

Sintomatología tras varias sesiones de láser CO₂

Edad	Sexo	Asintomático	Tos	Fiebre	Disnea	Hemoptisis
55	Mujer	No	Sí	No	No	Sí
32	Mujer	Sí	No	No	No	No
47	Hombre	Sí	No	No	No	No
76	Mujer	Sí	No	No	No	No
53	Mujer	Sí	No	No	No	No
92	Hombre	Sí	No	No	No	No
81	Mujer	Sí	No	No	No	No

Tumor carcinoide endobronquial antes de sesión de láser CO₂.Tumor carcinoide endobronquial tras aplicar láser CO₂.

Conclusiones: La fibrobroncoscopia flexible con láser CO₂ es una técnica segura y eficaz para tratar tumores carcinoides bronquiales, especialmente en pacientes no aptos para cirugía. Ofrece control tumoral satisfactorio y mejora de síntomas sin complicaciones asociadas.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

736. ADECUACIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA PORTÁTIL Y MEJORA DE LA ADHERENCIA DESDE UNA CONSULTA ESPECÍFICA ENFERMERA

María Teresa Ríos Gómez¹, Alba García Martínez¹, María Enríquez Jiménez¹, Manuel Rico Merino², Miguel Jiménez Gómez¹ y Ascensión Hernando Sanz¹

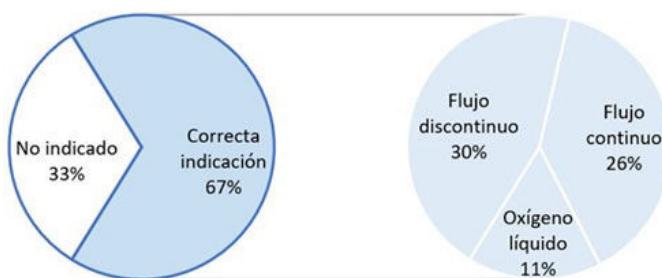
¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

Introducción: La oxigenoterapia portátil (OP) permite la administración de oxígeno durante la actividad física. Está indicada en pacientes con saturación de oxígeno (SpO₂) media ≤ 88% en la prueba de marcha de 6 minutos, siempre que realicen actividades fuera de su domicilio

habitualmente. Se administra mediante distintas fuentes, cada una con sus indicaciones, ventajas y desventajas. Dado el alto coste, la disponibilidad limitada de equipos y los datos actuales de incumplimiento, se requiere una prescripción adecuada e individualizada, acompañada de educación terapéutica (EdT). El objetivo es valorar cómo una consulta de enfermería favorece la adherencia a la OP y ayuda a la optimización de recursos, adecuando el dispositivo a las necesidades del paciente.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a los pacientes derivados a la consulta de enfermería para la adecuación de la OP entre enero y septiembre de 2024. En la consulta se realizó una valoración integral, incluyendo datos clínicos, actividad habitual fuera del domicilio, características de la vivienda y grado de movilidad. Despues, se probaban los diferentes dispositivos a distintos flujos, valorando la SpO₂, frecuencia cardíaca y capacidad de transporte del equipo al caminar. Finalmente, se realizaba EdT sobre oxigenoterapia y manejo de la fuente portátil más adecuada. Tras esto, se programaba una cita telefónica a los 3-5 meses para comprobar la adhesión.

Resultados: Se valoraron 99 pacientes, teniendo el 67,7% una correcta indicación de prescripción de OP, mostrándose en la figura la fuente recomendada. En la tabla se muestran las características según el servicio que solicitó la valoración. Entre los que no tenían indicación de OP, se pautó cilindro de gas comprimido en el 43,8%. En las citas de seguimiento de concentradores portátiles realizadas se obtuvieron datos de cumplimiento mayor a 1 h/día en 22 pacientes (29,9%). El cumplimiento fue inferior a 0,5 h/día en 7 pacientes (12,5%) y en 10 entre 0,5-1 h/día, citándose en consulta para valorar las causas de incumplimiento.



Distribución de la correcta indicación de oxigenoterapia portátil y fuente recomendada en función de las características del paciente.

Servicio solicitante, n (%)	Correcta indicación, n (%)	Flujo discontinuo, n (%)	Flujo continuo, n (%)	Oxígeno líquido, n (%)
Neumología 42 (42.4%)	40 (95.2%)	17 (40.5%)	14 (33.3%)	9 (21.4%)
Oncología 26 (26.3%)	19 (73.1%)	6 (23.1%)	12 (46.2%)	1 (3.8%)
Primaria 17 (17.2%)	4 (23.5%)	2 (11.8%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
Otros* 14 (14.1%)	4 (28.6%)	1 (7.1%)	3 (21.4%)	0

Características de la indicación y tipo de fuente recomendada en función del servicio que solicita la valoración.

Conclusiones: La figura de la enfermera referente en oxigenoterapia, con la creación de una consulta de adecuación de OP, ha demostrado ser de utilidad para favorecer la elección del dispositivo adecuado según las características clínicas y sociales del paciente. Además, favorece un estrecho seguimiento, pudiéndose detectar precozmente un uso inadecuado y mejorar la adherencia a la OP a través de la EdT.

868. ADHERENCIA Y TÉCNICA INHALATORIA EN EPOC: EVALUACIÓN DE FACTORES CLAVE

Sheila María Martínez Tahoces¹, Cristina Díez Flecha¹, Raúl Majo García², Araceli Fernández Prado¹, Mónica Sánchez Rueda¹ y Carmen Gracia Santamaría Prieto¹

¹SACYL. Gerencia de Atención Primaria de León, Castilla y León, España. ²SACYL. Gerencia de Atención Primaria de Zamora, Castilla y León, España.

Introducción: El manejo adecuado de los dispositivos inhaladores y la adherencia terapéutica son fundamentales para optimizar el tratamiento de las enfermedades respiratorias crónicas, como la EPOC. No obstante, los errores en la técnica inhalatoria y la falta de adherencia son problemas frecuentes que pueden afectar los resultados terapéuticos. Este estudio tuvo como objetivo analizar la técnica inhalatoria, la adherencia, el impacto en la calidad de vida, la cobertura vacunal y los antecedentes tabáquicos en una muestra de pacientes con esta patología.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal con una muestra aleatorizada de pacientes de cada zona básica de salud del área de León. Se evaluaron las técnicas inhalatorias para diferentes dispositivos (presurizados, polvo seco monodosis y multidosis, Resipimat, BAI y cámaras espaciadoras), la adherencia mediante el test TAI, la calidad de vida con el test CAT, y la disnea con la escala mMRC. Se recogió información sobre enfermedad tabáquica, cobertura vacunal frente a gripe y neumococo, así como el tiempo en meses desde el inicio del tratamiento.

Resultados: 661 pacientes participaron en el estudio, de los cuales el 23% eran mujeres y el 77% hombres. Los dispositivos más utilizados fueron los DPI multidosis (48,7%), seguido por los pMDI (40,2%) y DPI monodosis (32,2%). En los pMDI el error más común fue no agitar (33%). En DPI monodosis no exhaló previamente (28%), y en multidosis ausencia de apnea (25,10%). En relación con la adherencia, el 69,9% de los pacientes mostró una adherencia buena, el 16,5% intermedia y el 12,1% deficiente. La disnea, medida con la escala mMRC, mostró que el 72% de los encuestados se encontraban entre grado 1-2. La calidad de vida, evaluada mediante el test CAT, tuvo una media de 16 puntos (DE ± 7), reflejando un impacto moderado. Un 29,2% de los pacientes seguía fumando. La cobertura vacunal fue adecuada, con un 75,7% vacunado frente a la gripe y un 33,8% frente al neumococo.

Conclusiones: Los errores en la técnica inhalatoria siguen siendo frecuentes, especialmente en la falta de pasos clave como agitar los dispositivos presurizados o realizar apnea tras la inhalación. Aunque la mayoría de los pacientes mostró una buena adherencia terapéutica, persisten áreas de mejora en la educación y el refuerzo del manejo de los dispositivos. El impacto moderado en la calidad de vida resalta la necesidad de un abordaje integral. Se subraya la importancia de programas de cesación tabáquica para mejorar los resultados en salud.

60. ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN ALIMENTARIA PERCIBIDO POR EL PACIENTE RESPIRATORIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE CANARIAS

Amando Márquez Sixto¹, Cristina Carretero Rández², Erika María Lorenzo Ramos¹, Ángeles Cánovas Molina¹, Abigail Suárez González¹, Ana María Díaz Flores¹, Carla García Martín¹ y María Isabel Orts Cortés³

¹Hospital Universitario Dr. Negrín (representación Grupo Nutrifag), Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (representación Grupo Nutrifag), Alicante, España. ³Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL Grupo 23, CIBERFES, INVESTEN-ISCII) (representación Grupo NUTRIFAG), Alicante, España.

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en los últimos años ha adquirido relevancia en los centros hospitalarios, con una prevalencia del 20-50%. Estudios como PREDyCES (2012) y seDREno (2019) a partir de los criterios de desnutrición GLIM, establecen que 1 de cada 3 pacientes hospitalizados está desnutrido. El envejecimiento unido a comorbilidades y hospitalización con procesos diagnósticos o terapéuticos asociados a ella pueden incrementar el riesgo de desnutrición.

Material y métodos: Analizar el estado nutricional y el grado de satisfacción percibida durante un ingreso hospitalario en pacientes con 65 o más años con un perfil respiratorio. Estudio observacional y transversal en Neumología HUGCDN, datos derivados del Proyecto NUTRIFAG, recogidos desde noviembre 2022-octubre 2024. Se utilizó un muestreo consecutivo de casos y se incluyeron pacientes ingresados con 65 o más años. Variables relacionadas con: datos socio-demográficos, funcionalidad, estado nutricional y satisfacción alimentaria.

Resultados: La muestra total fue de 176 pacientes 92 mujeres y 84 hombres, edad media 76 años, estancia media 8 días. Más de la mitad n = 96; 54,5% se encuentra en situación de prefragilidad (FRAIL) y alta comorbilidad (Charlson) n = 132; 75%, sin diferencias por sexo. El 28,3% n = 45 presenta riesgo de desnutrición alto y más de la mitad tiene desnutrición (MUST) n = 74; 56,1%, sin diferencias por sexo p = 0,335. Al alta se detectó que más de la mitad de los pacientes con riesgo de desnutrición bajo n = 44; 59,5%, el 13,5% n = 10 de los pacientes con riesgo intermedio y el 27% n = 20 de los pacientes con riesgo alto fueron diagnosticados con desnutrición, según criterios GLIM sin diferencias por sexo p = 0,510. En el cuestionario de satisfacción nota media es 6,78 n = 152, con diferencias significativas por sexo p = 0,012, siendo la satisfacción en hombres 7,16; DE = 1,488 superior a la de las mujeres 6,39; DE = 2,14. La mayoría considera su apetito 65,6% y el olor de la comida 59,4% bueno, pero menos de la mitad considera el sabor bueno 43,2%. Los pacientes con desnutrición (n = 71; 6,45; DE = 1,89) presentan una percepción de la satisfacción de la alimentación peor que los pacientes sin desnutrición n = 58; 7,50; DE = 1,55, con diferencias significativas p < 0,001.

Riesgo de desnutrición

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Riesgo Bajo	100	56.8	62.9	62.9
	Riesgo Intermedio	14	8.0	8.8	71.7
	Riesgo Alto	45	25.6	28.3	100.0
Total		159	90.3	100.0	
Missing	System	17	9.7		
Total		176	100.0		

Comorbilidad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Comorbilidad Baja	6	3.4	4.3	4.3
	Comorbilidad Alta	132	75.0	95.7	100.0
Total		138	78.4	100.0	
Missing	System	38	21.6		
Total		176	100.0		

Conclusiones: La información obtenida proporciona perspectivas sobre la necesidad de introducir en la práctica diaria cribado nutricional tanto del riesgo de desnutrición como de desnutrición, intervención nutricional precoz que incluya líneas de mejora en la satisfacción alimentaria.

240. ANÁLISIS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA UBNI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN D'ALACANT

Lía Maestre Puerto¹, Ana María Pulido Sánchez¹,
Estefanía Fernández González¹, Linarejos Pozo Delgado¹,
Pedro J. Ramírez Palacios², Esther Pastor Esplá¹ y Eusebi Chiner Vives¹

¹Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, España. ²Universidad de Granada, España.

Introducción: Analizar los hábitos de consumo de tabaco de los pacientes que acudieron a la UBNI (Unidad de Broncoscopia y Neumología Intervencionista) y fueron diagnosticados de Cáncer de Pulmón (CP) para hacer una comparativa con los datos oficiales y literatura publicada.

Material y métodos: Se realizó un trabajo de carácter observacional y retrospectivo incluyendo a una cohorte de pacientes que acudieron a la UBNI del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, entre marzo de 2022 y marzo de 2024, con indicación de fibrobroncoscopia por masa pulmonar (central) o nódulo pulmonar (periférico) y diagnosticados de cáncer de pulmón (CP). Se recogió información de la historia clínica electrónica sobre las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, hábito tabáquico (fumador/exfumador/nunca fumador) y consumo de tabaco (paquetes/año) en fumadores y exfumadores.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 290 pacientes, 144 hombres y 146 mujeres. La edad media fue de 68,36 años. El hábito tabáquico registrado fue de 125 pacientes fumadores, 108 exfumadores y 57 nunca fumadores. El consumo medio de tabaco en fumadores y exfumadores fue de 50,8 paquete/año. La suma de fumadores y exfumadores es de 233 pacientes (80%). Se registró en la historia el hábito tabáquico de 216 pacientes fumadores y exfumadores de los 233, de los restantes, no aparece el consumo en la historia. El promedio de consumo entre fumadores y exfumadores fue de 50,8 años/paquete. De los datos recogidos en la historia clínica, 5 pacientes figuran como "fumadores pasivos", 2 registraron ser "fumadores sociales", 1 paciente "fumó 3 puros durante 20 años", 1 fumador de "hachís" y 1 fumador "1 puro al día".

Conclusiones: En el análisis se observa un aumento en la población femenina de casos diagnosticados de CP, presentando una proporción similar en ambos sexos. Los hombres exfumadores casi duplican a las mujeres. El porcentaje de mujeres nunca fumadoras es significativamente mayor con un 84% frente a un 16% en hombres. Los pacientes fumadores de la muestra representan el 43%. Este dato nos debe hacer reflexionar a los profesionales sanitarios sobre las medidas de prevención del hábito tabáquico y la importancia de tener educación terapéutica en cualquier nivel del sistema de salud.

929. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS BRONCOSCOPIAS REALIZADAS EN EL ÁREA DE SALUD DE HELLÍN

María de los Ángeles Fernández García, Ana Mañas Mañas,
Pilar Núñez Pinar, María Isabel Sánchez Martínez,
María Inmaculada Valverde Ruiz, Rosa María Ramón Escudero,
Álvaro Hurtado Fuentes y Ángel Molina Cano

Hospital General de Hellín, España.

Introducción: El Área de Salud de Hellín engloba una población de más de 60.000 personas, con una dispersión geográfica importante. Se describen los aspectos descriptivos de los estudios broncoscopicos realizados en esta área durante un año.

Material y métodos: Recogida retrospectiva de datos sobre las broncoscopias realizadas desde septiembre 2023 hasta septiembre 2024. Se excluyen broncoscopias que no se pueden finalizar o requieren derivación a otro centro.

Resultados: En el periodo de un año natural, se han realizado 77 broncoscopias, con una media de edad de $61,9 \pm 16,36$ años. La mayoría son hombres (70,1%) y con comorbilidades HTA 53,2%, DM 27,3%, DLP

40,3%, EPOC 14,3%, AOS 11,7%, asma 10,4%, bronquiectasias 7,8%. Las neoplasias fueron el motivo de estudio más frecuente (42,9%, n = 33), con predominio en hombres (69,7%, n = 23), seguido de las infecciones (16,9%, n = 13) y las revisiones endobronquiales (15,6%, n = 12). Con respecto a la exposición al hábito tabáquico, la mayoría eran exfumadores (39,0%, n = 30) y fumadores (24,7%, n = 19). La indicación por sospecha de neoplasia alcanzó el 42,1% de las broncoscopias realizadas a fumadores, siendo aún más alto en exfumadores (50% (n = 15)). La mayoría de estudios fueron solicitados por Medicina Interna (50,6%, n = 39) y Neumología (40,3%, n = 31), se realizaron de forma ambulatoria el 51,9% y en la unidad de endoscopias convencional el 81,8% (n = 63). El estudio de neoplasias (48,5%, n = 16) y por sospecha de infecciones (53,8%, n = 7) se realizó mayoritariamente en pacientes ingresados en planta. El estudio de otras patologías como la EPID (90,9%, n = 10) y la revisión endobronquial (66,7%, n = 8) predominó de forma ambulatoria. La prueba fue mejor tolerada en hombres (74,6%) y el 53,2% de los procedimientos no presentó complicaciones (n = 41). Las más frecuentes fueron la desaturación y la tos (n = 12, 15,6%, en ambos casos), seguidos del sangrado (n = 11, 14,3%). Se recogió BAS en el 90,9% de los estudios (n = 70), se realizó BAL en el 74% (n = 57) y se hicieron biopsias en el 32,5% (n = 25), de las cuales el 60% fueron malignas (n = 15). El BAL aisló microorganismos patógenos en el 22% de los casos (n = 17), siendo *P. aeruginosa* el más frecuente (3,9%, n = 3).

Conclusiones: La broncoscopia es una prueba realizada con mayor frecuencia a varones con antecedentes de hábito tabáquico. La indicación más frecuente es el estudio de neoplasias e infecciones. Aunque existen complicaciones, son leves, y se pueden realizar la mayor parte de los procedimientos en la unidad de endoscopias.

944. ANÁLISIS LONGITUDINAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS COLONIZADOS POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*

Leticia Bueno Freire¹, Victoria Alcaraz Serrano²,
Patricia Oscanoa Huaman¹, Rubén López Aladid¹,
Nil Vázquez Burgos¹, Adrián Ceccato¹, Roberto Cabrera Ortega¹,
Néstor Soler Porcar¹, Rosanel Amaro Rodríguez³,
Laia Fernández Barat¹ y Antoni Torres Martí¹

¹Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS); Institut Clínic Respiratori (ICR), Hospital Clínic de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Universitat de Barcelona, España. ²Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal); Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España. ³Institut Clínic Respiratori (ICR), Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción: La colonización por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) se asocia a peores desenlaces clínicos y un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con bronquiectasias (BQ) no asociadas a fibrosis quística (Fernández-Barat L et al. Semin Respir Crit Care Med. 2021). Este estudio tuvo como objetivo identificar subgrupos vulnerables mediante el análisis de la evolución de la CVRS en pacientes con BQ colonizados por PA durante un año de seguimiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y observacional en adultos con BQ colonizados por PA. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos en la inclusión, y durante cuatro visitas (cada tres meses) se evaluó la CVRS (cuestionario de calidad de vida-bronquiectasias v3.1) y la microbiología del esputo. Los cambios en los ocho dominios se analizaron con modelos lineales mixtos ajustados por confusores (edad, sexo, IMC, etiología, BSI, Charlson) y variables de interés (cronicidad y duración de la colonización, fenotipo de la PA, frecuencia de las agudizaciones [ABQ] y función pulmonar), incluyendo interacciones temporales.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes (45 mujeres, edad media 71 ± 12 años, IMC 24,8 ± 4,1, BSI 11,6 ± 4,1, Charlson 2,7 ± 2,1). La ta-

Tabla 1. Calidad de vida basal estratificada por variables de interés (n= 68).

	Capacidad física	Limitaciones de rol	Vitalidad	Función emocional	Función social	Carga de tratamiento	Percepción de la salud	Síntomas respiratorios
Tipo de colonización								
Intermitente, n= 22 (32,35%)	37,88 (29,63)	56,82 (31,98)	53,79 (29,06)	71,97 (29,27)	53,03 (40,38)	81,48 (26,13)	30,3 (20,98)	74,24 (27,08)
Crónica, n= 46 (67,65%)	56,82 (31,98)	62,32 (25,92)	57,25 (28,69)	76,81 (22,08)	73,91 (28,47)	78,68 (28,01)	39,13 (18,99)	73,55 (22,93)
P-valor	0,529	0,486	0,647	0,496	0,037	0,711	0,103	0,918
Duración de la colonización								
<5 años, n= 50 (73,53%)	39,33 (29,11)	62,33 (30,27)	55,67 (27,69)	74,67 (25,92)	66,33 (34,91)	79,07 (27,24)	34,67 (19,3)	75 (24,8)
≥5 años, n= 18 (26,47%)	46,3 (30,55)	55,56 (19,8)	57,41 (31,94)	76,85 (20,72)	69,44 (31,96)	80,56 (28,15)	40,74 (21,56)	70,37 (22,55)
P-valor	0,408	0,29	0,839	0,722	0,732	0,851	0,301	0,472
Fenotipo de la PA								
No mucoide, n= 34 (50%)	33,33 (28,43)	57,35 (31,57)	52,45 (27,87)	73,53 (27,56)	62,25 (36,77)	77,96 (28,99)	32,84 (19,46)	76,47 (26,63)
Mucoide, n= 34 (50%)	49,02 (28,7)	63,73 (23,74)	59,8 (29,34)	76,96 (21,33)	72,06 (30,63)	81,11 (25,8)	39,71 (20,11)	71,08 (21,44)
P-valor	0,027	0,351	0,293	0,568	0,237	0,655	0,157	0,361
Frecuencia de las agudizaciones								
0 ABQ/año, n= 18 (26,47%)	48,15 (30,73)	64,81 (26,75)	57,41 (25,06)	79,63 (22,55)	77,78 (29,15)	87,78 (20,38)	37,04 (21,81)	77,78 (22,87)
1-2 ABQ/año, n= 25 (36,76%)	41,33 (30,85)	64 (23,41)	64 (30,31)	78,67 (21,79)	66,67 (32,98)	75,36 (32,13)	44,67 (16,47)	76,67 (26,35)
≥3 ABQ/año, n= 25 (36,76%)	36 (27,08)	54 (32,38)	47,33 (27,92)	68,67 (27,77)	60 (37,27)	78,26 (25,84)	27,33 (18,56)	68 (22,53)
P-valor	0,416	0,341	0,117	0,242	0,24	0,382	0,007*	0,324
Función pulmonar								
BQ, n= 21 (30,88%)	46,03 (22,3)	71,43 (24,23)	64,29 (31,75)	78,57 (25,9)	78,57 (34,21)	85,19 (23,49)	38,1 (16,79)	80,95 (22,54)
BQ-Obstructivo, n= 30 (44,12%)	42,22 (31,48)	56,11 (29,84)	56,67 (19,87)	72,22 (24,11)	57,78 (33,26)	73,46 (30,75)	36,67 (22,06)	68,33 (22,47)
BQ-EPOC, n= 17 (25%)	33,33 (33,33)	54,9 (26,2)	45,1 (35,24)	76,47 (24,34)	69,61 (31,86)	83,33 (24,34)	33,33 (20,41)	74,51 (27,71)
P-valor	0,409	0,097	0,12	0,649	0,091	0,303	0,762	0,185

Los datos se presentan como media (DE) para cada dominio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), estratificados por: (1) tipo de colonización, (2) duración de la colonización, (3) fenotipo de *Pseudomonas aeruginosa* (PA), (4) frecuencia de las agudizaciones (ABQ/año), y (5) función pulmonar. La CVRS se evaluó con el cuestionario QoL-B v3.1, donde cada dominio tiene una puntuación de 0-100 puntos y los valores más altos indican mejor CVRS. No se calcula una puntuación total (Quittner et al, Thorax 2015). Los p-valores estadísticamente significativos se resaltan en negrita, * p<0,05 entre 1-2 ABQ/año y ≥3 ABQ/año. Abreviaturas: ABQ, agudizaciones de bronquiectasias; BQ, bronquiectasias; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; PA, *Pseudomonas aeruginosa*.

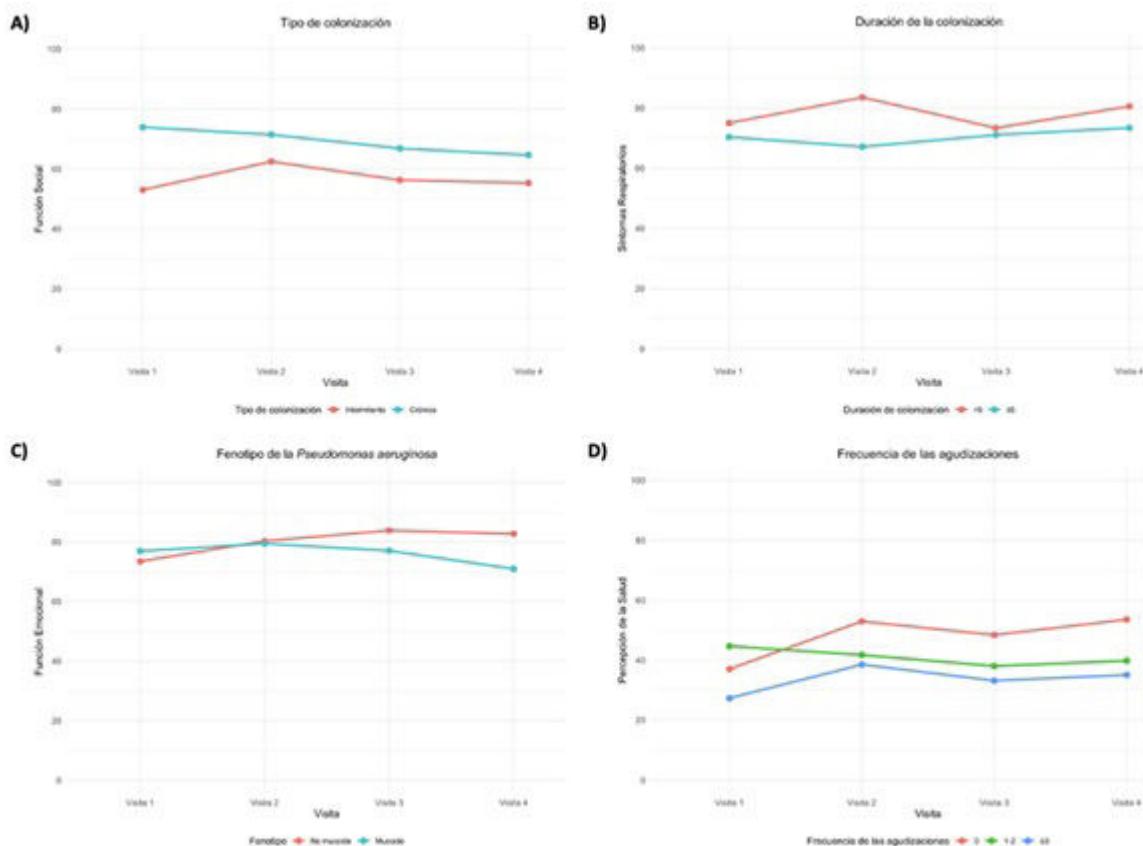


Figura 1. Evolución temporal de las variables asociadas a cambios significativos en la calidad de vida. Los gráficos muestran A) la Función Social según el tipo de colonización (colonización intermitente vs. crónica); B) los Síntomas Respiratorios según la duración de la colonización (<5 años vs. ≥5 años); C) la Función Emocional según el fenotipo de *Pseudomonas aeruginosa* (no mucoide vs. mucoide); y D) la Percepción de la Salud según la frecuencia de agudizaciones (0, 1-2, ≥3 agudizaciones/año). Las líneas representan la evolución de la puntuación media de cada dominio a lo largo de las cuatro visitas de seguimiento. Financiación: ISCIII-FEDER (PI18/00145) a AT y LFB; Proyecto Intramural CIBER 2018 (ES18PI01X1-2021) a AT y LFB; CB 06/06/0028/CIBER de enfermedades respiratorias (CIBERES); 2.603/IDIBAPS; Academia ICREA a AT; SGR 01148 (2021) de Generalitat de Catalunya a LFB; SEPAR 2016 (208-2016), 2019 (628-2019) y 2023 (1428-2023) a LFB; Beca Becario SEPAR a LBF (1478-2023).

bla 1 muestra la CVRS basal según las variables de interés. El análisis longitudinal mostró un deterioro significativo de la Función Social a los 3 meses en pacientes con colonización crónica ($\beta = -12,68$, $p = 0,03$), que persistió durante el seguimiento. La colonización durante ≥ 5 años se asoció con un empeoramiento de los síntomas respiratorios a los 3 meses ($\beta = -11,81$, $p = 0,037$), seguido de una recuperación progresiva hacia el final del seguimiento. El fenotipo mucoide mostró un deterioro de la función emocional a partir de los 6 meses ($\beta = -10,22$, $p = 0,031$), mientras que los pacientes con 1-2 ABQ/año presentaron un deterioro significativo en la percepción de la salud desde los 3 meses ($\beta = -18,83$, $p = 0,003$) hasta el final del seguimiento ($\beta = -21,36$, $p = 0,002$) (fig. 1).

Conclusiones: Los grupos identificados como vulnerables asociados a un empeoramiento de la CVRS a lo largo del tiempo incluyen la colonización crónica por PA y durante ≥ 5 años, el fenotipo mucoide, y la presencia de 1-2 ABQ/año. La identificación temprana de estos pacientes podría permitir a enfermería implementar cuidados dirigidos a prevenir el deterioro de la CVRS y optimizar los desenlaces clínicos.

218. APPLICACIÓN DE LA REALIDAD VIRTUAL DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA GASOMETRÍA ARTERIAL

Carmen María Vidal Egea, M.^a Asunción Guillén Miralles, Ana Isabel Pérez Rodríguez, Esther Soler Climent, Gema Más Davó y Antonio Valero Marco

Hospital General Universitario de Elche, Elche, España.

Introducción: La SEPAR recomienda anestesia local subcutánea para mitigar el dolor producido en la realización de la gasometría arterial pero su implementación sigue siendo muy limitada. La realidad virtual (RV) se presenta como una herramienta innovadora y con potencial para reducir el dolor y la ansiedad en procedimientos invasivos. Sin embargo, se requiere de más evidencia para confirmar su eficacia.

Objetivos: Este estudio evalúa el impacto de la RV, combinando su uso o no con el de anestesia local en según qué casos. Todo ello repercute en la percepción del dolor y la experiencia emocional del paciente durante la gasometría arterial. El objetivo principal es comparar la efectividad de la RV y la anestesia local (con o sin ella) en la reducción del dolor y explorar cómo los niveles previos de ansiedad y depresión influyen en la aceptación o rechazo de la RV.

Material y métodos: Ensayo experimental aleatorizado (1:1) en pacientes de neumología y hospitalización, divididos en cuatro grupos de 50: A (anestesia, sin RV), B (anestesia, con RV), C (sin anestesia ni RV) y D (sin anestesia, con RV). Los análisis estadísticos emplean pruebas de Kolmogorov-Smirnov, T o Mann-Whitney según la normalidad, y correlaciones de Pearson o Spearman.

Resultados: Los pacientes con anestesia local reportan puntuaciones bajas de dolor (1-2/10), sin diferencias significativas entre los grupos con y sin RV. Los pacientes con niveles altos en BAI y BDI tienden a rechazar la RV, posiblemente por malestar emocional o claustrofobia. Los pacientes de consultas externas, mayoritariamente crónicos, presentan niveles de ansiedad más altos que los hospitalizados ($p = 0,038$), lo que podría reflejar diferencias clínicas, aunque requiere confirmación. No se encuentran diferencias significativas en el dolor entre consultas externas y hospitalización, respaldando la efectividad de la anestesia en ambos contextos. Los grupos sin anestesia están en reclutamiento y serán clave para completar el análisis de las combinaciones de anestesia y RV.

