)	3 (0.49%)	1 (0.28%)		

IMC = Índice de masa corporal, PFR = Prueba funcional respiratoria, HUAV = Hospital Universitari Arnau de Vilanova, HUSM = Hospital Universitari Santa María.

Tabla 1. Comunicación 848. Datos descriptivos de los pacientes.

## 290. EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DEL TRATAMIENTO INHALATORIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Vanesa Juez Santamaría<sup>1</sup>, Laura Nicolás Casado<sup>1</sup>, Patricia del Olmo Nuñez<sup>2</sup>, Nagore Torres Manzano<sup>3</sup>, Mireia Muñoz López<sup>4</sup>, Francisco José López Pérez<sup>2</sup>, Margarita de Lamo Sutil<sup>5</sup> y Raquel Rodríguez García<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. <sup>4</sup>Centro de Salud Almazán, Soria, España. <sup>5</sup>Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España. <sup>6</sup>Centro de Salud Cigales, Valladolid, España.

**Introducción:** La vía inhalatoria es la vía de elección para la administración de múltiples tratamientos de enfermedades neumológicas. Una técnica de administración errónea puede comprometer el pronóstico de dichas patologías. El uso de dispositivos inhalatorios en el ámbito hospitalario en el contexto COVID-19 se ha visto incrementado, justificándose su empleo para minimizar la transmisión por aerosoles del virus. Por lo tanto, la educación del paciente en el manejo de los dispositivos inhalatorios juega un importante papel en el pronóstico de las patologías respiratorias.

**Material y métodos:** Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo de una muestra de 65 pacientes en tratamiento con inhaladores, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. La relación de cuestionarios fue la siguiente: 1. Cuestionario 1: contiene ítems destinados a recoger datos sociodemográficos y generalidades del tratamiento inhalatorio, a realizar por el propio paciente. 2. Cuestionario 2: contiene preguntas con escala Likert para valorar la percepción de la técnica inhalatoria del paciente, respondidas por el propio paciente. 3. Cuestionario 3: contiene ítems para valorar la técnica inhalatoria del paciente; su finalidad ha sido la evaluación objetiva de la técnica inhalatoria del paciente. Este cuestionario contiene los mismos ítems que el cuestionario 2, pero con respuesta cerrada (Sí/No). Los datos se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0 para Windows. Las variables cualitativas se resumieron según su distribución de frecuencias. Las asociaciones de variables cualitativas se analizaron mediante el test Chi-cuadrado de Pearson. Los valores de  $p < 0.05$  fueron considerados ESTADÍSTICAMENTE significativos.

**Resultados:** Un 98,5% no realizaron la técnica correctamente, presentando al menos un error. El equipo investigador ha encontrado que existe asociación significativa en 5 de las 12 variables.

**Conclusiones:** Este estudio mostró que un elevado porcentaje de los pacientes de la población de estudio utilizó de forma incorrecta los inhaladores, lo que contribuiría a una menor eficacia del tratamiento. Consideramos conveniente incluir a los pacientes con tratamiento crónico, y más aún a los pacientes que se inician en los inhaladores, en talleres reglados de seguimiento, donde abordar tanto la técnica, como el mantenimiento del dispositivo, o incluso otros problemas o situaciones que pudieran interferir en el manejo del dispositivo por parte de los pacientes.

## 435. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE NEUMOLOGÍA (HDN) EN TRATAMIENTO AUTOADMINISTRADO CON ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO EN DOMICILIO (TAIVD)

María Andión García Barrecheguren, Patricia Royo Tolosana, Pablo Cubero Marín y Laura Hernando Zaborras

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción:** En los últimos años los programas de atención domiciliaria han cobrado cada vez mayor importancia. Puede ser debido a varios factores como el desarrollo de nuevos antibióticos de dosis única diaria, los avances en los dispositivos de acceso vascular, la necesidad de reducción de gasto hospitalario, la mayor aceptación por los pacientes y el empoderamiento de estos para su mayor autonomía. Por esto decidimos evaluar la satisfacción de los pacientes con antibiótico domiciliario y la necesidad percibida del apoyo de enfermería en el hospital de día de neumología.

**Material y métodos:** Se seleccionaron 18 pacientes del HDN del Hospital Miguel Servet de Zaragoza que requerían TAIVD 12 meses. Se les realizó una entrevista telefónica que constaba de 7 preguntas con grado de satisfacción del 1 al 5 y una pregunta con respuesta cerrada Sí/No (tabla 1).

**Resultados:** Las características de los pacientes están en la tabla 2. De los 18 participantes, 16 realizaron la entrevista completa. 1 paciente fue *exitus* y otro no quiso realizarla por motivos personales. El 81% les resultó muy fácil el aprendizaje y manejo del dispositi-

	Total (%)
Sexo	48.27
Edad	71
Mujeres	11
Edad de enfermedad (años)	25
Bronquitis (%)	89%
Fumar actualmente (%)	21%
Otro tabaco (%)	1%

Número de paciente	PREGUNTAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Le resultó fácil de aprender la autoadministración del medicamento?	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2. Le resultó fácil de manejar el dispositivo de administración?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3. Le provocó molestias llevar un catéter periférico durante el tratamiento?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4. Cuantos cambios de vía tuvo que realizarse durante el último tto?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5. Pudo seguir realizando su trabajo/actividades cotidianas durante el tto?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. En gral. qué grado de satisfacción tiene en cuanto al TABIV?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7. Preferiría haberse puesto el tratamiento durante un ingreso hospitalario?	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
8. Como de importante cree que es la figura de la enfermera de hospital de día durante el tto?	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Tabla 1. Comunicación 435.

tivo, el 13% fácil y el otro 6% refiere cierta dificultad. El 44% asumió molestia tolerable, el 31% ninguna molestia, el 19% poca molestia y el 6% mucha molestia. El 37% no precisó de cambio de vía periférica durante el tratamiento, el 19% un cambio y el otro 44% dos o más cambios. El 50% debió dejar de trabajar, aunque pudo realizar sus actividades de la vida diaria. El 25% se mostró satisfecho, el 69% bastante satisfecho y el 6% satisfecho con el TAVID y el 94% de todos prefiere el tratamiento domiciliario. Finalmente, la figura de la enfermera en HDN cree que es muy importante (94%) o importante (6%).

#### Número de paciente:

1. Le resultó fácil de aprender la autoadministración del medicamento?
2. Le resultó fácil de manejar el dispositivo de administración?
3. Le provocó molestias llevar un catéter periférico durante el tratamiento?
4. Cuantos cambios de vía tuvo que realizarse durante el último tto?
5. Pudo seguir realizando su trabajo/actividades cotidianas durante el tto?
6. En gral. qué grado de satisfacción tiene en cuanto al TABIV?
7. Preferiría haberse puesto el tratamiento durante un ingreso hospitalario?
8. Como de importante cree que es la figura de la enfermera de hospital de día durante el tto?

Tabla 2. Comunicación 435. Entrevista de satisfacción TABIVD.

**Conclusiones:** Los pacientes expresan, en la entrevista telefónica, facilidad en el aprendizaje del dispositivo, leve molestia por el uso de catéter y que el TAVID no interfiere en sus actividades diarias, aunque sí en el trabajo. La mayoría de los pacientes no necesitó de ningún o solo un cambio de vía periférica. Todos los encuestados sostienen que es fundamental la enfermera del HDN aportando apoyo seguridad y tranquilidad.

### 853. EVENTOS Y COSTES EVITADOS MEDIANTE UN PROGRAMA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS AÉREAS EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN ESPAÑA

**Sarah Alami Meurant<sup>1</sup>, Pablo lázaro de Mercado<sup>2</sup> y David Rudilla García<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Air Liquide Healthcare, Paris, France. <sup>2</sup>Independent Researcher, Madrid, España. <sup>3</sup>Air Liquide Healthcare, Madrid, España.

**Introducción:** La falta de adherencia es el principal reto para la eficacia de la presión positiva continua en las vías Aéreas (CPAP) en

pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). En España se aplicó un programa individualizado de mejora de la adherencia a la CPAP (PIMA) basado en la estratificación de pacientes y planes de atención personalizada. PIMA mejoró la adherencia al tratamiento. Objetivo: estimar la reducción de eventos y de costes de PIMA mediante un modelo de evaluación económica.

Eventos y recursos	Simulación 1	Simulación 2	Simulación 3
Eventos cardiovasculares	32.260	1.455	208
Accidentes de tráfico	8.662	391	56
Accidentes de trabajo	1.274	57	8
Visitas de atención especializada	150.003	6.767	967
Visitas a urgencias	53.008	2.391	342
Ingresos en hospital de día	16.594	749	107
Ingresos en el hospital	30.811	1.390	199
Ingresos en la UCI	5.476	247	35
Días de trabajo perdidos	2.071.364	93.443	13.349

Tabla 1. Comunicación 853. Eventos y recursos evitados atribuibles a PIMA durante el período de 12 meses.

Perspectiva	Tipo de coste	Simulación 1	Simulación 2	Simulación 3
Sistema de Salud (Pagador)	Costes médicos directos (€)	186.734.338	8.423.925	1.203.418
	Costes directos no médicos (€)	13.043.828	588.431	84.062
	Costes directos (€)	199.778.166	9.012.355	1.287.479
Social	Costes indirectos (€)	292.831.954	13.210.180	1.887.169
	Coste social (costes directos e indirectos) (€)	492.610.120	22.222.536	3.174.648

1. Rudilla D et al. Rev Patol Respir. 2021;24:125-34.

2. Català R et al. Arch Bronconeumol. 2016 Sep

Tabla 2. Comunicación 853. Costes evitados atribuibles a PIMA durante el período de 12 meses.

**Material y métodos:** Se desarrolló un modelo económico en Microsoft® Excel para estimar los resultados clínicos y económicos de

PIMA desde la perspectiva del pagador (Sistema de Salud Español) (considera solo los costes directos) y desde la perspectiva social (considera los costes directos e indirectos), en un horizonte temporal de 1 año desde el inicio de la terapia CPAP. Al modelo se le asignaron datos obtenidos del ensayo controlado aleatorio PIMA para la tasa de adherencia con y sin PIMA (1), y de la revisión de la literatura para los datos clínicos y económicos por nivel de adherencia (2). Se consideraron tres simulaciones en función de la población de estudio: Simulación 1: Impacto si todos los pacientes tratados por CPAP fueran seguidos por PIMA: 775.850 pacientes en 2021. Simulación 2: Impacto si todos los pacientes nuevos tratados con CPAP fueran seguidos por PIMA: 35.000 pacientes en 2021. Simulación 3: Impacto en los pacientes seguidos por PIMA: 5.000 pacientes en abril de 2022.

**Resultados:** En la simulación 1, se evitarían 32.260 eventos cardiovaseculares, 8.662 accidentes de tráfico, y 1.274 accidentes laborales (tabla 1). Esto supone un ahorro anual de 199.778.166€ en costes directos, y 292.831.954€ en costes indirectos (tabla 2). En la simulación 2 y 3, respectivamente, el ahorro atribuido a PIMA fue de 9.012.355€ y 1.287.479€ en costes directos, y 22.222.536€ y 3.174.648€ en coste social (directos + indirectos) (tabla 2). Estos resultados equivalen a un ahorro neto de 257€ y 635€ por paciente y año en costes directos y sociales respectivamente.

**Conclusiones:** Solo en el primer año, se estima que PIMA ahoraría un 25% en costes directos y un 42% en costes totales. El uso generalizado de intervenciones para aumentar la adherencia a la CPAP basadas en estratificación de pacientes y planes de atención personalizada, como PIMA, podría producir una importante mejora en la salud de los pacientes y un importante ahorro de costes para el Sistema Sanitario y la sociedad en su conjunto.

#### 476. EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR DURANTE DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE

**María Granados Santiago**, Julia Raya Benítez, Sofía Hernández Hernández, Alba Navas Otero, Izarbe Ríos Asín y María Carmen Valenza

Universidad de Granada, Granada, España.

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 ha impactado de manera global a toda la población. Los pacientes con EPOC se han visto afectados en mayor medida por su condición previa de salud. Disnea, tos y esputo son los síntomas cardinales en estos pacientes, sin embargo, recientes estudios muestran el dolor como un síntoma significativo con una prevalencia estimada del 32-60%. El objetivo de este

estudio fue analizar las variables de percepción del dolor en pacientes con EPOC estable durante la pandemia de COVID-19.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal en pacientes con EPOC estable sin diagnóstico de COVID-19 evaluados antes y durante la pandemia. Las variables principales fueron la percepción del dolor (sensibilidad general al dolor, intensidad del dolor, interferencia del dolor y umbral del dolor a la presión) y el estado general de salud.

**Resultados:** Los datos descriptivos de los pacientes con EPOC estable no mostraron diferencias significativas entre antes de la pandemia y durante la pandemia. En cuanto a la percepción del dolor, los pacientes experimentaron una mayor percepción del dolor con diferencias estadísticas en la sensibilidad general al dolor, la intensidad, la interferencia y el umbral del dolor a la presión ( $p < 0,05$ ) durante la pandemia de COVID-19. Además, el estado general de salud percibido de los pacientes con EPOC durante la pandemia fue significativamente más bajo que antes de la pandemia ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con EPOC durante la pandemia de COVID-19 presentaron un aumento en la percepción del dolor acompañado de una disminución del estado general de salud.

#### 431. EXISTE INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE ESTANCIA EN UCRI, LA SUPLEMENTACIÓN HIPERPROTEICA Y LA INFECCIÓN POR COVID-19 EN EL DESARROLLO DE UPP

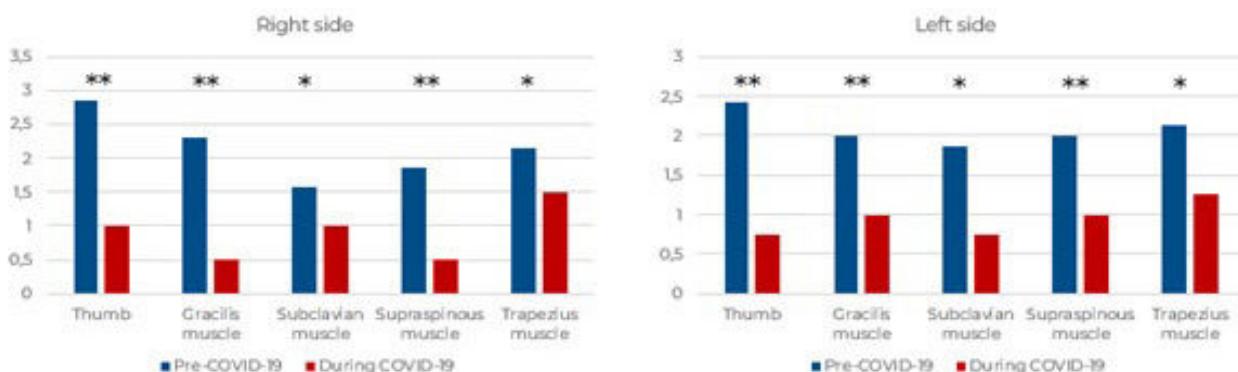
**Nuria Barón Salvador**<sup>1</sup>, Ana Hernández Bezos<sup>1</sup>, Ester Rodríguez florez<sup>1</sup>, Cristina Miranda Acebes<sup>1</sup>, Paula Medina Murillo<sup>1</sup>, Carmen San Jose García<sup>1</sup>, Beatriz Barón Salvador<sup>2</sup>, Susana Calderón Martínez<sup>1</sup> y Rocío Domínguez Peláez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

<sup>2</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

**Introducción:** Las úlceras por presión (UPP) se definen como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. Debido al creciente número de ingresos en UCRI de paciente COVID-19 y el aumento del registro de UPP se decide realizar un estudio comparativo.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, realizado entre marzo de 2020 y febrero de 2022 en la unidad de Cuidados



\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p \leq 0.001$ .

Figura 1. Comunicación 476. Umbral del dolor en los pacientes con EPOC.

## Estadísticos de prueba\*

	Tiempo estancia UCRI (contando día de entrada y salida)
U de Mann-Whitney	4135,000
W de Wilcoxon	33055,000
Z	-3,668
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: DESARROLLO DE ULCERAS (0=NO, 1=SI)

Tabla 1. Comunicación 431. Prueba de Mann-Whitney.

respiratorios intermedios (UCRI) del HCUV. Los criterios de inclusión: ingreso en UCRI y presencia de UPP. Se recogieron los siguientes datos; edad, sexo, tiempo de estancia en UCRI, infección por COVID-19 y suplementación hiperproteica. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS25. Una  $p < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 291 pacientes en la unidad de UCRI, 209 hombres y 82 mujeres con una mediana de edad de  $67,00 \pm 15,20$ . El desarrollo de UPP ocurrió en 51 pacientes un 17,5%. La mediana de tiempo de estancia en UCRI en pacientes que no desarrollaron UPP fue de 3 días mientras que en pacientes que si desarrollaron UPP fue de 7 días (rango 0-85). Mediante la realización de la prueba U de Mann-Whitney podemos asumir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de estancia en UCRI y el desarrollo de UPP. El 62,5% de los pacientes que reciben suplementos hiperproteicos no desarrollaron UPP mientras que el 17% de los pacientes que no reciben suplementos hiperproteicos si desarrollan UPP. Sin embargo, mediante el test exacto de Fisher no se demuestra que esta diferencia encontrada sea estadísticamente significativa ( $p = 0,149$ ). El 83,3% de los pacientes diagnosticados de COVID-19 no desarrollaron UPP mientras que el 16,7% si las desarrollaron. No se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre dichas variables ( $p = 0,599$ ).

**Conclusiones:** Con este estudio podemos asumir que existe una asociación entre el tiempo de estancia en UCRI y el aumento del riesgo de presentar UPP. A pesar de registrar un aumento en el desarrollo de UPP en paciente COVID-19 no se ha conseguido demostrar una relación estadísticamente significativa entre ambas variables al igual que en la suplementación hiperproteica para evitar el desarrollo de UPP.