Conclusiones: La anestesia local demuestra eficacia para controlar el dolor producido por la gasometría, independientemente del uso de RV. Los niveles emocionales previos influyen en la aceptación de esta tecnología, destacando la necesidad de adaptar las intervenciones a las características individuales. Los resultados finales, que incluirán datos de los grupos sin anestesia, permitirán evaluar el po-

tencial de la RV para optimizar la experiencia del paciente en procedimientos invasivos breves.

324. APPLICACIÓN PRÁCTICA DE LA EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Ana M.^a Ramírez Gallardo, Begoña Ibáñez Rodríguez,

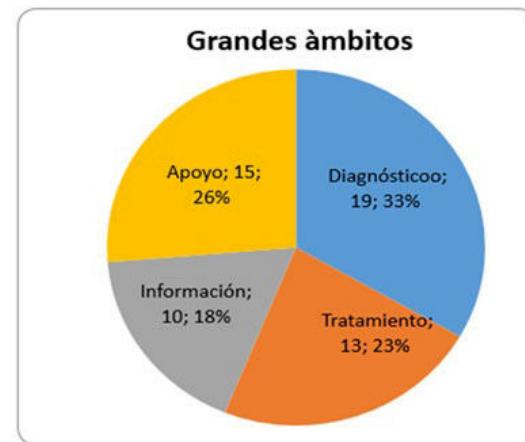
Andrea Abellán Fernández e Isabel Blanco Vich

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: Las personas que presentan hipertensión pulmonar (HP) refieren un largo período de tiempo entre los primeros síntomas y el diagnóstico. Cuando se pretende analizar la evolución de la enfermedad desde la perspectiva de paciente es preciso considerar el proceso antes y durante diagnóstico y la vida cotidiana con la enfermedad. Existen cuestionarios para evaluar la perspectiva de paciente, algunos autores recomiendan las microhistorias para poder captar los detalles que más impactan en la vida cotidiana; las entrevistas en profundidad o los grupos focales son otras opciones para evaluar la experiencia del paciente desde su propia perspectiva.

Objetivos: Identificar oportunidades de mejora desde la perspectiva de las personas atendidas en la Unidad de Hipertensión Pulmonar (UHP).

Material y métodos: Se realizaron reuniones con profesionales para describir el mapa del proceso asistencial e identificar mejoras en el circuito, y describir los arquetipos de pacientes (pacientes con necesidades comunes). Se elaboraron los grupos focales: 10 personas: 9 pacientes diagnosticados de HP y 1 acompañante. La selección de los pacientes, el contacto y la cita se organizó desde la UHP. El grupo focal se realizó a cargo del equipo de experiencia del paciente, se grabó toda la conversación y se realizó una transcripción literal, después se analizó los datos con el software MAXQDA. Además, a los asistentes se les pidió que identificaran una lista de prioridades, y las ordenaran si consideraban que eran de muy difícil o no de aplicar.



Resultados: Participaron 6 mujeres, 3 hombres y un acompañante (hombre) en el grupo focal y en la identificación de prioridades. Se identificaron 57 conceptos que se agrupan en 17 categorías y en 4 metacategorías (tabla), la más importante fue la relacionada con el diagnóstico de la enfermedad en un 33% (fig.), y relacionado con esto, el tiempo de espera lo que más les preocupa. Los pacientes consideraron muy fácil de aplicar las mejoras en Información inicial, reuniones grupales, ejercicio físico, alimentación, aspectos legales, y muy difícil el soporte psicológico, viajar, medicación, contacto con los profesionales entre otros.

Conclusiones: La experiencia del paciente evaluada con grupos focales nos permite identificar oportunidades de mejora. El envío de

Tabla 1: Resultado de los elementos más relevantes surgidos del análisis del grupo focal

Meta-categoría	Categoría	Frecuencia
Diagnóstico	Explicación sobre la enfermedad	1
	Desconocimiento sobre la enfermedad	3
	Tiempo de espera hasta el diagnóstico	6
	Información sobre resultados de las pruebas	3
	Sobreinformación	4
	Repetición de pruebas	2
Tratamiento	Dificultades para el inicio de tratamiento	6
	Búsqueda de información en Internet	5
	Explicación del cateterismo	2
Información	Información sobre el ejercicio físico	3
	Información sobre la alimentación	3
	Información sobre la incapacidad laboral	1
	Dificultades en los desplazamientos	3
Apoyo	Reuniones grupales	4
	Soporte psicológico	1
	Afectación del entorno	8
	Trato del personal sanitario	2

Tabla 1. Comunicación 324.

una encuesta nos permitiría generalizar los resultados obtenidos en el grupo focal. Pensamos que se deberían comparar los resultados con la misma metodología tras la implementación de mejoras recogidas en este primer informe.

274. ¿CÓMO HAN VIVIDO LOS PACIENTES CON EPOC EL PRIMER BROTE DE LA PANDEMIA DE COVID-19? ESTUDIO CUALITATIVO

David Peña Otero¹, Domingo Palacios Ceña², Cristina García Bravo³, César Fernández de las Peñas⁴, Juan Nicolás Cuenca Zaldivar⁵, Ciro Casanova Macario⁶ y David Díaz Pérez⁶

¹IDIVAL, Grupo de Enfermería, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España. ²Grupo de Investigación en Humanidades e Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos (Hum&QRinHS), Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, España. ³Grupo de Investigación de Evaluación y Valoración de la Capacidad, Funcionalidad y Discapacidad de la Universidad Rey Juan Carlos (TO+IDI), Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, España.

⁴Grupo de Investigación en Terapia Manual, Punción Seca y Ejercicio Terapéutico de la Universidad Rey Juan Carlos (TMPE), Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, España. ⁵Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Grupo de Investigación en Fisioterapia y Dolor, Grupo de investigación en Enfermería y Cuidados de Salud del Hospital Puerta de Hierro Health Research Institute-Segovia de Arana (IDIPHISA), Alcalá de Henares, España. ⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La investigación cualitativa permite explorar la salud y la enfermedad tal como son percibidas por las propias personas y no desde la perspectiva del investigador/a; y favorece la inclusión de la persona/cliente/paciente en todas las decisiones relacionadas con su asistencia sanitaria. Por ello, ayuda a promover una mayor adhesión a tratamientos. Los pacientes con EPOC tienen 4 veces más el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad COVID-19, sin embargo, los EPOC ingresados y en UCI son bajos (2-8% y 5% respectivamente). La baja incidencia puede ser efecto protector de los fármacos inhalados, el infradiagnóstico EPOC (74,7% en España) o el estricto cumplimiento de las medidas de aislamiento social por el miedo a infectarse y morir. Como consecuencia, se produjo una disminución del contacto social y el aislamiento en sus domicilios aumentando la depresión y la ansiedad. El objetivo fue conocer cómo vivieron los pacientes la experiencia de estar inmersos en una pandemia global del COVID-19 y qué estrategias desarrollaron para afrontar esta situación, cómo modificó su día a día, cuáles fueron sus expectativas respecto a su salud, cómo han cambiado sus relaciones sociales, familiares y con los profesionales sanitarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo, con un diseño cualitativo de casos basado en el paradigma constructivista, siguiendo criterios COREQ y estándares SRQR y DESCARTE. Fenómeno a estudio EPOC moderado-muy grave de la cohorte CHAIN. Muestreo por propósito, no probabilístico e intencionado siguiendo las consideraciones Pragmáticas y los criterios de Poder de Información (Malterud). Favorable CEIm Servicio Canario de Salud. Método (criterios Guba y Lincoln): Análisis del texto lematizado (software R versión 3.5.1), inductivo temático y de contenido.

Resultados: Del análisis lematizado (fig.) obtuvimos una nube de las palabras más utilizadas y se identificó los sentimientos y la polaridad (aceptación o rechazo) de las narrativas de los participantes. El análisis temático cabe destacar que el confinamiento no afectó su vida diaria ni su enfermedad, pero sí hizo que la familia fuera más protectora, más vigilante y más cercana. Evitaron buscar ayuda sa-

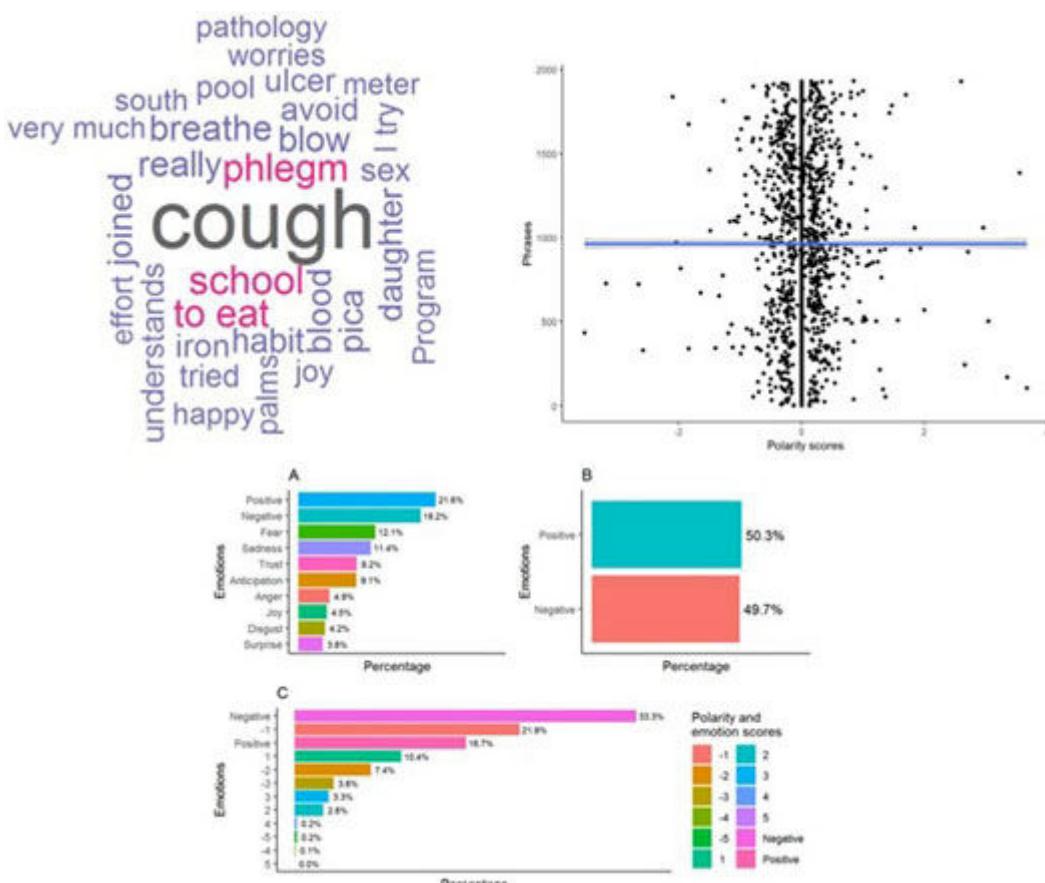


Figura 1. Comunicación 274. Resultados.

nitaria por miedo, las mascarillas les generaba cansancio y desconfían de las vacunas por su rápido desarrollo.



Figura 2. Referencias bibliográficas.

Conclusiones: Los pacientes con EPOC han experimentado barreras en el acceso a la atención primaria, gran dificultad en el uso de mascarillas y es relevante el rechazo de algunos pacientes a la vacuna contra el COVID-19.

332. COMORBILIDADES DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO. DIFERENCIACIÓN DE GÉNERO

María Dolores Ramírez Martínez, Alejandra Roncero Lázaro, Amaia Pérez de Nanclares Sáez, Mariola Bretón Ruiz, María Torres Muga, Marta Cristeto Porras, María Aguado Agudo, Paula Vicente Hernando, Jorge Lázaro Galán y Carlos Ruiz Martínez

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Introducción: Las alteraciones de sueño son un grupo de enfermedades con una elevada prevalencia. La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad enormemente prevalente y un problema de salud pública. Existe evidencia de su asociación con eventos cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y accidentes de tráfico y laborales. Los principales factores de riesgo para padecer AOS son las alteraciones anatómicas, la edad, género y obesidad. La gravedad de la enfermedad va a depender a parte de sus datos obtenidos en el estudio de sueño como IAH, CT90, de su asociación a factores de riesgo cardiovascular y sus síntomas.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las comorbilidades y características demográficas de los pacientes que acuden a la consulta de enfermería del sueño del HUSP del 2021 al 2024.

Resultados: Se analizaron 3.036 pacientes que acudieron a la consulta, obteniendo que el 67,8% eran hombres, con una edad media de $57,3 \pm 14,4$, el 87,2% no tenía alergias medicamentosas. Tenían HTA el 44,5%, DLP el 34,5%, DM el 16,1%, fibrilación auricular 13,1%, cardiopatía isquémica el 7,3%, accidente cerebrovascular el 5,8%, insuficiencia renal 4,9%, tromboembolismo pulmonar 1,4%, asma el 4,3%, EPOC el 3,9%, principalmente en grado moderado 87,6% y depresión un 10,2%. Si lo analizamos por sexo, podemos ver discrepancia en la asociación con factores de riesgo y cardiovasculares en función del sexo, como se describe en la tabla.

Conclusiones: La consulta de enfermería de sueño valora a paciente con alta incidencia de factores de riesgo cardiovascular, principalmente HTA, DLP, DM y fibrilación auricular. El manejo correcto por enfermería en el tratamiento y adherencia es crucial para el buen pronóstico de estos pacientes y disminuir el riesgo cardiovascular. De ahí la importancia, del manejo multidisciplinar y coordinación. Es importante la diferenciación de sexo ya que el hombre se asocia más frecuentemente a HTA, DLP, cardiopatía isquémica y ACV, en

cambio, en mujeres a diabetes, fibrilación auricular, TEP y asma. Por lo que es importante el comanejo en consulta.

Características y comorbilidades en función del género		
	Hombre	Mujer
Edad	57,06	57,8
AMC	9,02	17,14
HTA	47,27	41,28
DLP	36,35	32,73
DM	16,31	17,16
FA	14,17	17,16
CI	14,17	10,77
ACV	8,98	3,85
IR	4,02	3,85
TEP	1,41	3,85
Asma	3,54	5,77
EPOC	4,60	2,38
Depresión	10,66	12,64

600. COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN EN REPOSO ENTRE LA SO₂ ARTERIAL Y LA SPO₂ MEDIDA CON UN SENSOR DE DEDO O UN SENSOR DE OREJA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA

Míriam Arabí Forcada, Pamela Kette Aguilera, Lidia López Escuredo, Rodrigo Torres Castro, Elena Gimeno Santos, Paula Gómez Guzmán, Montserrat Bueno Tablado, Pau Belver Colomer, Andrea Abellán Fernández, Pilar Muñoz Claver y Xavier Alsina Restoy

Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción: La medición de la saturación (SpO₂) tanto en reposo como durante el ejercicio nos da información sobre el intercambio de gases pulmonares. La determinación de la SpO₂ en estos pacientes tiene una implicación directa en la toma de decisiones clínicas a la hora de indicar un tratamiento farmacológico y/u oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (ERC). Nuestro objetivo fue comparar la SpO₂ medida en dedo y en lóbulo de la oreja con la SO₂ arterial para poder determinar cuál de los dos métodos es el más concordante.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes con ERC del Servicio de Neumología del Hospital Clínic de Barcelona. A los pacientes incluidos se les realizó una gasometría arterial (GSA) utilizando simultáneamente un pulsioxímetro de dedo y un pulsioxímetro de oreja (Model 8000Q2, Earclip, Nonin, Plymouth, Minnesota, EE. UU.). Se compararon las medias de la SpO₂ en reposo de las mediciones

realizadas con sensores de dedo y oreja con la SO₂ determinada mediante una GSA. Se determinó la concordancia usando el método de Bland-Altman y el coeficiente de correlación intraclass (CCI).

Resultados: Estudiamos un total de 20 pacientes con ERC con una edad media de 73 ± 11 años donde el 50% fueron mujeres. La medición realizada entre la GSA y el sensor de dedo y el sensor de oreja presentaron un índice de concordancia similar, con un CCI dedo-GSA: 0,783 (IC95% 0,529-0,908) y con un CCI oreja-GSA: 0,787 (IC95% 0,537-0,910), respectivamente (fig.). La mediana (RI) de la SpO₂ mediante sensor de dedo y oreja fueron de 0,90 (-0,08-3,28) y -3,20 (-4,00-2,42).

Conclusiones: La medición de la SO₂ medida por GSA presenta una concordancia similar con SpO₂ medida con sensor de dedo y con el sensor de oreja. La mediana de la caída de la SpO₂ presentó diferencias que podrían presentar implicaciones clínicas relevantes en el caso del sensor de oreja.

29. COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE ANTIFIBRÓTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL

Cristina Subirana Ferres, Yasmina Gutiérrez Rodríguez, Pablo Carrasco Cifuentes, Nuria Romero Navarrete e Isabel Díaz Martos

Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona, España.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo muy amplio y heterogéneo que tienen en común la afectación del intersticio pulmonar. El nintedanib es un múltiple inhibidor de tirosina quinasa intracelular que se dirige al endotelio vascular concretamente a sus receptores del factor de crecimiento, de las plaquetas y al factor de crecimiento de los fibroblastos. Un medicamento con un difícil manejo en cuanto a complicaciones abdominales (diarreas que suelen ser muy frecuentes).

Material y métodos: Identificar las incidencias y factores de riesgo asociados a las complicaciones tras el inicio (los primeros 2-3 meses) del tratamiento con antifibrótico nintedanib. Estudio piloto observacional retrospectivo. Es la primera parte de un casi experimental en el que se valorará la microbiota intestinal antes y después de haber iniciado el tratamiento. Inicio del tratamiento de con nintedanib de inicio a cualquier edad, paciente con EPID progresiva con o sin tratamiento concomitante inmunosupresor o biológico iniciado previamente y con dosis estables durante 1 año o más. Variables: edad, hábito tabáquico, enolismo, parámetros analíticos como la albúmina, cualificación.

Gráfico de Bland-Altman:
SpO₂ oreja vs GSA

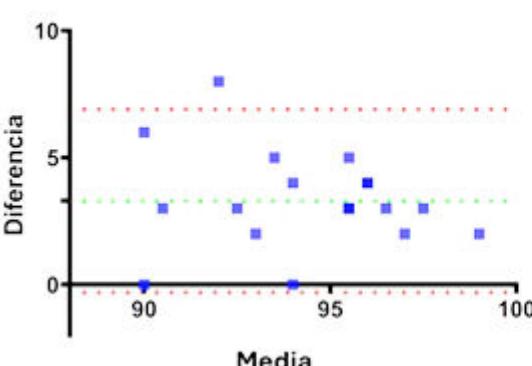


Gráfico de Bland-Altman:
SpO₂ dedo vs GSA

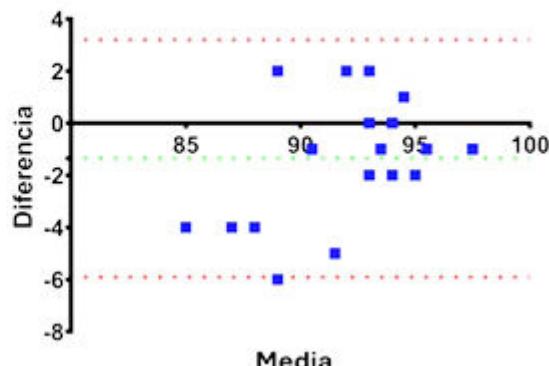


Figura 1. Comunicación 600. Gráficos de Bland-Altman.

Tabla 1. Descripción de la muestra estudiada (n = 48)

Variables	Categorías	n	%
La media de edad de nuestra muestra fue de 68,10 años. Mediana 69 años. (P25 64 años/P75 73 años). La escala de Bristol preintervención fue 3,4 de media (P25 2 y P75 4) y la valoración del Bristol post fue de 3,6 (P25 3 y P75 5).			
Con lo cual sube un punto tanto en número de deposiciones como su consistencia se vuelve más pastosa o líquida. El peso de los pacientes antes de iniciar el antifibrótico fue de 80,08 Kg y la talla de 167,19 cm. El peso tras iniciar el antifibrótico fue de 77,36 Kg de media.			
Sexo	Hombre	12	25%
	Mujer	36	75%
Hábito tabáquico			
	No Fumador	15	31,3%
	Exfumador o fumador	33	68,8%
Enolismo			
	Bajo consumo	36	75%
	Consumo de riesgo	12	25%
Antecedentes de interés			
	Hipertensión arterial	15	31,1%
	Cardiopatía isquémica	4	8,3%
	Diabetes mellitus	2	4,2%
	Sin antecedentes	26	54,16%
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	2,1%
Deposiciones pretratamiento			
	1 al día	42	87,5%
	2-3 al día	6	12,5%
	3-5 al día	0	0
Índice de masa corporal			
	Mala adherencia	17	35,4%
	Normopeso	16	33,3%
	Obesidad	12	25%
	Infrapeso	1	2,1%
	Sobrepeso	19	39,6%
Deposiciones posmedicación			
	1 al día	30	62,5%
	2-3 al día	9	18,8%
	3-5 al día	9	18,8%
Complicaciones post inicio tratamiento			
	Alteración hepática	7	14,6%
	Diarréa abundante	11	22,9%
	Dolor abdominal (gases)	1	2,1%
	Menor apetencia	1	2,1%
	Sin complicación	28	58,33%
Intervención tras incidencia de complicación			
	Cambio por doble antiagregación	2	4,2%
	Reducción dosis	14	29,2%
	Sin cambios	26	26%
	Stop medicación por incidencia	6	12,5%
Aparición complicaciones			
	Sí	20	41,7%
	No	28	58,3%
Complicaciones hepáticas			
	Sí	7	14,6%
	No	41	85,4%
Complicaciones digestivas			
	Sí	12	25%
	No	36	75%

Tabla 2. Comunicación 29

Característica demográficas y clínicas de los pacientes que presentaron complicaciones

Variable	Categoría (n)	Complicación Sí (n = 12) (%)-(mínimo-Máximo)	Complicación No (n = 36) (%)-(mínimo-Máximo)	p
Pacientes con complicaciones 69,90 años de media.				
Pacientes sin complicaciones 66,82 años de media.				
Complicaciones	Hombres	9 (45%)	3 (10,7%)	0,009
	Mujeres	11 (55%)	25 (89,3%)	
Complicaciones hepáticas	Hombres	5 (71,4%)	7 (17,1%)	0,007
	Mujeres	2 (28,6%)	34 (82,9%)	
Complicaciones digestivas	Hombres	4 (33,3%)	8 (22,2%)	0,34
	Mujeres	8 (66,7%)	28 (77,8%)	
Alteración Bristol pre/post	La diferencia entre el Bristol antes de iniciar el tratamiento vs. el Bristol post iniciar (3,4 vs. 3,6).			
	BRISTOL Pre		BRISTOL Post	
	BRISTOL 1-2	13 (27,1%)	BRISTOL 1-2	10 (20,8%)
	BRISTOL 3-4	28 (58,4%)	BRISTOL 3-4	25 (52,1%)
	BRISTOL 5-6	7 (14,6%)	BRISTOL 5-6	12 (25%)
	BRISTOL 7	0 (0%)	BRISTOL 7	1 (2,1%)
Pérdida de peso	Peso antes de iniciar tratamiento 80,0 de media (84,5 máx-75,67 mín)			
	Peso posiniciar tratamiento 77 de media (81,9 máx-72,78 mín)			
	Categoría (n)	Complicación Sí	Complicación No	
Patologías	HTA	45% (9)	21,4% (6)	0,078
	Cardiopatía isquémica	5% (1)	10,7% (3)	0,442
	Diabetes mellitus	5% (1)	3,6% (1)	0,665
	EPOC	5% (1)	0% (0)	0,417
IMC	Normal	35,0% (7)	32,1% (9)	
	Obesidad	20% (4)	28,6% (8)	
	Infrapeso	5% (1)	0%	
	Sobrepeso	40% (8)	39,3% (11)	
Sobrepeso + obesidad		60% (12)	40% (8)	0,398

Resultados: Se ha analizado una muestra de 48 pacientes, de los cuales la mayoría (75%) eran mujeres (36) y el 25% hombres. Respecto a los antecedentes médicos, el 31,1% de la muestra (15 personas) padecía hipertensión arterial. En general, el 54,2% (26 personas) no presentaban antecedentes médicos relevantes. Antes del tratamiento, el 87,5% de los pacientes realizaban una deposición al día (42), patrón de estreñimiento, mientras que el 12,5% (6 personas) tenían entre 2-3 deposiciones diarias, un hábito deposicional normal. Después del tratamiento, el 18,8% (9 personas) tenían entre 2-3 o más deposiciones diarias, reflejando un cambio en la frecuencia de las evacuaciones. Entre los pacientes con complicaciones, destacar que fueron más frecuentes en mujeres (55%, 11 pacientes), y el 45% eran hombres (9 pacientes). Las complicaciones hepáticas, el 71,4% de los pacientes afectados eran hombres (5 pacientes), frente al 28,6% de mujeres (2 pacientes). El valor p para las complicaciones hepáticas fue de 0,007, mostrando una asociación significativa entre el sexo masculino y este tipo de complicaciones, mientras que para las complicaciones digestivas no se observó una significancia estadística relevante ($p = 0,34$).

Conclusiones: La intervención de enfermería juega un papel crucial en la gestión de pacientes con antifibrótico.

343. ¿CONOCEMOS E INFORMAMOS A LOS PACIENTES SOBRE LA GESTIÓN DE RESIDUOS DE LOS INHALADORES?

Juliana García Rabazo, Alejandra Marín Arguedas, Susana Bogaz Marín, Teresa Roser Espinosa Femenia, Ana Belén del Pino Maestre, Mirta Amblas Pla, Nuria Rivero Morcillo y Jorge Martín Thomas Yoles

Hospital Dos de Maig, CSI, Barcelona, España.

Introducción: El alto contenido en plástico de los diferentes dispositivos y la presencia de propelentes hacen que el reciclaje correcto de inhaladores tenga un impacto importante en la salud planetaria. El objetivo de nuestro estudio es determinar si el personal sanitario de nuestro hospital conoce dónde deben depositarse los dispositivos de los inhaladores ya finalizados y si informa a los pa-

cientes sobre ello para que posteriormente puedan reciclar de forma correcta.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal mediante encuestas anónimas al personal sanitario de urgencias, hospitalización y hospital de día donde atienden a pacientes que usan inhaladores.

Resultados: Han respondido a la encuesta 105 personas: 41,9% Enfermería, 36,2% Médicos y 21,9% (TCAE). La edad media total de los encuestados es de aproximadamente 38,8 años, siendo el 82% mujeres sin diferencias estadísticamente significativas entre edades y sexo entre las profesiones. El 36,2% de los encuestados toman o alguien de su familia toma inhaladores. El 45,45% de los encuestados respondió que no sabía dónde se reciclan los inhaladores y 34,55% respondió Punto SIGRE. El análisis por profesiones muestra el porcentaje algo más elevado en Enfermería 45,83% que en médicos y TCAE para identificar el punto SIGRE como lugar de reciclaje. El uso personal o familiar de inhaladores no mejora el conocimiento del reciclado (31,7%). Solo el 16,36% de los profesionales informan sobre el reciclaje a los pacientes. De los profesionales que conocían el Punto SIGRE, únicamente el 36,84% informaba a los pacientes. Por categorías, enfermería destacó con un 20,83%, seguida de TCAE (17,4%) y médicos (10,26%) en proporcionar información sobre el reciclaje.

Conclusiones: Falta de conocimiento sobre el reciclado de inhaladores del personal de nuestro centro. Variables como género, edad, uso personal de inhaladores no mostraron asociaciones significativas con el conocimiento sobre reciclaje. Enfermería muestra un mayor conocimiento, aunque sin llegar a ser estadísticamente significativo. Esto sugiere que la falta de conocimiento es generalizada y no depende de características demográficas o de experiencia personal. Así mismo que en relación con la falta de conocimiento, solo informan a los pacientes el 16%. Proponemos poner en marcha campañas de sensibilización en el centro para visibilizar la importancia del reciclaje adecuado de inhaladores tanto para personal como pacientes y mejorar la información al paciente sobre el reciclaje.

104. ¿CONOCEN LAS ENFERMERAS/OS EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REPERCUSIÓN DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

Carmen San José García, Nuria Barón Salvador, Susana Calderón Martínez, Susana Sevillano Ordax y Santiago Antonio Juarros Martínez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) se puede presentar tanto en adultos como en niños. La mejor prueba diagnóstica es la polisomnografía nocturna hospitalaria. El tratamiento abarca medidas higiénico dietéticas, presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), dispositivos de avance mandibular y terapia posicional.

Objetivos: Identificar los conocimientos que poseen los enfermeros acerca de la apnea obstructiva del sueño en adultos y en niños.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en base a un cuestionario con preguntas cerradas, anónimo, voluntario y elaborado por los investigadores tras un pilotaje con enfermeros de Neumología. La población a estudio son los enfermeros del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se analizaron los conocimientos sobre el diagnóstico, signos, síntomas, causas, consecuencias y tratamiento de la AOS. El cuestionario se envió a través del correo corporativo a las jefas de unidad de las diferentes plantas de hospitalización y servicios para que a su vez se lo enviaran a sus enfermeros por correo.

Resultados: Respondieron 119 enfermeros (12,9%) de 919 que hay en la plantilla orgánica. Edad media: 39,3 años. Mujeres: 88,2%. Fijos:

47,1%, interinos: 25,2%, eventuales: 27,7%. El 52,1% tiene una antigüedad entre 11 y 30 años. Experiencia en cuidados a pacientes con problemas respiratorios: 65,3%. De los que poseen experiencia en cuidados a pacientes con problemas respiratorios conocen el diagnóstico de AOS el 49,4%; y de los que no poseen dicha experiencia, el 26,8%. El 100% de los enfermeros no identifica correctamente el tratamiento de la AOS.

Conclusiones: Con este cuestionario hemos expuesto la AOS, su repercusión y tratamiento. Hay un alto porcentaje de enfermeros con experiencia en patología respiratoria que no conocen el diagnóstico de la AOS. El 100% de los enfermeros que no han identificado correctamente el tratamiento de la AOS, creen que sí lo conocen. Proponemos la impartición de sesiones clínicas para mejorar los conocimientos, y así cuidar mejor a los pacientes con dicha enfermedad.

52. CUESTIONARIO HOSPITAL ANSIEDAD DEPRESIÓN (HAD) Y RESULTADOS DE SALUD EN EPOC

José Pablo Cubero Marín¹, Laura Hernando Zaborras², Sandra Sánchez Sánchez², Victoria Gil Gómez¹, Myriam Ruiz Montes¹, Raquel Langarita Labella¹, Jorge Rodríguez Sanz², María Senar García², Elisabeth Vera Solsona², Juan Antonio Domingo Morera², Beatriz Herrero Cortina³, David Sanz Rubio¹ y José María Marín Trigo²

¹Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España.

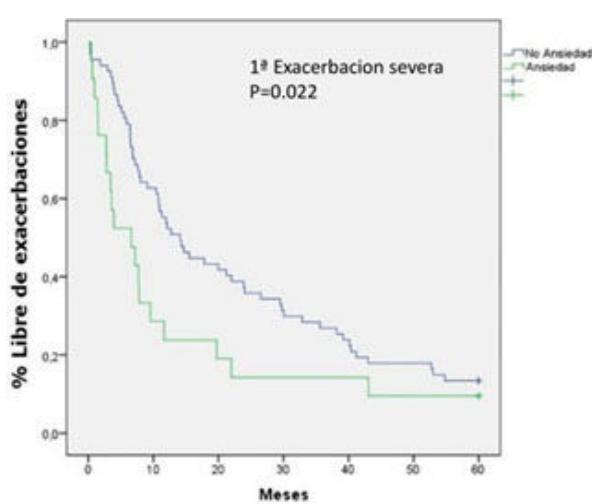
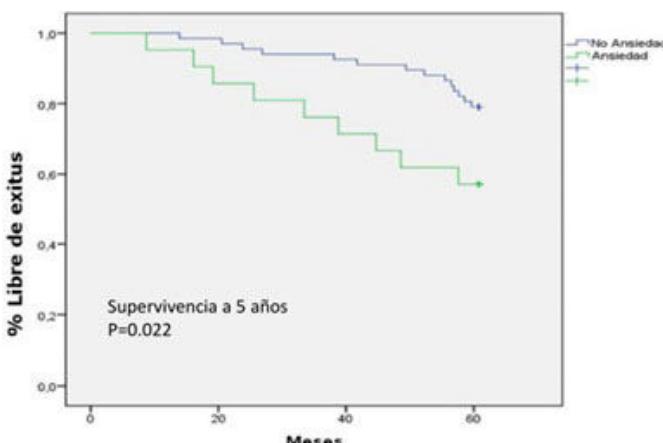
²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

³Universidad San Jorge, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Zaragoza, España.

Introducción: La ansiedad, como comorbilidad está asociada a un mayor riesgo de mortalidad en EPOC. Nuestro objetivo es determinar su prevalencia en una cohorte clínica de pacientes con EPOC y si un instrumento validado como el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) puede ser determinante de resultados de salud tales como exacerbaciones y mortalidad.

Material y métodos: Se realizó un análisis de los resultados de salud a partir de los datos de pacientes con EPOC del Centro de Zaragoza incluidos en la Cohorte CHAIN. Al reclutamiento, a todos los participantes se les aplica un protocolo estandarizado de registro de variables que incluye datos sociodemográficos, mediciones antropométricas, función pulmonar (espirometría y prueba de marcha de 6 minutos) y cuestionario HAD. Anualmente se evalúa el status vital de los pacientes y se les invita a una visita presencial donde se vuelven a registrar las mismas variables que en la visita inicial. En esta visita de seguimiento se documenta el número de exacerbaciones, sus características (asociadas a hospitalización o no) y la incidencia de nuevas comorbilidades. Se utilizaron modelos generalizados lineales para estimar la asociación entre la puntuación del cuestionario HAD y los resultados de salud, ajustando por factores de confusión clínicamente determinantes de exacerbación y mortalidad.

Resultados: La población a estudio incluye 88 pacientes con edad media 71 años, FEV₁ 62 ± 21% pred., y BODE 2,2 ± 1,8. El valor medio del HAD fue de 7 ± 5,5 (min = 0 y máximo = 30). Un 24% de pacientes puntuaron un valor de corte de ≥ 8, indicando presencia de ansiedad. Los 2 grupos de pacientes establecidos, pacientes con ansiedad y sin ansiedad eran homogéneos en las variables descritas. A 5 años de seguimiento, se registraron 23 fallecimientos (26%). La regresión logística de Cox reveló que la presencia del componente de ansiedad en el cuestionario HAD se asociaba, de forma independiente con una mayor mortalidad a 5 años. (HR 2,89, IC95% 1,10 -7,60) (fig. 1). También se observó una diferencia significativa en el tiempo de aparición de la primera exacerbación severa entre pacientes con ansiedad y los que no la tenían. (HR 1,71, IC95% 1,10-2,88) (fig. 2).



Conclusiones: En este estudio piloto de un solo centro de la Cohorte CHAIN, el cuestionario HAD muestra un valor predictivo de mortalidad y de riesgo de exacerbaciones a 5 años en pacientes con EPOC. Los resultados deben validarse para el conjunto de la cohorte.

385. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE TRIPLE TERAPIA ABIERTA EN EL PACIENTE CON EPOC EN SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Medardo Montenegro Villavicencio¹, Myriam Calle Rubio², María Teresa Marín Becerra³, Gianna Vargas Centanaro¹, Sofía Karamichali¹, José Manuel Padilla¹, Rafael Sánchez-del Hoyo⁴ y Juan Luis Rodríguez Hermosa⁵

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

²Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España. ³Centro de Salud General Ricardos, Madrid, España.

⁴Unidad de Apoyo a la Investigación, Servicio de Preventiva, Hospital Clínico Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Madrid, España. ⁵Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Madrid, España.

Introducción: La triple terapia inhalada en la EPOC se recomienda como una estrategia de intensificación del tratamiento de la EPOC para alcanzar la estabilidad en pacientes con mayor riesgo de exacerbación.

El objetivo de este análisis es analizar perfil clínico y el grado de cumplimiento.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, no intervencionista con recogida de datos de la historia clínica y evaluación del nivel cumplimiento por cuestionario TAI en visita de revisión. Se incluyeron pacientes ≥ 40 años, con espirometría forzada FEV₁/FVC < 0,7 posbroncodilatador, fumador/exfumador de ≥ 10 paquetes-año y en tratamiento con triple terapia inhalada abierta.

Resultados: Se evaluaron 481 pacientes, con una edad media de 66,7 (10,2) años, siendo el 58,6% varones, y 29,3% fumadores activos. Un 23,7% no tenían ninguna comorbilidad, con índice Charlson de media 2,4 ($\pm 1,5$). Tenían un FEV₁ < 50% el 12,4%, y un FEV₁ > 80% el 18,1%, con una disnea MRCm (grado 0-1: 51,2%, grado 2 el 31,8% y grado 3-4 el 11,4%). El nivel de riesgo según la GesEPOC era bajo en el 29,3% y alto riesgo en el 63%. El 45,9% tenían un fenotipo no agudizador, un 35,8% eran agudizadores frecuentes no eosinofílico y 11,9% agudizadores eosinofílico. La distribución de los pacientes según el tipo GOLD era: A en el 29,3%, B en el 16,4% y E en el 47,6%. Se evaluó el cumplimiento terapéutico en 301 pacientes con un tiempo medio de 10 (± 3) meses. 170 (56,1%) tenían un mal cumplimiento por TAI (51,8% deliberado, 24% inconsciente). En pacientes con mal cumplimiento vs. buena adherencia era más frecuente ser mujer (46,7 vs. 31,8%, p = 0,009), ser fumador activo (35,5 vs. 24,1%, p = 0,032), un uso de rescate ≥ 3 /día (48,2 vs. 30,1%, p = 0,001), tener un fenotipo agudizador (57,5 vs. 43,2%, p = 0,014), utilizar ≥ 3 dispositivos diferentes (28,4 vs. 19,7%, p = 0,08), y utilizar cartucho presurizado (44,1 vs. 33,8%, p = 0,069). No encontrando diferencias según carga de comorbilidades.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes en tratamiento con triple terapia “abierta” muestra un bajo nivel de adherencia, y en más de un tercio se administra en varias dosis diarias.

70. DÉFICIT DE CUIDADORES EN PACIENTES CON TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS DEPENDIENTES DE CUIDADOS 24 HORAS

Eva María Gómez Pedrajas, Salvador Díaz Lobato, Johanny Vargas Rodríguez, Alia Nehme Álvarez, Pedro Jara Merino, Natividad Pizarro Gómez y Mónica Paloma Pérez

Oximesa Nippoggases, Madrid, España.

Introducción: El cuidado de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas representa un desafío clínico considerable, particularmente para aquellos que requieren cuidados 24 h. Estos cuidados son prestados habitualmente por cuidadores informales. No disponemos de datos acerca del porcentaje de pacientes con terapias respiratorias domiciliarias que requieren cuidados 24 h. y cuántos de ellos los tienen cubiertos. Por ello nos hemos planteado como objetivo investigar la necesidad de cuidados 24 h. en pacientes con terapias respiratorias domiciliarias y su cobertura.

Material y métodos: Entre enero y junio de 2024, el personal asistencial de OXIMESA, empresa proveedora de terapias respiratorias domiciliarias, aplicó un test social específico para cuidadores durante las visitas realizadas a domicilio. El test fue elaborado por el departamento de trabajo social de la compañía y evaluaba los siguientes aspectos: 1. Si el paciente tenía un cuidador identificado. 2. Las horas de cuidado necesarias para cada paciente. 3. La disponibilidad de apoyo externo. 4. La necesidad de cuidados continuos 24 horas. 5. La proporción de pacientes que requieren un cuidador continuo, pero no lo tienen. 6. Aspectos relacionados con sobrecarga de cuidador.

Resultados: Se evaluaron 69.661 pacientes. La tabla muestra las patologías, total de pacientes evaluados, número de pacientes que requerían cuidados continuos, pacientes con cuidadores disponibles y el porcentaje por enfermedad de pacientes que requieren cuidados 24 h pero no lo tienen. Es de destacar la carga significativa de dependencia en enfermedades como ELA, fibrosis quística y cáncer de pulmón, donde la mayoría de los pacientes tienen cuidadores disponi-

bles 24 h. Sin embargo, en enfermedades como el síndrome de apnea del sueño y la EPOC, hay una mayor proporción de pacientes que necesitan cuidadores, pero no los tienen.

Enfermedad respiratoria	Número de pacientes evaluados	Número de pacientes dependientes 24 h	Número de pacientes que tienen cuidadores 24 h	Porcentaje de pacientes sin cuidador 24 h que lo necesitan
EPOC	22.758	6.827	4.623	32%
Fibrosis quística	244	131	128	2%
Síndrome de apnea del sueño	44.323	4.432	2.216	50%
ELA	233	233	233	0%
Trasplante de pulmón	962	481	289	40%
Cáncer de pulmón	1.021	408	399	2%
Hipertensión pulmonar	120	99	88	11%
Total	69.661	12.611	7.976	37%



Conclusiones: 1. El 18% de pacientes con TRD refieren necesidad de cuidados 24 h; 2. El 37% de pacientes que necesitan cuidados 24 h, carecen de ellos; 3. En enfermedades graves como fibrosis quística, ELA, trasplante de pulmón e hipertensión pulmonar, el 98% de los pacientes cuentan con cuidadores familiares/profesionales las 24 h; 4. La presencia de trabajadores sociales en las TRD es crucial para proporcionar apoyo integral a los pacientes con patologías respiratorias.

716. DESCRIPCIÓN DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE NÓDULOS PULMONARES VINCULADA AL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN Y A ATENCIÓN PRIMARIA EN LLEIDA

Anna Vila Fornells¹, Sally Santistevé Lostes², María Zul Moreno¹, Anna Sánchez Cuco³, Carlos Manzano Senra⁴, Aida Monge Esquè¹, Carlos Alberto Rombolà¹, Marina Asunción Pardina Solano⁵, Sonia Gatius Caldero⁴, Virginia García Reglero¹, Cora Andrea Sampedro Salina¹, Mario Montesinos Encalada¹, Juan Diego Avilés Parra¹, Ferran Barbé Illa² y Jessica González Gutiérrez²

¹Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. ²Institut de Recerca Biomèdica (IRB) Lleida. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III. Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. ³Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España. ⁴Institut de Recerca Biomèdica (IRB) Lleida. Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. ⁵Institut de Recerca Biomèdica (IRB) Lleida, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III. Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Grupo de Investigación de Biomarcadores en Cáncer (GReBiC). IRBLleida, Lleida, España.

Introducción: El hallazgo incidental de nódulos pulmonares (NP) permite incluir pacientes en programas de cribado de cáncer de pulmón (CP). Este estudio analiza la consulta virtual de nódulos pulmo-

nares (CVNP) asociada al programa de cribado de CP y Atención Primaria (AP) en Lleida.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en la CVNP del Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María (Lleida) entre junio de 2023 y noviembre de 2024. Se incluyeron pacientes con NP detectados incidentalmente por tomografía axial computarizada, derivados desde AP u otras especialidades. Enfermería contacta telefónicamente y revisa factores de riesgo y síntomas. Posteriormente el neumólogo clasifica a los pacientes en bajo o alto riesgo. Los que presentan síntomas sugestivos de cáncer o NP sospechosos (espículados y/o > 1 cm) son derivados a diagnóstico rápido de cáncer (DRC). Los de alto riesgo (50-80 años, fumadores o exfumadores de menos de 15 años de > 20 paquetes-año y que padecen EPOC y/o enfisema) son incluidos en el programa de cribado de CP siguiendo el protocolo I-ELCAP. Los de bajo riesgo son derivados a AP con recomendaciones según la guía Fleishner.

Resultados: Se evaluaron 307 pacientes (57% hombres, edad media de 61 años) de los cuales el 71% eran fumadores o exfumadores. Se clasificaron 113 pacientes de alto riesgo. De estos, 10 pacientes fueron derivados a DRC, con un caso de CP estadio I. 89 pacientes fueron incluidos en el programa de cribado de CP y 14 no cumplieron criterios (por edad, tumor sincrónico o no diagnóstico de EPOC y/o enfisema). De los pacientes incluidos en el programa de cribado de CP, cinco fueron diagnosticados de CP estadio I, siendo uno de ellos una lesión de nueva aparición y otro un crecimiento de la lesión inicial fuera del periodo habitual de seguimiento según las guías habituales (Fleishner). De los 194 clasificados de bajo riesgo, 120 fueron derivados a AP con seguimiento correcto en el 90% de los casos. Dos pacientes fueron posteriormente remitidos a DRC, diagnosticándose uno con CP estadio I y otro en estudio por una lesión sospechosa, ambos sin antecedentes de EPOC y/o enfisema.

Conclusiones: La CVNP facilita la inclusión de pacientes de alto riesgo en programas de cribado y optimiza el manejo de bajo riesgo con AP. Es necesario ajustar los criterios de clasificación entre alto y bajo riesgo para mejorar la efectividad.

148. EDUCACIÓN SANITARIA A LOS FAMILIARES TRAS LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER PLEURAL PLEURX EN 3 PASOS

María Carmen Romero Romero¹, Ariadna Lapena Ferrer¹, María Mar Martínez Lázaro¹, Laura Martínez Vega², Alfredo Marín Muñiz², Pedro Juan Rodríguez Martín², Felipe Andreo García², Carmen Ángela Centeno Clemente², Sofía Aceró Capella² y Antoni Rosell Gratacos²

¹Enfermería Respiratoria. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ²Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: Debido a la cantidad de vídeos, tutoriales y diferentes códigos QR que existen en los embalajes y dossier de las distintas marcas de drenajes tunelizados, no existe una estandarización para el manejo del PleurX en domicilio. Previamente tras colocación, se enviaba directamente a casa, con visita en consulta de pleura modificando el tiempo de la consulta, en función de las necesidades. Por ello proponemos un método en el que, en tan solo 3 sesiones, garantizamos que pueda adquirir los conocimientos suficientes para llevársela a cabo de manera eficiente.

Material y métodos: El mismo día de la colocación, entra en sala de Pleura para ver, cómo se realiza técnicamente el primer vaciado con las botellas preguntando por el grado de disnea, dolor, tos o sensación de opresión torácica. A los 7 días, se insta al cuidador a participar activamente, y en la tercera semana y última, se le supervisa dándole las órdenes, sin intervención manual por el sanitario. Finalmente, de forma ambulatoria en consulta a las 5 semanas se valora, el manejo y autonomía con los débitos mediante la carpeta de registro facilitada y así poder valorar una posible retirada del dispositivo en un futuro.

Resultados: Entre febrero y septiembre del 2024 se colocaron 10 catéteres PleurX® cuyas indicaciones fueron pulmón atrapado en 4 pacientes con ADK de pulmón, en 2 casos metástasis de neoplasia de mama con pleurodesis fallida, en 3 carcinomatosas peritoneal y en un caso carcinoma de origen desconocido con alto débito de producción en el drenaje torácico. Se les instruyó a todos los familiares cuya edad comprendían entre 48-85 años con capacidad cognitiva conservada, cuyos indicadores fueron la correcta colocación de los guantes, la apertura y cierre del drenaje, el vaciado del mismo atendiendo a la clínica asociada, cura del punto de inserción y colocación nuevamente de gasas sobre el drenaje. En 3 visitas, observamos que el 90% de los familiares consiguieron adquirir las capacidades tanto técnicas como las competencias necesarias para realizar el procedimiento correctamente.

Conclusiones: Con esta homogenización se acortan las visitas posteriores de pleura. No solo influye la técnica del dispositivo si no la clínica y la comodidad del enfermo durante el proceso. En 3 sesiones es suficiente para avalar el manejo de este dispositivo y probablemente en alguna ocasión se haya de consultar las instrucciones, pero sin tener que recurrir al gabinete de Neumología intervencionista, las consultas o las urgencias.

959. EFECTIVIDAD DE UNA CONSULTA ENFERMERA MONOGRÁFICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CON SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Roberto Cabestre García¹ y Leticia Bueno Freire²

¹Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España. ²Hospital Clínic, Barcelona, España.

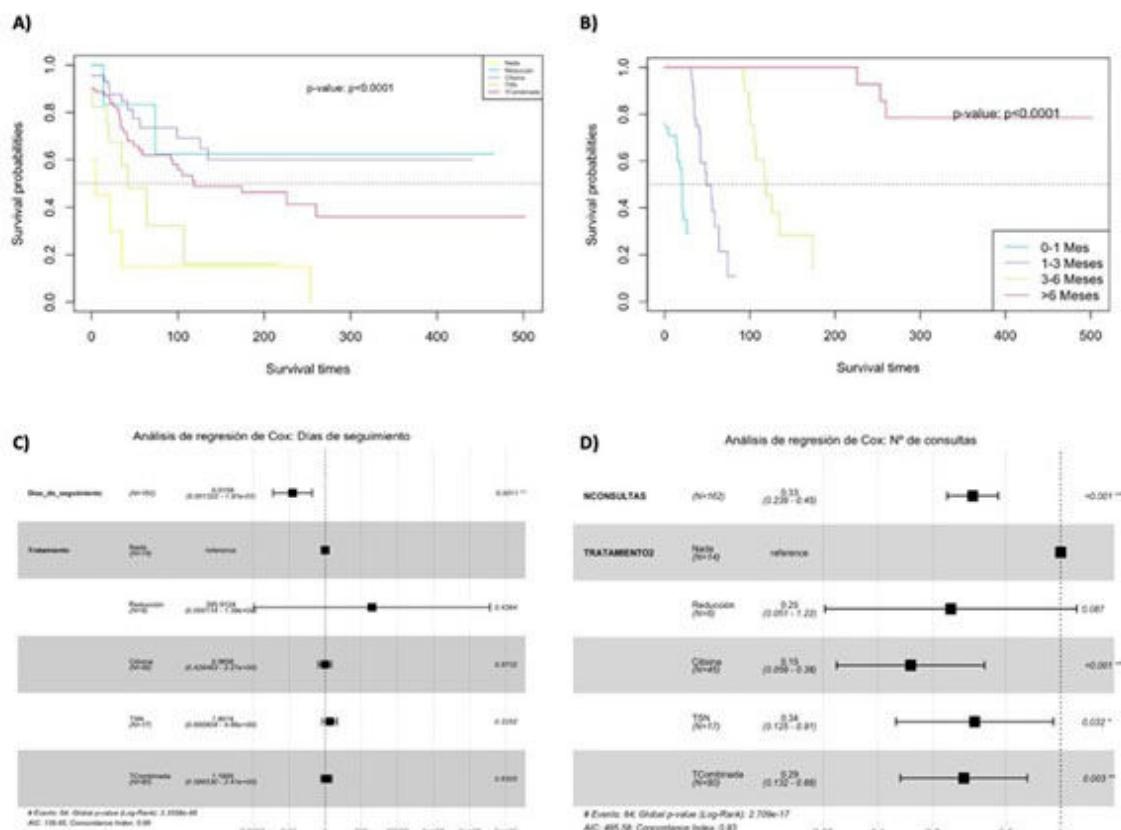


Figura 1. Análisis de supervivencia y regresión de Cox en el programa de deshabituación tabáquica. Los gráficos muestran: A) Curvas de Kaplan-Meier para el tiempo libre de recaída según el tratamiento (Nada, Reducción, Citisina, TSN, Terapia Combinada); B) Curvas de Kaplan-Meier según el tiempo de seguimiento por parte de enfermería (0-1, 1-3, 3-6, >6 meses), con una supervivencia significativamente mayor para seguimientos prolongados ($p<0.0001$); C) Análisis de regresión de Cox para días de seguimiento y su interacción con el tipo de tratamiento, mostrando un efecto protector significativo de días prolongados de seguimiento ($HR=0.0159$, $p=0.0011$); y D) Análisis de regresión de Cox para el número de consultas y el tipo de tratamiento, destacando una mayor eficacia en el grupo con terapia combinada y citisina ($HR=0.15$, $p<0.001$). Estos resultados subrayan la relevancia del seguimiento estructurado y el tratamiento adecuado en la deshabituación tabáquica.

Figura 1. Comunicación 959.

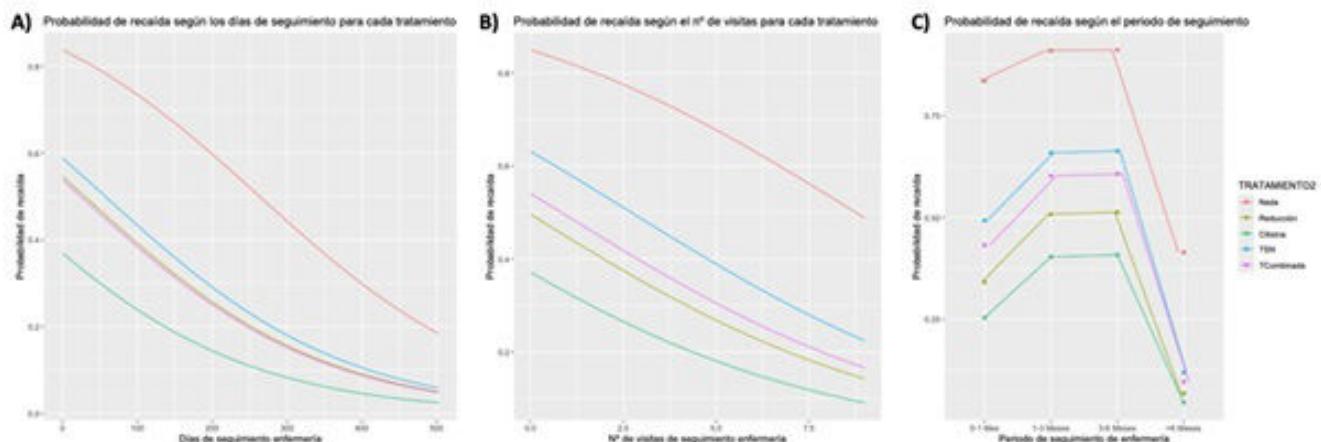


Figura 2. Probabilidad de recaída según el seguimiento de enfermería y el tratamiento. Los gráficos muestran: A) La probabilidad de recaída en función del número de días de seguimiento global; B) La probabilidad de recaída según los días de seguimiento, estratificada por tipo de tratamiento (Nada, Reducción, Citisina, TSN y Terapia Combinada); y C) Impacto del periodo de seguimiento de enfermería (<1 mes, 1-3 meses, 3-6 meses, >6 meses) sobre la probabilidad de recaída. Las curvas destacan la mayor probabilidad de éxito asociada a tratamientos con citisina o terapia combinada y a un seguimiento prolongado, mostrando una reducción consistente del riesgo de recaída.

Figura 2. Comunicación 959.

Conclusiones: El seguimiento estructurado por enfermería mejora significativamente las tasas de cesación, subrayando la eficacia de la citisina y el valor del seguimiento telefónico como herramienta efectiva en el manejo del tabaquismo. Los resultados respaldan la implementación de consultas monográficas en atención primaria y subrayan la importancia del seguimiento en la deshabituación tabáquica.

1019. EFECTO DEL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA DE SUEÑO CON UN DISPOSITIVO POSICIONAL. ESTUDIO PAVLOV

Laura Pozuelo Sánchez¹, María Parra Jarque², María Angélica Yáñez Quintero³, Valentín Cabriada Nuño⁴, Paula Vicente⁵, Juan José Ruiz Cubillán⁶, Francisco Campos Rodríguez⁷, María José Muñoz Martínez⁸, Alberto Alonso Fernández⁹, Marta Puig Dupré¹⁰, Ainhoa Álvarez Ruiz de Larinaga¹¹, María Teresa Martín Carpi¹², Trinidad Díaz Cambriles¹³, Olga Meca Birlanga¹⁴, Aldara García Sánchez¹⁵, Eva Mañas Baena¹⁵, Sara González Castro² e Irene Cano Pumarega¹⁶

¹Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España. ²Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ³Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ⁴Unidad de Sueño, Servicio de Neumología, Hospital universitario de Cruces, Baracaldo, España.

⁵Unidad de Sueño, Hospital San Pedro, Logroño, España. ⁶Unidad de Sueño, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. ⁷Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

⁸Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ¹⁰Hospital Clínic de Barcelona, España. ¹¹Hospital Universitario de Araba, Vitoria, España. ¹²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ¹³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ¹⁴Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ¹⁵Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España. ¹⁶Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), CIBER, Madrid, España.

Introducción: La terapia posicional es una alternativa a la CPAP eficaz y bien tolerada en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño posicional (AOSP), que afecta al 56-75% de los pacientes con AOS. El objetivo de nuestro estudio fue explorar el efecto del condicionamiento clásico para el tratamiento de la AOSP. A través de un dispositivo postural (DP), se busca inducir una asociación entre la posición supina y un estímulo aversivo hipotetizando que se generaría un reflejo condicionado que induzca al paciente a cambiar de posición al sentir la vibración, disminuyendo así los eventos respiratorios. Se espera que, tras un período de exposición a este estímulo, se produzca una extinción de la respuesta condicionada de permanecer en posición supina.

Material y métodos: Ensayo clínico multicéntrico controlado y aleatorizado, en el que pacientes con AOSP diagnosticada por poligrafía respiratoria (PR) fueron asignados a recibir tratamiento con DP o CPAP. Tras 6 meses, se repitió la PR y se evaluaron parámetros clínicos y cuestionarios. En aquellos respondedores a los 6 meses (IAH residual < 15 eventos/hora y ≥ 50% de reducción desde el inicio), se evaluó el mantenimiento de la respuesta tras suspender el tratamiento a la semana, al mes y a los tres meses.

Resultados: De los 184 pacientes que cumplían criterios de inclusión, 92 recibieron tratamiento con DP. El promedio de horas de uso fue de 5,8 horas y el abandono un 3,3%. Tras suspender el tratamiento con el DP durante la primera semana, el 79,3% de los pacientes continuaban siendo respondedores, mostrando un condicionamiento clásico. Al mes mantuvieron dicha respuesta el 63% de los pacientes. Aquellos pacientes respondedores fueron valorados a los 3 meses de suspender el tratamiento mediante nueva PR para valorar el posible efecto de extinción. De los pacientes valorados a los 3 meses (16 de 27) la respuesta condicionada se sigue manteniendo en un 55,17%.

Conclusiones: Los resultados sugieren que se estableció un condicionamiento clásico en los pacientes con apnea obstructiva del sueño posicional, asociando la posición supina con el estímulo vibratorio del dispositivo. Esto se evidencia por la alta proporción de pacientes que respondieron al tratamiento y mostraron una reducción en los eventos apneicos al inicio del tratamiento. La respuesta condicionada se mantuvo en un porcentaje significativo de pacientes incluso después de tres meses de seguimiento sin el uso activo del mismo, lo que indica una persistencia de los efectos del tratamiento a largo plazo.

914. EFECTOS DEL USO DE MORFINA SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DISNEA E HIPERCAPNIA EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE EPOC FRÁGIL

Ruth Engonga Gutiérrez¹, Meritxell López Zamora², José Luis Valera Felices², Carmen Rendón Márquez¹, María Díaz Bustó³, Yolanda de los Llanos Córcoles³, Carmen Cruz Ferres³, Amanda Iglesias Coma⁴, Sabina Perelló Roselló¹, Nuria Toledo Pons¹ y Francisco de Borja García-Cosío Piquer²

¹Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma de Mallorca, España. ²Hospital Universitario Son Espases-IdISBa - CIBERES, Palma de Mallorca, España. ³Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ⁴CIBERES-IdISBa, Palma de Mallorca, España.

Introducción: La morfina con pauta regular a dosis baja y de liberación prolongada está indicada para la disnea persistente en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aunque hay reticencias para su utilización por el riesgo a empeorar la hipercapnia. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el número de pacientes en tratamiento con morfina para el manejo de síntomas y sus efectos sobre la hipercapnia, calidad de vida y control de la disnea.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional de pacientes con diagnóstico de EPOC en seguimiento en una consulta monográfica de EPOC de alto riesgo agudizadores (EPOC frágil). Se analizó la frecuencia del uso de mórficos por vía oral en estos pacientes y se compararon tanto los datos gasométricos como la escala mMRC y el cuestionario CAT previo y posterior al inicio de tratamiento.

Resultados: Se analizaron los pacientes EPOC en seguimiento en la consulta de EPOC frágil desde febrero de 2023, fecha en la que empezaron las prescripciones y controles estrechos previo y posterior al inicio de morfina. De los 102 pacientes incluidos en el programa, 13 (13%) iniciaron tratamiento con mórficos. El tiempo de tratamiento presentó una media de 11 ± 6 meses (hasta exitus o a fecha de 21/11/24). De los pacientes tratados 5 fallecieron durante el seguimiento. No hubo diferencias significativas en la hipercapnia ni en el mMRC previo y posterior al inicio de mórficos [47 (44-51) vs. 47 (43-53) mmHg y 4 (3,5-4) vs. 4 (4-4), respectivamente] aunque sí una tendencia a la mejoría del estado de salud medido por el CAT [21 (20,5-25) vs. 20 (16-26)].

Conclusiones: En una población de pacientes EPOC de alto riesgo con agudizaciones frecuentes, el tratamiento con morfina no empeora la hipercapnia de base y hay una tendencia a mejorar el estado de salud a pesar de no mejorar significativamente el mMRC.

220. EFICACIA DEL SISTEMA DE VENTILACIÓN CONTROLADA POR FLUJO (FCV) EVONE® EN LA NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA BRONQUIAL (NEB)

Mar Vega Castosa, Marta Navarro Colom, Virginia Pajares Ruiz, Pere Serra Mitjà, Albert Rafecas Codern y Ana Parera Ruiz

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

Introducción: La NEB es una técnica de gran ayuda en el diagnóstico del nódulo pulmonar periférico. La necesidad de intubación orotraqueal y el control de los parámetros ventilatorios son fundamentales para evitar la divergencia y mantener la posición del nódulo pulmonar. El sistema innovador Evone® (fig. 1) permite un control del flujo inspiratorio y espiratorio, proporciona una ventilación continua, reduce el movimiento pulmonar, previene la atelectasia y mejora la seguridad y eficacia del procedimiento con anestesia general.

Objetivos: Evaluar la viabilidad y seguridad del sistema Evone® durante la NEB (fig. 2).

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con indicación de NEB en la Unidad de Neumología Interven-

cionista. El equipo de enfermería colocaba al paciente en la posición adecuada sobre la placa electromagnética situada en la camilla y se procedía a la monitorización de la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, presión arterial, índice biespectral y parámetros ventilatorios. Se realizó colocación de mascarilla laringea o TET y se procedió al cambio de ventilación controlada por volumen (VCV) a ventilación controlada por flujo (FCV) con el sistema Evone®, previa comprobación de la correcta conexión del adaptador de tubo convencional. Se realizaron maniobras de reclutamiento con una PEEP entre 8-10 cm H2O con el objetivo de evitar atelectasias, se ajustó la fracción inspirada de oxígeno entre 0,6 y 0,8 y se realizaron pausas inspiratorias durante la biopsia para minimizar movimientos torácicos.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes con NEB utilizando el sistema Evone®. La edad media fue de 65,2 años, duración media de la ventilación fue de 90 min y la del tiempo de biopsia fue de 60 min. La saturación mínima media de O2 fue de 98% y la pCO2 máxima media fue de 39 mmHg. La compliance media fue de 45 L/cm H2O (rango 57-40). No se detectaron presiones altas, ni complicaciones relacionadas con la anestesia o la biopsia.