#### 475. FIABILIDAD ENTRE UNA EVALUACIÓN PRESENCIAL Y A DISTANCIA DE LA CAPACIDAD DE EJERCICIO EN SUPERVIVIENTES DE COVID

**María Granados Santiago<sup>1</sup>, Laura López López<sup>2</sup>, Julia Raya Benítez<sup>2</sup>, Alba Navas Otero<sup>2</sup>, Sofía Hernández Hernández<sup>2</sup> e Izarbe Ríos Asin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, Universidad de Granada, Melilla, España. <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España.

**Introducción:** El distanciamiento social que causó la pandemia ha generado la necesidad del uso de las nuevas tecnologías para la evaluación de pacientes a distancia. El objetivo de este estudio era evaluar la fiabilidad entre una evaluación presencial y a distancia de la capacidad de ejercicio en supervivientes de COVID.

**Material y métodos:** En este estudio observacional se reclutaron participantes que tuvieran infección previa de COVID confirmada. Cada uno fue evaluado por dos fisioterapeutas (uno de manera presencial y otro a través de una videollamada). La capacidad de ejerci-

cio se evaluó mediante el test de levantarse y sentarse durante 30 segundos. Además, la fatiga y la disnea después del test se evaluó mediante la escala de Borg modificada y la escala numérica respectivamente.

**Resultados:** Finalmente, 55 participantes fueron incluidos, la mayoría mujeres de entre 18 y 66 años. Se encontró una fiabilidad excelente para todas las variables estudiadas ( $ICC > 0,9$ ).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra una alta fiabilidad para la evaluación a distancia de la capacidad de ejercicio en pacientes supervivientes de COVID-19.

#### 113. HÁBITO TABÁQUICO Y PREVALENCIA DE CONSUMO EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

**Verónica Gómez Abad, Ana del Hoyo Herrero, Ana María Estabáñez Díez y Begoña Josa Laorden**

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.*

**Introducción:** El tabaquismo es primera causa mundial preventible de enfermedad y muerte.

**Material y métodos:** Identificar prevalencia, percepción del riesgo y factores favorecedores tabaquismo en servicio de Neumología de un hospital de referencia. Se realiza estudio observacional descriptivo. Para ello, se elabora cuestionario según recomendaciones OMS de 17 ítems midiendo variables epidemiológicas sobre prevalencia y percepción del riesgo de fumar, así como factores favorecedores al tabaquismo. El cuestionario, autocumplimentado y confidencial, se distribuyó a 70 profesionales en agosto y septiembre 2022. Tasa de participación: 91,4%.

**Resultados:** La mayoría (56,2%) nunca fumó, fumadores diarios un 17,2%, ocasionales 4,7% y exfumadores 21,9%. Fumadores diarios: prevalecen mujeres (72,7%) y rango de edad 18-35 (63,6%). La categoría profesional sería 54,5% auxiliares, 27,3% enfermeras y 18,2% médicos. El 100% consume  $\geq 20$  cigarrillos/día. Edad de inicio de la totalidad fue 15-21 años. El 81,8% inicia su consumo en la mañana. Los motivos ligados al consumo: 72,7% nervios y reuniones sociales. Un 54,5% unido a alcohol y tras comidas. Un 18,2% al café. El 54,5% intentó dejarlo sin éxito en una ocasión, 27,3% en dos y 19,2% no ha intentado. El 91% fuma en el hospital. La gran mayoría, en el exterior. Abandonan su puesto para fumar 3 veces/turno de media. Dentro de 5 años solo se ve fumando 9,1%. El 100% no ha solicitado ayuda al hospital para dejarlo: 72,7% (desinterés), 18,2% (desconocimiento) y 9,1% (inaccesibilidad). 54,5% se plantea dejarlo alegando perjuicio de salud, efectos nocivos y economía. Fumadores ocasionales: 66,7% son mujeres. Todos 18-35 años y con inicio 16-18 años. Su consumo es 100% fines de semana noche y ligado 66,7% a reuniones y alcohol. Uno lo une a estudio nocturno. Ninguno fuma en el hospital, ni se ve fumando en 5 años. Ninguno ha intentado dejarlo ni pedido ayuda por desinterés. Un 66,7% se lo plantea por efectos nocivos. Los exfu-

madores: 100% mujeres. 50% entre 51-65 años, 35,7% de 36-50 años y 14,3% de 18-35 años. El 71,4% auxiliares. Un 92,9% fumaba  $\geq 20$  cigarrillos/día. La edad máxima de inicio fueron 18 y la de dejarlo fue antes de los 30, un 78,6% y el 100% antes de los 45. El 100% lo consiguió en un único intento.

**Conclusiones:** La prevalencia obtenida es inferior a la de la población general de nuestra CCAA (33,9%). Están bastante sensibilizadas con los efectos perjudiciales del consumo, pero ninguno ha solicitado ayuda al hospital para abandonarlo, tarea pendiente de Comisión Hospital sin Humo.

## 562. HALLAZOS SOSPECHOSOS DE MALIGNIDAD DURANTE EL SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA POS-COVID DE ENFERMOS CRÍTICOS

**Maria Aguilà Balastegui**<sup>1</sup>, Sally Santistevé Lostes<sup>1</sup>,  
Faty B.A. Seck Mboup<sup>2</sup>, Anna Vila Fornells<sup>3</sup>, Nuria Forns Parial<sup>3</sup>,  
Rafaela Vaca Molina<sup>2</sup>, Olga Mínguez Roure<sup>2</sup>, Clara Gort Paniello<sup>4</sup>,  
Anna Moncusí Moix<sup>5</sup>, Aida Monge Esque<sup>1</sup>, David de Gonzalo Calvo<sup>4</sup>,  
Ferran Barbé Illa<sup>2</sup> y Jessica González Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, Pulmonary Department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. <sup>2</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida; CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Pulmonary department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. <sup>3</sup>Pulmonary department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. <sup>4</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Lleida, España. <sup>5</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa María, IRBLleida, Lleida, España.

**Introducción:** La realización de pruebas complementarias como la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax en enfermos respiratorios brinda la oportunidad del diagnóstico oportuno de otras enfermedades como las neoplasias. Se desconoce su impacto en una consulta de seguimiento de enfermos críticos pos-COVID. El objetivo de este trabajo es describir las sospechas y diagnóstico de procesos neoplásicos encontrados durante el seguimiento en la consulta pos-COVID.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los casos de sospecha diagnóstica neoplásica durante el seguimiento en la consulta pos-COVID de los enfermos que precisaron ingreso en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Arnau de Vilanova y Santa María de Lleida, desde el inicio de la consulta en junio de 2020 hasta la actualidad. En dicho seguimiento a los pacientes se les realiza TAC de tórax a los 3, 6, 12 y 24 meses tras la alta hospitalaria.

**Resultados:** Se visitaron un total de 676 pacientes. En 21 de ellos se observó algún signo de sospecha neoplásica a través del TAC de tórax. Dichos enfermos eran predominantemente hombres (62%) con una edad media de 66,2 años. El 57% eran fumadores o exfumadores y el 19% presentaban un diagnóstico de enfisema o EPOC. En 16 pacientes la localización del hallazgo fue pulmonar. En seis pacientes se diagnosticó proceso neoplásico: adenocarcinoma (estadio I), carcinoma escamoso (estadio IIIA), tres de tumor carcinoide típico y uno de recidiva (carcinoema escamoso estadio I). En dos finalmente el diagnóstico resultó de sarcoidosis y aspergilosis pulmonar. El resto se encuentran en seguimiento radiológico por nódulos pulmonares sospechosos, pendiente de evolución. De los de localización extrapulmonar se diagnosticaron de: metástasis pulmonares y hepáticas de un carcinoma de mama previo, metástasis pulmonares y hepáticas de un carcinoma de mama previo, metástasis pulmonares y hepáticas de un carcinoma de mama previo.

cas de un carcinoma de recto (pT4pN0 KRAS mutado), metástasis de ganglios mediastínicos y retroperitoneales de un carcinoma de recto (T2N2), un timoma (pendiente de estudio) y una recidiva de cáncer vesical (carcinoema urotelial infiltrante pT1a). Uno resultó ser lesión benigna (hemangioma hepático).

**Conclusiones:** La realización de un TAC de tórax en el contexto de la consulta pos-COVID ha servido de oportunidad para el diagnóstico de enfermedades neoplásicas en dichos pacientes.

## 480. IMPACTO DEL TIEMPO DE RECUPERACIÓN EN LA DISCAPACIDAD DE LOS PACIENTES CON FRACTURA COSTAL TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

**María Granados Santiago**<sup>1</sup>, Julia Raya Benítez<sup>1</sup>,  
Sofía Hernández Hernández<sup>1</sup>, Alba Navas Otero<sup>1</sup>, Izarbe Ríos Asín<sup>1</sup>  
y Ana Belén Gamiz Molina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada, Granada, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

**Introducción:** Las fracturas costales son un trauma cerrado severo con una prevalencia de 10-20%. Estas fracturas requieren una corta o larga estancia hospitalaria según la evolución clínica del paciente, mostrando discapacidad un 53% de los pacientes tras el alta hospitalaria. El objetivo del estudio fue identificar los predictores de discapacidad moderada-grave tras el alta hospitalaria relacionada con el tiempo de recuperación de los pacientes con fractura costal.

**Material y métodos:** Un estudio retrospectivo observacional fue llevado a cabo en pacientes con fractura costal que recibieron tratamiento conservador durante la hospitalización. Los pacientes fueron divididos en función de la duración de la estancia hospitalaria en dos grupos, siendo 3 días de hospitalización los establecidos para la recuperación de estos pacientes. Datos descriptivos de edad, sexo, causa de la fractura, patrón de la fractura y comorbilidades fueron recogidos. La severidad del trauma fue evaluada con el Chest Trauma Score y el Lung Injury Score. La discapacidad fue evaluada con el Katz.

**Resultados:** Los datos descriptivos al inicio son similares en ambos grupos. Los pacientes muestran un incremento de la tasa de discapacidad conforme aumenta el tiempo de hospitalización. En los pacientes con una hospitalización menor o igual de 3 días no hay predictores de discapacidad. Sin embargo, los pacientes con una hospitalización mayor de 3 días mostraron presencia de discapacidad relacionada con el sexo, la presencia de *flail chest* y de la primera costilla fracturada, la severidad del daño pulmonar y el estado funcional.

**Conclusiones:** El tiempo de recuperación de los pacientes con fractura costal es un predictor de discapacidad moderada-severa tras el alta hospitalaria.

## 130. IMPLANTACIÓN DE UNA BOMBA DE INFUSIÓN ENDOVENOSA DE TREPROSTINIL PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRAVE, UN AVANCE EN CALIDAD DE VIDA

**Desirée Alemán Segura**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

**Introducción:** El treprostinil subcutáneo es un análogo de la prostaciclina que se usa para tratar la hipertensión arterial pulmonar (HAP) de riesgo intermedio-alto y alto. El dolor local en el punto de infusión subcutánea del fármaco y las infecciones a este nivel provocan un deterioro de la calidad de vida e incluso el abandono del tratamiento. El objetivo fue describir la experiencia de la

Unidad Multidisciplinar Vascular Pulmonar del HUGC Dr. Negrín en la implantación de una bomba de infusión endovenosa para el tratamiento con treprostinal en un paciente con HAP de riesgo intermedio-alto que portaba previamente una bomba subcutánea estándar.

**Material y métodos:** Se realizó una evaluación con cuestionario de síntomas y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), cuestionario CAMPHOR, antes del implante de la bomba y cada 3 meses; además de la clase funcional de la OMS (WHO), NT-Pro-BNP, TM6M y un registro de complicaciones.

**Resultados:** No se registraron complicaciones quirúrgicas ni postquirúrgicas en la implantación de la bomba. Tras el implante se eliminó el dolor local y las infecciones producidas por el catéter, disminuyendo el número de consultas extraordinarias por estos motivos. No se observaron cambios significativos de la en la clase funcional WHO, prueba de 6 minutos y NT-proBNP. Constatamos una mejora significativa de la calidad de vida en dominios específicos del cuestionario CAMPHOR: energía, estado de ánimo, realización de actividades.

**Conclusiones:** La implantación de una bomba subcutánea de treprostinal mejora las complicaciones y la calidad de vida del paciente que precisa de treprostinal sc para el tratamiento de una HAP de riesgo intermedio -alto.

### 103. IMPLEMENTACIÓN DE LA MANOMETRÍA PLEURAL EN LA TORACOCENTESIS DE FORMA SISTEMÁTICA EN UNA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA

**Marta Navarro Colom, Laura Romero Roca, Virginia Pajares Ruiz, Albert Rafecas Codern, Ana Pardessus Otero y Alfons Torregó Fernández**

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

**Introducción:** La manometría pleural es una técnica que permite valorar la presión y la elastancia pleural (Pel) a medida que se extrae el líquido pleural durante una toracocentesis. Las ventajas de la información que aporta la manometría son múltiples, destacando la posibilidad de predecir un pulmón no expansible (PNE) y la evacuación controlada de la cantidad de líquido pleural. Actualmente no existe consenso sobre la indicación de la manometría pleural de forma sistemática durante la toracocentesis. El objetivo del presente estudio es evaluar la implementación de la técnica por el equipo de enfermería así como valorar la utilidad de este procedimiento en los pacientes con indicación de toracocentesis.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo en pacientes con indicación de toracocentesis. Los pacientes incluidos presentaban derrame pleural de debut. En la unidad de Neumología Intervencionista se realizaba ecografía torácica, manometría pleural y toracocentesis el mismo día del procedimiento. La manometría se realizaba mediante manómetro con columna de agua y se registraba sistemáticamente la presión pleural tras la extracción cada 200 ml de líquido pleural (fig.). Se registraron las siguientes variables: etiología del derrame pleural (DP), características del líquido pleural (bioquímica, citología y microbiología), duración y tolerancia de la técnica, elastancia pleural, volumen total del líquido pleural extraído y complicaciones.

**Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes con una edad media de 68 ± 10. En el 74% de los pacientes la etiología del DP fue oncológica. En el 63% de los procedimientos se obtuvo > 1.000 ml de líquido pleural. La manometría se realizó en el 100% de los pacientes sin objetivar complicaciones. El 68,4% de los pacientes presentaron una Pel < 14,5 cmH<sub>2</sub>O. La duración media de la prueba resultó de 27 ± 5 min. El 85% de los pacientes toleraron el procedimiento con una puntuación de 9, en una escala visual analógica (EVA del 0 al 10). Los sínto-

mas más frecuentes fueron dolor torácico en 4 pacientes y tos en 7 pacientes.



Figura 1. Comunicación 103. Inserción del catéter de toracocentesis y conexión a una columna de agua. b) Marcaje del punto de presión pleural. c) Evacuación progresiva del líquido pleural con control manométrico. d) Medida final de presión pleural para cálculo de elastancia pulmonar.

**Conclusiones:** La manometría pleural realizada durante la toracocentesis es una técnica bien tolerada que permite la obtención de mayor cantidad de líquido pleural sin un aumento de las complicaciones, de la duración ni de la complejidad de la técnica. La información obtenida mediante manometría es útil en el manejo del DP aunque es necesario realizar estudios adicionales que posicionen la manometría en el algoritmo diagnóstico del DP.

### 804. IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL TELEMÁTICO PRECOZ DE ENFERMERÍA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA POR EMBOLÍA PULMONAR

**Anna Herranz Blasco, Karys Helena Khilzi Álvarez, Àngela García Sanz, Jose Gregorio González García, Consolación Ivern Díaz, Àlvaro Clemente Vivancos, Paloma Garcimartín Cerezo, Kevin Peris Moral, Roser Pedreny Ventura, Eric Sitjàs Molina y Diego Agustín Rodríguez Chiaradía**

Hospital del Mar, Barcelona, España.

**Introducción:** La embolia pulmonar (EP) es un diagnóstico que altera significativamente la vida de los pacientes. El tratamiento en la fase aguda de la enfermedad va mucho más allá de la terapia antiocoagulante inicial. En este sentido, durante las primeras semanas los pacientes con EP pueden experimentar graves eventos adversos como el sangrado, dificultades para volver a realizar sus actividades diarias o adherirse adecuadamente a nuevos tratamientos, entre otras necesidades. Por este motivo requieren de un seguimiento estructurado, sin embargo la implementación de este no está completamente establecido.

**Material y métodos:** De acuerdo con las últimas guías de práctica clínica y recomendaciones, establecimos una consulta específica de enfermería para un seguimiento telemático a los 7-10 días del alta hospitalaria tras un evento de EP (fig.). En esta consulta se realiza una actuación estructurada de enfermera de práctica avanzada experta en enfermedades vasculares y centralizada en cada paciente.

**Resultados:** En los dos meses posteriores a la implementación de la consulta se han recogido 17 casos que presentaron como diagnóstico principal EP requiriendo un ingreso hospitalario. Los pacientes son en su mayoría hombres 60% (n = 9), con una edad media de

## Resumen del seguimiento del paciente con embolia pulmonar



Figura 1. Comunicación 804.

61,7 años. Un 11% (n = 2) tuvieron una EP de riesgo bajo, 83% (n = 15) de riesgo intermedio, destacando que el 40% (n = 6) fue intermedio-alto y el 6% (n = 1) de riesgo alto. Al alta, un 94% (n = 16) de pacientes realizaban tratamiento con heparina de bajo peso molecular. El riesgo de sangrado medio (por escala RIETE - Registro Informatizado de Enfermedad Trombo Embólica) fue de riesgo intermedio (entre 2 y 4 puntos). Los primeros resultados indican que un 94% de los pacientes (n = 16) realizaban poca actividad física tras el alta motivado por el temor a repetición de un evento de EP. El 6% (n = 1), abandona el tratamiento anticoagulante por falta de conocimiento. No se han detectado sangrados relacionados con el tratamiento, más allá de los hematomas abdominales.