Fig 1. Ventilador Evone®



Fig 2. Navegador endobronquial

Conclusiones: El sistema Evone® permite optimizar la ventilación en pacientes con indicación de NEB ya que evita la divergencia, facilita una mayor estabilización del nódulo pulmonar y minimiza riesgos como la atelectasia. Desde la perspectiva enfermera destacamos la importancia de la preparación del paciente, del equipo, y la monitorización continua para garantizar su seguridad. La formación del equipo de enfermería en técnicas de alta complejidad como la NEB y los diferentes sistemas de ventilación es imprescindible para el correcto abordaje de estos pacientes.

995. EL PORQUÉ DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR HP

Susana García Fernández, Ana Isabel Rodríguez Ruiz,
Soraya Martínez Perandones y Raquel López Navarro

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: La llegada de nuevos tratamientos orales que requieren titulación, así como el manejo de fármacos por vía parenteral para el tratamiento de la Hipertensión Pulmonar, hacen necesaria la figura de una Enfermera de Referencia y de una consulta especializada de enfermería. En 2020, la Unidad de Hipertensión Pulmonar (UHP) del Hospital Son Espases (HSE) creó una consulta de enfermería que realiza actividades programadas que incluyen titulación de fármacos específicos (riociguat, selexipag y fármacos parenterales), con ajustes de dosis, control de los efectos adversos de los fármacos y la monitorización de las complicaciones relacionadas con los fármacos administrados por vía parenteral. A continuación, se describe la actividad de la consulta de enfermería en una unidad de referencia en HP durante los últimos 5 años.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de los pacientes en seguimiento en la UHP del HSE, revisando la historia clínica y mediante entrevista personal. La muestra incluyó 59 pacientes de las Islas Baleares, con edades entre 14 y 80 años. La mayoría de estos pacientes recibían doble o triple terapia específica. Se describe a continuación la terapia con los dos fármacos orales que requieren titulación.

Resultados: Con la administración de riociguat, 1 paciente no alcanzó las dosis máximas esperadas, 2 precisaron aumentar el tratamiento diurético por edemas, 3 necesitaron tratamientos específicos adicionales y 1 paciente rechazó el fármaco por intolerancia. Un *exitus*. Con la administración de selexipag, 3 pacientes no toleraron el fármaco y tuvo que ser suspendido, 3 pacientes tuvieron que escalar a tratamiento parenteral y 1 abandonó el tratamiento. 11 *exitus*.

Riociguat:

21 pacientes

2 pacientes: dosis máxima en 1,5 meses.

11 pacientes: 2-3 meses.

1 paciente: 4 meses; 7 meses; 12 meses;

2 años para 2mg.

1 paciente no llega a dosis máximas.

1 paciente escalando actualmente.

Selexipag:

25 pacientes

Tiempo de escalada heterogéneo.

3 pacientes con 400ug/12h

3,5 pacientes con 800ug/12h

3,5 pacientes con 1000/12h

3 pacientes con 1200ug/12h

8 pacientes con 1600ug/12h

1 paciente pendiente de iniciar

Veletri:

11 pacientes.

Trepostinil:

2 Pacientes

Fármacos a destacar.

Conclusiones: La consulta de enfermería es una herramienta recomendable para el seguimiento de pacientes con tratamientos complejos para la hipertensión arterial pulmonar y la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Esta consulta ofrece apoyo a los pacientes y fortalece la adherencia al tratamiento, evitando su abandono.

109. ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Ariadna Farré Maduell¹, Patricia Peñacoba Toribio¹,
Inés Podzamczer Valls¹, Vera Marcela Lugo Arrua¹,
Marta Gutiérrez Rouco¹, Marta Blanco Béjar¹,
Beatriz Suárez Correa¹, Marta Aguilera Molina¹,
Inmaculada Gaya Mestre¹, Ana Fernández Arcos²,
Ana M.^a Fortuna Gutiérrez¹ y Sandra Giménez Badia¹

¹Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²BarcelonaBeta Brain Research Center, Barcelona, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una de las complicaciones de salud más frecuentes asociadas al Síndrome de Down (SD). Un trabajo previo llevado a cabo por nuestro grupo demostró que el cumplimiento del tratamiento con CPAP en estos pacientes parece similar al resto de la población. Según el documento internacional de consenso (DIC) sobre AOS, si a los 6 meses de haber iniciado la CPAP todo va bien, el paciente puede remitirse a Atención Primaria. Este trabajo pretende valorar si esta recomendación podría extrapolarse también a los pacientes con AOS y SD.

Material y métodos: Se recogieron retrospectivamente los datos de las visitas de seguimiento de los pacientes con SD y AOS grave en tratamiento con CPAP de la consulta de educación monográfica de enfermería durante el periodo comprendido entre enero de 2015 y junio de 2024. Se definió como cumplimiento correcto un cumplimiento objetivo ≥ 4 h/día.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (29 hombres, 12 mujeres) con una edad media de 47 años (DE 10) e IMC medio de 30,7 Kg/m² (DE 5). Test de Epworth medio de 9,3 (DE 5,7). En la PSG diagnóstica presentaron un IAH medio de 49,6 (DE 25,2). La presión media de CPAP fue 8,2 (DE 1,4). Todos los pacientes acudieron a todas las visitas de seguimiento establecidas durante el primer año del tratamiento. El cumplimiento medio objetivo de CPAP a 1, 3, 6 y 12 meses fue, respectivamente, de: 5 horas (DE 5), 5,7 horas (DE 2,7), 6,1 horas (DE 1,9) y 5,6 horas (DE 2,3). El gráfico muestra la clasificación de los pacientes según su cumplimiento a 1, 3, 6 y 12 meses. A pesar de que el número de pacientes cumplidores a 6 y 12 meses era igual, el cumplimiento no se mantuvo igual en los mismos pacientes. En ese periodo de 6 meses, 5 pacientes no cumplidores retomaron el trata-

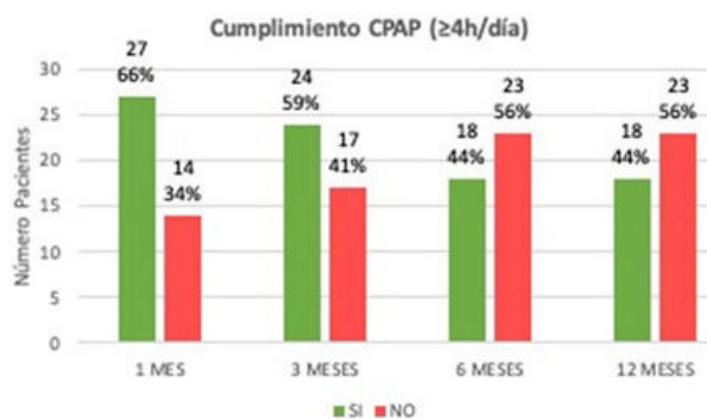


Figura 1. Comunicación 109. Gráfico resultados cumplimiento CPAP (= 4 h/día).

miento. Sin embargo, 5 de los cumplidores empeoraron su adherencia. Es decir, más de una cuarta parte de los pacientes cumplidores a 6 meses (5 de 18; 28%) dejaron de serlo a los 12 meses de haber iniciado el tratamiento. No se pudo identificar ningún perfil clínico que predijera el buen cumplimiento a largo plazo.

Conclusiones: La inestabilidad en la adherencia a la CPAP en pacientes con síndrome de Down observada a largo plazo requiere de atención en consulta monográfica de Enfermería de CPAP. Este seguimiento personalizado permite evaluar los factores que inciden en los cambios de adherencia a largo plazo para mejorar el cumplimiento y la mejoría clínica en esta población.

421. ESTUDIO DE LAS VARIABLES FISIOLÓGICAS CARDIORRESPIRATORIAS TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN TRATAMIENTO ACTIVO

José Luis Valera Felices¹, María Martín Talavera², Silvia Escribà Bori², Margarita Company Bauzá³, José Javier Castello Salas³, José Antonio Salinas Sanz⁴, Mercedes Guibelalde del Castillo⁴, Pedro Leno Vivas⁵, Natalia Mateos Sánchez⁴, Meritxell López Zamora¹, Sabina Andreu Muntaner⁶ y Ernest Sala Llinas¹

¹Hospital Son Espases, IdISBa, CIBERES, Palma de Mallorca, España.

²Cardiología pediátrica, Hospital Son Espases, IdISBa, Palma de Mallorca, España. ³Fisioterapeuta, Palma de Mallorca, España.

⁴Servicio de Oncología Pediátrica, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España. ⁵Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España. ⁶Terapia ocupacional, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: Reducir la comorbilidad asociada al cáncer infantil y a sus tratamientos tiene interés creciente. Algunos de los efectos adversos a corto y a largo plazo, son la fatiga grave, la atrofia muscular, osteoporosis, empeoramiento en la capacidad cardiorrespiratoria y trastornos de salud mental. En este contexto, la implementación de un programa de rehabilitación durante el tratamiento quimioterápico se plantea como una herramienta para mejorar la salud física y emocional de estos pacientes. Con el fin de tener una medida objetiva de esta mejoría, se propone la prueba de esfuerzo cardiopulmonar ya que permite comparar variables fisiológicas relacionadas con el ejercicio que pueden verse afectadas por los tratamientos. El objetivo principal es evaluar el impacto de un programa de rehabilitación intrahospitalaria sobre las variables fisiológicas implicadas en el ejercicio en pacientes pediátricos oncológicos en tratamiento con quimioterapia.

Material y métodos: Estudio experimental pre-post en pacientes con diagnóstico actual de cáncer infantil en tratamiento activo. Previo al inicio, se realizó una valoración cardiológica con prueba de esfuerzo incremental limitada por síntomas con consumo de O₂ (PECO) y función pulmonar. Durante 12 semanas (36 sesiones) los pacientes acudieron a un programa de entrenamiento físico grupal con una distribución de ejercicios 60% aeróbico, 25% fuerza, 15% flexibilidad, dirigido por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Se realizaron 3 sesiones semanales de 1 hora en el gimnasio del hospital. Tras finalizar el período de estudio, se analizaron de nuevo las mismas variables (posttest).

Resultados: De los 17 pacientes reclutados, 6 cumplieron con los criterios de edad y talla adecuados para la realización de la prueba de esfuerzo, con una edad media de $13,2 \pm 2,2$ e IMC $22,9 \pm 2,6$. El 50% de los participantes eran niñas, y se incluyeron 3 pacientes con leucemia aguda linfoblástica, 1 con linfoma linfoblástico y 2 con linfoma

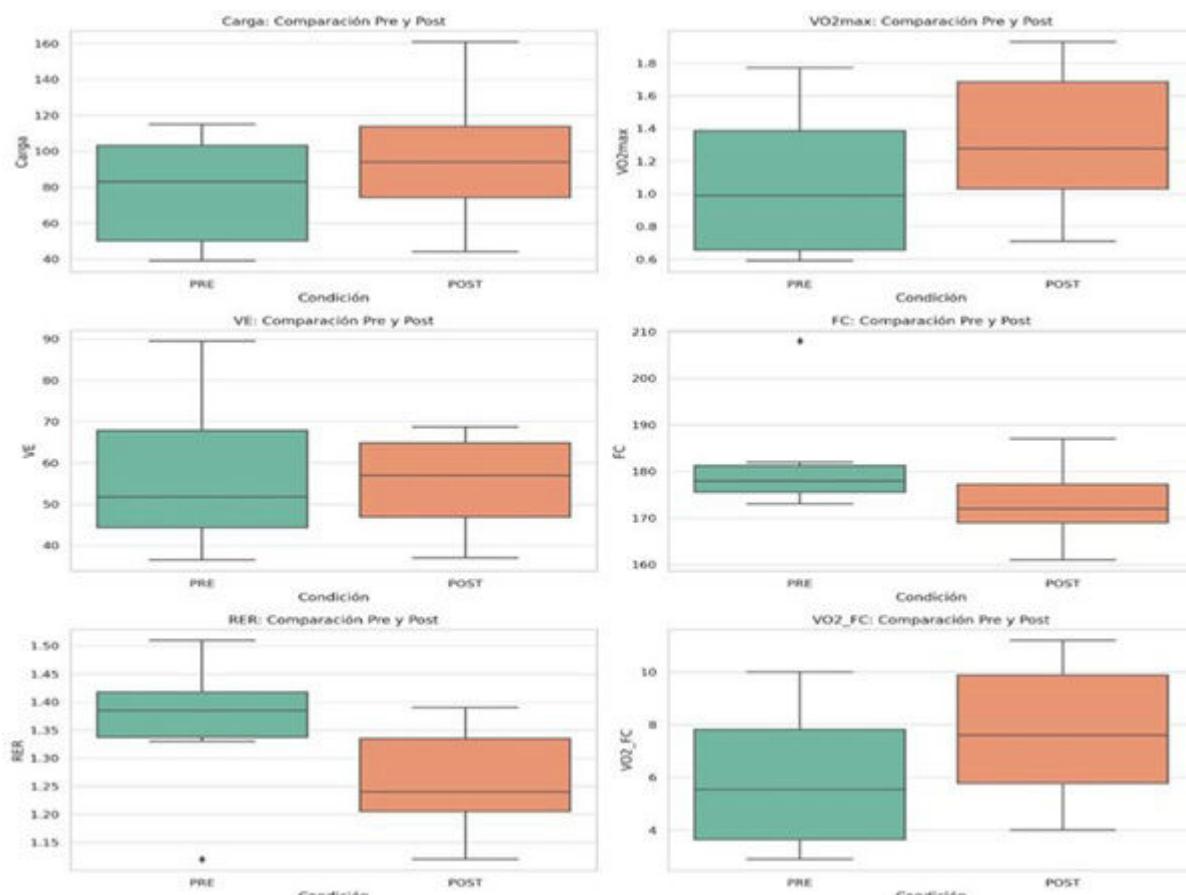


Figura 1. Comunicación 421.

de Hodgkin. En la PECO, los pacientes incrementaron de manera significativa su consumo máximo de oxígeno (VO2 máx.) y su capacidad de esfuerzo máxima (carga máx.) respecto a los resultados pretest con mejoría de la eficiencia ventilatoria y del pulso de O2 ($p < 0,05$) (tabla).

Medias y desviaciones estándar (pre y post) para cada variable, además del análisis estadístico (prueba t para muestras relacionadas)						
Variable	t-statistic	p	Media (Pre)	Desviación (Pre)	Media (Post)	Desviación (Post)
Carga (Watt)	-2,91	0,033	78,17	32,75	96,83	40,55
VO2 máx. (L/min)	-4,86	0,005	1,07	0,48	1,33	0,47
VE (L/min)	0,53	0,617	57,44	19,87	55,12	12,64
FC (puls/min)	2,40	0,061	182,33	12,96	173,17	8,98
RER	1,28	0,256	1,36	0,13	1,26	0,10
VO2/FC (ml/pul/min)	-4,96	0,004	5,93	2,83	7,70	2,86

Las variables con $p < 0,05$ (carga, VO2 máx. y VO2/FC) muestran no solo mejoras significativas, sino también aumentos relevantes en sus medias posintervención.

Conclusiones: Se observaron mejoras en todas las variables fisiológicas estudiadas, a pesar de estar en tratamiento activo quimioterápico. Estos resultados preliminares refuerzan los beneficios de implementar programas de rehabilitación en este perfil de pacientes.

202. ESTUDIO DE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LA CONSULTA DE ANTITABACO DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

Oliverio Ruiz Rodríguez¹,

María Rosario Ruiz-Serrano de la Espada²,

Pedro Francisco García Tamayo², Marco Antonio Mesa González²,

Carolina Bravo Gómez², Cándido Fernández García²,

María Dolores Núñez Ollero² y Francisco Ortega Ruiz²

¹Hospital de Alta Resolución de Loja, España. ²Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva en la cual hay muchas recaídas siendo una causa de muerte posible de evitar. En el hospital Virgen del Rocío de Sevilla tenemos distintas opciones de tratamiento para la deshabituación tabáquica; tratamiento farmacológico (citisina y variniclina), TSN (parches y chicles), psicoterapia. Enfermería en la consulta antitabaco, realiza una evaluación integral que incluye parámetros físicos y psicológicos y de dependencia al tabaco con el fin de personalizar el tratamiento de deshabituación. Nuestro objetivo es evaluar la tasa de abstinencia de los distintos tratamientos empleados en nuestra unidad.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 300 pacientes procedentes de la consulta de enfermería antitabáquica. El periodo de inclusión comprendió entre mayo de 2024 y octubre de 2024. En la consulta de enfermería se le pasa al paciente el test de Fagerström para valorar su dependencia al tabaco. Determinamos las siguientes variables: sexo, edad, edad de inicio, intentos previos, abstinencia, motivación. El resultado es enviado a la consulta del psicólogo donde se le dará una cita para su tratamiento personalizado.

Resultados: En el estudio realizado con los distintos tratamientos de deshabituación tabáquica (citisina, TSN, variniclina y chicles de nicotina) 165 fueron hombres y 135 mujeres, con edades comprendidas entre 24 y 76 años; la edad de inicio en su mayoría fue en la adolescencia 280 pacientes, mayor de los 20 años 16 y el inicio mayor de

30 años 4. El 60% de la cohorte realizó intentos previos para el abandono del hábito tabáquico sin ayuda farmacológica. En cuanto a la abstinencia el 70% sigue sin fumar a los 3 meses y el 66,6% a los 6 meses. Según el tratamiento elegido tuvieron los siguientes efectos adversos; variniclina (náuseas 25%, insomnio 7%); citisina (irritabilidad 25%, aumento de peso 8%, náuseas 25%); chicles (náuseas 5%, problemas buco mandibular 5%); TSN (eritema cutáneo 8%). Con respecto al abandono del tratamiento, citisina 6%, TSN 80%, chicle 80% y variniclina 0%.

Conclusiones: Es fundamental implementar una atención y capacitación por parte de enfermería y llevar a cabo un seguimiento especializado a estos pacientes para mantener la abstinencia durante más tiempo.

784. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA CONSULTA DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Ana María Díaz Rubio¹, Raúl Moreno Zabaleta¹, Blas Rojo Moreno-Arribes¹, Diego Samuel García Plaza², Eva Arias Simal², Eva Martín Sánchez³, Ana García Menéndez¹, Rocío Rodríguez Pérez¹, Esther González Velázquez¹, María Martín Requena¹ y Luna Carratala Herrera¹

¹Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. ²OXIMESA-Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, San Sebastián de Los Reyes, España.

Introducción: La presencia de enfermería en una consulta para pacientes con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) representa un pilar fundamental para el abordaje multidisciplinar de patologías respiratorias crónicas. El profesional de enfermería desempeña un papel clave no solo en la adaptación inicial al dispositivo sino también en el seguimiento continuo, la educación al paciente y la prevención de complicaciones asociadas al tratamiento. En este contexto decidimos elaborar una base de datos de los pacientes ventilados de nuestra consulta.

Material y métodos: Se han recogido todos los pacientes con tratamiento ventilatorio activo durante 2024 de la consulta monográfica de ventilación no invasiva. Se han analizado las siguientes variables: género, edad, diagnóstico, equipo, cumplimiento, mascarilla y parámetros ventilatorios. Establecemos el límite de 4 horas para determinar si el cumplimiento era o no adecuado, tomando como referencia la última revisión que se hubiera realizado.

Resultados: Incluimos a un total de 192 pacientes con VMNI. La edad media son $67,96 \text{ años} \pm 14,1$, de los cuales 124 (65%) eran hombres y 68 (35%) eran mujeres. 124 pacientes (65%) tenían como diagnóstico principal que justificaba la VMNI AOS/SHO (apnea obstructiva del sueño/síndrome de hipoventilación obesidad), 28 pacientes por problemas neuromusculares (15%), 26 (13%) por EPOC y 14 pacientes (7%) fueron ventilados por otras causas como por ejemplo deformidades de la caja torácica. La IPAP media $18,39 \pm 3,62$. La EPAP media fue de $7,53 \pm 2,17$. Y la FR media fue de $14,2 \pm 2,01$. 112 (58%) pacientes están siendo ventilados con una mascarilla nasobucal, 73 (38%) con una nasal y 7 (4%) con ojivas. De los 192 pacientes, estaban adaptados 159 (83%) y no lo estaban 33 (17%).

LUMIS	155	80,73%
S9	14	7,29%
TRILOGY	6	3,12%
VIVO 50	2	1,04%
Otras	15	7,81%

Conclusiones: El grado de adaptación fue alto. Más del 60% estaban siendo ventilados por AOS/SHO. Más de la mitad de los pacientes estaban siendo tratados con mascarilla nasobucal.

739. ESTUDIOS DE CONTACTOS DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR NO BACILÍFERA

Nerea Ortiz Laza, Eva Tabernero Huguet, Isabel López Aranaga, Larraitz García Echeberria, María Pilar Fuentetaja Olmos, Maider Zuriarrain Alonso y Lorena López Roldán

Osakidetza, Barakaldo, España.

Introducción: Dentro de la estrategia End TB, para países de baja incidencia, se establece como prioridad la detección y tratamiento de la infección tuberculosa (TITB). Los contactos de personas con TB activa tienen un elevado riesgo de adquirir infección tuberculosa (ITB), puesto que la vía de transmisión de la bacteria es aérea. Aunque, en general, se requiere una convivencia íntima y prolongada en el tiempo. El riesgo de progresión a enfermedad se estima en un 10%, pero es máximo en los 2 primeros años tras la infección y la mitad de los infectados desarrollará la enfermedad en los 5 primeros años. Existe cierta discusión en lo que respecta a los estudios de contactos de los pacientes con baciloscopia negativa.

Objetivos: Conocer el porcentaje de contactos de personas con TB pulmonar no bacilífera que han precisado indicación de TITB. Como objetivo secundario nos planteamos analizar qué características del caso índice se relacionan con la indicación de TITB.

Características	Total n (%)	Pacientes con contactos CON indicación de TITB n (%)	Pacientes con contactos SIN indicación de TITB n (%)	p
Total	205	43 (21)	162 (79)	
Edad	52,7 (± 19)	47 (± 21)	54,5 (± 18)	0,04
Sexo				
Varón	144 (70,2)	37 (86)	107 (66)	0,02
Localización				0,6
Pulmonar	149 (72,7)	33 (76,7)	116 (71,6)	
Pulmonar y extrapulmonar	56 (27,3)	10 (23,3)	46 (28,4)	
Tipo de muestra				0,4
Espuña	70 (34,2)	17 (39,5)	53 (32,7)	
Broncoscopia	98 (47,8)	20 (46,5)	78 (48,2)	
Biopsia	16 (7,8)	2 (4,7)	14 (8,6)	
Otras	21 (10,2)	4 (9,3)	17 (10,5)	
Radiología	36 (17,6)	14 (32,6)	22 (13,6)	0,018
Cavitada				
PCR	102	23	79	0,2
Positiva	70 (68,6)	19 (82,6)	51 (64,6)	
Negativa	32 (31,4)	4 (17,4)	28 (35,4)	
Demora diagnóstica*	4,7 ± 4	5,6 ± 4	4,4 ± 3	0,02

*Contabilizada en meses.

Material y métodos: Análisis del registro prospectivo de los casos de TB pulmonar con baciloscopia negativa recogidos en el programa de la TB entre 2014 y 2024. Las variables principales fueron: baciloscopia negativa, número de contactos estudiados, número de contactos con indicación de TITB y otras características del caso índice

como: edad, sexo, radiografía de tórax, Xpert MTB/RIF Ultra (PCR) y demora diagnóstica.

Resultados: De las 356 TB pulmonares diagnosticadas, 205 presentaron baciloscopia negativa y generaron el estudio de 555 contactos, de los cuales 73 (13,2%) tuvieron indicación de TITB, un 19,2% fue por viraje. El 21% de los pacientes con TB pulmonar con baciloscopia negativa tuvieron contactos con indicación de TITB. Los datos principales se muestran en la tabla.

Conclusiones: El porcentaje de contactos con indicación de TITB de casos de TB no bacilífera fue reseñable. Las características de los pacientes que tuvieron contactos con indicación de TITB que presentan un porcentaje mayor estadísticamente significativo son: el sexo varón, la radiografía cavitada y la demora diagnóstica.

371. EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA UNIDAD DE SUEÑO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SINTOMATOLÓGICAS

María Torres Muga, Alejandra Roncero Lázaro, M.ª Dolores Ramírez Martínez, Amaia Pérez de Nanclares Sáez, Mariola Bretón Ruiz, Marta Cristeto Porras, María Aguado Agudo, Paula Vicente Hernando, Jorge Lázaro Galán y Carlos Ruiz Martínez

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Introducción: La apnea obstructiva de sueño (AOS) es un trastorno pediátrico muy prevalente pero infradiagnosticada. Se caracteriza por eventos recurrentes de obstrucción parcial o completa de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño, generando desestructuración del sueño e hipoxia intermitente que se conlleva a déficits neuroconductuales, metabólicos, retraso en el crecimiento y morbilidad cardiovascular. Lo que resalta la necesidad de agilizar el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento. Ante la presencia de síntomas tales como ronquido, sueño inquieto e hiperactividad, o bien factores de riesgo como trastornos neurológicos, genéticos y craneofaciales deben someterse a una polisomnografía para elaborar un diagnóstico definitivo. El tratamiento de primera línea es la amigdalectomía con o sin adenoidectomía, sin embargo, algunos presentan múltiples niveles de obstrucción de la VAS y pueden requerir evaluación y tratamiento adicionales.

Material y métodos: Se realizaron encuestas por el personal de enfermería, especializada en sueño, a los padres y/o madres de los pacientes pediátricos derivados a la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital Universitario San Pedro de Logroño, entre los años 2017-2022.

Resultados: El total de encuestas realizadas fueron 567, de las cuales un 37,2% corresponden a género femenino. La edad media fue de $5,5 \pm 3,1$ y presentaban de características clínicas una media de peso $22,4 \text{ kg} \pm 12,4$, talla media $76,9 \text{ cm} \pm 53,7$ y perímetro de cuello medio $26,1 \text{ cm} \pm 12,1$. En cuanto a los horarios de sueño la hora media de despertarse es las 8h de la mañana, sin embargo, casi un 50% de

Tabla 1. Comunicación 371

Valoración previa

	Sí	No	NS/NC			
¿Tiene alguna enfermedad?	36,2	63,8				
¿Algún familiar con algún problema de sueño?	27,6	71,3	1,0			
¿Toma alguna medicación habitual?	26,2	73,8				
Hipertrofia amigdalar	No 1,0 Sí	Grado I 19,5 No 42	Grado II 27,0	Grado III 39,4	Grado IV 13	
Respiración nasal	58	Moderada	Moderada/alta	Alta		
Probabilidad de AOS	Baja 45,0	40,4	0,6	14		

Valores numéricos en porcentaje válido.

Tabla 2. Comunicación 371

Síntomas	Sí	No	A veces	NS/NC		
¿Ronca?	79,4	16,6	1,9	1,2		
¿Tiene respiración ruidosa?	78,8	16,8	1,2	2,6		
¿Ha observado pausas de respiración mientras duerme?	55,7	25,9	0,4	16,6		
¿Alguna vez se despierta con "resoplidos ruidosos"?	37,2	39,3	0,2	21		
¿Tiene sueño inquieto o movimientos de las piernas mientras duerme?	67,9	21,3	0,5	9,2		
¿Se ha quejado de "dolores de crecimiento" o dolores inexplicables?	28	53,8	0,7	16		
Al final de la noche, ¿está mojado el pijama o la cama de sudor?	48,3	46,2	1,4	2,3		
¿Duerme con la boca abierta?	73,4	18,4	2,3	5,9		
¿Tiene congestiónada la nariz por la noche?	53,1	30,9	4,1	11,9		
Durante el día, ¿respira por la boca?	50,5	37,1	1,8	10,6		
¿Tiene la boca seca al despertar por la mañana?	54,8	26,9	1,4	16,9		
	Sí	No	A veces	NS/NC	Pañal	SV
¿Se levanta a orinar por la noche?	28,6	62,8	1,6	0,2	5,6	0,2
¿Moja la cama?	28,5	63,5	1,8	0,7	5,2	0,2
	Sí	No	A veces	NS/NC		
¿Camina alguna vez durante el sueño?	8,1	89,2	0	2,7		
¿Habla mientras está dormido?	48,7	40,4	6,5	4,5		
¿Tiene pesadillas?	34	52,2	2,3	11,4		
¿Se despierta llorando?	53,9	44,5	1,4	0,2		
	Sí	No	A veces	NS/NC		
¿Tiene dificultades para iniciar el sueño?	28,5	67,9	2,5	1,1		
¿Presenta comportamientos para evitar irse a dormir?	34,6	63	1,1	1,3		
¿Se despierta más de dos veces por la noche?	29,6	65,1	3,2	2,1		
¿Cuánto tarde en dormirse habitualmente?	< 5'	5'-15'	15'-30'	30'-60'	1h-2h	< 2H
	8,6	31,6	26,9	12,2	5,9	0,4
	Sí	No	A veces	NS/NC		
Cuando se despierta por la mañana, ¿se siente cansado/a?	35,4	52	4,3	8,4		
¿Se queja de sueño durante el día?	24,6	707	2,3	2,3		
Sus cuidadores o docentes ¿lo/a notan somnoliento/a?	11,5	82,4	0,7	5,4		
¿Presenta déficit de atención y/o hiperactividad?	34,7	54,3	0	11		
¿Presenta comportamientos agresivos habitualmente?	10,1	84,5	4,2	1,3		
	Sí	No	A veces	NS/NC		
¿Ha presentado debilidad de EEII con alguna emoción fuerte?	8,6	78,1	0,4	12,9		
¿Tiene necesidad irresistible de dormir siestas obligándole a dejar lo que estaba haciendo?	11,9	83,9	2,4	1,8		
¿Ha tenido alguna vez sensación de estar soñando (ver imágenes, oír ruidos) mientras estaba despierto/a?	7,2	74,8	0,2	17,8		
¿Ha presentado alguna vez imposibilidad de movimiento estando en la cama mientras se estaba durmiendo o en el despertar?	4,7	86,8	0,4	8,1		
	Sí (z)	Adenoides	Adenoamigdalectomía	No	LEQ	
¿Está operado de adenoides o amígdalas?	9,9	0,5	0,4	88,8	0,4	
	Sí	No	A veces	NS/NC		
¿Alguna condición causante de dificultad respiratoria?	24,3	69,2		6,5		
Si ha sido intervenido, ¿algún episodio de dificultad respiratoria en la cirugía?	8,4	89,7	2			
¿Toma algún tipo de bebidas excitantes?	4,3	94,5	1,1	0,2		
¿Ha tomado o toma algún tipo de medicación para mejorar el sueño?	8,5	91,5				

Valores numéricos en porcentaje válido.

los encuestados se acuestan más tarde de las 22h, y menos de un 20% antes de las 21h. Los resultados de las características clínicas y sintomatológicas de la encuesta se exponen en las tablas.

Conclusiones: Es crucial en la población pediátrica detectar cuanto antes la AOS por sus consecuencias tan relevantes. En las encuestas realizadas se identifican con alto porcentaje las características típicas: ronquido y dormir con la boca abierta con cerca del 80%. Y otros síntomas menos asociados a la patología como es el despertarse llorando que supera el 50%, además de sudoración y sueño inquieto con un 50 y un 68% respectivamente. Segundo sus padres, los niños apenas presentan clínica diurna, sin embargo, se observa un porcentaje elevado de cansancio/somnolencia durante el día, que podría ser atribuible a las escasas horas de sueño, apenas 10 h de media, muy lejos de las recomendaciones para su edad.

36. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ZONAS DE BAJAS EMISIONES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Paula Gutiérrez Báez¹ y José Antonio Domínguez Benítez²

¹Complejo Asistencial de Zamora, España. ²Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Barcelona, España.

Introducción: La contaminación ambiental supone un grave problema de salud pública global. En la Ley de Cambio Climático y Transición Energética, se establecen políticas ambientales como las zonas de bajas emisiones (ZBE), las cuales consisten en la restricción de acceso de determinados vehículos debido a las emisiones que producen. En 2015 se aprueba en la Comisión Europea la implantación de estas medidas, pero no es hasta 2018 cuando entra en vigor en la denominada Madrid Central, extendiéndose a lo largo de estos 6 años

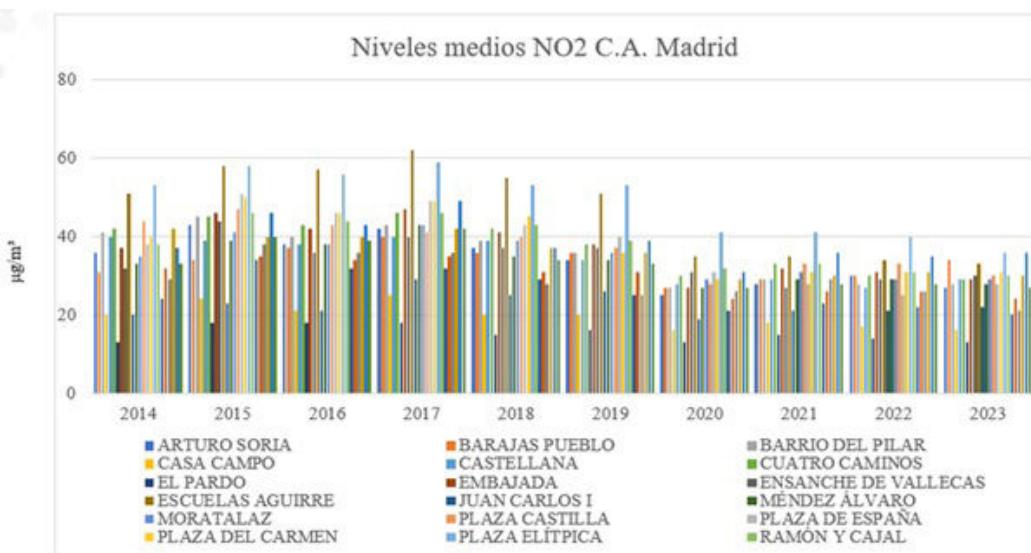


Figura 1. Comunicación 36. Gráfico niveles medios NO2 Comunidad Autónoma de Madrid.

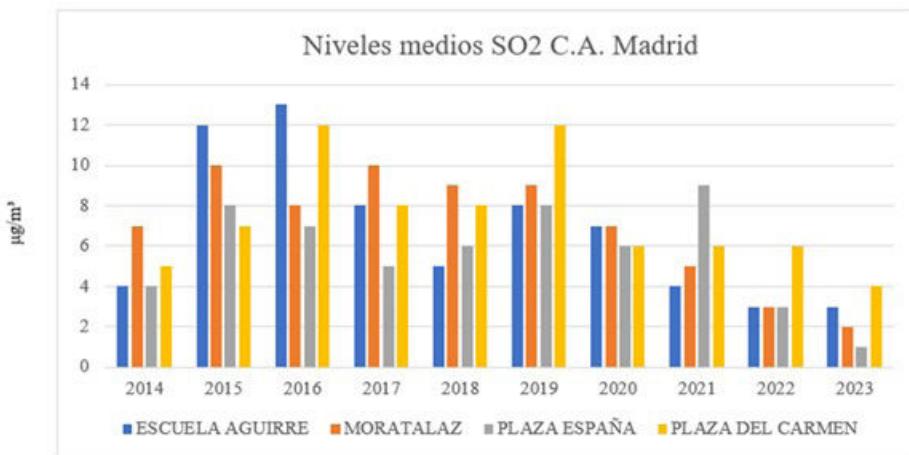


Figura 2. Comunicación 36. Gráfico niveles medios SO2 Comunidad Autónoma de Madrid.

por el resto de la comunidad. El objetivo principal de este estudio es determinar el impacto de las ZBE en la calidad del aire en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de los niveles de los contaminantes del aire en la Comunidad Autónoma de Madrid entre 2014-2023. Se seleccionaron los datos referentes a los niveles medios anuales de dióxido de azufre, partículas en suspensión (PM 2,5 y PM 10), dióxido de nitrógeno, monóxido de carbono, ozono y benceno. Estos datos proceden de las memorias anuales de calidad del aire, procesados en el Centro de Control del Servicio de Calidad del Aire del Ayuntamiento de Madrid. Se realizó también estadística inferencial, comparando las medias de los diferentes contaminantes antes y después de la implementación de la ZBE mediante los métodos estadísticos t de Student y ANOVA, con una significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Las ZBE en la Comunidad Autónoma de Madrid muestran mejoras en la calidad del aire, consiguiendo disminuir todos los niveles de contaminantes, a excepción del ozono, el cual aumenta en la temporada estival. Es notorio el descenso, sobre todo de dióxido de azufre y dióxido de nitrógeno, con resultados estadísticamente significativos en los últimos 4 años gracias a estas políticas. Destaca la mejora de los niveles registrados en la estación de plaza del Carmen, del distrito centro, ya que fue de las primeras en las que se establecieron las presentes medidas.

Conclusiones: Las políticas medioambientales se han convertido en una realidad, apelando tanto a la responsabilidad gubernamental como a todos los individuos de la sociedad. Se deben extender estas medidas y otras como intervenciones industriales o residenciales al resto del territorio español. Las ZBE muestran grandes resultados en la mejora de la calidad del aire y por tanto en la salud de la población.

262. EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA PARA PACIENTES EPOC AGUDIZADORES MEDIDA MEDIANTE FORMULARIOS PREM

María Teresa Gómez del Pulgar Murcia,

María del Loreto Méndez Martín-Albo, Rubén García Martín, Martha Vidal Ortolá, Sandra Pelicano Vizuete y Felipe Villar Álvarez

Servicio de Neumología IIS Fundación Jiménez Díaz, UAM, Madrid, España.

Introducción: Nuestra unidad de asistencia domiciliaria (UCCRA) utiliza, en su seguimiento virtual, herramientas de medición que integran una asistencia de calidad basada en la experiencia del paciente con medición de *Patient Reported Experience Measures* (PREM).

Objetivos: Conocer la experiencia de los pacientes con EPOC mediante formularios PREM, tras un mes de asistencia domiciliaria por nuestra UCCRA, y así implantar proyectos de mejora.

Tabla 1. Comunicación 262

Resultados de los PREM medidos a los pacientes con EPOC agudizado un mes después de su alta hospitalaria

N = 75	Respuestas favorables		Respuestas desfavorables	
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
Me siento tratado con respeto	52 (69,3%)	19 (25,3%)	4 (5,3%)	0 (0%)
Me han permitido participar en las decisiones sobre mi cuidado y tratamiento	38 (50,7%)	23 (30,7%)	11 (14,6%)	3 (4%)
La información recibida la entendí	39 (52%)	33 (44%)	3 (4%)	0 (0%)
Tenía información suficiente para ayudar a decidir sobre mi tratamiento	41 (54,7%)	21 (28%)	10 (13,3%)	3 (4%)
Sentía que había un verdadero equipo de trabajo realizando mi cuidado	41 (54,7%)	25 (33,3%)	8 (10,7%)	1 (1,3%)
Siento que recibo la información cuando lo necesito	36 (48%)	29 (38,7%)	9 (12%)	1 (1,3%)
Entiendo el tratamiento que el médico me ha explicado	34 (45,3%)	35 (46,7%)	4 (5,3%)	2 (2,7%)
Conozco los síntomas ante un empeoramiento para solicitar ayuda	30 (40%)	36 (48%)	4 (5,3%)	3 (4%)
En caso de considerarlo necesario, he tenido o tengo acceso a psicólogos, para comentar cualquier miedo o inquietud	32 (42,6%)	21 (28%)	11 (14,7%)	5 (6,7%)
Si quiero, los miembros de mi familia pueden asistir a consulta para acompañarme y participar en la decisión sobre mi tratamiento	38 (50,7%)	26 (34,7%)	10 (13,3%)	1 (1,3%)
En las consultas tengo tiempo necesario para hablar sobre todos los aspectos que necesito	39 (52%)	25 (33,3%)	6 (8%)	3 (4%)
Tengo quien me escuche cuando necesito hablar	24 (32%)	28 (37,3%)	11 (14,7%)	10 (13,3%)
Total	49,3%	35,7%	10,1%	3,6%
				1,3%

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo desde enero de 2023 hasta noviembre de 2024, en una muestra de pacientes EPOC agudizadores incluidos en nuestra UCCRA y con acceso a herramientas digitales. Tras un mes de seguimiento presencial, los pacientes recibieron un formulario PREM de 12 ítems. Las opciones de respuestas fueron 5 (escala Likert): totalmente de acuerdo, de acuerdo -respuestas favorables-; ni de acuerdo ni en desacuerdo; en desacuerdo y totalmente en desacuerdo -respuestas desfavorables.

Resultados: De los 125 pacientes incluidos en la UCCRA, 75 de ellos respondieron de forma correcta a los formularios. El 57,3% eran hombres con una media de edad de 72,83 años. Un 92% eran EPOC de alto riesgo (según GESEPOC), 60% tenían obstrucción grave ($FEV_1 < 50\%$) y un mMRC medio al alta de 2,37. El 68% convivían con un cuidador principal. El 33,3% tenían antecedentes psiquiátricos, prevaleciendo el síndrome ansioso depresivo. El 25,3% fueron diagnosticados de sarcopenia. Durante el seguimiento por la UCCRA han fallecido 12 pacientes (16%). Los resultados totales de satisfacción fueron (ver tabla): de acuerdo 85%, ni de acuerdo ni en desacuerdo 10,1%, en desacuerdo 4,9%. Destacaron especialmente los resultados en los ítems: "Me siento tratado con respeto" (94,6% favorables); "La información recibida la entendí" (96% favorables) y "Sentía que había un verdadero equipo de trabajo realizando mi cuidado" (88% favorables). Por otro lado, la respuesta del ítem con mayor desacuerdo en solo un 14,7% fue "En caso de considerarlo necesario, he tenido o tengo acceso a psicólogos, para comentar cualquier miedo o inquietud".

Conclusiones: Los resultados obtenidos a partir de los formularios PREM muestran un nivel elevado de satisfacción de nuestros pacientes de la UCCRA en relación con la atención sanitaria, el conocimiento, la adherencia al tratamiento y la seguridad en la toma de este, y nos permiten continuar optimizando su atención.

437. FREEO2: TECNOLOGÍA APORTANDO SEGURIDAD AL PACIENTE EN LA OXIGENOTERAPIA

Ainara Fiallegas Cano, Irune Lasuen Pérez, Miriam Martín Valerio, Itxaso Orruño Beltrán, Sandra Pedrero Tejada, Sandra Pineño Vázquez y Sara Sota Sanz

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: Desde finales del siglo XVIII que es el momento en que se comienza a utilizar el oxígeno como fármaco hasta nuestros días la oxigenoterapia ha experimentado una gran evolución. Ejemplo de ello es la posibilidad de aportar oxígeno en domicilio que aporta calidad de vida la paciente o los sistemas automatizado de O2 que aporta seguridad en la oxigenoterapia hospitalaria.

Material y métodos: Revisión de las recomendaciones de las guías oficiales referentes a oxigenoterapia. Análisis de recursos existentes en la unidad de hospitalización de Neumología. Análisis descriptivo retrospectivo de nuestra experiencia con el FREEO2.

Resultados: Las guías recomiendan mantener una SpO2 entre 88-92% en pacientes EPOC y con riesgo de hipventilación y entre 94-96% en el resto. En nuestra unidad de hospitalización se disponen de 10 camas con posibilidad de monitorización continua, esto supone que solo el 21% de los pacientes tiene la posibilidad de beneficiarse de una monitorización continua mientras está sometido a una terapia de oxigenación. El FREEO2 es un sistema automático de suministro de oxígeno al paciente que proporciona el flujo necesario en cada momento, según la SpO2 del paciente. Esta se mide mediante un pulsioxímetro conectado al paciente, que envía los datos directamente al aparato. El estudio tiene una N total de 42 pacientes. 60% varones, 40% mujeres con edad media de 69,43 años. El 40% eran obesos. El 28,57% estaban ingresados por AEPOC y el 16,67% por neumonía. En el 35,71% el fracaso respiratorio era hipoxémico, y en el 4,29% hipercápneo. Solo el 2,38% ingresó en UCI y el 4,76% de los pacientes falleció. En el 40,48% de los pacientes el uso del FREEO2 fue a través de oxígeno en gafas nasales y el 59,52% con terapias de soporte no invasivo (OAF y VMNI). Se analizaron datos del equipo en 6 pacientes, observándose que el 76,54% de tiempo se mantenía con una SpO2 dentro del rango prefijado, solo un 1,13% de tiempo por debajo del 85% y un 19,59% de tiempo en hiperoxia. La duración total media con el FREEO2 fue de 108,17 horas.

Conclusiones: El FREEO2 es un sistema que permite la monitorización continua de pacientes con hipoxemia. Proporciona oxígeno para alcanzar una SpO2 objetivo predefinida. Con base en estos datos, se puede concluir que es un sistema que aporta seguridad al paciente, ya que previene la hipercapnia, dado que el aparato está programado para mantener una SpO2 objetivo. Además, contribuye a optimizar la oxigenoterapia, ajustando el flujo necesario para cada paciente.

64. GESTIÓN DE CASOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA: IMPACTO DEL SEGUIMIENTO ENFERMERO

Laura Jiménez Santamaría, Sandra López Suárez, Noelia Pérez Márquez, Alessandra López Romeo, Paula Pujal Montaña, Patricia Peñacoba Toribio, Carme Puy Rion, Pedro Antonio Antón Albisu y Macarena Segura Medina

Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La insuficiencia respiratoria crónica requiere un seguimiento continuo y un enfoque integral de cuidado. La ventilación mecánica domiciliaria (VMD) se ha vuelto una alternativa a la

hospitalización prolongada para pacientes con enfermedades como EPOC avanzada y fibrosis pulmonar, mejorando su calidad de vida y reduciendo ingresos hospitalarios. Sin embargo, la adaptación y mantenimiento de estos dispositivos en casa pueden ser complejos. Por ello, se ha creado una consulta de enfermería especializada en gestión de casos en neumología, que optimiza el seguimiento, proporciona educación y mejora la adherencia al tratamiento. Este trabajo presenta los resultados de esta consulta, destacando el seguimiento cercano y holístico, así como la disminución de complicaciones relacionadas.

Objetivos: Describir el impacto del seguimiento por una enfermera gestora de casos (GC) de VMD en neumología.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Se han incluido todos los pacientes en seguimiento activo por las GC de VMD. Se analizó el cumplimiento objetivo (+ de 5 h/día) y la satisfacción de los pacientes. Las variables secundarias: las nuevas adaptaciones a la VMD durante el 2024, la mortalidad, bajas del tratamiento, el número de visitas de seguimiento. También demográficas y clínicas.

Resultados: Se han evaluado un total de 329 paciente. Un 41% (136) eran hombres. La patología con más incidencia es la EPOC con un 31% (103). Durante 2024 se incluyeron 67 (13%) pacientes como nuevas adaptaciones a la VMD. El total de bajas de VMD fue de 9% (28) y de exitus un 4% (13). Se realizó seguimiento activo por TLM al 70% (229). Se realizaron un total de 4.187 seguimientos. En cuanto a las variables principales de cumplimiento objetivo y satisfacción de los pacientes, cabe destacar un cumplimiento medio de 7,8h diarias y un nivel de satisfacción máximo.



Conclusiones: La consulta de enfermería de GC para VMD demuestra ser eficaz en la mejora de la adherencia al tratamiento. La atención cercana, la educación continua y el apoyo a los cuidadores han sido factores clave en estos resultados, mostrando el valor del rol

de enfermería en el manejo integral de pacientes complejos en el ámbito domiciliario. La consulta de enfermería de gestión de casos en VMD representa un avance significativo en la atención neumológica y es una estrategia efectiva para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.



953. HABLEMOS DE INHALADORES

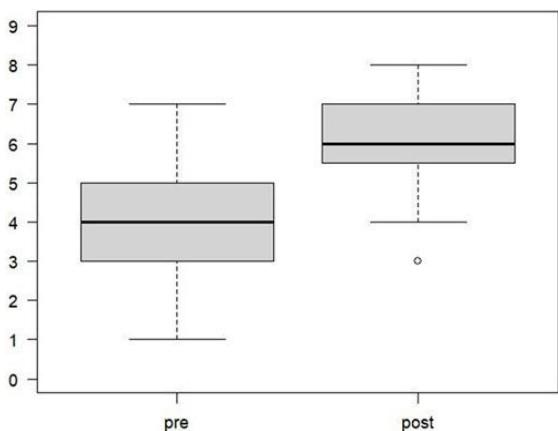
Alba Fernández Hernández, Ester Cuenca Lumbreras, Elena Suárez Gámez, Jara de Torres Melendro y Laura Gómez Rodríguez

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción: La vía inhalatoria es la más adecuada para administrar fármacos en el tratamiento de enfermedades pulmonares obstructivas como el asma y el EPOC, debido a su inicio de acción rápido y menos efectos secundarios sistémicos. Sin embargo, los pacientes suelen tener dificultades para usar los dispositivos inhaladores. Es crucial que los profesionales de enfermería instruyan a los pacientes en su uso adecuado. Estudios recientes indican que el conocimiento sobre el manejo de estos dispositivos es insuficiente entre el personal sanitario, lo que subraya la necesidad de formación continua y actualizada. Esta intervención se centra en el área de hospitalización del Hospital Central de la Defensa, donde trabaja el equipo de enfermeras a cargo del proyecto.

Material y métodos: Para evaluar el uso y mantenimiento correctos de los inhaladores y la cámara espaciadora, se envió una prueba de conocimientos a las 47 enfermeras de hospitalización. Posteriormente, se elaboró póster con información referente a las cuestiones más erradas (i.e., uso correcto de inhaladores de cartucho presurizado con cámara espaciadora, mantenimiento de la cámara, uso de inhaladores de polvo seco, y orden de administración de los fármacos). De manera adicional, se incluyó bibliografía accesible mediante un código QR. El mismo test fue respondido tras la presentación del póster durante 4 días.

Resultados: Los resultados del test mostraron un aumento significativo en la media de conocimientos según la prueba de Wilcoxon ($W = 12$; $p < 0,001$), pasando a ser de 4,06 a 6,12.



Comparativa de los resultados de las encuestas pre y posintervención.

HABLEMOS DE INHALADORES

CARTUCHOS PRESURIZADOS CON CÁMARA

Cuidados de la cámara espaciadora

- Separar las tres piezas de la cámara.
- Limpiar en agua con jabón líquido y retirar el residuo.
- Enjuagar en agua.
- Sacudir el agua, colocar en una superficie limpia para secar. No usar paños.
- Montar cuando las piezas estén secas.
- Repetir semanalmente o siempre que se precise.**

Nota: Se debe sustituir la cámara cada 6-12 meses.

Y recuerda el orden

1. Broncodilatadores
2. Anticolinérgicos
3. Corticoides

POLVO SECO

Bibliografía

Póster informativo (intervención).

Conclusiones: El proceso demostró la necesidad de reciclar conocimientos asumidos por los profesionales de enfermería sobre el manejo de inhaladores. También evidenció que una intervención sencilla y económica, como un póster informativo en el botiquín de enfermería, puede mejorar significativamente la educación impartida por los profesionales, resultando en una mejor transmisión de información al paciente y una adecuada educación sanitaria. Esto tiene un impacto positivo en la adherencia al tratamiento.

598. HACIA UN MANEJO PERSONALIZADO: EVALUACIÓN DE RASGOS TRATABLES EN EL PACIENTE EPOC FRÁGIL INCLUIDO EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN DOMICILIO

Marta Padilla Bernáldez, Cristina Almeida Calderero, María Enríquez Jiménez y Ascensión Hernando Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: La denominación de rasgo tratable (RT) se utiliza para referirse a una característica (clínica, fisiológica o biológica) que se puede identificar mediante pruebas diagnósticas o biomarcadores y que tiene un tratamiento específico (Miravitles M, et al. Arch Bronconeumol. 2021;58(1):69-81). En un mismo paciente pueden existir varios RT y se deben considerar todos ellos. El objetivo de intervenir sobre rasgos tratables, en comparación con la atención habitual, es orientar los cuidados para mejorar de forma significativa la calidad de vida (Hiles SA, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(3):1255-64) de los pacientes y su pronóstico.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el programa

N = 168 pacientes		
Características generales		
Sexo (mujer)	43 (25,6%)	
Nivel de estudios	Ninguno	7 (4,3%)
Leer y escribir	45 (27,8%)	
Educación primaria	84 (51,9%)	
Educación secundaria	13 (8%)	
Formación profesional	10 (6,2%)	
Estudios universitarios	3 (1,9%)	
Media		
Edad	73,32 (DE 10,2)	
Test Apgar familiar	8,29 (DE 2,33)	
Test de Barber (riesgo institucionalización)	3,87 (DE 1,56)	
Test Zarit (persona cuidadora)	42,8 (DE 17,28)	
Barthel	92,35 (DE 16,46)	
Charlson (comorbilidades)	2,99 (DE 2,03)	
Características relacionadas con la EPOC		
Clasificación según GeseEPOC (2021)		
Agudizador eosinofílico	110 (65,47%)	
Agudizador no eosinofílico	58 (34,52%)	
Aislamiento microbiológico en esputo	93 (55,4%)	
Estado de tabaquismo		
Nunca fumador	3 (1,8%)	
Exfumador	142 (84,5%)	
Fumador activo	23 (13,7%)	
Media		
FEV ₁ (%)	40,32 (DE 13,21)	
BODEx	6,36 (DE 1,43)	
CAT	24,28 (DE 7,21)	
mMRC	3,16 (DE 0,79)	
Ingresos y visitas a urgencias en el año previo	4,23 (DE 2,15)	
a ser incluido en el programa		
Ingresos y visitas a urgencias 1º año	1,8 (DE 1,98)	
en el programa		
Tratamientos		
Triple terapia inhalada	168 (100%)	
Mucolítico	121 (72,5%)	
Morfina	79 (48,2%)	
Azitromicina a días alternos	69 (41,07%)	
Teofilina	46 (27,3%)	
Suplemento nutricional	35 (21%)	
Antibioterapia nebulizada	19 (11,3%)	
Roflumilast	12 (7,1%)	
Biológico	5 (2,9%)	
Rehabilitación respiratoria	32 (19,2%)	
Terapias respiratorias domiciliarias		
(en 118 pacientes coexisten varias)		
OCD	138 (86,25%)	
CPAP	18 (10,71%)	
VMNI	56 (33,33%)	
Aerosolterapia	105 (62,5%)	
Terapia alto flujo	4 (2,3%)	

OCD: oxigenoterapia continua domiciliaria; CPAP: presión positiva continua en la vía aérea; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.

Tabla 2. Rasgos tratables de los pacientes incluidos en el programa

Rasgos tratables pulmonares	Frecuencia	%
Insuficiencia respiratoria parcial	151	89,9
Enfisema e hiperinsuflación	146	86,9
Disnea	109	64,9
Bronquitis crónica	95	56,5
Insuficiencia respiratoria global	75	44,6
Inflamación TH2	54	32,1
Bronquiectasias	51	30,4
Infección bronquial crónica	50	29,8
Caquexia	33	19,6
Hipertensión pulmonar	32	19
Déficit de alfa-1-antitripsina	2	1,2
Rasgos tratables extrapulmonares		
Comorbilidad cardiológica	95	56,5
Diabetes	43	25,6
Problema social	29	17,3
Patología psiquiátrica	28	16,7
Problema de adhesión al tratamiento	15	8,9

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes incluidos en un programa, liderado por enfermería, de atención integral en domicilio para pacientes EPOC frágiles mediante la identificación de sus RT, que permita un manejo individualizado.

Material y métodos: Estudio descriptivo con reclutamiento prospectivo de casos entre agosto de 2017 y noviembre de 2024. Definimos EPOC frágil como aquel que presenta al menos tres agudizaciones de EPOC que precisan ingreso hospitalario en el año previo a la inclusión. El programa incluye una valoración inicial detallada realizada por enfermería y un ajuste del tratamiento y de las intervenciones enfermeras orientado a sus RT, así como 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.

Resultados: Se incluyeron en el programa 168 pacientes cuyas características se muestran en la Tabla 1. 82 pacientes permanecen activos en el programa, 76 salieron del programa por *exitus*, 2 por trasplante pulmonar y 8 por otras causas. En todos los pacientes se identificaron al menos 2 RT, con una mediana de 6. Los RT muestran en la tabla 2.

Conclusiones: En la mitad de los pacientes coexistían al menos 6 RT. Los RT más frecuentes fueron la insuficiencia respiratoria parcial, el enfisema e hiperinsuflación pulmonar y la disnea. Casi 1 de cada 5 pacientes presentan como rasgo problemas sociales o de adhesión al tratamiento

170. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, ANÁLISIS DE UNA UNIDAD

Yolanda Martín Vaquero

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, España.

Introducción: La unidad de hospitalización a domicilio (HADM) presenta diferencias en su contenido y condiciones de asistencia respecto a la hospitalización habitual. El Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) crea esta unidad en mayo 2000 disponible para la zona urbana. La unidad se une al registro electrónico en mayo 2011. El objetivo del estudio es analizar las características de los episodios atendidos en HADM, comparar la representación de los diagnósticos respiratorios en el total de ingresos realizados e identificar áreas de mejora.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de la unidad HADM. Fuente de datos: Aplicativo GACELA CARE, que gestiona los registros de los cuidados desde mayo 2011 a junio 2024; 13 años. Variables: diagnóstico principal, edad, días de ingreso, sexo. Se realiza análisis estadístico descriptivo de las variables. No se solicita aprobación al Comité de Ética al tratarse un análisis de los datos registrados de forma retrospectiva, anonimizada, sin intervención en pacientes.

	Días de ingreso		Edad (años)	
	general	Resp.	general	Resp.
Media	12,97	14,01	51,77	73,73
Error típico	0,53	2,20	0,36	1,59
Mediana	6,69	6,98	46,00	79,00
Moda	5,94	9,97	36,00	79,00
Desviación estándar	29,69	25,07	20,30	18,11
Varianza de la muestra	881,22	628,54	411,91	328,14
Curtosis	648,27	44,84	-1,05	2,74
Coeficiente de asimetría	19,93	6,09	0,43	-1,59
Rango	1117,72	224,68	97,00	85,00
Mínimo	0,04	1,95	1,00	12,00
Máximo	1118	226,63	98,00	97,00
Suma	40247,42	1821,56	160707,00	9585,00
Cuenta	3103	130	3104	130,00
Nivel de confianza (95,0%)	1,04	4,35	0,71	3,14

Año	D. Respiratorios	General	Total	
2011	4	3%	237	7%
2012	17	13%	311	10%
2013	29	22%	300	9%
2014	10	8%	305	10%
2015	15	11%	234	7%
2016	10	8%	217	7%
2017	10	8%	217	7%
2018	8	6%	218	7%
2019	7	5%	188	6%
2020	3	2%	196	6%
2021	2	2%	201	6%
2022	10	8%	184	6%
2023	4	3%	164	5%
2024	4	3%	35	1%
Total	133	4%	3007	96%
			3140	

Diagnóstico	Nº casos	promedio
INFECCION	37	28%
NEUMONIA	32	24%
EPOC	24	18%
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	11	8%
TBC	8	6%
Varios	5	4%
ASMA	4	3%
FIBROSIS	4	3%
BRONQUITIS	3	2%
BRONQUIECTASIAS	3	2%
COVID	2	2%

Resultados

Figura 1.

Figura 1. Comunicación 170. Tablas de resultados.

Resultados

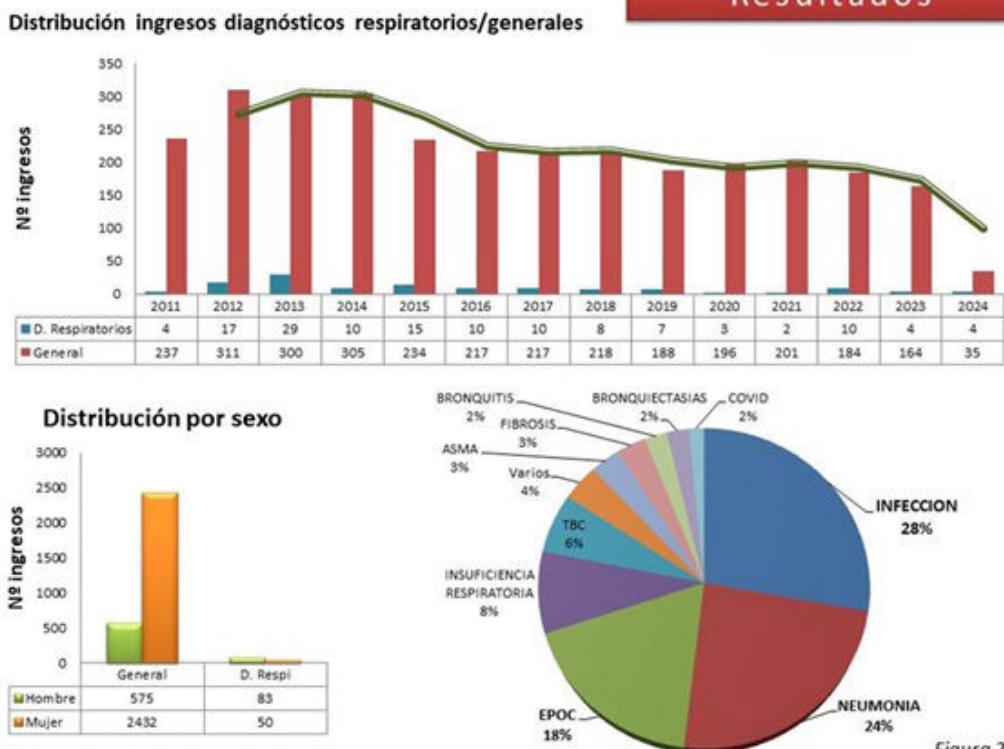


Figura 2. Comunicación 170. Graficas de resultados.

Resultados: Se analizaron 3.140 ingresos en la unidad HADM, con 40.626 días de ingreso. El 29% son hombres y de las 662 mujeres, el 39% de episodios son cesáreas. El 4,4% son de diagnósticos respiratorios (D. Resp.) Con 1.822 días ingreso. Los D. Resp. alcanzan el máximo en 2013 con el 22% (29/329 ingresos totales) y el mínimo el 2% (2/203) en 2021 (tablas y figuras).

Conclusiones: La institución mantiene la unidad HADM con una larga trayectoria según las recomendaciones iniciales de tener al menos una unidad por hospital. Se constata la baja proporción de ingresos de pacientes respiratorios en la serie analizada, siendo una opción que aportaría seguridad en la atención y bienestar de estos pacientes crónicos. Fortalecer el equipo para incluir a los pacientes respiratorios generaría impacto en la organización, en la gestión de recursos, repercusión en los costes y positivo en los pacientes, familia y cuidadores al dar respuesta a sus necesidades en su ámbito disminuyendo los días de hospitalización. La persona está cambiando su papel en la enfermedad. Es necesario implicarla en la gestión de su salud. Esta evolución conlleva garantizar la continuidad asistencial y dispensar la atención con la misma calidad y seguridad con independencia del nivel de atención. La HADM es una opción para lograr dar apoyo a la realidad social. Las nuevas tecnologías, terapias domiciliarias son clave para el desarrollo futuro de la hospitalización a domicilio y progresar en el ámbito de los cuidados respiratorios.

146. IMPACTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA TASA DE INGRESOS Y REINGRESOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ESTUDIO A.D.EPOC

Sabina Miranda Valladares, Cristina Falcón Falcón, Javier Hernández Velloso, Javier Hernández González y David Díaz Pérez

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

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección que provoca una limitación irreversible y progresiva del flujo aéreo, deteriorando la calidad de vida de los pacientes, quienes sufren disnea y un deterioro funcional progresivo. Esta disnea aumenta el riesgo de ansiedad, depresión y suicidio, empeorando el pronóstico de la enfermedad. Por esto, el objetivo principal de nuestro estudio ha sido describir las características relacionadas con la salud mental y factores asociados en pacientes diagnosticados de agudización de EPOC (AEPOC) ingresados en el Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra incluyó a todos los pacientes hospitalizados por AEPOC desde el 1 de noviembre de 2022 hasta el 1 de noviembre de 2023, seleccionados mediante muestreo probabilístico sistemático. Los datos se recogieron mediante un cuadernillo auto administrado, abarcando variables cualitativas (días de hospitalización, número de ingresos por AEPOC, etc.) y cuantitativas (cuestionario CAT, grado de adhesión terapéutica, escalas de ansiedad y depresión, etc.). El análisis de datos se centró en la descripción de variables y en la realización de correlaciones entre ellas, aplicando modelos de regresión lineal para las variables con correlación significativa, mediante el programa Jamovi Project 2023 versión 2.4.

Resultados: Se reclutaron 65 pacientes, de los cuales 27 completaron el cuadernillo correctamente. Las características demográficas y clínicas de los pacientes se presentan en la tabla. Encontramos correlación significativa entre la escala HAD y la CAT ($p = 0,003$), la escala de valoración socio familiar de Gijón ($p = 0,032$) y la escala Lawton y Brody ($p = 0,048$) (fig.). Por cada punto adicional en el CAT, la puntuación en HAD aumentó 0,509 puntos ($p = 0,003$) y por cada punto adicional en la escala de Gijón, la puntuación en HAD incrementó 0,772 puntos ($p = 0,032$). No se hallaron correlaciones significativas con el resto de las variables estudiadas.

Conclusiones: Los análisis sugieren una relación directa entre el estado funcional y la situación socio familiar con síntomas de ansie-

VARIABLE	Edad	Escala HAD total	HADS-A	HADS-D	Cuestionario CAT	Cuestionario EPAG	Índice de Barthel	TAI 10	Escala Lawton y Brody	Escala Gijón	Nº de ingresos hospitalarios por AEMEPOC en el año previo a la inclusión del estudio	Días de ingreso en planta de Hospitalización	Nº de consultas	Escala de Charlson	Nº de fármacos que tienen su receta electrónica	Nº de convivientes
Media (IC 95% p valor (T- student))	67,8 (IC 64,3- 71) p <0,001	13,4 (IC 10,4- 16,0) p <0,001	7,39 (IC 6,82- 8,97) p <0,001	5,94 (IC 4,81- 7,81) p <0,001	24,0 (IC 20,8-27,2) p <0,001	0,438 (IC 0,148-0,721) p <0,001	81,0 (IC 72,4- 90,3) p <0,001	35,6 (IC 27,3-44) p <0,001	6,68 (IC 5,58- 7,78) p <0,001	10,9 (IC 8,19- 12,7) p <0,001	0,484 (IC 0,188-0,781) p <0,002	13,8 (IC 10,2-16,8) p <0,001	4,77 (IC 3,71-5,84) p <0,001	3,97 (IC 2,54-4,89) p <0,001	10,9 (IC 9,21- 11,7) p <0,028	2,37 (IC 1,84-2,89) p <0,001

Figura 1. Comunicación 146. Resultados sociodemográficos de los pacientes incluidos en la muestra.

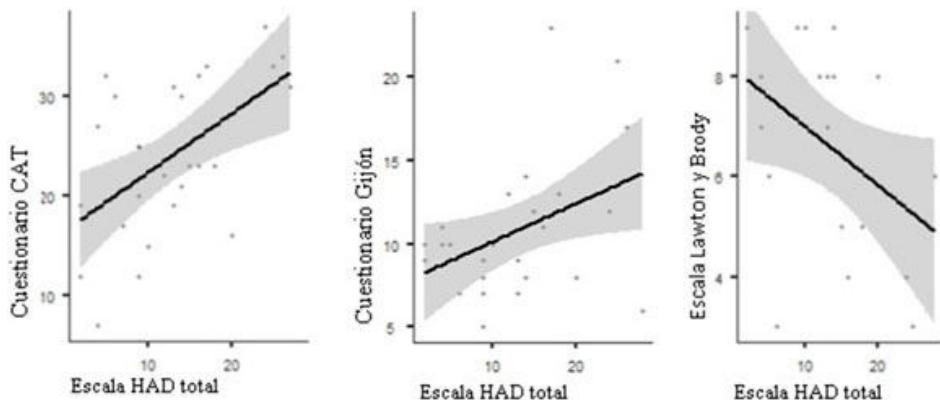


Figura 2. Comunicación 146. Comparación de la escala HAD con las escalas CAT, escala de Gijón y escala de Lawton y Brody.

dad y depresión. El principal sesgo del estudio es la pérdida de datos debido al número reducido de pacientes que completaron el cuadernillo, estableciendo un sesgo de selección y limitando la generalización de los resultados, siendo necesario futuros estudios.

227. IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN EL USO DEL OXÍGENO CRÓNICO DOMICILIARIO (OCD) Y SU ESTRECHO CONTROL MULTIDIPLICLINAR EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS (CSS) DEPENDIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (HUIS). RESULTADOS A 18 MESES

Rocío Rodríguez Pérez¹, Milangela Rodríguez Valdivieso¹, María Teresa Ramírez Prieto¹, Alia Nehme Álvarez², Raúl Moreno Zabaleta¹, José Andrés García Romero de Tejada¹, Inés Escribano Gimeno¹, María Victoria Rodríguez Bravo¹ y Carmela Mañas Martínez¹

¹Hospital Infanta Sofía, Madrid, España. ²Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

Introducción: El adecuado del uso del OCD supone un reto en la CAM, hecho más complejo en los CSS debido a la menor capacidad de control de los pacientes de su tratamiento y la escasa formación del personal en los mismos, lo que hace fundamental implantar un sistema que asegure el adecuado uso de esta terapia en los CSS.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de enero de 2023 a noviembre de 2024. Objetivo principal; evaluar el impacto de la formación en el uso de OCD en los CSS dependientes del HUIS. Inicialmente se realizó un estudio piloto en seis CSS con diferentes modelos de gestión donde las variables analizadas fueron; Uso del equipo prescrito (UEP); Revisión técnica del equipo; Cumplimiento adecuado (CA): horas de uso, fIO2, grado de coincidencia con la prescripción. Esto permitió detectar las siguientes áreas de mejora: Formación en OCD para personal de la UAR, Geriatría y CSS; Control estricto del OCD por el personal de Oximesa. Se establece un cronograma de formación escalonado y se inicia el seguimiento cada 6 meses de los CSS.

grama de formación escalonado y se inicia el seguimiento cada 6 meses de los CSS.

Resultados: Se han evaluado 43 CSS en tres tiempos desde abril de 2023 hasta octubre de 2024, reclutado a 846 pacientes con OCD, 635 (77%) mujeres, 88 años de EM. La ICC fue la primera causa de prescripción (29-45%), EPOC la segunda (5,6%-12%), no identificable en el 32%- 59%. Se han renovado 209 prescripciones, retirado 248 equipos; 100 retenidos en los CSS para uso en pacientes sin prescripción, y 148 tras valoración clínica, no encontrando diferencias significativas en las tres evaluaciones en ninguno de los parámetros mencionados. Para evaluar el impacto de la formación, comparamos dos indicadores, cumplimiento adecuado (CA) y uso del equipo prescrito (UEP). Fallecen 253 (74%) del primer grupo durante el seguimiento por lo que se realiza un análisis de total de casos en cada evaluación y sobre los supervivientes en cada una de ellas, comparando las diferencias entre la 1.^a y 2.^a y la 1.^a y 3.^a evaluaciones. Detectamos una mejoría significativa en el CA en todos los grupos mantenida en el tiempo. En cuanto al UEP detectamos una reducción significativa en los equipos no identificables en todos los grupos mantenido en el tiempo.

Proyecto piloto	
Uso de concentradores no propios	24
Equipos averiados no notificados	2
Uso de OCD sin prescripción	2
Prescripciones no Neumología con SAT basal > 95%	12

Tabla 1. Indicadores del proyecto piloto

Conclusiones: La formación continua, el control estricto de la terapia y el trabajo multidisciplinar son el pilar para lograr el adecuado uso del OCD en los CSS. El elevado número de prescripciones de OCD sin seguimiento exige plantear un circuito de revisión de las mismas a los médicos prescriptores.

	Primera Intervención	Segunda Intervención	P
N	342	264	
Mujeres	257 (75,1%)	184 (70%)	NS
Edad	68 +/- 15	68 +/- 15	NS
Casos nuevos	342	119	
Éxitos de primera valoración	-	138 (40%)	
Casos vivos primera valoración	204 (59%)		
Motivo prescripción	De los nuevos casos (119)		
ICC	100 (29,2%)	53 (45%)	NS
EPOC	10 (5,6%)	14 (12%)	NS
Diagnóstico tras ingreso	20 (5,6%)	19 (5%)	NS
No identificado	202 (59,1%)	38 (32%)	NS
Decisión Clínica	De los nuevos casos (119)		
Sin valoración presencial; baja	96 (28,1%)	20 (23%)	NS
Sin valoración presencial; renovación	109 (31,9%)	45 (37%)	NS
Valoración Geriatría; baja	27 (7,8%)	21 (17%)	NS
Valoración UAR; baja	19 (5,5%)	8 (4%)	NS
Valoración Neumología; baja	13 (3,8%)	2 (1%)	NS
Servicio prescriptor			
Neumología	24 (7%)	7 (6%)	NS
MIR	222 (70%)	82 (69%)	NS
Genaría	78 (23%)	30 (25%)	NS
UEP del total			
SI	63 (43,3%)	111 (42%)	NS
No	18 (12,4%)	174 (66%)	0.000
No identificable	64 (44,4%)	31 (12%)	0.001
CA del total			
SI	63 (43,4%)	208 (79%)	0.000
No	82 (56,6%)	56 (21%)	0.000
UEP en los vivos de la primera			
SI	63 (43,3%)	82 (56,6%)	NS
No	18 (12,4%)	45 (31%)	NS
No identificable	64 (44,4%)	18 (12%)	0.000
CA en los vivos de la primera			
SI	63 (43,4%)	125 (86,2%)	0.000
No	82 (56,6%)	20 (13,8%)	0.000

Tabla 2. Diferencias 1º-2º evaluación

	Primera Intervención	Tercera Intervención	P
N	342	240	
Mujeres	257 (75,1%)	194 (81%)	NS
Edad	68 +/- 15	67 +/- 17	NS
Casos nuevos		151	
Éxitos de primera valoración		115 (33%)	
Casos vivos primera valoración		89 (26%)	
Motivo prescripción		De los nuevos casos (151)	
ICC	100 (29,2%)	59 (39%)	NS
EPOC	10 (5,6%)	13 (9%)	NS
Diagnóstico tras ingreso	20 (5,6%)	6 (4%)	NS
No identificado	202 (59,1%)	70 (46%)	NS
Decisión Clínica		De los nuevos casos (151)	
Sin valoración presencial; baja	96 (28,1%)	27 (17%)	NS
Sin valoración presencial; renovación	109 (31,9%)	55 (36%)	NS
Valoración Geriatría; baja	27 (7,8%)	-	0.0001
Valoración UAR; baja	19 (5,5%)	-	0.0001
Valoración Neumología; baja	13 (3,8%)	9 (5%)	NS
Servicio prescriptor		De los nuevos casos (151)	
Neumología	24 (7%)	12 (8%)	NS
MIR	222 (70%)	98 (65%)	NS
Genaría	78 (23%)	41 (27%)	NS
UEP del total			
SI	63 (43,3%)	146 (61%)	NS
No	18 (12,4%)	91 (38%)	NS
No identificable	64 (44,4%)	3 (1%)	0.000
CA del total			
SI	63 (43,4%)	208 (86%)	0.000
No	82 (56,6%)	34 (14%)	0.000
UEP en los vivos de la primera			
SI	63 (43,3%)	75 (84%)	0.000
No	18 (12,4%)	11 (12%)	NS
No identificable	64 (44,4%)	0	0.000
CA en los vivos de la primera			
SI	63 (43,4%)	87 (97%)	0.000
No	82 (56,6%)	3 (3%)	0.000

Tablas 2 y 3. Comunicación 227.

Tabla 3. Diferencias 1º-3º evaluación

498. IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN SPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR III DE ZARAGOZA

Elena Borobia Irache, Ana Cristina Aguelo Velilla, Blanca Ainaga Sancho, Marta Martín Lana, Carlos Murillo Arribas, Pablo Castejón Huynh, Esther del Pozo Para, María de los Ángeles Rivero Grimán y Joaquín Costán Galicia
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Introducción: La espirometría es la prueba básica para la valoración de la función pulmonar y es fundamental en el diagnóstico y

seguimiento de las enfermedades respiratorias. En Atención Primaria la realización de una espirometría de calidad y su correcta interpretación disminuye el sobrediagnóstico y el infradiagnóstico de las enfermedades respiratorias.

Material y métodos: Se realizó una encuesta telemática (plataforma Google forms®) a los 22 centros del sector III de Zaragoza antes y después de un programa formativo dirigido a profesionales sanitarios de Atención Primaria (médicos y enfermeras) con preguntas relativas a la calidad, aplicación clínica y formación en espirometría.

Resultados: Del total de 20 centros participantes en la encuesta posformación, el 95% disponía de un espirómetro operativo. Se observó un incremento de los centros que instalaron un espirómetro

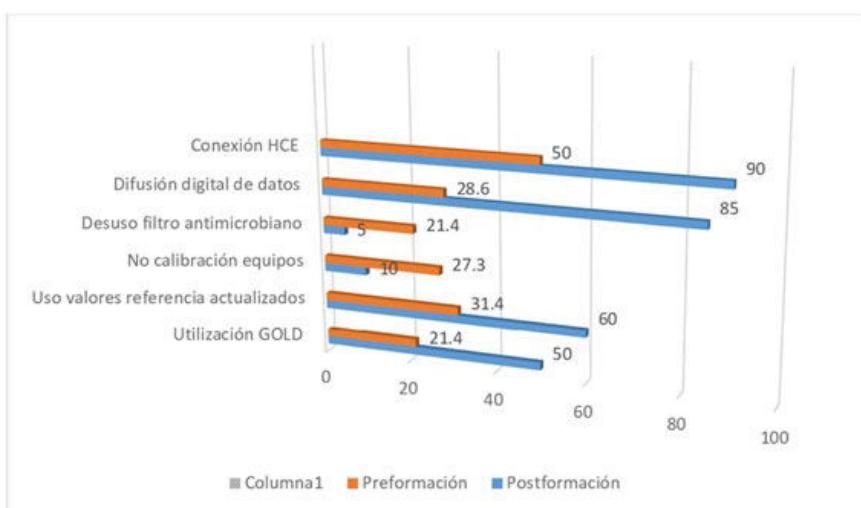


Figura 1. Comunicación 498. Comparativa pre/posformación.

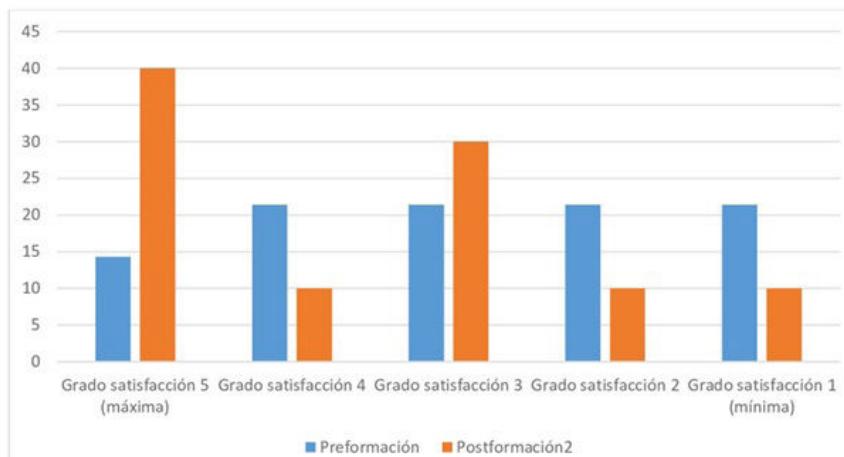


Figura 2. Comunicación 498. Comparativa de grado de satisfacción en su formación recibida.

con posibilidad de conexión a la historia clínica electrónica (HCE) del 50% al 90% y de los centros que compartían el resultado de forma digital del 28,6% al 85%. Se consiguió reducir del 21,4% al 5% los centros que no usaban filtro antibacteriano y del 27,3% al 10% los que no realizaban calibración regular de los equipos al inicio de cada sesión de uso (fig. 1). La formación redujo la variabilidad respecto a las ecuaciones de referencia empleadas para la interpretación de la espirometría y las propuestas utilizadas para catalogar las enfermedades respiratorias. El personal de enfermería es el encargado de la realización de las espirometrías en los centros. Han aumentado del 43% al 80% los profesionales sanitarios que han recibido formación en los dos últimos años y en el 80% de los casos con un grado de satisfacción aceptable o excelente con mejoría del grado de satisfacción con la técnica de la espirometría realizada en su centro sanitario (fig. 2).

Conclusiones: La necesidad de la espirometría es incuestionable en el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de las enfermedades respiratorias. La unificación del modelo de espirómetro y sistemas de integración en todos los centros sanitarios con conectividad a HCE, favorece la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales, promoviendo el desarrollo de la telemedicina. Es necesaria la formación y actualización de forma continuada por parte del Servicio de Neumología a los profesionales sanitarios de los centros de Atención Primaria, ya que mejora la técnica, realización e interpretación de las espirometrías y, por tanto, aumenta la calidad asistencial del paciente.

210. IMPACTO DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN SUEÑO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL AOS

María González González, Mar Barrio Mayo,
María Almudena Rey Hernández y Nora Barbado Gutiérrez

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: La apnea obstrutiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio frecuente, infradiagnosticado en el 80% de los casos, con graves implicaciones para la salud pública. La consulta de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en sueño surge como respuesta para optimizar el manejo de esta patología, mejorando tanto la calidad de los cuidados como la eficiencia del sistema de salud. El objetivo de nuestro proyecto es evaluar el impacto de una consulta de EPA en la reducción de listas de espera mediante el aumento de polígrafías respiratorias y análisis retrospectivo de la gestión asistencial durante los primeros cuatro meses de implementación.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental pre-posintervención realizado en el H. U. de La Princesa. Durante la

fase preintervención (noviembre 2022-marzo 2023), se analizaron las demoras en polígrafías respiratorias y titulaciones de AutoCPAP. Tras implementar la consulta EPA (noviembre 2023-marzo 2024), se cuantificaron las polígrafías realizadas, las titulaciones de AutoCPAP y las consultas específicas para adaptación a CPAP.

Resultados: El número de polígrafías aumentó un 160% (de 281 a 450), mientras que las titulaciones de AutoCPAP incrementaron un 170% (de 10 a 34), con diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,001$. Se realizaron 17 consultas de adherencia a la CPAP en pacientes con mala adherencia. Además, la lista de espera, que previamente superaba los 5 meses, se redujo a menos de una semana, mejorando el acceso al diagnóstico y tratamiento. Este modelo permitió también el seguimiento telefónico temprano y la educación personalizada para pacientes y cuidadores.

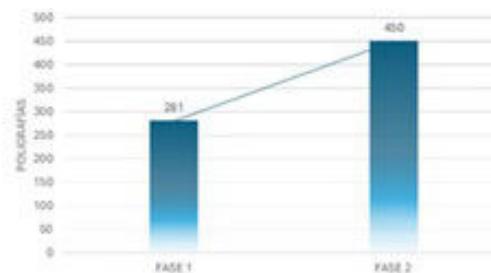


Figura 1. Diferencia de realización de polígrafías entre la Fase 1 y la Fase 2, $p < 0,001$.

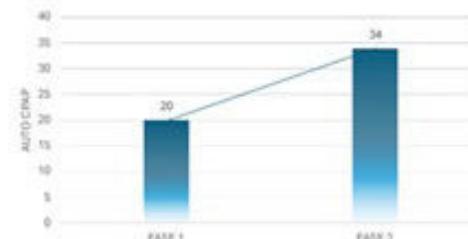


Figura 2. Diferencia de realización de AutoCPAP entre Fase 1 y Fase 2, $p < 0,001$.

Conclusiones: La consulta de EPA en sueño es una estrategia efectiva para abordar el AOS, reduciendo demoras en el diagnóstico, optimizando el tratamiento y promoviendo la adherencia terapéutica. Su integración en equipos multidisciplinares refuerza la calidad y eficiencia de la atención sanitaria en pacientes con trastornos respiratorios.

912. IMPACTO DEL ABORDAJE Y CUIDADO ENFERMERO DE PACIENTES AFFECTOS DE ASMA, EPOC Y BRONQUIECTASIAS EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA

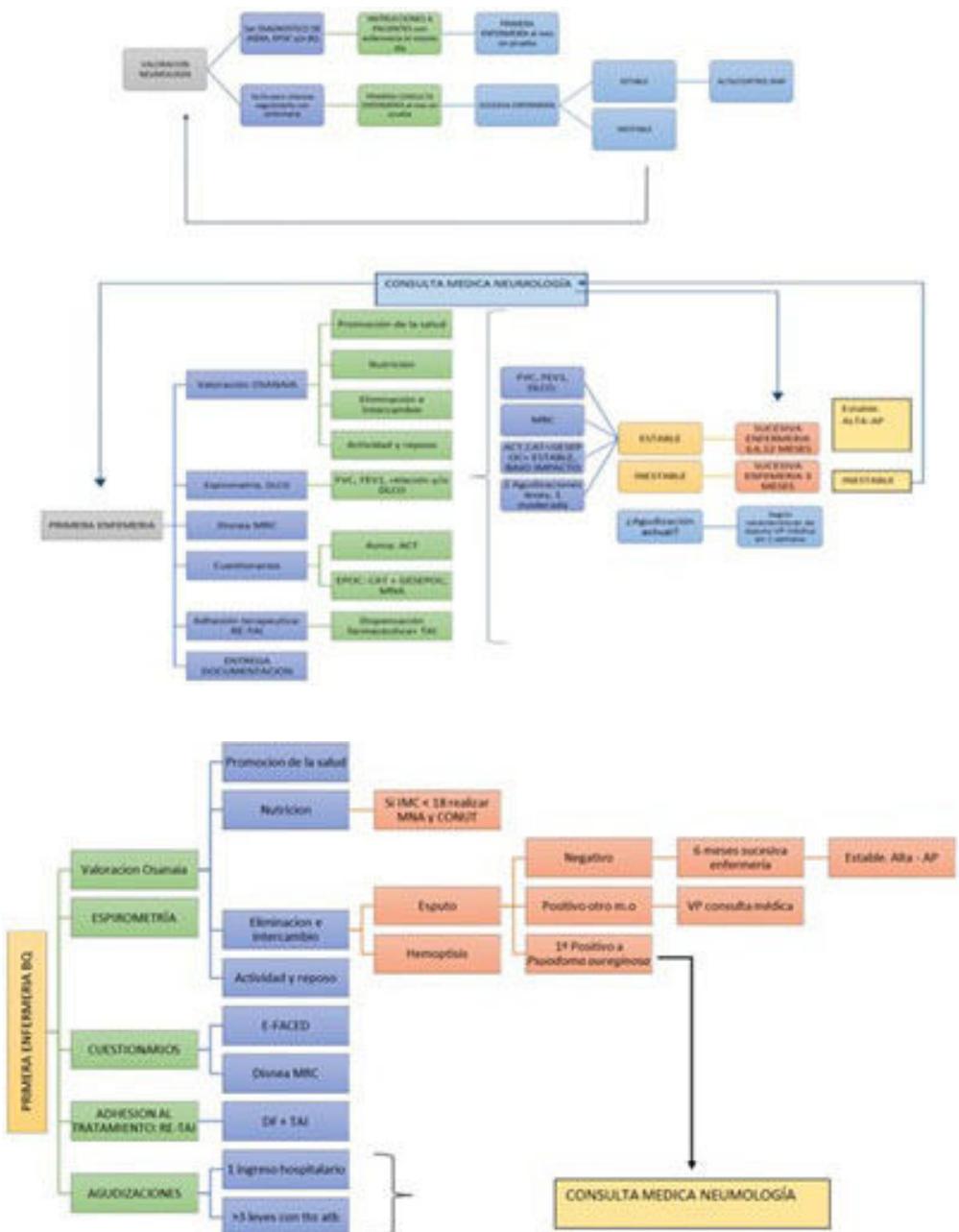
Gema Vanesa Prego Pego, Iraia Pizarro Pardavila, Nagore Pérez-Urdangarín Fernández, Marta García Mendiola, Agustina Rivas Guerrero, Idoia Pérez Sampedro y Maddi Amatriain Arrozpide

OSI Donostialdea, Donostia, España.

Introducción: Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas más prevalentes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, y bronquiectasias, requieren una atención integral y multidisciplinar. Son patologías con una elevada morbilidad, y un alto impacto en el sistema sanitario, siendo en el caso de la EPOC la tercera causa de muerte a nivel mundial. Los estudios demuestran que la intervención de la enfermería mejora los resultados clínicos.

Potenciar el papel de la enfermería de competencias avanzadas que coordine y lidere estrategias de atención al paciente neumológico puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC, asma y BQ fomentando la autonomía y el empoderamiento del propio paciente y de sus familiares. Con su intervención nuestro objetivo es disminuir el número de exacerbaciones, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios mediante la educación terapéutica (ET) sobre la patología. Conseguir el correcto uso de la farmacología inhalatoria, e identificación temprana de signos de descompensación por parte del paciente. Se ha implementado un flujoograma de derivación de pacientes de la consulta de neumología general, tanto de pacientes de reciente diagnóstico como los que ya se encuentran previamente en seguimiento.

Material y métodos: Revisión de la literatura y guías de práctica clínica sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de asma, EPOC y bronquiectasias. Se realizaron reuniones multidisciplinares para identificar aquellas recomendaciones de la guía que se consideraron adecuadas a la atención a la patología y las intervenciones relaciona-



das con: Valoración enfermera; Tratamiento farmacológico; Pruebas diagnósticas; Conocimientos; Derivación a consulta médica. Se diseñó y elaboró el diagrama de flujo.

Resultados: Diseñamos los algoritmos que recogen los diferentes aspectos de la atención enfermera, así como diferentes herramientas para la valoración, diagnóstico y control al paciente con asma, EPOC y bronquiectasias continuidad de cuidados y derivación a consulta médica o Atención Primaria.

Conclusiones: Este trabajo nos ha ayudado a unificar los cuidados enfermeros reduciendo la variabilidad de la práctica clínica y a establecer unos criterios que nos faciliten la adopción de toma de decisiones. Así mismo, consideramos que podría ser una herramienta muy útil para el personal de nueva incorporación y que se podría difundir a otros ámbitos de la actividad asistencial susceptible de adaptación y adecuación.

1028. IMPACTO DEL INFRADIAGNÓSTICO DEL EPOC JOVEN EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DESDE LA CONSULTA DE UNA ENFERMERA DE CASOS DE EPOC: UN ARGUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Cristina San Gil López, Mirian Sarrablo Irazo, Javier Lázaro Sierra, Teresa Lanzuela Benedicto, Patricia Torres Peñalosa, Eva Medrano Homobono, Ana Carmen Huertas Puyuelo, Berta Mañas Lorente, Cristina de Diego Ramos, José Ángel Carretero Gracia, Vanesa Jiménez Millán, Ana García Esteban, Miguel Ángel Santolaria López, Sandra García Sáez y Laura Pérez Giménez

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: La EPOC en pacientes jóvenes está subestimada en la práctica clínica. Aunque se asocia a edades avanzadas, estudios evidencian su aparición antes de los 50 años, especialmente en individuos expuestos al tabaco o con déficits genéticos. Este grupo, conocido como "EPOC joven", enfrenta un diagnóstico tardío al atrin-

birse sus síntomas a otras infecciones respiratorias. Nuestro objetivo fue evaluar el infradiagnóstico estimado de EPOC joven entre nuestros pacientes, reforzando la necesidad de estrategias de diagnóstico precoz.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo basado en pacientes de la consulta de la enfermera gestora de pacientes EPOC. Diferenciamos dos grupos: pacientes diagnosticados antes de los 50 años y aquellos los que no, pero con antecedentes de insuficiencia o infección respiratoria antes de esta edad. Se evaluó el porcentaje de pacientes que podrían haberse diagnosticado antes por estos episodios. Se realizó una proyección inversa del FEV₁, según guías clínicas, estimando pérdidas medias de 25 ml/año desde el diagnóstico y 65 ml/año desde los primeros síntomas.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes en seguimiento en la consulta de los cuales un 61,2% fueron hombres y un 38,8% mujeres con una edad media de $61,27 \pm 2,67$. El FEV₁ medio fue de $46,52 \pm 12,62$ y un IPA de $57,67 \pm 25,48$, siendo todos los pacientes exfumadores. Se registraron episodios previos a los 50 años en un 71,4% de pacientes. De estos un 60% se diagnosticaron después de los 50 pese a la aparición temprana de síntomas que podrían haber justificado valorar la EPOC. Un 28,6% lo fue después de los 50 con primeros episodios pasada esta edad. La edad media de primeros episodios en los diagnosticados antes de los 50 fue de $44,57 \pm 4,1$ y los de después de 50 de $49,83 \pm 6,15$. El tiempo medio desde la aparición de los primeros episodios hasta el diagnóstico fue de $6,31 \pm 6,19$. El FEV₁ en pacientes con episodios previos a los 50 no diagnosticados no mostró diferencias significativas frente a los diagnosticados en su valor actual. Pero, con la proyección inversa y la nueva estimación del FEV₁, de haberse diagnosticado y tratado la obstrucción en el momento de los primeros episodios, la media de FEV₁ actual pasaría de un $43,57 \pm 10,8$ a un 58.

Conclusiones: El infradiagnóstico de EPOC joven retrasa intervenciones terapéuticas clave que podrían mejorar la calidad de vida y el pronóstico. Identificar factores de riesgo junto con estrategias diagnósticas tempranas es esencial para mejorar los resultados clínicos.