**Conclusiones:** El seguimiento estructurado de la EP en la fase aguda es relevante para valorar la evolución del paciente, aunque debe adaptarse a los recursos disponibles. La implementación del control telemático precoz de enfermería tras el alta hospitalaria por EP podría ser una herramienta extremadamente útil para cumplir con los objetivos y mantener una adecuada calidad asistencial.

### 31. IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA

Lorena Sastre Puras y Sara Siguenza Moreno

Hospital San Pedro, Logroño, España.

**Introducción:** El asma infantil es una enfermedad crónica de las vías aéreas más prevalente de la infancia a nivel mundial y causa limitaciones en el desarrollo normal de actividades propias de la niñez. Por ello nuestro objetivo es evaluar la importancia del ejercicio físico en pacientes pediátricos con asma para favorecer su completo desarrollo involucrando a los padres y al sistema escolar garantizando así una buena calidad de vida.

**Material y métodos:** Se procede a una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Scielo. Los términos de búsquedas utilizados: asma, ejercicio físico, asma pediatría. Se construyó utilizando operadores booleanos.

**Resultados:** En los niños el ejercicio mejora el desarrollo mental y físico, proporciona beneficio psicoemocional, les integra dentro de

su grupo social y les enseña a prepararse para una vida saludable cuando sean adultos. Cualquier tipo de prescripción de ejercicio debe preocuparse de mejorar la resistencia, la fuerza y la flexibilidad del paciente, que a posterior será lo que le permita obtener una mayor calidad de vida. Establecer unas recomendaciones generales para reducir el miedo a los síntomas asmáticos desencadenados por el propio ejercicio para mejorar la capacidad cardiopulmonar, los síntomas del asma y la calidad de vida de los pacientes pediátricos con asma.

**Conclusiones:** La educación sobre el asma y la realización de ejercicio en los pacientes pediátricos es una parte fundamental del tratamiento y evolución de la enfermedad. Debe ofrecerse a todas las partes implicadas aumentando los conocimientos de la enfermedad, eliminando los miedos sobre la realización de ejercicio, reforzando así la confianza de no solo los propios pacientes, sino de sus educadores y familiares.

### 36. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PACIENTES POST COVID-19 CON TRAQUEOSTOMÍA TRATADOS CON DISTINTOS DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA

Cristina Subirana Ferres, Nuria Romero Navarrete, Andrea Muñoz Pozo, Arantxa López Molina, Guadalupe Bermudo Peloche e Isabel Diaz Martos

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España.

**Introducción:** El SARS-CoV-2 ha causado una pandemia mundial y hasta el momento ha sido mucho más severa que otros virus destacados, debido a su contagiosidad, siendo esto un problema de salud mundial que ha puesto al límite el sistema sanitario de cualquier país. El COVID-19 pueden llevar al Síndrome de distrés respiratorio agudo tan frecuente en el COVID-19 y la mayoría de causas de ingreso en UCI, así como eventos protrombóticos y fallo multiorgánico. Muchos de estos pacientes finalmente necesitan ventilación invasiva. La estancia en UCI suele ser larga. La traqueostomía suele realizarse en aquellos pacientes cuando el tratamiento con VMI se prolonga y se realiza una traqueostomía. La función fisiológica de humidificación, calefacción y filtrado se pierde, tras este procedimiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, realizado entre agosto de 2021 a mayo 2022 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes que fueron dados de alta de la unidad de cuidados intensivos con traqueostomía ( $> 18$  años) hombres o mujeres en el Hospital Universitario de Bellvitge. Los pacientes fueron incluidos mediante un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo.

**Resultados:** Se han incluido un total de 28 pacientes, el 85,7% correspondieron a varones mientras que el 14,3% a mujeres. La edad mediana de estos fue  $65,50 \pm (34-78$  años). La mediana de días de los pacientes que estuvieron ingresados en la UCI fue de 61,5 días (33-120 días). Las principales comorbilidades encontradas fueron: Hipertensión arterial con un 42,9% ( $n = 12$ ), diabetes mellitus con un 35,7% ( $n = 10$ ) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con un 14,3% ( $n = 4$ ) entre otras como la cardiopatía isquémica 21,4% ( $n = 6$ ) y obesidad 50% ( $n = 14$ ) y sobrepeso 25% ( $n = 7$ ). Además, el 35,7% fueron fumadores ( $n = 1$ ) o exfumadores ( $n = 9$ ), el 64,3% no era fumador ( $n = 18$ ). Del total de pacientes analizados, solo el 78,6% llevaba dispositivo alto flujo, el 10,7% llevaba dispositivo Venturi y el 10,7% llevaba el Inspirón®. Los hombres tuvieron más complicaciones que las mujeres (88,9 vs. 11,1%). Pacientes con hábito tabáquico también presentaron más complicaciones tan respecto a los que no habían sido fumadores (66,7 vs. 33,3%) con un *p* valor de 0,028. Los pacientes que eran portadores de un dispositivo de alto flujo o *traqueoflow* que incorpora humidificación y temperatura el 94,7% no presentaron complicaciones (0,007).

**Conclusiones:** El dispositivo de alto flujo es una alternativa segura para los pacientes pos-COVID-19 con traqueostomía.

### 37. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES TRAS LA REALIZACIÓN DE UNA PLEURODESIS CON SANGRE EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE UNA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

**Cristina Subirana Ferrés**, Nuria Romero Navarrete, Carlos Javier Deniz Armengol, Ricard Ramos Izquierdo, Isabel Diaz Martos y Jordi Adamuz Tomaz

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España.

**Introducción:** El 26% los pacientes post operados de una cirugía torácica a los que se ha reseccionado parte del pulmón presentan posteriormente fuga aérea. Esta complicación sigue asociándose con la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento de morbilidad. Se considera fuga persistente, si la presencia de aire se prolonga más de 5-7 días tras la cirugía. Se considera el procedimiento con sangre autóloga como una alternativa más segura, económica o eficaz con la que nos permite conseguir la reexpansión pulmonar completa.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo cuya muestra tuvo un total de 30 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, hospitalizados en el servicio de Neumología y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), des de mayo de 2021 a noviembre de 2021 que han precisado de la realización del procedimiento de pleurodesis con sangre tras fuga persistente.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes en nuestra muestra (22 hombres y 8 mujeres). El 73% de los pacientes eran exfumadores o fumadores activos y solo el 10% era no fumador. Dentro de los antecedentes de interés, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue la patología más frecuente con 14 pacientes (47%), de estos 6 pacientes (20%) presentaban enfisema. Dentro de los tipos de cirugía que se realizaron en nuestra muestra el 36% fue intervenido mediante cirugía videotoracoscopia o VATS, el otro 30% fue intervenido por robot o cirugía VATS por robot y el 30% fue por toracoscopia. La pre-

sencia de complicaciones tras el procedimiento fue más elevada en pacientes diabéticos siendo un 71,4% respecto a un 13% aquellos que no eran diabéticos con un (*p* valor de 0,007). Tras la realización del procedimiento se observó que 27% tuvieron algún tipo de complicación leve y el 73% no presentó ninguna complicación posterior. La complicación más frecuente que se dio tras el procedimiento de pleurodesis con sangre autóloga fue la obstrucción del tubo torácico 10% y secundariamente el enfisema 7% que suele aparecer más tarde.

**Conclusiones:** Tras la realización de este estudio, podemos concluir que la técnica de pleurodesis con sangre autóloga, aunque no está exenta de complicaciones resulta ser una técnica segura para los pacientes con fuga persistente tras una cirugía de resección pulmonar así como favorece a que el paciente sea dado de alta precozmente sin aumentar costes e incrementar la morbilidad.

### 844. INFLUENCIA DEL DETERIORO FUNCIONAL EN LA DIFICULTAD DE LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA

**Cristina San Gil López**, Javier Lázaro Sierra, Teresa Lanzuela Benedicto, Ana Carmen Huertas Puyuelo, Paula Alonso Baeta, Elisa Fernando Alfonso, Miguel Ángel Santolaria López, Paloma Claveria Marco, Roberto Cabestre García, Vanesa Jiménez Millán y Olga Valencia García

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

**Introducción:** La realización de las pruebas de función respiratoria requiere de una precisa ejecución para su validez a menudo influenciada por los condicionantes derivados de la enfermedad respiratoria en sus distintos niveles de gravedad, generando variabilidad en su percepción de dificultad. La posible limitación para completarlas se generan situaciones de ansiedad que también condicionaron su desarrollo. El propósito de este estudio será evaluar el nivel de dificultad percibido según las variables del paciente.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional llevado a cabo en el laboratorio de función respiratoria del hospital Royo Villanova. Para evaluar los distintos indicadores se utilizó un cuestionario de opinión en formato electrónico empleado una tableta, entregada a los pacientes al finalizar. El cuestionario se creó a través de Google Workspace. La cumplimentación fue voluntaria y anónima. Este registro incluyó los resultados obtenidos en las pruebas. La estadística se basa en la relación establecida entre las variables planteadas y su influencia en la percepción de la duración y la dificultad de las pruebas.

**Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes de los cuales un 59,3% fueron hombres y 40,7% mujeres con una media de edad de 61,58 años. Un 69,5% había realizado las pruebas previamente mientras que un 30,5% lo hacía por primera vez. Las características se muestran en la tabla 1. Los pacientes con peor función pulmonar en el test de difusión y en las presiones musculares inspiratorias refirieron mayor dificultad en su realización. Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple observando que a mayor dificultad percibida peores eran los resultados de DLCO y PIM (tabla 2). Un 69,2% de los pacientes que valoraron una duración adecuada de la prueba refirieron poca dificultad en su ejecución, mientras que solo un 3,8% de los que valoraron ninguna dificultad la consideraron larga (tabla 1).

**Conclusiones:** La relación entre los pacientes que presentaron peores cifras en la difusión y las presiones musculares inspiratorias y su percepción sobre mayor dificultad a la hora de realizarlas fue estadísticamente significativa. Se observa relación entre la percepción del paciente sobre la dificultad de la prueba y su valoración en

	TOTAL	DIFICULTAD PERCIBIDA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA			p valor
		Poco/Nada	Aceptable	Muy Difícil	
Sexo (hombre)	59	27	22	10	
Edad	35 (59,3%)	17 (63%)	14 (63,6%)	4 (40%)	ns
TABAQUISMO	61,58 ± 12,53				0,920
Fumador activo	20(33,79%)	11(40,7%)	5(22,7%)	4(40%)	ns
Nunca fumador	12(20,3%)	4(14,8%)	6(27,3%)	2(20%)	ns
Ex-fumador	27(45,8%)	12(44,4%)	11(50%)	4(40%)	ns
PRUEBA					
Espirometría	2 (3,4%)	2 (7,4%)	0	0	ns
Espiro + Difusión	32 (54,2%)	14 (51,9%)	12 (54,5%)	6 (60%)	ns
Espiro + PBD + Difusión	9 (15,3%)	3 (11,1%)	5 (22,7%)	1 (10%)	ns
Espiro + Presiones	2 (3,4%)	0	1 (4,5%)	1 (10%)	ns
Espiro + Difusión + Presiones	9 (15,3%)	6 (22,2%)	1 (4,5%)	2 (20%)	ns
Espiro + PBD + Difusión + Presiones	3 (5,1%)	2 (7,4%)	1 (4,5%)	0	ns
Espiro + PBD	2 (3,4%)	0	2 (9,1%)	0	ns
Primer Estudio de Función Respiratoria (Si)	41 (69,5%)	20 (74,1%)	14 (63,6%)	7 (70%)	ns
DURACIÓN PERCIBIDA					
Corta	8 (13,8%)	7 (26,9%)	1 (4,5%)	0	ns
Adecuada	45 (77,6%)	18 (69,2%) *	19 (86,4%)	8 (80%)	ns
Larga	5 (8,6%)	1 (3,8%) *	2 (9,1%)	2 (20%)	ns
Duración de la prueba	24,88±14,14	25,04 ± 15,54	26,05 ± 14,50	21,90 ± 9,32	0,865
FEV1 (ml)	2,21±0,77	2,3 ± 0,87	2,20 ± 0,72	1,98 ± 0,62	0,748
FVC (ml)	3,08±0,86	3,26 ± 0,96	2,94 ± 0,84	2,88 ± 0,58	0,555
FEV1/FVC	71,2±10,71	69,63 ± 10,52	74,45 ± 8,34	68,30 ± 4,62	0,314
DLCO	<b>77,66±17,78</b>	<b>84,12 ±13,72</b>	<b>76,21 ±18,62</b>	<b>62,78 ±18,06</b>	<b>0,010</b>
KCO	<b>71,51 ±18,97</b>	<b>72,08 ±19,49</b>	<b>77,89 ±14,68</b>	<b>56,44 ±19,04</b>	<b>0,025</b>
PIM	61±25,24	77,67 ±17,07	55,67 ±30,74	40 ±16,14	0,070
PEM	67,54±22,41	79,83 ±13,99	44,67 ±15,94	66,25 ±26,19	0,090

Tabla 1. Comunicación 844. Dificultad percibida.

la duración de esta, los pacientes que menos dificultad refirieron fueron los que consideraron la prueba de una adecuada duración.

REGRESIÓN LINEAL DIFICULTAD & FUNCIÓN PULMONAR				
		Intervalo de Confianza 95%		
	b	Inferior	Superior	P valor
FEV1(ml)	<b>-0,149</b>	<b>-0,424</b>	<b>0,126</b>	<b>0,283</b>
FVC (ml)	<b>-0,219</b>	<b>-0,523</b>	<b>0,86</b>	<b>0,156</b>
FEV1/FVC	<b>0,419</b>	<b>-3,39</b>	<b>4,23</b>	<b>0,820</b>
DLCO (%)	<b>-10,12</b>	<b>-16,16</b>	<b>-4,09</b>	<b>0,000</b>
PIM	<b>-18,98</b>	<b>-32,72</b>	<b>-5,24</b>	<b>0,010</b>
PEM	<b>-8,14</b>	<b>-23,78</b>	<b>7,502</b>	<b>0,276</b>

Tabla 2. Comunicación 844. Regresión lineal.

## 699. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN LA UTRS DEL HUCA

**Violeta Alonso Martínez**, Rafael Fernández Menéndez, Manuel González Zurrón y Alicia Álvarez Álvarez

Hospital UniversitarioCA, Oviedo, España.

**Introducción:** La AOS es una enfermedad muy prevalente que genera listas de espera prolongadas en ocasiones de más de un año. Tiene efectos nocivos sobre el sistema cardiovascular, aumenta la incidencia de los accidentes de tráfico, deteriora la calidad de vida incrementando la mortalidad y convirtiéndose en un problema de salud pública. En nuestro hospital hemos puesto en marcha una consulta de enfermería denominada "Screening de sueño" donde se realiza una valoración de pacientes con sospecha de AOS y cuyo objetivo es clasificar dichos pacientes de la lista de espera para priorizar la realización del estudio diagnóstico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional realizado a pacientes en lista de espera para primera consulta de sueño con prioridad normal y valorados en consulta de SCREENING de enfermería del sueño en el periodo de tiempo comprendido entre el 26 de abril y el 30 de mayo de 2019. Se les realizó en consulta presencial el

questionario STOP-BANG, Test de Epworth, medición de resistencias en vía aérea (Rint) y registro de profesión de riesgo (conductor profesional). Se computa el sumatorio de los registros para establecer la prioridad en la realización de la poligrafía domiciliaria. Se catalogó a los pacientes como urgentes, preferentes o ritmo normal. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados:** El total de pacientes atendidos en consulta fue de 84. Varones 51 (61%) y mujeres 33 (39%), con una media de edad de 58 años (rango 30-88; DE 13). La media del STOP BANG: 5 (2-8; DE 1,4), la del EPWORTH: 9 (0-24; DE 5,3) y la del RINT: 5 (0-16; DE 3,6). Pacientes conductores profesionales: 6 varones. La prioridad establecida en 82 pacientes fue: Normal 17 (20%), Preferente 25 (31%), Urgente 40 (49%). Hasta la fecha del estudio se realizaron poligrafías domiciliarias a 59 pacientes, con una media de intervalo de tiempo de 121 días (DE 50) desde la fecha de consulta. La media del IAH es de 28 (2-90; DE 23). 38 pacientes (64%) tienen en la poligrafía IAH > 15 (AOS moderada grave), de los cuales 20 pacientes (34%) tienen un IAH > 30 (AOS grave).

**Conclusiones:** La consulta de enfermería Screening de sueño ha resultado útil para acortar los tiempos de diagnóstico y tratamiento. Ha permitido identificar a 6 pacientes de riesgo (conductores profesionales) con AOS moderado/grave. Se han detectado 20 pacientes con AOS grave e instaurado ya el tratamiento.

## 40. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTE CON EPOC

**Lorena Sastre Puras**

Hospital San Pedro, Logroño, España.

**Introducción:** El EPOC forma parte de las patologías más frecuentes del paciente crónico complejo. Se caracteriza por la obstrucción del flujo aéreo, por estrechamiento de las vías respiratorias en la bronquitis crónica o por pérdida del tejido elástico pulmonar y destrucción de las paredes alveolares en el enfisema. La situación nutricional del paciente EPOC es uno de los factores determinantes en el fracaso respiratorio. El bajo peso y la pérdida importante de masa magra se asocian a un peor pronóstico.

**Material y métodos:** Se procede una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Scielo.

Los términos de búsquedas utilizados: enfermedad obstructiva crónica, estado nutricional, EPOC, malnutrición. Se construyó utilizando operadores booleanos.

**Resultados:** Muchos pacientes con EPOC se encuentran en una situación de "hipermetabolismo" es decir, que su gasto energético diario está aumentado (hasta 10 veces superior que en una persona sin este tipo de patología) por el aumento del trabajo respiratorio. Hemos observado que la cantidad, el tipo de comidas, y la frecuencia de estas afectan mucho en la calidad de vida de estos pacientes: los alimentos ricos en hidratos de carbono complejo, deben representar entre el 40-50% del valor energético total diario; las proteínas de 1 a 2 gramos por kg/peso y las grasas máximo el 50% de las calorías diárias consumidas. Asimismo la vitamina C, E, betacarotenos y selenio son unas de las principales vitaminas y minerales con actividad antioxidante que se ha visto que tiene un efecto positivo sobre la función pulmonar. Además en las personas obesas se ha disminuido de peso, mejorado el estreñimiento y la distensión abdominal.