Tabla 1. Comunicación 1028

Impacto en FEV ₁ en pacientes con inicio de síntomas antes de los 50 años diagnosticados frente a los no diagnosticados		Contingencia de edad de diagnóstico		
		Edad inicio primeros síntomas		
Edad de diagnóstico		Antes de los 50	Después de los 50	Total
Diagnóstico antes de los 50		14 100%	0 0,00%	14 100%
Diagnóstico después de los 50		21 60%	14 40%	35 100%
Total		35 71,40%	14 28,60%	49 100%
Edad primeros episodios				
Grupo por edad de diagnóstico	N	Media	Desc tip.	Error tip. de la media
Diagn. antes de los 50	14	44,5	4,108	1,098
Diagn. después de los 50	35	49,83	6,152	1,04
Pacientes con inicio de síntomas antes de los 50 años que fueron diagnosticados a esa edad frente a los no diagnosticados				
	Grupo por diagn.	N	Media	Desviación tip.
N. ^a episodios antes de diagnóstico	Diagnosticados	13	2,92	1,75
	No diagnosticados	21	6,00	4,34
FEV ₁ %	Diagnosticados	14	44,69	15,03
	No diagnosticados	21	43,57	10,81
FEV ₁ % estimado si diagn. en primer episodio	Diagnosticados	14	63,71	17,1
	No diagnosticados	21	72,62	17,6
FEV ₁ % estimado actual con tratamiento desde primer episodio	Diagnosticados	14	49,17	15,84
	No diagnosticados	21	58,72	13,92
Diferencia FEV ₁ estimado vs. FEV ₁ actual	Diagnosticados	8	7,84	5,09
	No diagnosticados	8	15,14	9,37
				-7,30
				-7,30
				0,013

Descripción de la muestra			
Variables cualitativas			
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	30	61,2
MMRC	0	2	4,1
	1	8	16,3
	2	24	49
	3	8	16,3
	4	7	14,3
Hipertensión arterial	Sí	20	40,8
Diabetes	Sí	11	22,4
Dislipemia	Sí	24	50
Obesidad	Sí	6	12,2
Inicio primeros síntomas antes de los 50 años	Sí	35	71,4
Inicio primeros síntomas después de los 50 años	Sí	14	28,6
Edad diagnóstico antes de los 50 años	Sí	14	28,6
Edad diagnóstico después de los 50 años	Sí	35	71,4
Variables cuantitativas			
	N	Media	Desv. tip
Edad	49	61,27	2,675
IPA	49	57,67	25,482
CAT	44	14,98	8,434
Índice de masa corporal	47	26,7106	6,65717
Escala de disnea MMRC	49	2,2	1,02
FEV ₁ ml	49	1,5202	0,68779
FEV ₁ (%)	49	46,5245	12,62373
FVC ml	49	8,5957	38,72458
FVC (%)	49	74,0408	16,77791
FEV ₁ /FVC	49	51,3016	9,85348
DLCO (%)	44	52,4545	18,25842
A1-antitripsina	36	161,06	44,785
Edad primeros síntomas	49	48,33	6,094
N.º episodios antes de diagnóstico	48	3,83	3,675
Años desde primer episodio al diagnóstico	49	6,31	6,192
FEV ₁ (ml) estimado si diagnóstico tras primer episodio	49	2,1061	0,7661
FEV ₁ (%) estimado si diagnóstico tras primer episodio	49	66,6939	17,07118
FEV ₁ (ml) estimado actual con tratamiento desde primer episodio	49	1,772959	0,7286617
FEV ₁ (%) estimado actual con tratamiento desde primer episodio	49	55,090186	14,3873338
Diferencia FEV ₁ estimado vs. FEV ₁ actual	36	11,658864	8,9927202

247. IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA SALUD RESPIRATORIA: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA EN FUNCIÓN PULMONAR

Saray González Troiteiro y Sonia Moar Ulloa

Hospital Universitario A Coruña, España.

Introducción: El tabaquismo constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, siendo responsable de 8 millones de muertes anuales. El consumo de tabaco está estrechamente relacionado con el desarrollo de patologías respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cuya prevalencia en España alcanza el 11,8%, con un infradiagnóstico del 74,7%. Los objetivos planteados en el estudio, llevado a cabo en el Laboratorio de Función Pulmonar del Hospital A Coruña, fueron los de evaluar la prevalencia de obstrucción bronquial fija en pacientes citados para la realización de espirometría, así como analizar la relación entre variables como el consumo de tabaco y el grado de disnea. Otro objetivo adicional fue el de evaluar el nivel de conciencia de daño que ocasiona el tabaco sobre la salud respiratoria.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal con una muestra de 22 pacientes. Se recabaron datos sociodemográficos, antecedentes de tabaquismo, escalas de disnea y datos espirométricos obtenidos mediante la realización de espirometrías forzadas y prueba broncodilatadora, prestando especial atención al índice FEV₁/FVC, como uno de los parámetros definitorios en la obstrucción bronquial.

Resultados: Se objetivó que el 40,9% del total de pacientes, presentó obstrucción bronquial fija al flujo aéreo, mostrando esta cohorte una mayor edad promedio (64,4 años frente a 47,3 años en pacientes sin obstrucción) y antecedentes de tabaquismo en un 88,8% de los casos. El binomio disnea e índice paquetes-año (IPA), concluyó que un IPA > 20 está relacionado con una mayor prevalencia de obstrucción bronquial fija, con un grado de disnea más grave y un incremento del riesgo de hospitalización por causa respiratoria y/o cardíaca. El nivel de conciencia de daño causado por el tabaco en la salud res-

Tabla 1. Datos sociodemográficos y variables principales de los pacientes participantes en el estudio.

	Patrón obstructivo				Patrón no obstructivo/normal								
	N	Media	DE	N	Media	DE	Reto.	(%)	N	Media	DE	Reto.	(%)
EDAD	22	56,5	±13,6	64,4	±11,3	9			47,35	±13,1	13		
SEXO													
Hombre	13				8	88,8			5	38,4			
Mujer	9				1	11,1			8	61,5			
HÁBITO TABÁQUICO													
Fumador	7				4	44,4			3	23,07			
Exfumador	9				4	44,4			5	38,4			
Nunca fumador	6				1	11,1			5	38,4			
DISNEA mMRC													
Grado 0	7				0	0			7	53,8			
Grado 1	11				6	66,6			5	38,46			
Grado 2	4				3	33,3			1	7,69			
IPA													
IPA > 20	12				8	88,8			4	30,7			
IPA < 20	4				0	0			4	30,7			
IPA = 0	6				1	11,1			5	38,4			
Influencia del tabaco sobre la salud													
Puntuación media	9,09			9,5					8,76				
Ingresos hospitalarios					4				1				

Tabla 1. Comunicación 247. Tabla resumen resultados estudio tabaquismo y función pulmonar.

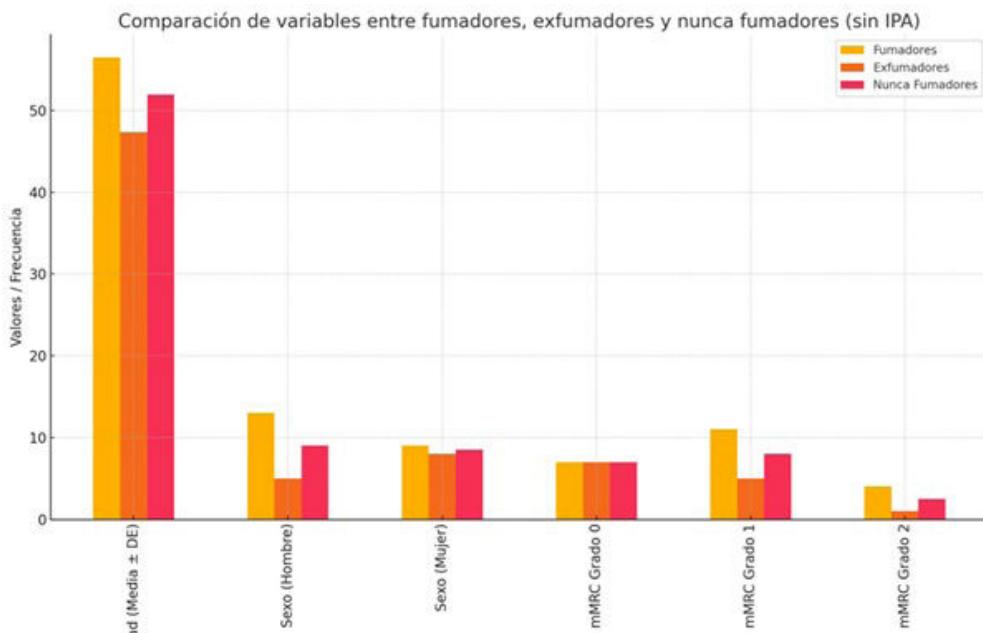


Figura 1. Comunicación 247. Gráfico hábito tabáquico, edad, sexo y disnea.

piratoria no presentó diferencia significativa en cuanto al hábito tabáquico.

Conclusiones: El tabaquismo, especialmente en aquellos pacientes con un IPA elevado, está asociado a una mayor prevalencia de obstrucción bronquial fija, mayor grado de disnea y a un incremento en el riesgo de hospitalización por causa respiratoria y/o cardiológica. De igual modo, queda patente que la espirometría constituye una herramienta clave en el diagnóstico precoz de la EPOC, por lo que realizar una adecuada comunicación a nuestros pacientes sobre los resultados obtenidos en la misma, puede convertirse un importante elemento motivacional que propicie la deshabituación tabáquica.

243. IMPACTO EN REDES SOCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE UNA CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DEL ASMA

Lía Maestre Puerto, Ana María Pulido Sánchez, Verónica Aznar Martínez, Marta Ureña Almagro, Vivian Raquel Benítez Vázquez, Anastasiya Torba Kordyuka, María Hernández Padilla, Anays Martínez Gómez, Yusleimy Chacín Marcano, Ignacio Boira Enrique, Eusebi Chiner Vives y Mónica Antón Gironés

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, España.

Introducción: El día mundial del asma es una oportunidad para obtener datos epidemiológicos y sensibilizar a la población sobre la enfermedad.

Material y métodos: Coincidendo con el día mundial, el 7 de mayo de los años 2023 y 2024 se instaló una mesa informativa en el hall del hospital, constituida por especialistas de neumología, alergología y enfermería, invitando a participar voluntariamente en la campaña. En los que accedieron, se recogió edad, sexo, IMC, diagnóstico previo de asma, médico de seguimiento, comorbilidad, tabaquismo, tratamiento, severidad (si existía diagnóstico previo) y derivación a consultas según resultados. Se practicó espirometría, FENO y ACT. Tras la jornada de 2024 se evaluó su repercusión en redes sociales y medios de comunicación.

Resultados: Se evaluaron 112 voluntarios, edad 57 ± 18 años (17-94), 84 mujeres (75%) y 28 hombres (25%), IMC $26,5 \pm 5,5$, FVC% $100 \pm$

14 (59-132%), FEV,% 88 ± 15 (44-133%), FEV, $_1/FVC\% 75 \pm 8$ (34-90%), FENO 23 ± 20 ppb (4-114), ACT 22 ± 4 (8-25). Presentaban asma conocido 45 (40%), con una media de años de asma de 8 ± 13 (1-60), rinitis 46 (41%) y comorbilidad en 51 (46%). La severidad en los pacientes con asma conocido fue intermitente leve en el 46%, persistente leve 4,5%, persistente moderada 32% y grave 11%. Se objetivó que 14 pacientes, 4 hombres (29%) y 10 mujeres (71%) no tenían asma conocida, no tenían espirometría previa y presentaban FENO ≥ 25 ppb, con FENO medio 36 ± 11 , FEV,% 89 ± 16 , ACT 20 ± 4 , de los cuales 2 tenían rinitis y el resto síntomas actuales o pasados compatibles con asma. La noticia se recogió en 5 medios de comunicación de prensa escrita y/o web. El alcance total en redes fue de 12.500 usuarios, con 2.300 Interacciones Totales (me gusta, comentarios y compartidos) y una tasa de compromiso de 18,4%. El alcance se distribuyó en Instagram (alcance: 8.000 usuarios, interacciones: 1.800) con comentarios destacados de alto nivel de participación, positivos sobre el contenido visual; en X (antiguo Twitter) (alcance: 4.500 usuarios, interacciones: 500). Los RETUTS y menciones generaron conversaciones y contenidos compartidos relevantes.

Conclusiones: La campaña fue útil, no solo para detectar nuevos pacientes, sino para aumentar la sensibilización sobre la enfermedad, ya que tuvo un alto impacto en medios de comunicación y redes sociales, por lo que es importante concienciar a los profesionales sanitarios de su necesidad y continuidad.

22. INCORPORACIÓN DE PREMS A UNA UNIDAD DE INTERSTICIO PULMONAR

Carmen Rendón Márquez¹, Meritxell López Zamora², Pilar Fuster Obrador¹, María Dolores Alonso Llobregat¹, Amanda Iglesias Coma³, José Luis Valera Felices² y Belén Núñez Sánchez²

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma, España. ²Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma, España. ³CIBER-IdISBa, Palma, España.

Introducción: Los PREM (Patient-Reported Experience Measures) son cuestionarios que recogen la experiencia del paciente en relación con el sistema de salud. La utilización de los PREM nos permitirá

identificar necesidades trasmitidas por el paciente que le afectan de manera importante en el proceso de su enfermedad.

Material y métodos: Entrevista a 9 pacientes en un taller presencial para determinar las necesidades no cubiertas y expectativas de los usuarios de la Unidad de Intersticio Pulmonar del Hospital Son Espases.

Resultados: El cuestionario incluyó 10 preguntas sobre la competencia profesional, seguridad y confianza en el equipo asistencial; agilidad entre el diagnóstico y la primera cita en la Unidad; empatía, paciencia, amabilidad; coordinación con otros servicios; información respecto a la enfermedad y su tratamiento; formación específica; posibilidad de importar pruebas de imagen procedentes de otros hospitales; puntualidad en las citas programadas; accesibilidad a la unidad; y apoyo psicológico. Las respuestas nos indicaron que tenemos que mejorar en la agilidad entre el diagnóstico y la primera cita en la Unidad ya que la espera genera mucha incertidumbre y preocupación; mejorar la coordinación entre hospitales para no demorar el proceso diagnóstico y evitar repeticiones de pruebas; y sobre todo, incluir el apoyo psicológico, especialmente en la primera fase de conocimiento y aceptación de la enfermedad.

Conclusiones: La incorporación de PREM a la Unidad de Intersticio Pulmonar de nuestro hospital nos ha proporcionado información importante para poder mejorar la calidad asistencial a nuestros pacientes.

938. INDICACIONES DE OSCILOMETRÍA EN ASMA: EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN UN LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR

Eva Jurado Ambrojo, Pilar Ordoñez Monrabá, Rosalía Elena Montes Reina, Nuria Otero Calvillo, Antonio León Lloreda, M. Auxiliadora Romero Falcón, Juan Francisco Medina Gallardo y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: La oscilometría de impulso (IOS) es una técnica no invasiva para evaluar la función pulmonar que no requiere la cooperación del paciente, se realiza a volumen corriente y puede detectar la obstrucción periférica de la vía aérea cuando existe contraindicación para la realización de una espirometría forzada.

Objetivos: Evaluar las indicaciones de la IOS como prueba de función pulmonar en pacientes en seguimiento en consultas de asma como alternativa a la espirometría forzada en el caso de contraindicación o imposibilidad de realizar dicha prueba.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero de 2022 y junio de 2024 en pacientes con asma y contraindicación para realizar una espirometría forzada. Se recogieron las indicaciones de IOS y los motivos de contraindicación de la espirometría. Los participantes fueron evaluados utilizando el IOS con dispositivo Tremoflo® y el análisis fue realizado por el personal de enfermería de la consulta monográfica de asma en una unidad de alta complejidad.

Resultados: Se analizó una muestra de 170 peticiones del total de IOS recibidas en el laboratorio de función pulmonar, solicitadas como alternativa a espirometría forzada. El 67% eran mujeres, con una edad media de 59 años. En la mayoría de los casos, en un 49% (83 pacientes) el motivo de realización de la oscilometría fue la dificultad para la comprensión de la técnica de espirometría, en un 24% por gestación avanzada y contraindicación obstétrica (sangrado o contracciones), 15% por deterioro cognitivo del paciente (enfermedades degenerativas neurológicas y/o discapacidad intelectual), en 8 pacientes por intervención quirúrgica reciente (principalmente abdominal y patología ocular), en 7 pacientes (4%) por problemas cardíacos en el mes previo, 5 pacientes por patología costal (fracturas costales, patología vertebral) y en 1 paciente por problema de sellado bucal a la boquilla durante la espiración forzada.

Conclusiones: La IOS podría ser de utilidad como método de evaluación de función pulmonar en pacientes con asma bronquial que no pueden realizar una maniobra forzada por contraindicación o por incomprendimiento de la técnica.

465. LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA FRENTE AL CAMBIO CLIMÁTICO

Andrea Canillas Saez, María Ángeles Bejar Aldazabal, Yolanda Carril Rivas y Naiara Martín Lería

Hospital Universitario de Alava Txagorritxu, Vitoria, España.

Introducción: Florence Nightingale describió los 5 componentes esenciales de la salud siendo estos el agua pura, un alcantarillado eficaz, limpieza, luz y aire puro. El cambio climático (CC) ha provocado que la calidad del aire empeore, no cumpliendo así los componentes definidos por Nightingale. El empeoramiento de la calidad del

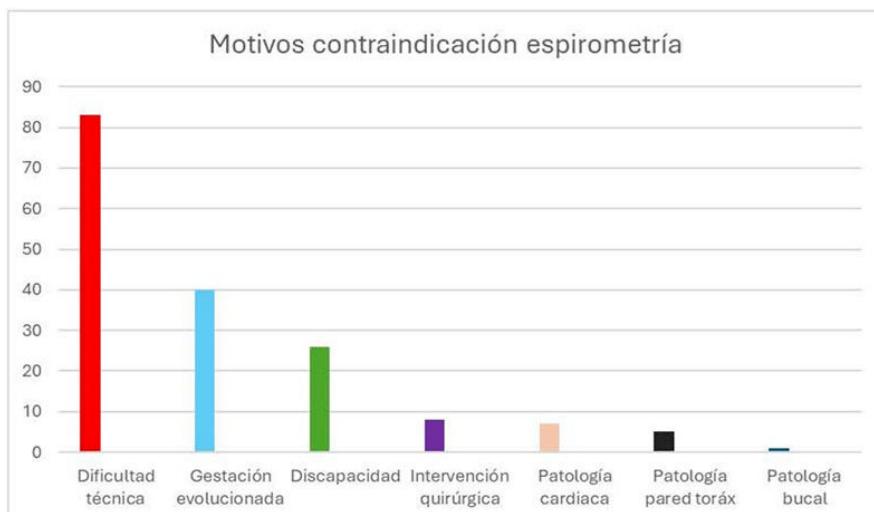


Figura 1. Comunicación 938.

aire es un problema de salud pública provocada por el CC; provocando un aumento aún mayor de la carga de enfermedades respiratorias: aumentando la incidencia de cáncer de pulmón, de infecciones respiratorias y la prevalencia del asma y de la EPOC. Según la OMS el CC es la mayor amenaza mundial para la salud en el siglo XXI.

Objetivos: Demostrar la relevancia del personal de enfermería de neumología para hacer frente al CC.

Material y métodos: Revisión bibliográfica.

Resultados: Las enfermeras representan el 50% de la fuerza laboral mundial de la salud. Es obligación de esta profesión tratar de mitigar los efectos del CC según el código deontológico. La CIE ha emitido en varias declaraciones sobre este hecho en referencia al CC (en 2008: enfermería, CC y salud o en 2012- Derechos y residuos de la atención de salud: Función de las enfermeras y la enfermería); por otro lado, la Asociación Americana de Enfermeras estableció en 2007 los principios de salud ambiental para la práctica de enfermería. Múltiples estudios demuestran que la educación ofrecida por estas profesionales reduce las agudizaciones en el paciente neumológico. Además, diferentes estudios objetivan que políticas destinadas a la protección de la exposición ante el CC supusieron una reducción en la tasa de declive de la función pulmonar. Las consultas por asma en Estocolmo se redujeron un 46% tras la reducción de los contaminantes durante un periodo de tiempo.

Conclusiones: La enfermería tiene un papel fundamental en la educación del paciente para prevenir agudizaciones y de la población para prevenir el CC, en la promoción de la salud y en la investigación para mitigar los efectos del cambio climático. El cambio climático influye en las patologías respiratorias, de ahí la importancia de la enfermería de neumología para intentar frenar el CC mediante estas actuaciones.

74. ¿LOS PACIENTES CON OXÍGENO DOMICILIARIO SON CUMPLIDORES DEL TRATAMIENTO?

Raquel Serra Busquets, Gemma Rodríguez Canela
y Montse Adell Nolla

Fundació Salut Empordà, Figueres, España.

Introducción: La oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) es el suministro de oxígeno para uso continuo e indefinido en el domicilio en pacientes que presentan insuficiencia respiratoria crónica. Su cumplimiento parece ser insuficiente o inadecuado en un gran porcentaje de pacientes. A pesar de ello, la adherencia al tratamiento sigue siendo un aspecto poco valorado en las guías de práctica clínica.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento del tratamiento con OCD en pacientes con enfermedades respiratorias y relacionarlo con el grado de disnea y la calidad en el estado de salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con OCD durante seis meses. Se recogieron variables sociodemográficas, relacionadas con el dispositivo, la escala de disnea mMRC, la calidad en el estado de salud y el cumplimiento del tratamiento. El proyecto fue aprobado por el CEIM de referencia.

Resultados: Se recogieron un total de 42 casos, el 54,8% eran hombres y la media de edad fue de 69,8 años (DE = 8,1). El 87,5% tenían EPOC y el 12,5% EPID. Se preguntó cuánto tiempo utilizaban el oxígeno en casa, el 43,2% lo utilizaban más de 15 horas al día. Respecto al uso, el 36,6% afirmaban que cuando se encontraban bien no se ponían el oxígeno. Respecto a la prescripción de oxígeno, el 71,9% de los casos la cumplía en reposo y el 74,4% al esfuerzo. El 51,3% de los pacientes realizaba un buen cumplimiento del tratamiento. Con relación a la escala de la disnea, la mediana de puntuación fue de 2 puntos (RIC = 1,75) y con la calidad de la salud, la mediana de puntuación fue de 50 puntos (RIC = 30). Al relacionar el cumplimiento del tratamiento con la escala de la disnea y con la de calidad de la salud

no se observó una asociación ($p > 0,05$). Se analizó la relación entre la escala de la disnea y la calidad de salud y se observó que, a menor puntuación en la escala de la disnea, mayor calidad de salud (correlación de Pearson -0,346; $p = 0,026$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes fueron hombres con EPOC. Un poco más de la mitad de los pacientes realizaban un cumplimiento completo del tratamiento de OCD. No se observó correlación entre las escalas de la disnea ni de calidad de la salud con el cumplimiento con la terapia de oxígeno, no obstante, se observó que, a menor puntuación en la escala de la disnea, mayor puntuación en la calidad de la salud.

471. MINIMIZAR DE FORMA EFICAZ Y SEGURA EL IMPACTO DE LA HUELLA DE CARBONO DEL TRATAMIENTO INHALADO EN EL ASMA

Tatiana Margolles García¹, María Jesús García García Durán¹, Verónica Irazusta García¹, M. Ángeles Rodríguez Martín¹, Noelia Álvarez Alonso¹, M. Isabel Castro López², Aida Pérez Velasco², Margarita Blanco Castro², Pablo Álvarez Vega³, Laura Vigil Vigil³, Cristina Menéndez Sánchez³, Andrea Jiménez Jurado⁴, Amelia Alzueta Álvarez³ y Gastón Figueroa³

¹Enfermera. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España.

²Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. ³Neumología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. ⁴Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España.

Introducción: El asma es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población. Para su tratamiento se utilizan inhaladores de HFCs que aumentan de manera considerable el impacto medioambiental de la huella de carbono (CFP). La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) reconoce la necesidad de implantar medidas educativas para mitigar dicho impacto teniendo en cuenta que todas las acciones encaminadas para disminuir la huella de carbono de los inhaladores no deben poner en peligro el buen control de la enfermedad de estos pacientes.

Material y métodos: Análisis prospectivo de 54 pacientes diagnosticados de asma bronquial mediante prueba broncodilatadora positiva y/o fracción de óxido nítrico exhalado > 40 ppb en tratamiento con triple terapia inhalada abierta (corticoide inhalado (CI), agonista beta de acción prolongada (LABA) y antimuscarínico de larga duración (LAMA) en dos dispositivos), a los que se sustituyó dicha terapia por una cerrada en un único dispositivo manteniendo los tres fármacos. Se incluyeron variables demográficas, comorbilidades, síntomas, datos de espirometrías, agudizaciones, puntuación en el cuestionario Asthma Control Test (ACT), puntuación en el Test de Adhesión a los inhaladores (TAI) y puntuación el test Feeling of Satisfaction with inhaler (FSI 10) en el momento del cambio de tratamiento a los 6 meses y a un año del mismo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 25,0 realizando un análisis multivariante ANOVA.

Resultados: Se incluyeron un total de 54 pacientes, 36 de ellas mujeres (66,7%) y 18 hombres (33,3%), con una edad media de 55,84 \pm 16,04 años. El 20,4% eran fumadores activos, el 22,2% eran exfumadores y el 57,4% no fumadores. Los dispositivos inhalados utilizados antes del cambio del tratamiento fueron: Accuhaler (3%); cartucho presurizado (15%); Nexthaler (18%); Ellipta (5%); Turbohaler (8%); Brezhaler (2%); Respiimat (49%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados tanto a nivel de adherencia al tratamiento como al control de la enfermedad. Tras un año de estudio el número de inhaladores utilizados se redujo en un 50%, con un descenso de CFP de un 93,16%.

Tabla 1. Huella de carbono (CFP) de cada uno de los inhaladores utilizados

Dispositivo	CFP per Inhaler Pack (/gCO2e)
Presurizado	14.227
Accuhaler	1.250
Nexthaler	917
Ellipta	764,66
Turbuhaler	694
Breezhaler	359
Respimat	383

Tabla 2. Diferencias en los 3 cuestionarios utilizados, espirometría, FeNO y agudizaciones

Parámetro	Triple terapia abierta	Triple terapia cerrada 6 meses	Triple terapia cerrada 1 año	ANOVA
ACT	22,1 ± 2,84	21,3 ± 2,84	22,39 ± 3,59	0,81-1,06 (p < 0,05)
TAI	44,3 ± 3,36	47,1 ± 2,2	47,5 ± 2,3	0,69-0,93 (p < 0,05)
FSI-10	41,7 ± 3,95	45,6 ± 2,7	47,8 ± 1,79	0,63-0,84 (p < 0,05)
FEV1	77,19 ± 14,7%	76,11 ± 13,5%	79,14 ± 18,9%	0,88-1,14 (p < 0,05)
FeNO	29,3 ± 20,11	32,4 ± 12,78	24,37 ± 18,15	0,93-1,19 (p < 0,05)
Agudizaciones	0,38 ± 0,16	0,31 ± 0,12	0,32 ± 0,09	0,91-1,05 (p < 0,05)

Conclusiones: La CFP provocada por los inhaladores utilizados en el tratamiento del asma puede ser disminuida de forma significativa, eficaz y segura para dichos pacientes.

639. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA TOS CON EL DISPOSITIVO HYFE PARA VALORAR LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INHALADO EN PACIENTES CON INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA

Sally Santistevé Lostes¹, Anna Sánchez Cuco², Aida Monge Esque³, Anna Vila Fornells⁴, Carlos Manzano Senra⁴, Iván Benítez Iglesias², Iván Juez García², Arturo Morales Portillo⁴, Lola Jover⁵, Ferrán Barbe Illa¹ y Jessica González Gutiérrez¹

¹Institut de Recerca Biomèdica (IRB) Lleida, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III, Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España.

²Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España. ³Institut de Recerca Biomèdica (IRB) Lleida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. ⁴Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa María, Lleida, España. ⁵Hyfe Inc, Wilmington, DE, Estados Unidos.

Introducción: La tolerancia a los antibióticos inhalados (AI) en pacientes con infección bronquial crónica (IBC) supone un reto. El principal efecto adverso de este tratamiento es la tos, pudiendo occasionar la suspensión del mismo (intolerancia). Nuestro objetivo es evaluar una herramienta de monitorización continua de la tos (Hyfe Cough Monitoring System, Wilmington, DE, EE. UU.) en el manejo de estos pacientes.

Material y métodos: El reloj Hyfe es un sistema inteligente Android que utiliza un software especializado que se ejecuta continuamente y registra los episodios de tos de un paciente de forma continua. Se trata de un estudio piloto en el que se facilita el reloj Hyfe para monitorizar la tos una semana antes de iniciar el tratamiento inhalado y el mes posterior. También se recogieron datos demográficos, antropométricos, hábito tabáquico, comorbilidades, aislamientos microbiológicos y la aparición de efectos adversos e intolerancia.

Resultados: Se realizó el seguimiento a un total de 6 pacientes, la mayoría mujeres (N = 4), no fumadores (N = 3), con un diagnóstico

principal de bronquiectasias (N = 5). Los aislamientos microbiológicos fueron la *Pseudomonas aeruginosa* (N = 4) y *Haemophilus influenzae* (N = 2). El AI más utilizado fue la colistina (N = 4). En general, se observó que la media de tos/hora aumentaba después de iniciar el tratamiento, con una media (IC95%) de 3,70 [3,29;4,10] y 6,35 [5,97;6,73] en los períodos pretratamiento y durante el mismo respectivamente ($p < 0,001$). En dos pacientes la media de tos/hora no se vio modificada, uno mejoró y en tres empeoró significativamente. Un paciente no toleró el AI, experimentando un aumento progresivo de la tos/hora después de su inicio, con una media de 4,50 [3,72;5,28] y 9,18 [8,02;10,3] en los períodos pretratamiento y durante el mismo respectivamente ($p < 0,001$). Tras la suspensión del AI se observó una reducción significativa de la tos/hora con una media (IC95%) de 2,74 [2,18;3,30] (fig.).



Conclusiones: El dispositivo Hyfe es una herramienta prometedora para valorar la tolerancia al AI en pacientes con IBC, permitiéndonos identificar la aparición de los efectos adversos de una forma más temprana y contribuyendo a la personalización del tratamiento.

133. NUESTRA EXPERIENCIA EN DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE Y DRENAJE PLEURAL TUNELIZADO

Catalina Orellana Martínez, Cristina Torres Luque y Esperanza Salcedo Lobera

Unidad de Neumología Intervencionista. Hospital Regional Universitario de Málaga, España.

Introducción: El derrame pleural maligno (DPM) recurrente y sintomático es una manifestación frecuente en la fase terminal de numerosos procesos neoplásicos que conlleva un empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes. El drenaje pleural tunelizado (DPT) permite la evacuación periódica del derrame de manera ambulatoria y a demanda de la clínica, siendo realizado por los propios familiares tras facilitarles el material e instruirlos en la técnica. El objetivo de este trabajo es valorar la calidad de vida y supervivencia de estos pacientes tras la colocación de un DPT.

Material y métodos: Estudio con una cohorte de 62 pacientes que fueron derivados a nuestra Unidad de Neumología Intervencionista para colocación de DPT ante derrame recidivante durante el periodo comprendido octubre 2016 a mayo de 2024. Se recogieron variables demográficas, tipo de neoplasia, grado de disnea según la mMRC, existencia de pleurodesis previa, supervivencia y complicaciones.

Resultados: De nuestra cohorte de 62 pacientes, el 56,45% eran varones con una edad media de $66,8 \pm 12,9$ años, previa a nuestra valoración presentaban una disnea basal media de $2,54 \pm 1,04$. En el 91% de los casos la etiología del derrame fue neoplásica, como queda

recogido en la figura. El servicio de procedencia que más derivó fue Oncología Médica con 51,6%, seguido de Neumología con 20,9%. Tras la colocación del DPT se realizó una toracocentesis terapéutica drenándose de media 1.102 ± 452 ml y se instruyó a la familia en el manejo del mismo. El 95% no sufrieron complicaciones inmediatas y la disnea basal media durante el seguimiento fue de $1,1 \pm 0,7$. Durante el periodo que tuvieron colocado el dispositivo, 90,31% no tuvieron necesidad de acudir al hospital debido a causa pleural. El 82,3% de los pacientes no se le practicó una pleurodesis previa. La supervivencia media fue de $5,13 \pm 4,03$ meses (mínimo 15 días y máximo 12 meses).

Bioquímica del Derrame pleural	<ul style="list-style-type: none"> Exudado: 33 pacientes Trasudado: 17 pacientes Sin datos: 11 pacientes
Aspecto macroscópico.	<ul style="list-style-type: none"> Anaranjado espeso: 1 paciente Hemático: 3 pacientes Amarillo semitransparente: 22 pacientes Amarillo turbio: 8 pacientes Serohemático: 23 pacientes Anaranjado claro: 3 pacientes Transparente: 1 paciente Lechoso: 1 paciente
Patología de base.	<ul style="list-style-type: none"> Adenocarcinoma pulmonar: 16 pacientes Neoplasia de mama: 10 pacientes Neoplasia de ovario: 9 pacientes Neoplasia gástrica: 6 pacientes Neoplasia pulmonar filiada: 4 pacientes Origen no filiado: 4 pacientes Neoplasia renal: 4 pacientes Neoplasia pancreática: 3 pacientes Carcinoma microcítico pulmonar: 3 pacientes Neoplasia adenoides del paladar: 1 paciente Tumor fibroso solitario pulmonar: 1 paciente Cirrosis: 1 paciente

Características del derrame pleural.