**Conclusiones:** La mala nutrición es bastante común en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, todo ello empeora la función pulmonar, la calidad de vida de las personas y aumenta las probabilidades de desarrollar más problemas de salud y con ello la muerte. Corrigiendo estas deficiencias nutricionales, con una distribución adecuada de los nutrientes mejora la calidad de vida de estos pacientes así como disminuye el número de ingresos. No hay que olvidar la importancia de tener en cuenta el adaptar la dieta en función de gustos de cada persona y en los períodos con mucha disnea, fraccionar la comida en 5 o 6 tomas para aligerar la carga respiratoria al comer.

### 693. MAF: UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN LOS PACIENTES RESPIRADORES BUALES

Sara Granero Martínez<sup>1</sup>, Sara Darriba Jiménez<sup>2</sup>  
y Mónica Matute Villacís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

**Introducción:** La interfase de elección para administrar oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en pacientes que sufren insuficiencia respiratoria aguda (IRA) son las lentes de alto flujo (LAF). Dentro de su uso extendido hemos observado en algunos pacientes dificultad a su tolerancia al ser respiradores bucales, como consecuencia, el oxígeno administrado sale a través de la boca, lo que desencadena un descenso de la saturación de oxígeno (SatO2), presión arterial de oxígeno (PaO2) y aumento del trabajo respiratorio, provocando un mayor requerimiento de oxígeno. Tras los buenos resultados obtenidos en pacientes COVID positivos en el estudio piloto "MAF: nueva interfase para administración de oxigenoterapia de alto flujo" hemos seleccionado la máscara de alto flujo (MAF) como interfase de primera elección en pacientes respiradores bucales ingresados en UCI. Ampliamos el estudio para evaluar la repercusión de la MAF en pacientes con otras patologías respiratorias que requieran de OAF, incluyendo pacientes con SARS-CoV-2.

**Material y métodos:** Estudio de intervención en pacientes con patologías de origen respiratorio: (EPOC, enfermedades intersticiales, asma, COVID-19, etc.) que requieran OAF y sean respiradores bucales. Se recogieron constantes vitales respiratorias, gasométricas y hemodinámicas de 50 pacientes, portadores en un primer momento de LAF y, posteriormente, de MAF.

**Resultados:** Tras el análisis de los datos recogidos de 50 pacientes se observa que, cuando los pacientes cambian de LAF a MAF, el 75% presentó un aumento tanto de la PaFi (PaO2/FiO2) como de la PaO2. Un 23% sufrieron un descenso de la PaFi y de la PaO2 y un 2% no sufrieron ningún cambio. Con respecto a la SatO2, el 84% de los pacien-

tes manifestaron un aumento, el 7% una disminución y el 9% no sufrió cambios.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos confirman que la MAF se posiciona como una buena interfase de primera elección para pacientes respiradores bucales que requieren OAF y que presentan poca adaptabilidad a las LAF en las diversas patologías respiratorias observadas. Serán necesarios estudios futuros con un mayor reclutamiento para poder extender el uso de la MAF en pacientes con patologías de origen no respiratorio.

### 578. MANEJO VENTILATORIO EN DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Lidia López Escuredo, Sara Sorolla Matas, Laura Ferran Valls, M Pilar Muñoz Claver, Rodrigo Torres Castro, Xavier Alsina Restoy, Mireia Dalmases Clèries y Cristina Embid López

Hospital de Clinic de Barcelona, Barcelona, España.

**Introducción:** La distrofia miotónica de Steinert (DMS) es una enfermedad neuromuscular multisistémica caracterizada por debilidad progresiva y atrofia de los músculos respiratorios. Muchos pacientes desarrollan trastornos del sueño e insuficiencia respiratoria, y con frecuencia necesitan ventilación mecánica no invasiva (VMNI), no siendo habitualmente fácil su adherencia a la terapia. Nuestro objetivo fue describir las características y cumplimiento de la VMNI en personas con DMS.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes con DMS controlados en el Hospital de día del servicio de neumología del Hospital Clínic de Barcelona. Se registraron las características antropométricas, la función pulmonar, los gases arteriales y las características de la ventilación de los pacientes que requirieron soporte ventilatorio entre los años 2002 y 2022.

Variable	Resultado
Sexo M/F	12/12
Edad, años	49±13
Peso, Kg	79±19
Talla, cm	163±11
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	30±7
<b>Función pulmonar</b>	
FEV1 (%)	60±21
FVC (%)	57±20
FEV1/FVC	82±9
DLCO (%)	64±21
PIM (%)	35±18
PEM (%)	27±10
<b>Características de la VMNI</b>	
Edad inicio VD	45±14
Interfase (N/NB/TQT) (n=23)	1/19/3
IPAP	15±4
EPAP	6±2
FR	13±2
Horas de uso/día	6,8±4,9
IAH basal	44±31
CT90%	56±41
<b>Gases arteriales</b>	
pH pre	7,37±0,03
pH post	7,39±0,04
PaO <sub>2</sub> pre	66±12
PaO <sub>2</sub> post	77±15
PaCO <sub>2</sub> pre	49±7
PaCO <sub>2</sub> post	46±10

Tabla 1. Comunicación 578.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 24 pacientes (12 mujeres, 50%) con una media de edad de 49 ± 13 años y un IMC de 30 ± 7. Las características de la población se detallan en la tabla. La edad de

inicio de la ventilación fue de  $45 \pm 14$  años. La PIM y PEM de inicio fueron  $35 \pm 28\%$  y  $27 \pm 10\%$  respectivamente. El índice de apneas/hipopneas (IAH) basal fue de  $44 \pm 31$  eventos/h y el CT90% de  $56 \pm 41$ . Con el uso de ventilación la PaO<sub>2</sub> aumentó desde  $66 \pm 12$  hasta  $77 \pm 15$  y el PaCO<sub>2</sub> disminuyó desde  $49 \pm 7$  hasta  $46 \pm 10$ . La IPAP, EPAP y FR programadas fueron  $15 \pm 4$  cmH<sub>2</sub>O,  $6 \pm 2$  cmH<sub>2</sub>O y  $13 \pm 2$  resp/min, respectivamente. El 83% de los pacientes requirió mascarilla nasobucal, el 4% nasal, y un 13% precisó ventilación por traqueostomía. El cumplimiento obtenido fue de  $6,8 \pm 4,9$  h/d en comparación con el total de pacientes ventilados en nuestro centro ( $7 \pm 2,7$  h/d).

**Conclusiones:** Los pacientes con DMS presentan una gran variabilidad en el uso de ventilación comparado con el total de pacientes ventilados. Sería recomendable establecer un protocolo de seguimiento intensivo e individualizado para este grupo de pacientes

### 136. MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO DE DAAT DESDE UNA CONSULTA DE PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS

**Dania Rocío Díaz Rodríguez**, Eva de Santiago Delgado y Marta Godás Ibáñez

Hospital Universitario del Henares, Madrid, España.

**Introducción:** El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es genético y hereditario, en su forma más grave ZZ predispone a enfisema pulmonar, hepatopatías y EPOC. Existe subdiagnóstico a pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales. La detección temprana e inicio de tratamiento sustituto detiene la pérdida de la función pulmonar y aseguraría mejor calidad de vida de los pacientes con DAAT grave. Las enfermeras pueden revertir el infradiagnóstico en la visita a laboratorio de pruebas funcionales utilizando un hisopado gingival. El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de alteraciones genéticas en la producción de AAT en pacientes que acuden a realizar una espirometría por síntomas respiratorios crónicos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, con 136 pacientes consecutivos de ambos性s y mayores de 18 años, atendidos en Neumología del Hospital del Henares que acuden a una espirometría, durante el primer semestre del 2022. La muestra se envió a laboratorio externo. Los datos se recogieron de la historia clínica y mediante cuestionario. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas. Se estimó la prevalencia de variantes genéticas raras de la AAT IC (95%), el FEV1/FVC < 70 y FEV1 de los pacientes con DAAT, y hábito tabáquico de pacientes con la mutación MZ y MF. El análisis estadístico se realizó con SPSS 22.0.

**Resultados:** Se estudiaron pacientes. El 55,6% son hombres, la edad media de 60,46 IC95% (58,44-62,48) y DE de 11,8. La prevalencia de pacientes con alelos mutantes es de 23% IC95% 24-26. De los cuales, el 78% tiene MS, 12,5% MZ, 3% MF y 3% SS. El 31% son fumadores (65,7% son fumadores o exfumadores) y el 46% con IPA entre 21-40; exposición laboral 34%, historial de asma el 34%. Con disnea mMRC de 3 el 18%, sibilancias 34%, expectoración 32% y tos 28%. Tienen FEV1/FVC < 70%, el 15% con obstrucción grave y muy grave el 10%. De los que presentan alelos MZ y MF (5 pacientes), 1 tiene EPOC y 2 son exfumadores.

**Conclusiones:** La obtención de muestra gingival para determinar el DAAT es efectiva en la detección de mutaciones para identificar a pacientes susceptibles de seguimiento. La participación de las enfermeras en la detección del DAAT es una buena estrategia para identificar a pacientes infradiagnosticados en una unidad de pruebas funcionales. Mejora los niveles de infradiagnóstico cumpliendo las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales.

### 447. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CIRCUITO DEL PACIENTE GRAVE POST-COVID 19

**Silvia González Cachero** y Marta Muñoz Barrio

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

**Introducción:** La pandemia por SARS-CoV2 produjo un cambio radical en la asistencia sanitaria, poniendo de manifiesto la necesidad de reorganización de la misma tanto para pacientes agudos como crónicos. Por otro lado los pacientes que sufren esta infección, sobre todo los que estuvieron afectos durante los primeros meses, presentaban la necesidad de una atención multidisciplinar. Más aquellos que pasaron por las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI). El papel de la enfermería en esta valoración multidisciplinar es fundamental. Lleva a cabo un papel de educación sanitaria (fig. 1). Por otro lado esta infección incrementó de forma significativa la necesidad de pruebas (fig. 2) para poder evaluar la situación y secuelas de estos pacientes.

**Material y métodos:** Se han revisado de forma retrospectiva las historias clínicas de los 23 pacientes ingresados en la UCRI de Neumología durante la primera ola pandémica, que posteriormente fueron atendidos en la unidad de enfermería de la Consulta multidisciplinar de COVID (Círculo COVID) del Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz (Madrid). Se analizaron datos sociodemográficos, asistencia a consultas, realización de pruebas entre mayo de 2020 y mayo de 2021.



Figura 1. Comunicación 447. Educación para la salud.



Figura 2. Comunicación 447. Pruebas realizadas.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 23 pacientes, con edades comprendidas entre 41 y 90 años (edad media: 68 años), todos ellos pasaron por la UCRI durante su ingreso, de los cuales: 14 (61%) fueron dados de alta y 9 (39%) *exitus*. Los 14 pacientes, de los cuales 12 (85,71%) eran hombres y 2 (14,28%) mujeres, son los que fueron revisados en el circuito COVID tras ser dados de alta. Se vio que los 14 (100%) asistieron a la consulta de enfermería neumológica, realizándose un total de 66 pruebas. Siendo 5 (35,71%) de ellos dados de alta del circuito por buena evolución clínica. Detección de nuevos diagnósticos: 4 pacientes (28,57%) fueron diagnosticados de apnea obstructiva del sueño (AOS).

**Conclusiones:** Se debe considerar clave la función de la enfermería neumológica para la mejoría clínica de los pacientes. La importancia del papel de la enfermera neumológica para la recuperación del paciente pos-COVID-19.

## 878. PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA Y VENTILACIÓN NO INVASIVA CON PRESIÓN POSITIVA: EFECTOS SOBRE LA FUNCIÓN PULMONAR

Rosa Sedano Gutiérrez, Laura Fernández Prieto, Vicente Roig Figueroa, Blanca de Vega Sánchez, Enrique Macías Fernández, Celia Rodríguez Dupuy, Santiago Antonio Juarros Martínez, Sofía Jaurrieta Largo y Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España.

**Introducción:** La parálisis diafragmática es una afección infrecuente que suele estar más relacionada con las estructuras vecinas o con anomalías producidas en el nervio frénico. Es la alteración funcional más frecuente del diafragma y puede ser uni o bilateral.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de 12 pacientes con diagnóstico de parálisis frénica con instauración de soporte ventilatorio no invasivo con presión positiva (Bi-PAP), a los que se han realizado pruebas de función pulmonar en el periodo comprendido entre 2017 y 2022. Tomamos como prueba basal la previa al inicio de Bi-PAP y como prueba post la realizada tras mínimo 1 año de uso de la misma. Se comprobó la adhesión al tratamiento por telemonitorización. Analizamos capacidad vital forzada (CVF), capacidad pulmonar total (CPT), Transferencia de CO (DLCO), desaturación al esfuerzo y distancia recorrida en test marcha 6 minutos (TM6M). La exploración funcional se realizó en base a la normativa SEPAR por enfermeras con experiencia en el manejo de los equipos Masterlab, Jaeger, Alemania. La transferencia de CO (DLCO) se realizó mediante el método de respiración única. Se utilizaron

valores de referencia standard para población europea y criterios de aceptabilidad en todas las variables de función pulmonar según normativa SEPAR.

**Resultados:** El 83% fueron hombres, la edad promedio fue de  $68,5 \pm 12$ . El IMC promedio  $29,8 \pm 3$ . El 83% eran exfumadores, el 17% nunca había fumado. Presentaron patrón restrictivo con CPT < 80% el 25%. En cuanto a la etiología el 50% era idiopática, 33,3% postquirúrgica, 8,3% post accidente tráfico y 8,3% por miopatía mitocondrial. Se observó que la distancia recorrida en el TM6M fue mayor en la prueba realizada tras Bi-PAP ( $516,7 \pm 36,5$  vs.  $538,3 \pm 47,9$ ;  $p = 0,01$ ) el promedio de puntos de desaturación de O<sub>2</sub> fue mayor en la prueba post ( $3,50 \pm 3,47$  vs.  $3,58 \pm 3,60$ ;  $p = 0,41$ ). La restricción medida como% de CPT fue similar tanto basal como post tratamiento ( $84,5 \pm 9,5$  vs.  $84,25 \pm 8,03$   $p = 0,47$ ). En cuanto a la DLCO se observó que el promedio es mayor en las pruebas realizadas tras instauración de Bi-PAP ( $80,58 \pm 18$  vs.  $89,58 \pm 16,65$ ;  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento con Bi-PAP mejora de forma significativa la DLCO y la tolerancia al esfuerzo. En nuestra serie no se ha producido una mejoría significativa en el patrón restrictivo ni en la desaturación al esfuerzo.

## 366. PROYECTO LEVANTE: ESTUDIO DE FUNCIÓN PULMONAR DE ALUMNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

David Díaz Pérez<sup>1</sup>, Isaac J. Felipe Zorita<sup>2</sup>, María del Valle Velasco González<sup>3</sup>, Ciro Casanova Macario<sup>1</sup>, Enrique F. González Dávila<sup>2</sup>, Sabina Miranda Valladares<sup>1</sup>, Javier Hernández González<sup>1</sup> y Montserrat Pérez Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>2</sup>Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España.

**Introducción:** La asociación entre la función pulmonar del adulto y factores de riesgo perinatales es conocida y relevante, pero son pocos los estudios que han evaluado la capacidad pulmonar del adulto joven y su relación con factores de riesgo pediátricos. **Objetivo:** conocer la prevalencia de alteraciones de la función pulmonar en estudiantes de primero de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna (ULL) y correlacionarla con antecedentes pediátricos, destacando posibles factores de riesgo del desarrollo pulmonar.

**Material y métodos:** Estudio observacional y transversal con recogida de información retrospectiva en todos los estudiantes de medicina de primer curso de la Facultad de Medicina de la ULL matricu-

	<b>Mujeres</b> (n = 109)	<b>Varones</b> (n = 40)	<b>p-valor</b>	<b>Total</b> (n = 149)
<b>Edad (años)</b>	18,8 ± 0,8	18,7 ± 0,6	0,388	18,8 ± 0,8
<b>Estatura (cm)</b>	164,5 ± 6,7	176,2 ± 9,6	<0,001	167,7 ± 9,2
<b>Peso (kg)</b>	60,2 ± 8,8	75,7 ± 14,7	<0,001	64,3 ± 12,7
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	22,2 ± 2,6	24,4 ± 3,9	0,002	22,8 ± 3,2
<b>IMC, n (%)</b>			0,001	
• Bajo peso	7 (7)	1 (2)		8 (5)
• Normal	84 (78)	21 (54)		105 (72)
• Sobre peso	16 (15)	14 (36)		30 (21)
• Obesidad	-	3 (8)		2 (2)
<b>Cuello (cm)</b>	32,7 ± 2,1	37,0 ± 3,6	<0,001	33,7 ± 3,1
<b>Cintura (cm)</b>	72,9 ± 7,5	84,2 ± 10,4	<0,001	75,5 ± 9,5
<b>Dinamometría manual (dominante, Kg)</b>	25,4 ± 4,2	36,5 ± 4,1	<0,001	28,0 ± 6,3
<b>Frecuencia Cardíaca (ppm)</b>	83,8 ± 12,2	74,9 ± 11,6	0,003	81,4 ± 12,6
<b>Saturación de O<sub>2</sub></b>	97,6 ± 1,4	97,7 ± 1,0	0,781	97,6 ± 1,3
<b>CAT*</b>	4 (2; 7)	4 (2; 6,5)	0,601	4 (2; 7)

IMC: índice de masa corporal // ppm: pulsaciones por minuto CAT: COPD Assessment Test

\*Los valores muestran media ± s.d., n (%) excepto CAT, que muestra Mediana (P<sub>25</sub>; P<sub>75</sub>).

Tabla 1. Comunicación 366. Características antropométricas y clínicas de los individuos estudiados.

	<b>Mujeres</b> (n = 109)	<b>Varones</b> (n = 40)	<b>p-valor</b>	<b>Total</b> (n = 149)
<b>FEV<sub>1</sub> (L)</b>	3,24 ± 0,42	4,4 ± 0,69	<0,001	3,55 ± 0,72
<b>FEV<sub>1</sub> (%)</b>	96,7 ± 12,3	99,5 ± 13,2	0,227	97,5 ± 12,6
<b>FEV<sub>1</sub>, n (%)</b>			0,744	
• < 70	1 (1)	-		1 (1)
• [70,80]	9 (8)	2 (5)		11 (7)
• [80,90]	14 (13)	7 (17)		21 (14)
• ≥ 90	85 (78)	31 (78)		116 (76)
<b>FVC (L)</b>	3,67 ± 0,46	5,15 ± 0,8	<0,001	4,07 ± 0,99,2
<b>FVC (%)</b>	96,4 ± 11,7	98,9 ± 12,6	0,257	97,1 ± 11,9
<b>FVC, n (%)</b>			0,855	
• < 70	1 (1)	-		1 (1)
• [70,80]	7 (6)	2 (5)		9 (6)
• [80,90]	20 (18)	6 (15)		26 (17)
• ≥ 90	81 (74)	32 (80)		113 (76)
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC (%)</b>	88,5 ± 5,3	85,8 ± 8,1	0,057	87,7 ± 6,3
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC, n (%)</b>			0,036	
• < 70	-	2 (5)		2 (1)
• [70,80]	7 (6)	6 (15)		13 (9)
• [80,90]	58 (53)	18 (45)		76 (51)
• ≥ 90	44 (41)	14 (35)		58 (39)
<b>Función Pulmonar, n (%)</b>				
• Criterio 1			0,088	
◦ Normal	97 (89)	33 (83)		130 (87)
◦ Alterada No obstructiva	11 (10)	4 (10)		15 (10)
◦ Alterada obstructiva	1 (1)	3 (7)		4 (3)
• Criterio 2			0,354	
◦ Normal	86 (80)	27 (68)		113 (76)
◦ Alterada No obstructiva	14 (13)	8 (20)		22 (15)
◦ Alterada obstructiva	9 (8)	5 (12)		14 (9)
• Criterio 3			0,051	
◦ Normal	86 (79)	27 (68)		113 (76)
◦ Alterada No obstructiva	16 (15)	5 (12)		21 (14)
◦ Alterada obstructiva	7 (6)	8 (20)		15 (10)

Tabla 2. Comunicación 366. Características espirométricas de los individuos estudiados.

lados entre los años 2018 y 2020 (tres cursos académicos). Se evaluaron 149 alumnos con una edad media de 18,8 años. Se realizó una encuesta y revisión del historial médico para recopilar posibles factores perinatales implicados en el desarrollo pulmonar. Se estimó la función pulmonar mediante una espirometría forzada y se clasificaron siguiendo criterios de la Global Lung Initiative (GLI) y sus límites inferiores de la normalidad (LIN) (-1,64 y -1,28DS) y según criterios clásicos (obstructivo y no obstructivo). Las variables de distribución continua se muestran como "media ± desviación típica". Para las variables categóricas utilizamos frecuencias absolutas y porcentajes. En las características antropométricas y espirométricas las variables se compararon usando la t-Student de grupos independientes para variables continuas paramétricas y la U-Mann Whitney con las variables continuas no paramétricas, usando el test de chi-cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera para las variables categóricas. Los análisis se realizaron usando el programa SPSS v.25 (IBM SPSS Statistics).

**Resultados:** En la tabla 1 se observan las medidas antropométricas y clínicas de los sujetos. Se observó una función pulmonar alterada en el 24% (criterios clásicos y LIN -1,28 DE) y 13% de los estudiantes (LIN -1,64 DE) (tabla 2). Mayor edad materna en el momento del parto y el hábito tabáquico materno durante el embarazo mostraron una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) e independiente con la alteración de la función pulmonar del alumno.

**Conclusiones:** Un porcentaje importante de los adultos jóvenes de nuestra población tienen alteraciones de la función pulmonar asociadas con el tabaquismo y la edad avanzada de la madre durante el embarazo, reforzando la importancia de los factores de riesgo antenatales en el desarrollo pulmonar.

#### 364. ¿QUÉ VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS SE ASOCIAN CON LA GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN IDENTIFICADA POR OSCLOMETRÍA DE IMPULSOS (IOS)?

Elena Borobia Irache<sup>1</sup>, Ana Cristina Aguelo Velilla<sup>1</sup>, Marta Martín Lana<sup>1</sup>, Beatriz Herrero Cortina<sup>2</sup>, Guillermo Samuel Loscertales Vacas<sup>1</sup>, Ana García Estebán<sup>1</sup>, Xunxiao Lin<sup>1</sup>, Lucía Elosúa Prats<sup>1</sup>, Patricia Iñiguez de Heredia Monforte<sup>1</sup> y Jorge Luis Hurtado Ortega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Neumología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Servicio Neumología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) de Aragón, Universidad San Jorge, Zaragoza, España.

**Introducción:** La IOS es una técnica no invasiva que mide la impedancia del sistema respiratorio a diferentes frecuencias de oscilación, evaluando la resistencia y la reactancia pulmonar, parámetros alterados en patologías obstructivas. El objetivo es evaluar si existen diferencias en las variables clínicas y sociodemográficas de pacientes obstructivos y la gravedad de la obstrucción identificada en la IOS.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con patrón obstructivo confirmado por espirometría (calidad A, B o C normativa SEPAR) e IOS con coherencia a 5 Hz de 0,6-0,9 y a 20 Hz 0,8-1,0. Se definió la obstrucción en la espirometría como  $FEV1/FVC < 0,70$  y en la IOS como R5 (Hz) por encima del límite superior de la normalidad (LSN). La gravedad de la obstrucción se clasificó de acuerdo al valor Z, en leve entre 1,64 y 2 desviaciones estándar (DE), moderada  $\geq 2$  DE y grave  $\geq 4$  DE. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, hábito tabáquico) y clínicas (comorbilidades, disnea, clasificación GOLD, terapias respiratorias, vacunación y número de agudizaciones y hospitalizaciones en el último año). Para comparar si existen diferencias entre los grupos se utilizaron los estadísticos ANOVA,

chi-cuadrado, tau-b-Kendall y lambda, acorde a las características de las variables. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  estadísticamente significativo.

**Resultados:** Las características clínicas de los 56 pacientes se describen en la tabla 1. La mayor parte eran hombres ( $n = 39$ , 69,6%) con una media de edad de  $67,9 \pm 9,8$  años. La mediana de exacerbaciones fue de 0 [0 - 2]. Según la clasificación GOLD 2023, 16 (28,6%) eran GOLD A, 10 (17,9%) GOLD B y 30 (53,6%) GOLD E. En cuanto a la gravedad de la obstrucción en IOS medido por Z score en R5 (Hz), 15 (26,8%) fueron leves, 15 (26,8%) moderados y 8 (14,3%) graves; no detectándose obstrucción en 18 (32,1%). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos con nivel de obstrucción grave y leve en el número de exacerbaciones [ $(p = 0,022, IC: 0,17-3,34)$ ], clasificación GOLD 2023 ( $p = 0,009$ ), uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ( $p = 0,022$ ) y síndrome hipoventilación obesidad ( $p = 0,045$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables (tabla 2).

Características clínicas		Pacientes (n=56)
Edad (años)		$67,9 \pm 9,8$
Media (SD)		
Sexo:		
Hombres		39 (69,6%)
Mujeres		17 (30,4%)
IMC		
Bajo peso (IMC < 18,5)		1 (1,8%)
Normopeso (IMC 18,5-24,9)		15 (26,8%)
Sobrepeso (IMC 25-29,9)		18 (32,1%)
Obesidad grado I (IMC 30-34,9)		14 (25%)
Obesidad grado II (IMC 35-39,9)		4 (7,1%)
Obesidad grado III (IMC > 40)		4 (7,1%)
Hábito tabáquico		
Nunca fumador		12 (21,4%)
Exfumador		30 (53,6%)
Fumador activo		13 (23,2%)
Desconocido		1 (1,8%)
IPA		
Leve (< 20 paq/año)		2 (3,6%)
Moderado (20-40 paq/año)		10 (17,9%)
Alto (> 40 paq/año)		17 (30,4%)
Desconocido		27 (48,2%)
Otros trastornos respiratorios		
Aparato obstructivo del sueño		17 (30,4%)
Síndrome hipoventilación-obesidad		5 (8,9%)
Bronquiectasias		8 (14,3%)
Tromboembolismo pulmonar		1 (1,8%)
Enfermedad pulmonar intersticial difusa		3 (5,4%)
Cáncer de pulmón		1 (1,8%)
Comorbilidades cardiovaseculares		
Hipertensión arterial		28 (50,0%)
Diabetes mellitus		12 (21,4%)
Insuficiencia cardíaca		6 (10,7%)
Cardiopatía isquémica		1 (1,8%)
Fibrilación auricular		2 (3,6%)
Disnea (mMRC)		
0		5 (8,9%)
1		21 (37,5%)
2		19 (33,9%)
3		5 (8,9%)
4		1 (1,8%)
Desconocido		5 (8,9%)
Clasificación GOLD 2023		
A		16 (28,6%)
B		10 (17,9%)
E		30 (53,6%)
Nº Hospitalizaciones en el último año		
Mediana, [P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> ]		0 [0 - 1]
Exacerbaciones 2022		
Media (SD)		1,11 ± 1,45
Mediana, [P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> ]		0 [0 - 2]
Vacunación gripe		
Sí		43 (76,8%)
No		13 (23,2%)
Vacunación neumococo		
Sí		21 (37,5%)
No		35 (62,5%)
Vacunación SARS-CoV2		
Sí		53 (96,4%)
No		3 (5,4%)
Terapias respiratorias		
OCD		15 (26,8%)
VMNI modo BIPAP		8 (14,3%)
VMNI modo CPAP		4 (7,1%)

IMC: Índice de masa corporal; IPA: índice paquetes-año; Disnea mMRC (escala modificada Medical Research Council); OCD: oxigenoterapia crónica domiciliaria; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; BiPAP: bilevel positive airway pressure; CPAP: continuous positive airway pressure.

Tabla 1. Comunicación 364. Características clínicas de los pacientes del estudio.

**Conclusiones:** En pacientes con patrón obstructivo, la gravedad de la obstrucción identificada en la IOS se asoció a un mayor número de exacerbaciones, mayor gravedad de la EPOC según la clasificación GOLD 2023, tratamiento con ventilación mecánica no invasiva y síndrome hipoventilación obesidad.

VARIABLES CLÍNICAS			p			
Edad	Grave	Leve Moderado	0.930			
			1.00	IC 95% (-10.93-13.31)		
			1.00	IC 95% (-11.53-12.71)		
Sexo			0.927			
			0.276			
			1.00	IC 95% (-7.23-7.38)		
IMC	Grave	Leve Moderado	1.00	IC 95% (-6.70-7.91)		
			0.644			
			0.045			
IPA			0.658			
Síndrome hipovenoso de obesidad			0.749			
Apnea obstructiva del sueño			0.106			
Bronquiectasias			0.446			
Cáncer de pulmón			0.090			
Hipertensión arterial			0.438			
Diabetes mellitus			0.647			
Cardiopatía isquémica			0.009			
Disnea mMRC			0.005			
Clasificación GOLD 2023			0.022	IC 95% (0.17-3.34)		
Número de exacerbaciones			0.102	IC 95% (-0.16-3.01)		
Número de hospitalizaciones	Grave	Leve Moderado	0.420			
			1.00	IC 95% (-0.96-0.66)		
			1.00	IC 95% (-1.16-0.46)		
VMNI			0.022			
OCD			0.189			

IMC: Índice de masa corporal; IPA: índice paquetes-año; VMNI (ventilación mecánica no invasiva); OCD: oxigenoterapia crónica domiciliaria.

Tabla 2. Comunicación 364. Resultados de los análisis.

## 141. REALIDAD EN LOS LABORATORIOS DE FUNCIÓN PULMONAR

**María Borda Rodríguez**, Jazmina Rodríguez Chocarro, Raquel Ibáñez Moreno y Leyre Oroz Valencia

Hospital Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** Los laboratorios de función pulmonar (F.P.), configuran una de las áreas más características de Neumología. Su importancia en el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de enfermedades respiratorias así como la evaluación de riesgo quirúrgico y discapacidad, les hacen únicos. En la pasada edición de SEPAR (Pamplona), se manifestó por parte de algunos neumólogos la situación de "abandono" en algunos laboratorios de F.P. Ante esta afirmación, quisimos conocer la realidad de la F.P. en ámbitos como el nuestro (Hospital Universidad de Navarra) y recoger el sentir de los profesionales que los conforman.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los laboratorios de F.P. de nuestro entorno más próximo (Navarra, País Vasco, Aragón y Cataluña), que realiza las mismas exploraciones. Elaboración de encuestas donde se recogen los aspectos más relevantes objeto de nuestro estudio.

**Resultados:** Se contó con la colaboración de 20 enfermeras en activo en laboratorios de F.P. Cada laboratorio de los encuestados tiene un promedio de 6 enfermeras, de las cuales son fijas solamente el 50%; el resto, es personal eventual. El tiempo de experiencia media es de 3,5 años. En cuanto a la cobertura del absentismo, todas las encuestadas coinciden en la falta de personal conocedor disponible. Casi la totalidad (95%) cree que su trabajo es exigente o muy exigente (6 meses de formación siguiendo las recomendaciones de SEPAR). Un 65% manifiesta estar bastante motivado. Existe una alta demanda de formación y estabilidad (80%). El 40% de los participantes cambia de puesto de trabajo.

**Conclusiones:** Existe un alto grado de motivación entre el personal de Enfermería de los laboratorios de F.P., a pesar de la exigencia de la actividad y de la elevada eventualidad. La falta de personal conocedor dificulta su sustitución, teniendo que suspender actividad y/o aumentar la carga de trabajo del resto del equipo. La gran mayo-

ría de los participantes coincide en la importancia de la formación y estabilidad de la plantilla, siendo determinante para continuar su desempeño en F.P. Aquellas comunidades donde la mayoría del personal es fijo, manifiestan mayor motivación y deseo de permanecer en laboratorio F.P. Cuando más de la mitad de personal es eventual, se observa menos adherencia al Servicio.

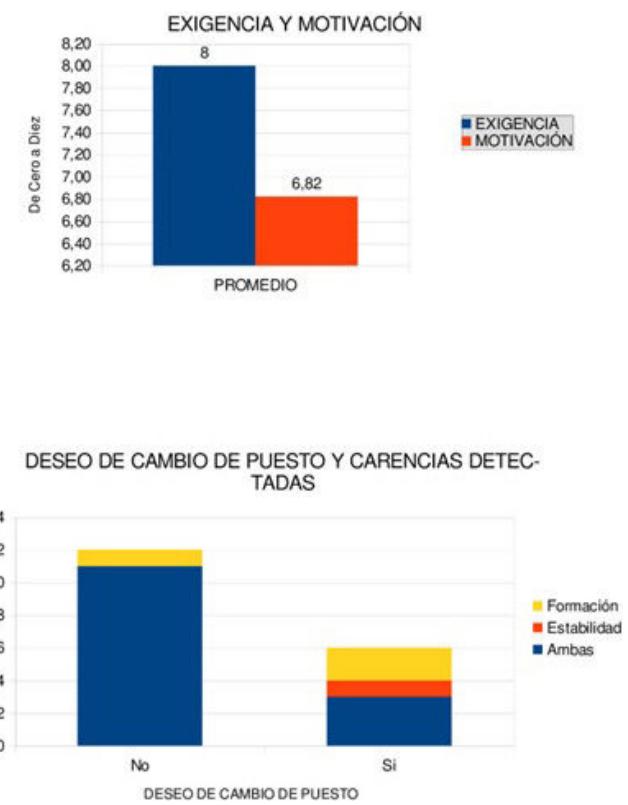


Figura 1. Comunicación 141.

## 478. RELACIÓN ENTRE EL DISTRÉS PSICOEMOCIONAL AL ALTA HOSPITALARIA CON LA CAPACIDAD DE EJERCICIO Y EL ESTADO DE SALUD EN SUPERVIVIENTES DE COVID-19

Clara D'Ors Vilardrebó<sup>1</sup>, Maria desl Àngels Cebriá i Iranzo<sup>1</sup>,  
Carola González King-Gariborri<sup>1</sup>, María Isabel Vázquez Arce<sup>1</sup>,  
María Granados Santiago<sup>2</sup> y Laura López López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario y politécnico la Fe, Valencia, España. <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, Universidad de Granada, Melilla, España. <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España.

**Introducción:** El distrés psicoemocional ha sido relacionado con una pérdida de la calidad de vida o la funcionalidad en otras patologías, siendo necesarios más estudios en COVID-19. Por tanto, el objetivo de este estudio era explorar la relación entre el distrés psicoemocional al alta hospitalaria con la capacidad de ejercicio y el estado de salud en supervivientes de COVID-19.

**Material y métodos:** En este estudio observacional se incluyeron pacientes que fueron ingresados por COVID-19 en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Se dividieron en dos grupos según la presencia de distrés psicoemocional evaluado mediante el cuestionario SF-12 (punto de corte 45). Se evaluó la capacidad de ejercicio mediante el test de marcha de los 6 minutos, y el estado de salud mediante dinamometría de prensión de la mano. Los pacientes se evaluaron al alta y a los 3 meses.

**Resultados:** Finalmente, 60 pacientes fueron incluidos (23 en el grupo con distrés psicoemocional y 48 sin distrés). No existieron diferencias entre los grupos con respecto a los días de estancia hospitalaria, o la edad. El grupo con distrés psicoemocional presentó valores significativamente peores de capacidad de ejercicio y estado de salud al alta y a los 3 meses comparado con el grupo sin distrés psicoemocional ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La presencia de distrés psicoemocional es un factor a tener en cuenta en los pacientes hospitalizados por COVID, ya que está relacionada con la capacidad de ejercicio y el estado de salud a corto y medio plazo. Estos resultados son útiles para el desarrollo de futuras intervenciones que mejoren el abordaje de estos pacientes.

## 145. RELACIÓN ENTRE MALA HIGIENE ORAL Y TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA

Amando Márquez Sixto<sup>1</sup>, David Simón Bautista<sup>2</sup>,  
Lucía Yomara Batista Guerra<sup>2</sup>, Javier Navarro Esteva<sup>2</sup>,  
Raquel Bellini García<sup>2</sup> y Felipe Rodríguez de Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario IMI, Las Palmas de Gran Canaria, España.

**Introducción:** El 40% de los pacientes ingresados en la planta de neumología pueden presentar disfagia, que pasa desapercibida en muchas ocasiones. La edad y la falta de higiene oral se consideran factores de riesgo de colonización orofaríngea y de neumonía por aspiración. Tanto la disfagia como la falta de higiene oral constituyen factores de riesgo de mortalidad en personas mayores e institucionalizadas. Objetivos: analizar la relación entre el estado de salud oral y las alteraciones de la deglución en paciente que ingresan a cargo del Servicio de Neumología.

**Material y métodos:** Se presenta un estudio longitudinal descriptivo de 225 pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) que precisaron ingreso hospitalario, entre el año 2019 y 2020. Se recogen datos demográficos, de higiene dental y cribado de disfagia (EAT-10, MECV-V). Se realiza análisis de datos con programa estadístico R Core Team 2020, versión 4.0.2.

**Resultados:** La edad media de la muestra es de 68,72 años (IC95%: 52,8-84,64 años). No hay diferencias en distribución por sexo. Solo 75 pacientes (33,19%) realizaban cepillado de dientes, siendo 58 (25,66%) los que lo realizaban 3 veces al día. El 80,97% no se ha realizado limpieza profesional en los últimos 12 meses. No conservan los dientes 139 pacientes (61,5%) y faltan piezas en 63 (27,88%) El EAT-10 es positivo en 129 pacientes (57,1%), de los que 96 (75%) eran edéntulos. La lengua saburral o el sarro está presente en 21 pacientes, con EAT-10 positivo en todos ellos. También se obtiene MECV-V positivo en el 100% de los mismo. El 70,1% de los edéntulos tienen EAT-10 positivo frente al 36,4% de pacientes no edéntulos ( $p < 0,001$ ). El porcentaje de MECV-V se distribuye por igual en pacientes edéntulos o no (96,8 vs. 96,7%), no obstante, el 76% de los pacientes con MECV-V positivo son edéntulos.

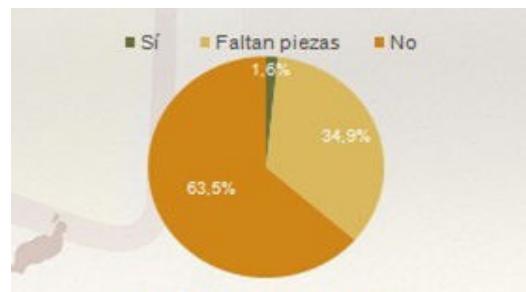


Figura 1. Comunicación 145. Conservación de dientes.

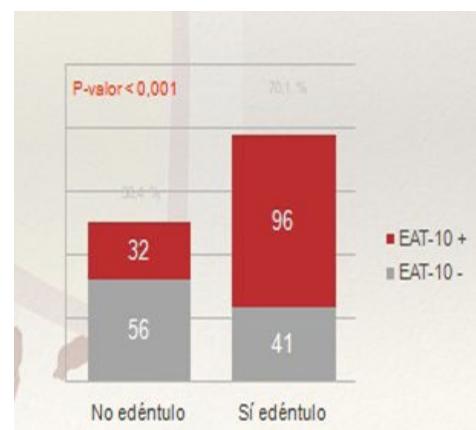


Figura 2. Comunicación 145. EAT-10 y edentulismo.

**Conclusiones:** En diferentes estudios se ha comprobado que la higiene oral tiene un impacto no solamente en las funciones orales, sino también en la salud general. Por tanto, se supone que la adecuada actuación sobre la salud oral (limpieza dental, conservación de dentadura o colocación de prótesis dental) intervención realizada al alta, puede mejorar tanto la eficacia de la deglución, como prevenir complicaciones a nivel respiratorio.

## 104. ROL DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE VARIANTES ALÉLICAS DEL GEN DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Pedro Francisco García Tamayo,

María Rosario Ruiz-Serrano de la Espada, Rocío Reinoso Arija, María Dolores Núñez Ollero, David Chacón Cádiz, María Dolores Ucero León, Jorge Cabrera Guerrero, Cándido Fernández García, Carmen Sánchez de la Puerta Laguna, Isabel Delgado Pecellín, María Esther Quintana Gallego, Laura Carrasco Hernández y José Luís López-Campos Bodineau

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad genética grave de herencia autosómica recesiva más frecuente en la población caucásica. Es una enfermedad con afectación multiorgánica, sin embargo, la mayor morbimortalidad está relacionada con la afectación pulmonar. Por otro lado, el déficit de alfa-1-antitripsina (DAAT) es una condición genética infradiagnosticada. Ciertas variantes del gen que codifica AAT predisponen al desarrollo de la enfermedad, caracterizada principalmente enfisema pulmonar y hepatopatía. Los objetivos del presente análisis fueron: alcanzar una detección precoz de las mutaciones del gen de AAT en la población con FQ. Resaltar el papel fundamental del equipo de enfermería en la información al paciente y la recogida de muestras.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal de una cohorte pacientes diagnosticados de FQ procedentes de la consulta de enfermería. El periodo de inclusión comprendió entre noviembre de 2020 y septiembre de 2022. Las muestras fueron recogidas en la consulta de enfermería mediante un frotis oral con el kit de test genético Alpha ID. Previamente se explica detenidamente el procedimiento, el motivo de la recogida y se solicita la firma del consentimiento informado. Tras ello se registra en la plataforma web Alpha ID y se envía la muestra al laboratorio Progenika, allí es recepcionado y analizado. El resultado es enviado al profesional sanitario a través de la plataforma web.

**Resultados:** En el presente estudio participaron un total de 284 pacientes con diagnóstico de FQ procedentes de la consulta de enfermería de los cuales 150 fueron mujeres y 134 hombres. Siendo 145 (51,05%) mayores de 18 años y 139 (48,94%) menores de 18 años. Un total de 57 pacientes (20,07%) presentaron algún tipo de variante alélica sin apenas diferencias en cuanto al sexo. La variante más prevalente fue la M/S representando el 80,70% de los casos. El resto de las variantes alélicas obtenidas fueron S/S; M/Z; S/Z; M/I; M/ Ploowell.

**Conclusiones:** Es esencial la detección de mutaciones en el gen de la proteína de AAT en los pacientes con FQ con el fin de brindar un mejor enfoque terapéutico en caso de variantes deficientes. Durante el proceso diagnóstico el equipo de enfermería desempeña un papel fundamental en la captación de pacientes y en la recogida y procesamiento de las muestras.

#### 479. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO ENFERMERO: ESTUDIO TRANSVERSAL

Noelia Pérez Márquez y Sandra López Suárez

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

**Introducción:** Las terapias respiratorias domiciliarias (TRD), en los últimos años, están experimentando una gran evolución, debido al envejecimiento de la población y la cronicidad de las patologías. Las TRD, tienen la finalidad de mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes. Hay diversos tipos de TRD. Su elección depende de la que se adecue mejor a las necesidades asistenciales de cada paciente. En nuestro centro, es una enfermera experta en TRD quién proporciona soporte a estos pacientes, portadores de ventilación mecánica domiciliaria (VMD), realizando así una atención personalizada de manera óptima. Objetivo: evaluar la satisfacción de los pacientes portadores de VMD incluidos en el programa de seguimiento enfermero. Identificar las principales causas del nivel de insatisfacción de nuestros pacientes, para la implementación de acciones de mejora además de optimizar los resultados y recursos en la salud del usuario.

**Material y métodos:** Estudio transversal a través de la administración de una encuesta elaborada por el equipo investigador a todos los pacientes portadores de VMD, activos en 2022 en el Programa de Seguimiento enfermero en un hospital tercer nivel. El cuestionario fue enviado vía online durante el mes de septiembre. Estaba formado por 22 ítems. Las respuestas eran tipo Likert de 6 puntos “0” era “Nada satisfecho” y “6” “Totalmente satisfecho”.

**Resultados:** 172 pacientes respondieron la encuesta. El 61% (N = 106) fueron mujeres, media de edad 69,41años. El 49% (N = 84) tenían EPOC, 25% (N = 42) SOH, el 10% (N = 17) enfermedades de la caja torácica, el 5% (N = 9) enfermedades neuromusculares, 2% (N = 4) con ELA, 6% (N = 11) tenían otras enfermedades y un 3% (N = 3) no lo sabían. El 31% (N = 54) eran portadores de VMD desde hace 1 a 3 años. El 55% (N = 94) utilizaban la VMD solo durante la noche. El 93% de los participantes estaba totalmente satisfecho en cuanto a la información y a la profesionalidad y el 96% en cuanto al trato humano. La puntualidad fue el aspecto peor valorado, aunque un 82% estaba totalmente satisfecho.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos indican que la mayoría de los pacientes están altamente satisfechos con la enfermera en seguimiento de VMD. A la pregunta abierta de opciones de mejora, la mayoría respondieron que no hay nada que mejorar.



Figura 1. Comunicación 479. Distribución por sexo, patología, años de uso de VMD y dependencia de la VMD.

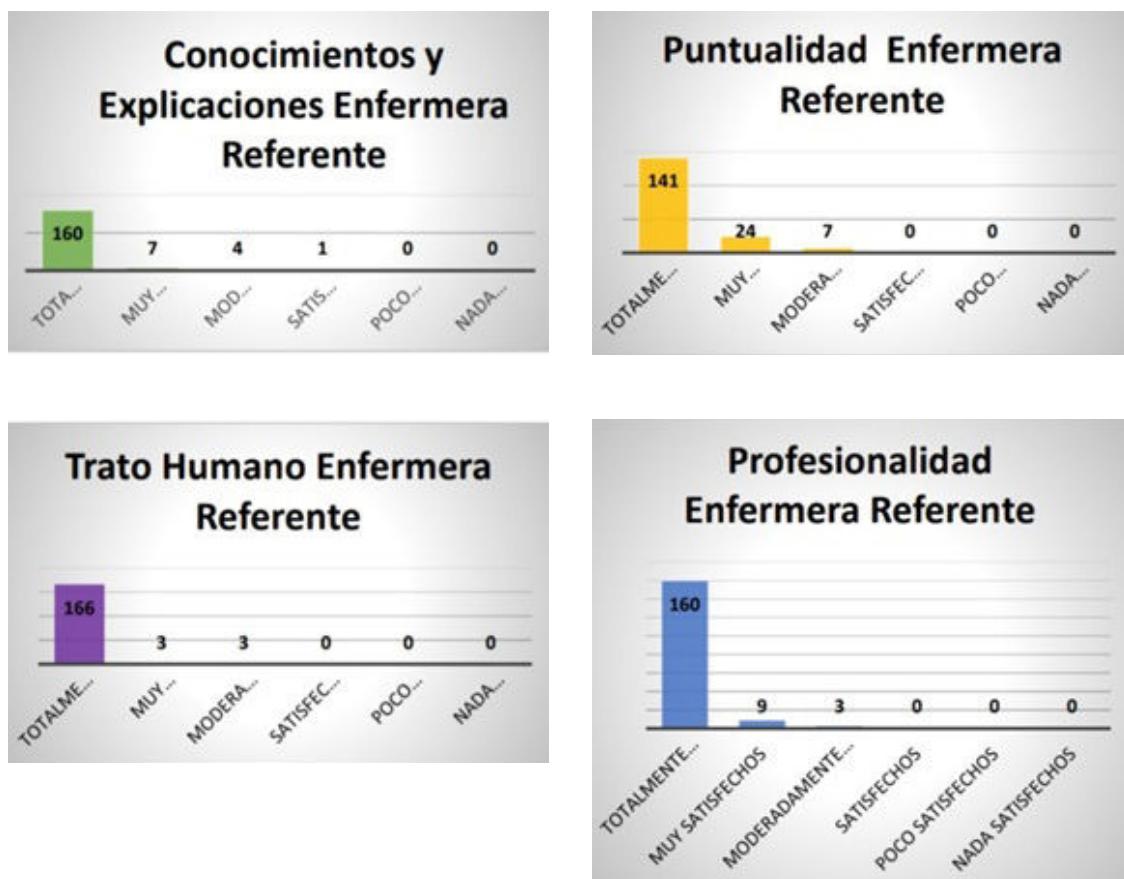


Figura 2. Comunicación 479. Satisfacción sobre los conocimientos, explicación, trato humano, puntualidad y profesionalidad enfermera referente.

#### 440. ¿SE PUEDE PREDECIR CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LA PLANTA DE NEUMOLOGÍA?

Vanesa Ramos Abril<sup>1</sup>, Jesica Montero Marco<sup>2</sup>, Marta Charlo Bernardos<sup>2</sup>, Elena Altarribas Bolsa<sup>2</sup>, Ana Cristina Aguelo Velilla<sup>1</sup>, Elena Borobia Irache<sup>2</sup>, Ana Isabel Senar Arruebo<sup>1</sup>, Alfonso Pérez Trullén<sup>1</sup> y Beatriz Herrero Cortina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

<sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) de Aragón, Zaragoza, España.

<sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) de Aragón; Universidad San Jorge, Zaragoza, España.

**Introducción:** La utilidad del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) como instrumento pronóstico puede estar limitado si únicamente se recogen variables de carácter general. El objetivo fue identificar factores predictivos de un ingreso prolongado ( $> 7$  días) en los pacientes  $\geq 65$  años ingresados en Neumología utilizando el ICCE, así como explorar posibles diferencias clínicas durante el ingreso entre los pacientes que tuvieron una estancia corta ( $\leq 7$  días) y una estancia prolongada ( $> 7$  días).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo donde se registraron variables sociodemográficas (sexo, edad), y clínicas al ingreso (diagnóstico, escala Norton) y al alta (escala Norton, escala Barthel, dolor mediante escala visual analógica, presencia

y tipo de lesión por presión y duración estancia hospitalaria) incluidas en los ICCE entre enero 2015 y diciembre de 2019 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Se utilizó un modelo de regresión logística para analizar factores predictores de mayor duración de la estancia hospitalaria en una muestra aleatoria de los pacientes ingresados durante ese periodo.

**Resultados:** La edad media de los 3.228 pacientes con  $\geq 65$  años ingresados en Neumología durante ese periodo fue de  $78 \pm 8$  años, siendo mayoritariamente hombres ( $n = 2097$ , 65%) y con un diagnóstico inicial de agudización de EPOC ( $n = 1013$ , 31%) o de infección respiratoria ( $n = 725$ , 22%). Los días de estancia fueron (mediana, P25, P75) 8 [5-12]. Los pacientes con estancia prolongada ( $n = 515$ , 54%) en la muestra aleatorizada ( $n = 950$ ) recibieron con mayor frecuencia un diagnóstico de agudización de EPOC o insuficiencia respiratoria ( $p = 0,001$ ), se observó también una mayor reducción de la escala Norton durante la estancia (diferencia media, IC al 95%) (0,3, IC95% 0,1 a 0,5), así como menor puntuación índice Barthel al alta (-5,1, IC -9,2 a -1,1) y mayor presencia de úlceras por presión de origen hospitalario ( $p = 0,02$ ) (tabla 1). En el momento del ingreso, un diagnóstico de agudización de EPOC (OR, 2,90 [IC95% 1,70 a 4,95]) y un diagnóstico de agudización de asma/bronquiectasias/fibrosis pulmonar (OR, 2,17 [IC95% 1,08 a 4,35]) (tabla 2) se relaciona con mayor estancia hospitalaria ( $> 7$  días).

**Conclusiones:** Las variables incluidas en el ICCE en el momento del ingreso no predicen la estancia hospitalaria en pacientes  $\geq 65$  años ingresados en Neumología. Se recomienda individualizar y personalizar el registro de las variables clínicas en el ICCE en función de la planta de hospitalización.

	Estancia > 7 días (n=515)	Estancia ≤ 7 días (n=435)	Valor p /
			Diferencia de medias (95%IC)*
<b>Variables demográficas</b>			
Edad, n (%)			0.2
65-69 años	79 (15)	76 (17)	
70-74 años	110 (21)	102 (23)	
75-79 años	100 (20)	81 (19)	
80-84 años	110 (21)	86 (20)	
85-89 años	85 (16)	57 (13)	
≥ 90 años	31 (7)	33 (8)	
Mujeres, n (%)	165 (32)	149 (34)	0.3
Diagnóstico al ingreso, n (%)			0.001
Causa no respiratoria	38 (7)	49 (11)	
Agudización EPOC	199 (39)	109 (25)	
Agudización Asma / Bronquiectasias / Fibrosis Pulmonar	36 (7)	26 (6)	
Infección respiratoria	52 (10)	107 (25)	
Insuficiencia respiratoria	102 (20)	45 (10)	
Otras causas respiratorias	84 (16)	94 (22)	
Sin diagnóstico	4 (1)	5 (1)	
<b>Características clínicas utilizando evaluaciones de enfermería</b>			
Norton (puntuación total) al ingreso, media (DS)	17.2 (3.3)	17.5 (3.2)	0.2 -0.3 (-0.7 a 0.1)
Clasificación Norton al ingreso, n (%)			0.8
Riesgo bajo / no riesgo (>14)	434 (84)	368 (85)	
Riesgo medio (13-14)	29 (6)	25 (6)	
Riesgo alto (10-12)	30 (6)	24 (6)	
Riesgo muy alto (5-9)	22 (4)	18 (3)	
Norton (puntuación total) al alta, media (DS)	16.0 (3.5)	16.6 (3.5)	0.008 -0.6 (-1.1 a -0.2)
Clasificación Norton al alta, n (%)			0.3
Riesgo bajo / no riesgo (>14)	381 (74)	337 (77)	
Riesgo medio (13-14)	62 (12)	38 (9)	
Riesgo alto (10-12)	37 (7)	32 (7)	
Riesgo muy alto (5-9)	35 (7)	28 (7)	
Cambio en Norton (puntuación total) durante la hospitalización, media (DS)	-1.2 (1.8)	-0.9 (1.6)	0.003 0.3 (0.1 a 0.5)
Índice de Barthel (puntuación total) al alta, media (DS)	72.4 (32.4)	77.6 (30.6)	0.012 -5.1 (-9.2 a -1.1)
Clasificación según índice de Barthel, n (%)			0.002
Independiente	170 (33)	185 (42)	
Dependencia leve	83 (16)	73 (17)	
Dependencia moderada	120 (23)	82 (19)	
Dependencia severa	77 (15)	48 (11)	
Dependencia total	65 (13)	47 (11)	
Dolor, EVA al alta, media (DS)	0.7 (1.6)	0.6 (1.6)	0.5 0.1 (-0.1 a 0.3)
Dolor, clasificación, n (%)			0.4
No dolor	405 (79)	350 (80)	
Dolor leve	71 (14)	61 (14)	
Dolor moderado	31 (6)	14 (3)	
Dolor severo	8 (1)	10 (3)	
Tipo de úlcera por presión, n (%)			0.02
Adquirida en la comunidad	19 (4)	17 (4)	
Adquirida en el hospital	21 (4)	4 (1)	
Mixta	9 (2)	5 (1)	
Sin lesión	466 (90)	409 (94)	

DS, desviación estándar; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EVA, escala visual analógica; IC, intervalo de confianza.

Tabla 1. Comunicación 440. Características clínicas de la muestra aleatoria (n = 950) con una estancia prolongada (&gt;7 días) y una estancia corta (≤7 días) en el hospital

	OR (95% IC)	p value
<b>Edad</b>		
65-69 años	Ref	
70-74 años	1.04 [0.68 - 1.59]	0.83
75-79 años	1.19 [0.77 - 1.85]	0.43
80-84 años	1.28 [0.83 - 1.98]	0.27
85-89 años	1.57 [0.97 - 2.55]	0.06
≥ 90 años	0.95 [0.51 - 1.76]	0.89
<b>Norton (puntuación total) al ingreso</b>		
Riesgo bajo / no riesgo (>14)	Ref	
Riesgo medio (13-14)	0.85 [0.36 - 1.98]	0.71
Riesgo alto (10-12)	0.68 [0.28 - 1.60]	0.38
Riesgo muy alto (5-9)	0.66 [0.33 - 1.31]	0.23
<b>Diagnóstico al ingreso, n (%)</b>		
Causa no respiratoria	Ref	
Agudización EPOC	2.90 [1.70 - 4.95]	< 0.001
Agudización Asma / Bronquiectasias / Fibrosis Pulmonar	2.17 [1.08 - 4.35]	0.03
Infección respiratoria	1.42 [0.83 - 2.42]	0.19
Insuficiencia respiratoria	1.75 [0.95 - 3.23]	0.07
Otras causas respiratorias	1.41 [0.80 - 2.48]	0.23
Sin diagnóstico	1.09 [0.27 - 4.44]	0.89

EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC, intervalo de confianza.

Tabla 2. Comunicación 440. Regresión logística binaria en la muestra aleatorizada (n = 950).

#### 400. SESGO DE GÉNERO EN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

**Ana M. Ramírez Gallardo**, J Albert Barberá Mir, Agustín R. García Roca, Laura Ferran Valls, Clara Martín Ontiyuelo e Isabel Blanco Vich

Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** El concepto de sesgo de género hace referencia a la desigualdad que existe en ambos sexos, cuando ante la misma necesidad sanitaria se realiza un mayor esfuerzo en el diagnóstico, en un sexo respecto al otro, pudiendo influir estas desigualdades en el proceso asistencial. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad minoritaria, grave, incapacitante, en los últimos años se ha cronificado debido a los tratamientos existentes, no obstante el retraso en el diagnóstico podría condicionar la calidad de vida del paciente así como el pronóstico de la enfermedad. Afecta en su mayoría mujeres: el doble de mujeres que de hombres. Los signos y síntomas

poco específicos que puede presentar la HAP, pueden retrasar su diagnóstico. El objetivo principal será determinar si existe diferencias en el tiempo de diagnóstico entre sexos en los pacientes con diagnóstico de HAP, en nuestra serie, y correlacionar el tiempo de diagnóstico con la clase funcional.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, utilizando registro propio desde 1998 a 30 de octubre de 2022; se ha incluido a pacientes con diagnóstico de HAP: n = 406. Se recogieron las variables de sexo, año de inicio de síntomas, año de primera visita, clase funcional, año de confirmación de diagnóstico y etiología. Los datos han sido analizados con el programa de IBM SPSS Statistics 22. Para la relación entre sexos se ha realizado una descripción de frecuencias, y un informe de medias para la relación entre inicio de síntomas, fecha de primera visita y fecha de confirmación del diagnóstico, para la relación entre la clase funcional (CF), sexo y tiempo de diagnóstico agrupado en intervalos, se ha utilizado una tabla cruzada.

CF 1Visita	Tiempo de diagnóstico agrupado				Total	Porcentaje
	hasta 1	de 2 a 4	de 5 a 20	21+		
1	Sexo 0	5	1	1	7	54%
	1	5	1	0	6	46%
	Total	10	2	1	13	100%
2	Sexo 0	60	27	6	94	57%
	1	58	10	4	72	43%
	Total	118	37	10	166	100%
3	Sexo 0	92	33	15	140	68%
	1	47	15	4	66	32%
	Total	139	48	19	206	100%
4	Sexo 0	8	3		11	55%
	1	9	0		9	45%
	Total	17	3		20	100%

0= Mujer 1= Hombre

Tabla 1. Comunicación 400. Relación sexo, tiempo de primera visita y diagnóstico.

**Resultados:** En nuestra serie, se ha encontrado una relación de 2:1 con predominio del sexo femenino (n = 252:154). Para la relación entre el inicio de los síntomas y la primera visita, el tiempo transcurrido fue de  $X = 1,603 \pm 2,565$  años para el sexo femenino y de  $X = 1,084 \pm 1,668$  años para el sexo masculino, y para el tiempo entre el inicio de síntomas y la confirmación de diagnóstico  $X = 1,44 \pm 0,668$  años y  $X = 1,27 \pm 0,553$  años, respectivamente (tabla 1). La mayoría de pacientes se diagnostican en CF 2 y 3, con predominio en el sexo femenino (tabla 2).

T1=Tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y la primera visita			
Sexo	Media	n	Desv. standar
0	1,603	252	2,565
1	1,084	154	1,668
Total	1,406	406	2,279

T2=Tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y confirmación de la diagnóstico			
0	1,44	252	,668
1	1,27	154	,553
Total	1,38	406	,632

0=Mujer 1=Hombre

Tabla 2. Comunicación 400. Relación sexo, tiempo de diagnóstico y CF.

**Conclusiones:** La relación entre sexos en el diagnóstico es similar a la descrita en otras series. El tiempo entre el inicio de los síntomas la primera visita y el diagnóstico, es superior en el sexo femenino, siendo la CF 2 y 3 predominantes.

#### 142. SISTEMA DE ALERTA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Javier Hernández González**, Pilar Díaz Ruiz, Jenifer González Chávez, David Díaz Pérez, Nuria Castejón Pina, Irene Jiménez Ormazábal y Purificación Ramírez Martín

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

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara, progresiva y grave caracterizada por un remodelado adverso del árbol arterial pulmonar. El curso de la enfermedad conlleva un mal pronóstico, al que se asocia retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento por la clínica inespecífica y desconocimiento de la entidad. El tratamiento de elección son los vasodilatadores. La interrupción del mismo provoca aumento de la disnea, fallo del ventrículo derecho, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca derecha así como de la clase funcional e incluso muerte súbita. Por ello, es de vital importancia garantizar la continuidad del tratamiento. En el caso de las prostaciclinas sistémicas aún más si cabe, ya que la vida media de estos fármacos es muy corta (epoprostenol endovenoso 6 minutos y treprostil subcutáneo 3-4 horas).

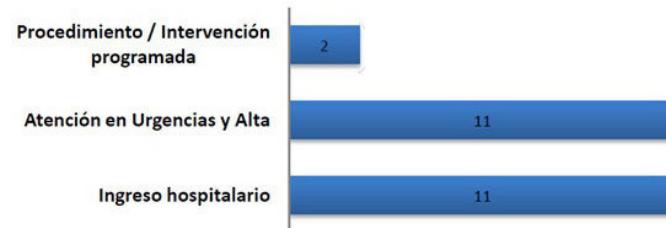
**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se desarrolló con el servicio de tecnología de la información un sistema de aviso mediante el busca de Farmacia tras ingreso de pacientes con HAP con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento. Se incluyeron avisos entre el 13/06/22 y el 15/11/22. Se analizó el tiempo de demora en la intervención y forma de la misma, fecha del aviso, franja horaria y tratamiento. La fuente de información fue la historia clínica.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 29 avisos. 5 fueron excluidos por doble notificación tras hospitalización o error de diagnóstico. 21 avisos

se recibieron de lunes a viernes y 3 sábados o domingos. 15 fueron en horario de 08:00-15:00 h y 9 de 15:00-08:00 h. En 18 de los 24 avisos hubo intervención de la Unidad de HAP; 10 de farmacia a través de nota en Drago (sistema informático). 7 de enfermería de consulta de forma presencial y 1 de neumología con nota en Drago. El tiempo medio de demora en la intervención en los 18 avisos analizados fue de 167,61 minutos. En una ocasión no se pautó tratamiento vasodilatador por el personal de Urgencias y en otra, una biopsia hepática, no se administró por estar en ayunas. Todos los pacientes tenían vasodilatadores orales y uno además una bomba continua de infusión subcutánea.

- Descompensación hidrópica
- Hemorragia digestiva alta
- Neumonía basal derecha
- Realización de biopsia hepática
- Insuficiencia cardíaca (2)
- Faringoadmidalitis
- Dolor abdominal/estreñimiento (3)
- Disnea, diarrea y fiebre (3)
- Insuficiencia respiratoria y síndrome anémico
- Insuficiencia respiratoria
- Dolor ocular
- Realización de sustitución de cristalino
- Dolor en miembro inferior izquierdo (2)
- Rectorragia
- Colecistitis aguda litiasica
- Insuficiencia respiratoria y descompensación de insuficiencia cardíaca
- Infección del tracto urinario y celulitis en miembro inferior izquierdo
- Taquicardia y palpitaciones

Tabla 1. Comunicación 142. Motivos de alerta.



\*A todos los pacientes se les realizó desde la Unidad de HAP seguimiento telefónico o presencial

Figura 1. Comunicación 142. Intervenciones.

**Conclusiones:** Hay que optimizar el sistema de aviso para evitar duplicidad de notificaciones. El control del paciente con HAP supone un reto para la consulta monográfica por el desconocimiento en el manejo del mismo desde otros servicios. Una rápida intervención del personal especializado conlleva una reducción en los posibles errores derivados del tratamiento y aumenta la seguridad del paciente.

#### 405. SITUACIÓN PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA TRAS LA COVID

**Agustín García Valenciano**, M<sup>a</sup> Luisa Castillejos Sierva, Asunción Lucas Cerro, Ana Atiénzar Atiénzar, M<sup>a</sup> Mar Martínez Aguilar, M<sup>a</sup> Dolores Sánchez Alfaro, Alejandro Golfe Bonmatí, Marina Alcaraz Barcelona, M<sup>a</sup> Ángeles Olivares Mendoza, José Chiriboga Sánchez, Raúl Godoy Mayoral, Patricia López Miguel, Rafaela Sánchez Simón-Talero y Ana Núñez Ares

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

**Introducción:** Los avances en el manejo de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) han cambiado el pronóstico de esta patología que se

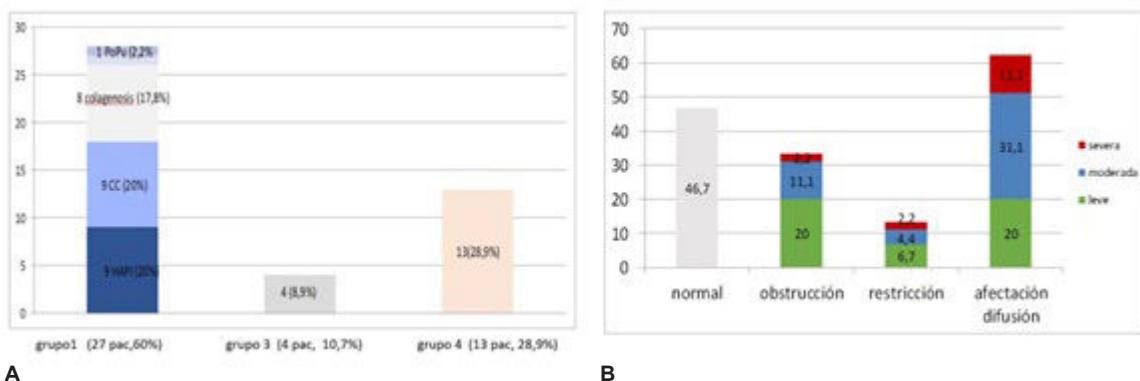


Figura 1. Comunicación 405. A. Etiología con la HAP. B. Función pulmonar.

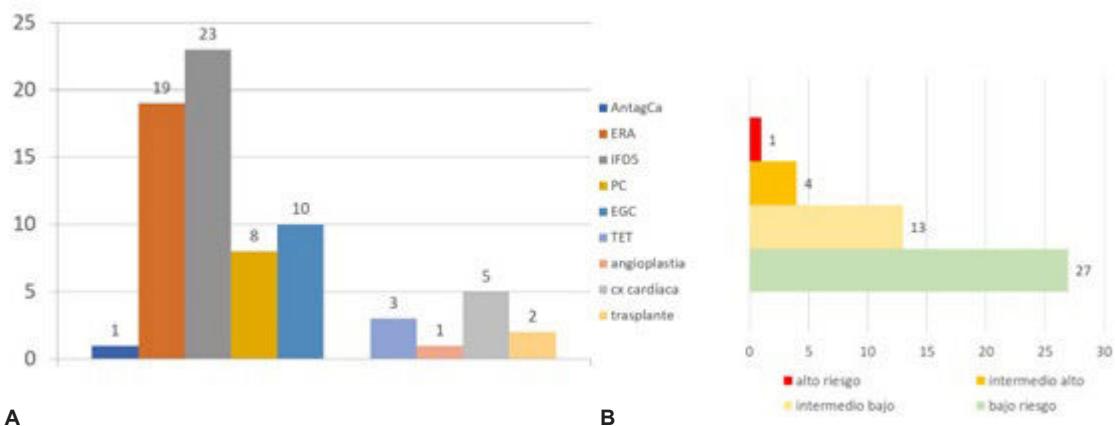


Figura 2. Comunicación 405. A. Tratamiento de la HAP médico e intervencionista. B. Escala de riesgo de 4 estratos ERS/ESC 2022.

evalúa con escalas de riesgo. Nuestro objetivo es analizar los pacientes con HAP de nuestra consulta especializada, su tratamiento y evaluación según las escalas pronósticas en 2022 tras la pandemia COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo de los pacientes con HAP evaluados en el último trimestre de 2022 en nuestra consulta. Recogimos variables de diagnóstico, tratamiento y evaluación pronóstica según las guías actuales ERS-ESC.

**Resultados:** Evaluamos 45 pacientes, 71,1% mujeres, edad media  $68,4 \pm 12,5$  años (42,89), 55,6% son  $> 65$  años. El 22,2% remitidos de otros centros de la Comunidad Autónoma. Comorbilidades: HTA 42,2%, DM 13,3%, EPOC 33,3%, AOS 28,9%, obesidad 24,4%, cardiopatía isquémica 6,7%, valvulopatía 11,1%, ETEV previa 8 (17,8%), neoplasia 1(2,2%). La Etiología se representa en gráfico 1a. Al diagnóstico presentaban CF OMS I 6,7%, II 20%, III 60%, IV 13,3% con ingresos previos por IC 44,4%. Tenían alteración de la difusión 62,2% (gráfico 1b). Reciben tratamiento vasodilatador tras media de  $6,3 \pm 5,5$  años (0,1, 23,6), 8 vía de prostaciclinas. Monoterapia con anticálcicos 1 paciente (2,2%), ERA 2 (4,4%), Riociguat 9 (20%), IFD5 7 (15,6%). Biterapia: 15 (33,4%), 3 vía de prostaciclinas (2 inh y 1 selexipag). Triple: 5, (3 prostaciclinas iv, 2 selexipag). Se realizaron dos trasplantes bipulmonares, otro está en lista de trasplante pulmonar y otro hepático. Se hizo reparación de cirugía cardíaca en 5, angioplastia a uno, tromboendarterectomía a 3 y 5 están pendientes de evaluación. Complicaciones tratamiento: toxicidad hepática con ERA en 3 casos, 1 toxicodermia con epoprostenol. La proporción de pacientes en escala pronóstica de 4 estratos actual de ERS/ESC 2022 se reflejan en figura 2b. Sufrieron eventos no relacionados con HP en el último año 16 pacientes (35,6%): 12 infecciones graves, 1 abdomen agudo, 2 hemorragia digestiva, 1 GEA. 11 pacientes presentaron COVID en 2021-2022, 5 requirieron ingreso (2 neumonía) y 6 manejo domiciliario sin secuelas ni cambios en su situación basal.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de nuestros pacientes son mujeres con edad media 68 años y pertenecen al grupo de HPTEC. 2. El tratamiento de la HAP ha conseguido mejorar la escala pronóstica de nuestros pacientes, encontrándose la mayoría en parámetros de bajo riesgo. 3. El 24,4% de los pacientes sufrieron COVID sin secuelas ni alteración en su situación basal actual.

#### 481. TELEMONITORIZACIÓN PARA PACIENTES PORTADORES DE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA

Sandra López Suárez y Noelia Pérez Márquez

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

**Introducción:** En los últimos años se ha constatado un creciente interés por la telemedicina y sus aplicaciones en Neumología. La telemonitorización (TLM) nos permite realizar el seguimiento del paciente portador de Ventilación Mecánica Domiciliaria (VMD) y la gestión de sus datos, así como la modificación de los parámetros, acercándonos más al concepto de “teletratamiento”. Con la TLM podemos evaluar la efectividad del tratamiento, cumplimiento, adherencia, fugas y localizar problemas para realizar los ajustes o cambios necesarios. Objetivo: determinar el impacto del seguimiento por TLM en los pacientes con VMD. Conocer el cumplimiento objetivo, la mortalidad, el número de visitas presenciales y de TLM.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes a los que se activó la TLM entre noviembre 2021 y noviembre 2022 a través de la plataforma Airview. El seguimiento incluyó todas las visitas de TLM y telefónicas realizadas por una enfer-

mera experta en VMD. La variable principal fue el cumplimiento objetivo (+ de 4h/día). Las variables secundarias: las nuevas adaptaciones a la VMD, la mortalidad, bajas del tratamiento, el número de visitas de TLM. También se recogieron variables demográficas, clínicas, y parámetros ventilatorios.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 115 pacientes. El 4% (N = 5) fue *exitus* y el 2% (N = 2) baja del tratamiento. El 35% eran EPOC (N = 40), 24% SOH (N = 27), 21% Overlap (N = 24), 11% enf. caja torácica (N = 13), 3% neuromusculares (N = 4) y 6% Otros (N = 7). 51% (N = 59) fueron mujeres. La media de edad de 74,03. 91% (N = 105) tuvieron un cumplimiento mayor de 4h/día. Durante el período realizamos seguimiento a 51 nuevas adaptaciones a la VMD, de las cuales se TLM 73% (N = 37). 32% (N = 37) eran nuevas adaptaciones a VMD y 68% (N = 78) estuvieron TLM por problemas o cambios con la VMD. El 58% (N = 67) se ventilaban en modo ST y el resto 42% (N = 48) en IVAPS. Las visitas virtuales (TLM + contacto telefónico) fueron un total de 468, de las cuales, 164 (N = 35%) fueron para adaptación a la VMD, 33% (N = 155) por problemas/cambios de VMD y el resto 32% (N = 149) otros motivos.



Figura 1. Comunicación 481.

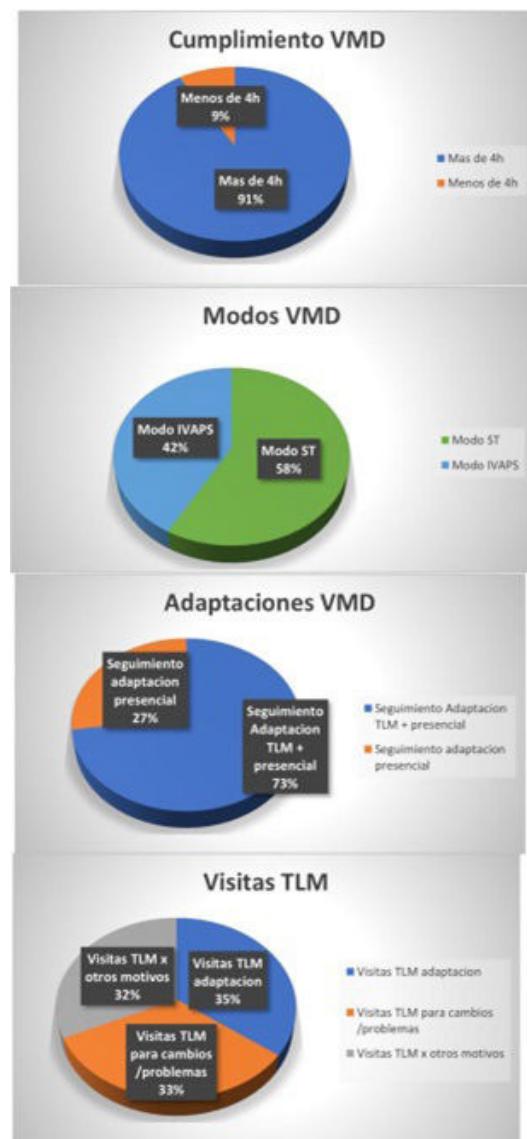


Figura 2. Comunicación 481.

**Conclusiones:** El seguimiento por TLM gestionado por una enfermera experta en VMD, muestra un alto cumplimiento de estos pacientes con muy baja mortalidad. Al combinar la TLM con llamadas telefónicas, hemos ahorrado desplazamientos a pacientes, así como una reducción de las consultas presenciales. Son necesarios más estudios para evaluar mejor el impacto de la TLM en la práctica clínica.

## 227. VALORACIÓN DE LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO. REVERSIBILIDAD DE LA MISMA TRAS EL TRATAMIENTO. THE KIDS TRIAL STUDY PROTOCOL

**Laura Silgado Martínez**, Esther Viejo Ayuso, Esther Solano Pérez, Carlos Pardo Esteban, Leticia Álvarez Balado, Rosa Mediano San Andrés, María Castillo García, Sofía Romero Peralta, Pilar Resano Barrio, Eduardo Laviña Soriano y Olga Mediano San Andrés

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

**Introducción:** La apnea obstructiva del sueño (AOS) pediátrica supone un problema de salud pública dada su alta prevalencia (1-5%) y asociación a consecuencias relevantes, como son las metabólicas, neurocognitivas y cardiovasculares (CV). Estos episodios repetidos

de apnea/hipopnea contribuyen al desarrollo y progresión de distintas enfermedades CV, sobre todo en la hipertensión arterial. La hipertrofia adenoamigdalar es el factor causal más común y su tratamiento eficaz la adenoamigdalectomía. A pesar de conocer la relación AOS y riesgo CV, en el adulto no ha sido posible demostrar la reversibilidad de este riesgo con el tratamiento. Nuestra hipótesis es que la AOS incrementa la presión arterial (PA) en niños y que estas cifras son reversibles tras el tratamiento.

**Material y métodos:** Se incluirán niños entre 4 y 18 años con sospecha de AOS sin otras patologías. Previo consentimiento informado, se realizará polisomnografía (PSG) clasificándolos en: 1. No AOS: IAH < 3/h; 2. AOS leve: IAH  $\geq$  3/h - < 5/h; 3. AOS moderado:  $\geq$  5/h - < 10/h;

4. AOS grave:  $\geq$  10/h. Se realizará toma de PA en consulta y monitorización ambulatoria de PA (MAPA) durante 24h, lo que permitirá estudiar variaciones en el ritmo circadiano. Además, se ofrecerá voluntariamente, la determinación de daño orgánico (DO) renal y cardíaco derivado de la PA incluyendo: analítica de sangre y orina (creatinuria, proteinuria, perfil renal, lipídico y hemograma), y ecocardiografía para medir la hipertrofia del ventrículo izquierdo. A los pacientes sin AOS o que no precisen tratamiento quirúrgico se les repetirán las pruebas a los 6 meses de la visita basal. Aquellos candidatos a cirugía adenoamigdalar, la MAPA se repetirá justo antes de la intervención y 6 meses después junto a la PSG. Las pruebas de DO, se realizarán en la visita basal y los 6 meses.

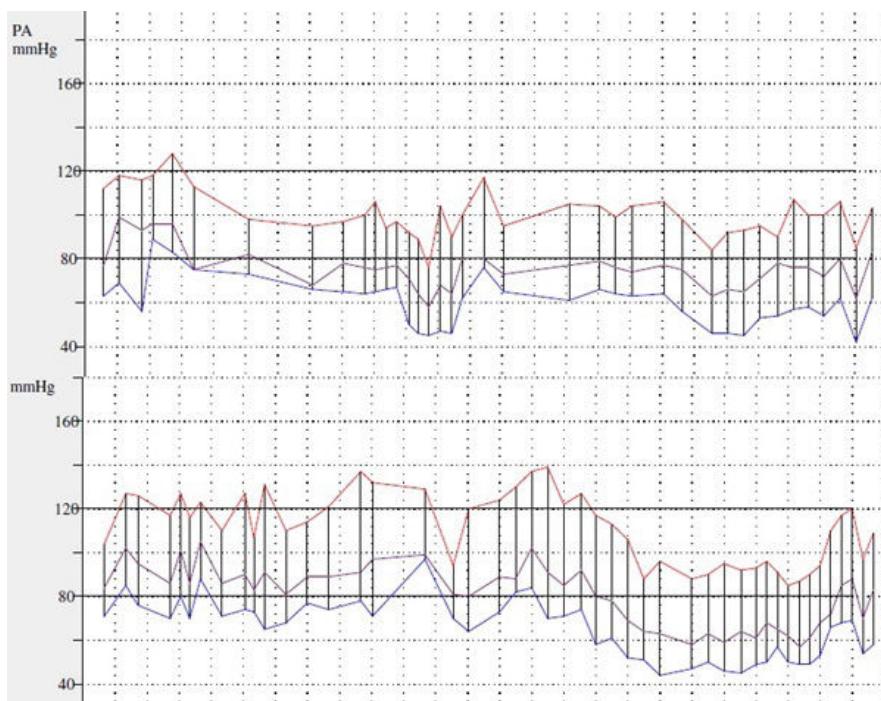


Figura 1. Comunicación 227. Comparación del patrón non-dipper antes y después del tratamiento.

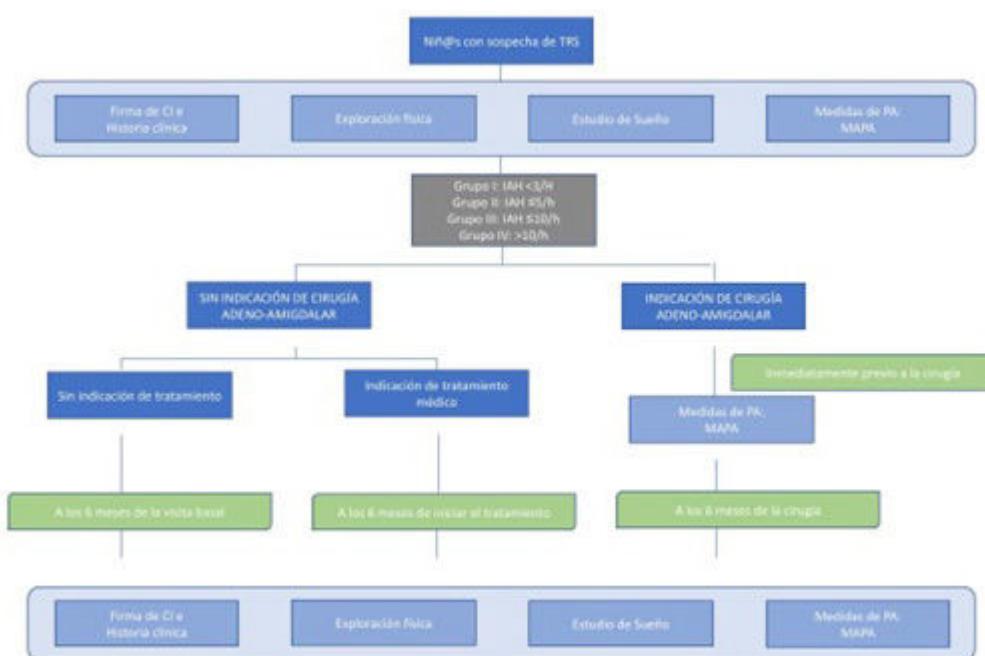


Figura 2. Comunicación 227. Diagrama de flujo.

**Resultados:** Determinar la PA ambulatoria en niños con AOS y su reversibilidad tras el tratamiento con amigdalectomía.

**Conclusiones:** La población pediátrica podría ser la ideal para aclarar dudas existentes sobre la relación AOS/riesgo CV, por estar libre de factores de riesgo y tener un tratamiento eficaz. Permitiría además estudiar la historia natural de la enfermedad. Los resultados de este estudio tendrán un impacto directo en las guías clínicas de manejo de los niños con AOS.

Protocolo registrado en el NCT03696654 y cuenta con financiación del ISCIII (PI18/00565 y PI22/01653), SEPAR (535-2018 y 1073-2020), colaboración no condicionada de Menarini y premiado por NEUMOMADRID al mejor proyecto de investigación.

## EPID

### 455. ALTERACIONES INTERSTICIALES PULMONARES TRAS UN EPISODIO DE NEUMONÍA POR SARS-CoV-2: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA POS-COVID

**José María Eiros Bachiller**, Elisa Martínez Besteiro, Claudia Valenzuela, Ana Sofía Martín Hernández, Marta Solis García, Adrián Peláez, Laura Castellanos López, Mateo Hevia Menéndez, Ángel Luis Martín Fito, Guillermo Ansede Bordonaba y Julio Ancochea Bermúdez

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

**Introducción:** Dos años después de la pandemia mundial causada por el virus SARS-CoV-2, existen todavía muchos interrogantes por resolver en cuanto a la afectación a largo plazo que puede causar la infección vírica a nivel respiratorio. El propósito del siguiente estudio es valorar las características de los pacientes con antecedentes de neumonía moderada-grave causada por SARS-CoV-2 y que posteriormente a largo plazo presentaron alteraciones a nivel clínico, radiológico y funcional.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio pacientes que acudieron entre abril de 2020 y mayo de 2021 a consultas específicas pos-COVID para realizar seguimiento en el Hospital Universitario de La Princesa, que habían estado hospitalizados previamente por neumonía moderada-grave, con seguimiento posterior de al menos 12 meses desde la primera consulta.

**Resultados:** Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo de los más de 500 pacientes que realizaron seguimiento en la consulta pos-COVID, 89 de ellos continuaron seguimiento por secuelas sugerentes de patrón intersticial a nivel radiológico y funcional. La práctica totalidad de los pacientes fueron aquellos que presentaron una neumonía bilateral moderada-grave, con requerimiento durante el cuadro agudo de soporte ventilatorio no invasivo y/o intubación orotraqueal, así con ingresos prolongados.

**Conclusiones:** La persistencia de secuelas pulmonares intersticiales en pacientes tras neumonía bilateral por SARS-CoV-2 se presenta en un pequeño porcentaje de los pacientes durante el seguimiento. Sin embargo, se trata de un número de pacientes elevado en las consultas de Neumología, mayoritariamente en consultas de EPID dada la elevada prevalencia presente durante los últimos años de neumonía por SARS-CoV-2.

### 207. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO, EFICACIA Y RESULTADOS EN SALUD PARA PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO DE EVIDENCIA EN VIDA REAL

**Beatriz María Jiménez Rodríguez**<sup>1</sup>, Gema Ramírez Rodríguez<sup>1</sup>, Antonio Menéndez Lobo<sup>1</sup>, Cecilia López Ramírez<sup>2</sup>, Ángela López Bauzá<sup>2</sup>, Jose Antonio Delgado Torralbo<sup>3</sup>, Cristina Villalba Moral<sup>4</sup>, Cristian Rodríguez Rivás<sup>1</sup>, Bernardino Alcázar Navarrete<sup>1</sup> y Ana Dolores Romero Ortiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

**Introducción:** El tratamiento de la FPI con antifibróticos (pirfenidona o nintedanib) se asocia a mejores resultados en salud con efectos adversos frecuentes que limitan su eficacia. Es poco conocida la efectividad de ambos tratamientos y la aparición de efectos adversos en vida real. El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de pirfenidona y nintedanib en términos de supervivencia y el perfil de efectos adversos asociados a su empleo.

**Material y métodos:** Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico realizado en consultas de EPID de Andalucía, en el que se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de FPI desde 2015 hasta 2021 y, que recibieron al menos una dosis de tratamiento antifibrótico

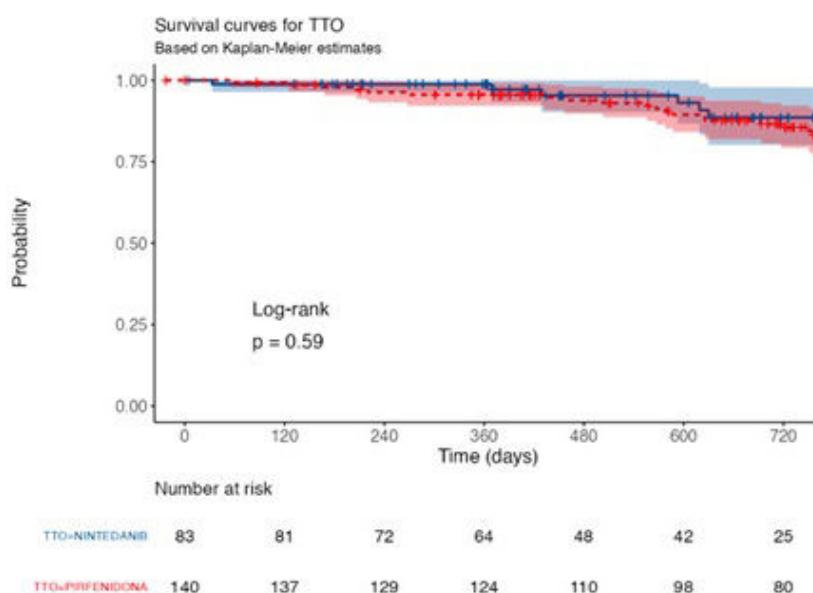


Figura 1. Comunicación 207. Comparativa de supervivencia entre nintedanib y pirfenidona a los 2 años de seguimiento.