Conclusiones: 1. Los datos expuestos anteriormente indican que tanto el procedimiento de colocación, como el manejo posterior en domicilio, es seguro a la luz del porcentaje de complicaciones. 2. Por otro lado la nula o escasa necesidad de acudir al hospital a causa del DPT y la posibilidad de paliar en domicilio y a demanda la clínica que ocasiona el DPM, supone una clara mejora de la calidad de vida del paciente y su familia, en esta fase del proceso.

143. PACIENTES CON NEUMOPATÍA CRÓNICA CANDIDATOS A REALIZAR UN HIGH ALTITUDE SIMULATION TEST (HAST)

Esther Mateo Luque, Ana Balañá Corberó, Carlos Vallejo Lucas, Mireia Admetlló Papiol, Óscar García Mariñoso, Consol Ivern Díaz, Álvaro Clemente Vivancos, Diego Rodríguez Chiaradia y Juana Martínez Llorens

Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

Introducción: El High Altitude Simulation Test (HAST) evalúa la respuesta fisiológica a la hipoxia en condiciones simuladas de baja presión de oxígeno (O₂), como en los vuelos comerciales. Se recomienda el HAST en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que presentan saturación periférica de O₂ (SpO₂) < 93% o presión arterial de O₂ (PaO₂) < 70 mmHg, además también en aquellos con un volumen forzado espirado en el primer segundo (FEV₁) < 50% referencia y/o capacidad de trasferencia de monóxido de carbono (DLCO) < 50% predicho. El objetivo es identificar y caracterizar los perfiles clínicos de las personas con enfermedades respiratorias crónicas, que se beneficiarían de la realización del HAST para determinar sus necesidades de oxígeno suplementario durante viajes aéreos o estancias en altitudes elevadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el cual se seleccionaron todos los pacientes controlados en la consulta de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y neumopatía intersticial (EPID) de nuestro hospital durante el año 2023. En la historia clínica se revisó: diagnóstico, función pulmonar, gases en sangre arterial, SpO₂ y si tenían prescrita oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) tanto el dispositivo, como el flujo utilizado.

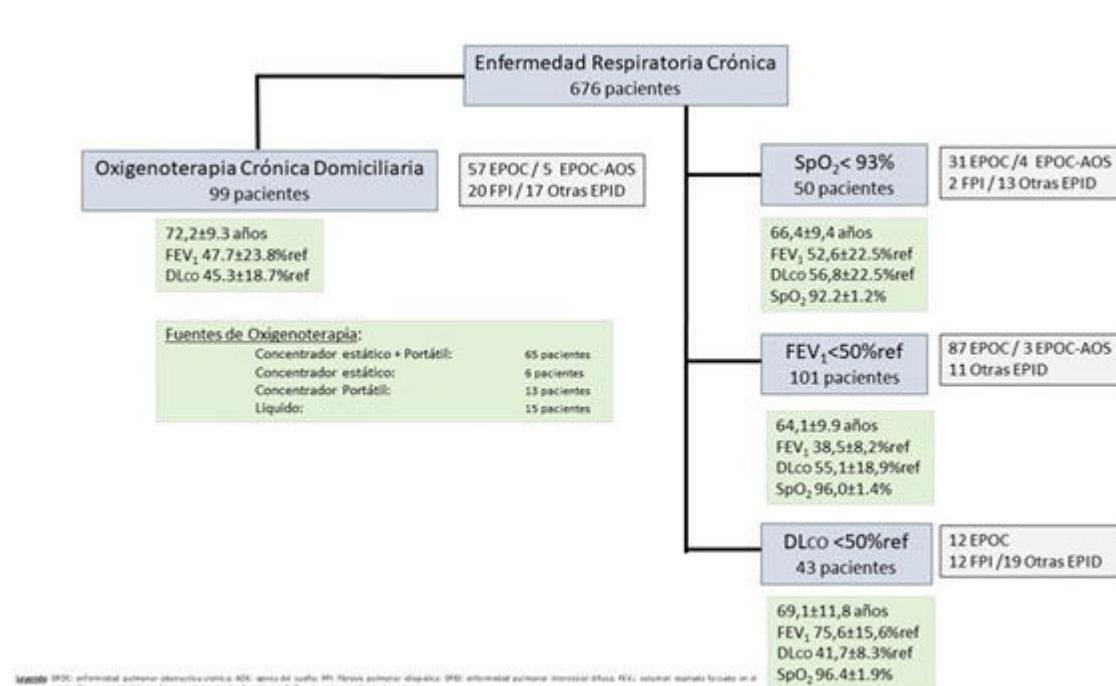


Figura 1. Comunicación 143.

Resultados: Se incluyeron 676 pacientes ($67,3 \pm 11,9$ años; 416 EPID/250 EPOC); con una alteración moderada de la función pulmonar (FEV₁ $68,8 \pm 26,9$ %ref, DLCO $65,6 \pm 23,2$ %ref) y un compromiso ligero-moderado de la oxigenación (SpO₂ $95,7 \pm 2,5$ %). El 14,8% de los pacientes tenían OCD (62 EPOC/37 EPID) con una edad $72,2 \pm 9,3$ años (FEV₁ $47,7 \pm 23,8$ %ref; DLCO $45,3 \pm 18,7$ %ref). En el 28,7% de los pacientes, está indicado el HAST previo a realizar un vuelo comercial. El 7,4% de los pacientes tenían una SpO₂ aire ambiente < 93% (35 EPOC/15 EPID) con una edad $66,4 \pm 9,4$ años (FEV₁ $52,6 \pm 22,5$ %ref; DLCO $56,8 \pm 22,5$ %ref; SpO₂ $92,2 \pm 1,2$ %). El 14,9% de los pacientes tenían un FEV₁ < 50% (90 EPOC/11 EPID) con una edad $64,1 \pm 9,9$ años (FEV₁ $38,5 \pm 8,2$ %ref; DLCO $55,1 \pm 18,9$ %ref; SpO₂ $96,0 \pm 1,4$ %). El 6,4% de los pacientes tenían una DLCO < 50% (12 EPOC/31 EPID) con una edad $69,1 \pm 11,8$ años (FEV₁ $75,6 \pm 15,6$ %ref; DLCO $41,7 \pm 8,3$ %ref; SpO₂ $96,4 \pm 1,9$ %).

Conclusiones: El HAST debería ser una evaluación habitual en los hospitales para adecuar las necesidades de la oxigenoterapia durante los vuelos comerciales de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

416. PLAN HOSPITALIZACIÓN EVITABLE: FACTORES ASOCIADOS A LOS REINGRESOS Y LAS CONSULTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Itziar Atxutegi Cárdenas¹, Miren Arantza Burzako Pérez², Urko Agirre Larrakoetxea¹ y Iainire Elguezabal Intxaurrega¹.

¹OSI Barrualde-Galdakao, Usánsolo, España. ²Subdirección Atención Primaria, Bilbao, España.

Introducción: La hospitalización es un proceso complejo que tiene un impacto significativo tanto en los pacientes como en el sistema

sanitario. En los pacientes aumenta el riesgo de infecciones, deterioro funcional, estrés psicológico pudiendo llevar a la pérdida de independencia, reducción del apoyo social y en consecuencia un empeoramiento de la calidad de vida. Las hospitalizaciones prolongadas, reducen la eficiencia y seguridad de los servicios de salud al limitar la capacidad del hospital para atender nuevos casos, aumenta la sobrecarga a los profesionales sanitarios y los costes hospitalarios. La experiencia acumulada en el programa "Hospitalización Evitable en Neumología" (PHE) y los actuales sistemas de información ofrecen una oportunidad única para pronosticar. En este escenario, nuestro objetivo es predecir el comportamiento de estos pacientes respecto a la utilización de recursos sanitarios en los 30 días posteriores a una intervención, identificando los factores sanitarios y sociosanitarios que influyen en la frecuentación al servicio de urgencias e ingresos en hospitalización convencional.

	URGENCIAS 30 días		HOSPITALIZACIÓN 30 días	
2017-2018	OR (95%CI)	p-valor	OR (95%CI)	p-valor
G caso	316 (1.772, 5.64)	<0.001	1.65 (1.11, 245)	0.01
G enfermedad	1.71 (0.94, 3.12)	0.08	1.06 (0.69, 1.63)	0.79
Autogestión + P. general	Referencia		Referencia	
2022-2023	OR (95%CI)	p-valor	OR (95%CI)	p-valor
G caso	293 (1.62, 5.30)	<0.001	3.61 (2.34, 5.56)	<0.001
G enfermedad	1.18 (0.62, 2.25)	0.61	2.06 (1.36, 3.12)	<0.001
Autogestión + P. general	Referencia		Referencia	

Análisis multivariante. Comparación periodos.

Variables	Total (N=1855)	Cohorte 1 (N=1083)	Cohorte 2 (N=772)	P Valor
Sexo				0.0079
Hombre	928 (50.0)	570 (52.6)	358 (46.4)	
Mujer	927 (50.0)	513 (47.4)	414 (53.6)	
Edad				0.6148
Media (SD)	66.74 (18.22)	66.70 (18.63)	66.78 (17.66)	
Min–Max	14.46–100.05	14.46–100.05	14.54–97.97	
Mediana (IQR)	70.21 (55.95–81.29)	70.62 (54.90–81.65)	69.43 (56.85–80.39)	
Institucionalización				0.0011
SI	103 (5.6)	76 (7.0)	27 (3.5)	
Diabetes Mellitus				0.6948
SI	73 (3.9)	41 (3.8)	32 (4.1)	
EPOC				<.0001
SI	250 (13.5)	96 (8.9)	154 (19.9)	
Insuficiencia Cardiaca				<.0001
SI	68 (3.7)	22 (2.0)	46 (6.0)	
RCV				
NO	1855 (100)	1083 (100)	772 (100)	
PPP				0.0002
SI	216 (11.6)	101 (9.3)	115 (14.9)	
Nivel socioeconómico				0.8633
No conocido	282 (15.2)	276 (25.5)	6 (0.8)	
1	154 (9.8)	76 (9.4)	78 (10.2)	
2	400 (25.4)	201 (24.9)	199 (26.0)	
3	407 (25.9)	209 (25.9)	198 (25.8)	
4	367 (23.3)	197 (24.4)	170 (22.2)	
5	245 (15.6)	124 (15.4)	121 (15.8)	
Nivel Estratificación				<.0001
G. caso	988 (53.3)	651 (60.1)	337 (43.7)	
G. enfermedad	440 (23.7)	202 (18.7)	238 (30.8)	
Autogestión	385 (20.8)	205 (18.9)	180 (23.3)	
Población general	42 (2.3)	25 (2.3)	17 (2.2)	

Tabla 1. Comunicación 416. Descriptiva según la cohorte.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo valorando los datos de 1.855 pacientes del PHE y divididos en dos cohortes diferentes, la primera formada por los pacientes valorados durante los años 2017-2018 y la segunda por los valorados durante los años 2022-2023. Se han desarrollado modelos de regresión logística multivariante para la presencia/ausencia de las variables respuesta. Los cálculos se realizaron mediante el programa SAS System v9.4 y se asumió significación estadística cuando $p < 0,05$.

Resultados: Los resultados muestran que la demanda sanitaria a los 30 días de ser incluidos en el PHE se relaciona fundamentalmente con el nivel de estratificación y con la edad. Así, los pacientes pertenecientes al grupo de Gestión del caso son aquellos que tienen más riesgo tanto de ingreso como de ser revalorados en los servicios de urgencia.

Conclusiones: Los datos obtenidos nos permiten llegar a las siguientes conclusiones: 1. El riesgo de hospitalización y de valoración en los servicios de urgencias de pacientes respiratorios incluidos en el PHE aumenta según la gravedad del caso y la edad. 2. Es necesario cambiar la forma de realizar el seguimiento de los pacientes en función del nivel de estratificación.

1012. PREC9, INCORPORACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Estefanía Murillo Romero, Javier Burgos Lozano, Montserrat Navarro Rodríguez, Nuria Romero Navarrete e Isabel Díaz Martos

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.

Introducción: La experiencia del paciente se refiere a las percepciones y respuestas de un paciente durante su interacción con los servicios de salud. En EPOC, existen pocas herramientas para medir esta experiencia. El PREM-C9 es un cuestionario autoadministrado desarrollado en el contexto sanitario inglés que evalúa la experiencia de los pacientes con EPOC. Consta de 9 ítems distribuidos en 3 subescalas: vida cotidiana, atención habitual y exacerbación. Esta herramienta ayuda a evaluar el impacto de la enfermedad y la calidad de la atención recibida. El objetivo es incorporar el cuestionario PREM-C9 en la práctica clínica como herramienta de evaluación integral en el seguimiento de pacientes con EPOC en el HDD, además de determinar los elementos facilitadores y las barreras en el uso del PREM-C9, para finalmente medir la experiencia del paciente con el fin de identificar áreas de mejora en la atención.

Material y métodos: Diseño observacional descriptivo que analiza la valoración del cuestionario PREM-C9 en pacientes EPOC con seguimiento en HDD de EPOC del Hospital Universitario de Bellvitge. Se entregó el cuestionario a 10 pacientes. Se evaluaron variables como: VEMS, FVC, FEV₁/FVC, hábito tabáquico, tratamiento inhalado, OCD; y también datos demográficos, características de los pacientes y tiempo en completar el cuestionario.

Resultados: Se evaluaron 15 pacientes con una media de edad fue de 72,1 años ($\pm 10,4$). El 66,6% fueron hombres. La función pulmonar media fue de FEV₁/FVC del 45,4% ($\pm 13,8$) y la FEV₁ media del 48% ($\pm 20,6$). Todos los pacientes tenían prescripción de triple terapia inhalada. El 66,6% contó con soporte familiar, mientras que el 83% presentó barreras sensitivas. La comprensión fue total (100%), y el tiempo de resolución del cuestionario fue < 10 minutos.

Conclusiones: La valoración de la experiencia de los pacientes a partir del PREM-C9 permite una evaluación más integral y personalizada. La incorporación de este cuestionario en la práctica clínica implica poder obtener esta información de una forma rápida y efectiva tanto para el paciente como para el personal sanitario, indepen-

dientemente de la gravedad de su enfermedad; sin embargo, existen limitaciones como barreras en la lectura, ya sea por pérdidas sensitivas como la visión o barrera de alfabetización o la falta de red de apoyo que nos pueden producir un sesgo en relación a la atención recibida.

Resultados	
Variables	Resultados
Sexo (h)	66,6
Edad (años)	72,1 ($\pm 10,4$)
FEV ₁ /FVC (%)	45,4 ($\pm 13,8$)
FEV ₁ (%)	48 ($\pm 20,6$)
FVC (%)	81 ($\pm 18,4$)
Tratamiento Inhalado	
Triple terapia (%)	100
Soporte familiar (%)	66,60
Barreras sensitivas	83
Comprensión (%)	100
Tiempo empleado (min)	< 10
OCD (%)	50

544. PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA VENTILACIÓN NO INVASIVA PEDIÁTRICA DESDE EL ROL AUTÓNOMO DE LA ENFERMERA REFERENTE

Verónica Barrios Moreda, Maria Cols Roig, Isabel Gascón Casaredi, Martí Pons Odena, Jordi Costa Colomer y Mireia Vilella Sabaté
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

Introducción: Los pilares fundamentales para una buena adherencia a la ventilación no invasiva domiciliaria (VNID) pediátrica son la elección óptima del material y la adaptación adecuada a la técnica, especialmente cuando el inicio es electivo. En nuestro centro, a partir del año 2020 se implantó el rol autónomo de la enfermera referente en el inicio de la VNID, con el objetivo de iniciar de forma homogénea y sistemática el proceso de adaptación electiva a la técnica, con la estandarización de los planes relativos a la capacitación de los cuidadores y al paciente, cuando este es colaborador. Previamente la adaptación a la VNID era una actividad desarrollada por personal médico.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional y descriptivo de pacientes pediátricos adaptados electivamente a VNID por la profesional referente de enfermería entre 2020-2024. Se incluyeron a aquellos pacientes que corresponden al área de influencia del Hospital Sant Joan de Déu. Se analizaron variables sociodemográficas, indicaciones de inicio, tiempo de adaptación a VNID, complicaciones y adherencia a los 6 meses de iniciar la terapia.

Resultados: El estudio incluyó 116 adaptaciones electivas a VNID. La mediana de edad fue de 8,5 años (rango de edad entre 1 mes de vida y 18 años). Las principales indicaciones fueron síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño ($n = 64$) e hipovenilación nocturna ($n = 21$). La mediana del tiempo necesario para adaptarse a la VNID fue de 3,6 días (rango entre 2 y 14 días). Ningún paciente presentó complicaciones moderadas ni graves relacionadas con la terapia. De la muestra inicial de 116 pacientes, en 16 pacientes se retiró la VNID por prescripción médica y en 13 casos aún no se cumplían 6 meses en el momento de la realización del estudio, de manera que se consideraron 87 pacientes para calcular la adherencia al tratamiento. De los 87 pacientes considerados, se observó que el 82,7% utiliza el dispositivo más de 4 h/noche.

Conclusiones: En nuestro centro el cambio de modelo de inicio VNID por la enfermera referente ha demostrado ser costo-efectivo y ha sistematizado el empoderamiento de los cuidadores, consiguiendo una buena adherencia a la técnica, sin complicaciones relevantes.

748. PROYECTO DE INNOVACIÓN CON BIG DATA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE PULMÓN EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO (IDEPRECAP): IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENFERMERÍA

María Teresa Gómez del Pulgar Murcia, Adrián Cruz Benita, Rebeca Armenta Fernández, Javier Alfayate Sánchez, Sandra Pelicano Vizuete, Montserrat Ramiro González y Carolina Gotera Rivera

Servicio de Neumología, IIS Fundación Jiménez Díaz, UAM, Madrid, España.

Introducción: El cáncer de pulmón es el de mayor mortalidad a nivel mundial. Desde 2021, conscientes de las limitaciones asociadas a la pandemia, iniciamos el programa iDEPRECAP con captación de pacientes preseleccionados a través de la aplicación móvil de la Fundación Jiménez Díaz, capaz de identificar la población de riesgo de nuestra zona. Con el objetivo de llegar a un mayor número de la población y disminuir la pérdida en el seguimiento, se diseñó un seguimiento coordinado por la consulta de enfermería capaz de determinar la inclusión y la gestión de casos de los pacientes incluidos en iDEPRECAP.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de los pacientes incluidos en iDEPRECAP entre 2021 a 2023. Tras la identificación de los pacientes (> 55 años y fumador/exfumador), se envió un cuestionario para valorar la inclusión en el programa (fig. 1). Con los resultados del cuestionario, todo paciente con un índice paquete/año > 30 y en caso de ser exfumador, menos de 15 años sin fumar, recibió un contacto telefónico de la enfermera para confirmar la inclusión en el programa. La presencia de EPOC y/o enfisema es determinante para la inclusión, por lo que los pacientes sin antecedente conocido de EPOC, se les realizaron pruebas de función pulmonar antes de valorar su inclusión.

Resultados: Desde 2021 hasta 2023 se incluyeron 1.639 pacientes con una media de edad de 67,49 años, de los cuales el 64% eran hombres y el 78% fumadores con una media de 55,20 paquetes/año. El 73%

presentaban enfisema en el TAC torácico de baja dosis de radiación (TBD) y un 57% con diagnóstico de EPOC. Al realizar el análisis de los datos, 1.226 pacientes se habían realizado el TBD, generando 40 alertas radiológicas gestionadas por enfermería, de los cuales en 17 casos se confirmó el diagnóstico de cáncer de pulmón (CP). Más del 50% presentaban EPOC y un 85% presentaba enfisema pulmonar en el TBD. La supervivencia actual es del 95%. El resto de las alertas recibidas fueron: 7 falsos positivos; 13 hallazgos sospechosos en estudio y 3 alertas no oncológicas que precisan valoración por otras especialidades.

Conclusiones: Podemos concluir que nuestro programa de cribado, dirigido a pacientes de muy alto riesgo por la presencia de EPOC/enfisema y alta carga tabáquica, la creación de programas coordinados con la consulta especializada de Enfermería asociado a la implantación de automatismo a través de Inteligencia artificial/big data, nos permite ser eficientes y llegar a una mayor población.

180. PUESTA EN MARCHA DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA POR LA UNIDAD DE ENFERMERÍA DE PRUEBAS FUNCIONALES DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA

Fernando L. Giráldez Macía, Yurena Hernández Galván y Virginia del Pino Brito García

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

Introducción: El déficit de alfa-1 antritripsina (DAAT) es una enfermedad infradiagnosticada o diagnosticada en fases muy avanzadas. Es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en el adulto. En enero del 2024 comenzamos a recoger muestras para la realización del análisis genético del alfa 1-antitripsina por parte de la unidad de enfermería de Pruebas funcionales del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Se describen las principales dificultades, cambios realizados, los resultados obtenidos y las futuras acciones previstas.

→ A través del portal del paciente "NML_Portal_confirmación Deprecap"

Figura 1. Comunicación 748.

Material y métodos: Se puso en funcionamiento la toma de muestras en saliva en los pacientes a los que realizamos pruebas funcionales respiratorias tomando como referencia la existencia de un patrón obstructivo en pacientes con EPOC, asma grave, enfisema o familiares de primer grado con DAAT. Se solicita un consentimiento informado previa información del procedimiento y entrega de la información por escrito. La recogida de muestra se hace después de realizar la espirometría basal.

Resultados: Se recogieron 142 muestras desde enero hasta el 11 de noviembre del 2024 entre las que se detectaron 3 variantes S/Z, una Z/Z y una M/MALTON (comportamiento similar a la variante Z). Fue necesario modificar el protocolo de llamadas para pruebas de función respiratoria. Entre las dificultades encontradas destacan: como conseguir un registro adecuado y como establecer un circuito para la comunicación enfermera/neumólogo/paciente en los casos relevantes. Registramos en cada espirometría la realización del test y añadimos una "nota enfermera" en la historia clínica electrónica. Revisamos semanalmente los resultados obtenidos en el laboratorio y nos ponemos en contacto con el neumólogo responsable en caso de obtener algún resultado relevante.

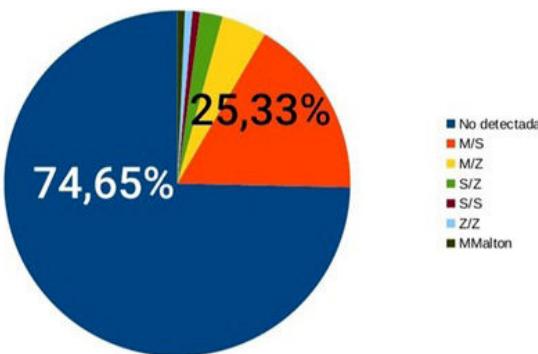


Figura 1: DISTRIBUCIÓN DE VARIANTES DETECTADAS n=142

Variante no detectadas: 74,65% Variantes detectadas: 25,33%

Conclusiones: La puesta en marcha de la toma de muestras ha conseguido cribar parte de la población y localizar casos relevantes. Se detectaron 36 muestras con algún DAAT, un 25,33% (fig.), de los cuales un 3,52% de la población analizada presenta fenotipos considerados moderados o graves desde el punto de vista respiratorio, un porcentaje mucho mayor que los datos generales registrados de la población española. Como objetivo futuro se necesita dinamizar el circuito de forma efectiva y sencilla y ampliar la población de estudio.

17. PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS: UN AÑO DE EXPERIENCIA

Verónica Gómez Abad, Ana del Hoyo Herrero y M. Begoña Josa Laorden

Unidad de Hospitalización de Neumología y UCRI, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La UCRI, área de monitorización y atención especializada de pacientes con patología respiratoria cuya gravedad no precisa ingreso en UCI pero por cuya complejidad tampoco puede ser tratados en planta. La pandemia COVID-19 puso de manifiesto su utilidad y coste-efectividad en el manejo del paciente respiratorio crítico. Por ello, el 1 octubre de 2023 se inauguró en el HUMV la primera UCRI. Buscamos describir la actividad de la UCRI de HUMV dependiente del servicio de NML durante su primer año.

Material y métodos: Recogemos de manera prospectiva y sistemática la actividad de UCRI HUMV en el primer año de funcionamiento (1/10/2023-1/10/2024).

Resultados: Ingresaron un total de 138 pacientes cuya edad media 64 años. El 52,2% eran mujeres frente a 47,8% hombres. Un 84,8% ingresaban desde Urgencias, un 13,8% desde UCI y 1,4% desde cama convencional. Los diagnósticos principales de ingreso fueron: 24% EPOC reagudizado (SAE) + insuficiencia resp. + acidosis resp. y un 24% patologías de perfil infeccioso, seguido de un 13,9% TEP y un 8% SAE. El tiempo de estancia: 5,4 días. Un 21% fueron dados de alta desde la UCRI, un 59,4% fueron trasladado a la unidad de hospitalización de NML, 13,8% trasladado a otra unidad/centro hospitalario, 3,6% precisó derivación a UCI, 2,2% exitus. El IMC medio: 26,6% (sobrepeso). Respecto al tabaco, un 46,4% exfumadores, frente a un 27,5% que nunca habían fumado y un 26,1% que eran fumadores activos con un consumo medio de 14 cig/día. Un 50% no estaban vacunados frente al neumococo, un 32,6% frente a la gripe y un 5,1% frente al COVID. Presentaban soporte familiar/social el 95%. El 77,5% tenían antecedentes de patologías respiratorias y el 60% cardíacas. El 25,4% tenían VMNI domiciliaria, de los cuales un 68,6% buen cumplimiento terapéutico con al menos 4 h/día de uso. Precisaron O2 convencional 85,5%, un 50,7% VMNI y un 21% OAF. El 74% realizó FR en el ingreso y 8,7% sesiones de RHB. El 3,6% precisó perfusión de fármacos vasoactivos y 1,4% sufrió síndrome confusional agudo. Fueron subsidiarios de medidas agresivas un 66,6% frente al 33,3% que UCRI suponía techo terapéutico.

Conclusiones: Permite desarrollar una alta actividad asistencial con un bajo porcentaje de fracaso terapéutico y elevada supervivencia. Un porcentaje no despreciable de pacientes con patología respiratoria reúnen criterios para ser candidatos a UCRI. La agudización del EPOC es el diagnóstico más frecuente de ingreso y la necesidad de soporte ventilatorio el criterio más habitual por el que acuden.

125. PUNCIÓN ECOGUIADA EN LA GASOMETRÍA ARTERIAL: UN CAMBIO DE PARADIGMA

Ángela García Sanz, Juana María Martínez Llorens, Carla Molina Huerta, Diana García Sardelli, Anna Civit Cunnado, Ana Balañá Corberó, Elisabeth Lafuente Cabrero, Paula Rodríguez Ros, Anna Clemente Medrano, Mireia Admetlla Papiol, Oscar García Mariñoso, Laia Lacueva Pérez y Natalia Morales Llorente

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La gasometría arterial (GSA) es una prueba fundamental en el manejo del paciente respiratorio. Las guías de práctica clínica recomiendan, determinar la ubicación de la arteria mediante palpación y usar anestésico local debido al dolor de la punción. La punción repetida periódicamente, puede provocar tejido cicatricial y daño en las estructuras vasculares, especialmente con múltiples intentos para obtener la muestra.

Objetivos: Determinar la eficacia de la técnica ecoguiada (TEG) en comparación con la técnica convencional mediante palpación (TCP) en la realización de GSA en personas con patología respiratoria, evaluando la intensidad del dolor y el número de punciones necesarias para obtener una muestra adecuada.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes en el Hospital de Día de Neumología (consulta de ventilación mecánica domiciliaria) entre febrero y octubre de 2024. Cohorte expuesta (TEG)*: Personas a quienes se les realiza GSA mediante técnica ecoguiada por parte de enfermeras del Equipo de Infusión y Acceso Vascular (EIAV). Cohorte no expuesta (TCP)*: Personas a quienes se les realiza GSA mediante técnica convencional mediante palpación, por parte de enfermeras de Hospital de Día de Neumología. La flexibilidad en la asignación de la cohorte se debe a los recursos humanos limitados del EIAV. En todos los casos, se administró 0,5 ml de mepivacaína subcutánea. Variables: Intensidad del dolor con escala visual analógica (EVA) de 0 a 10. Se midió el dolor en punciones previas sin anestesia (D previo TEG/TCP) y el dolor pospunción con anes-

Tabla 1. Características generales de la población estudiada y resultados obtenidos.

	PALPACIÓN	ECOGRAFÍA	p
Población, número	38	95	
Edad, años (media – desviación estándar)	67.6 ± 12.4	68.9 ± 14.4	0.626
Sexo (H/M)	17/21	34/61	0.338
Diagnósticos (absoluto, % del total):			
Caja Torácica	23 (60.5%)	38 (40%)	
Enfermedad Neuromuscular	9 (23.7%)	40 (42.1%)	
Patología respiratoria del sueño	1 (2.6%)	11 (11.6%)	
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	5 (13.2%)	6 (6.3%)	
Duración procedimiento, minutos (media –desviación estándar)	29 ± 18	53 ± 31	0.000
Dolor previo (EVA 0 a 10)	4.82 ± 3.03	5.53 ± 3.10	0.244
Dolor actual (EVA 0 a 10)	1.68 ± 1.89	1.58 ± 2.29	0.817
Modificación dolor	0.31 ± 0.31	0.39 ± 0.36	0.244
Número de intentos procedimiento (absoluto):			0.002
Un intento	30	91	
Más de un intento	8	4	

Abreviaturas: H: hombre; M: mujer; EVA: escala visual analógica

Tabla 1. Comunicación 125.

tesia, así como el número de punciones requeridas para la obtención de una muestra adecuada.

Resultados: N = 133 pacientes (100%). Grupo TCP: 38. Grupo TEG: 95. En ambos grupos se observó una reducción del dolor durante la GSA (TCP: dolor previo 4,82 ± 3,03 vs. actual 1,68 ± 1,89; TEG: dolor previo 5,53 ± 3,10 vs. actual 1,58 ± 2,29). En el grupo TEG, se evidenció una reducción estadísticamente significativa en el número de intentos para obtener la muestra de sangre arterial (TCP: 79% punción 1.er intento y 21% más de uno vs. TEG: 96% un solo intento, 4% más de uno; p = 0,002).

Conclusiones: Ambos grupos mostraron una reducción del dolor durante la obtención de sangre arterial con anestesia subcutánea. La punción ecoguiada se relaciona con una disminución significativa en el número de intentos necesarios para realizar la GSA, sugiriendo que esta técnica es más efectiva y menos lesiva para las personas.

94. RASGOS CLÍNICOS DE FAMILIARES DE PACIENTES CON DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA

Marina Utrero Rico¹, Cristina Barea Jiménez², María Jesús Gómez Cañal² y Virginia Almadana Pacheco²

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una condición genética derivada de mutaciones del gen de la SERPINA 1 que conduce a un mayor riesgo de enfermedades pulmonares y hepáticas, siendo de gran relevancia el cribado familiar. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los familiares de pacientes con DAAT en la consulta monográfica en el Hospital Universitario Virgen del Macarena.

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con datos clínicos de 108 familiares de pacientes con al menos una mutación potencialmente patógena para DAAT desde enero de 2019 hasta junio de 2024. Se evaluaron las características clínicas, el genotipo y la prevalencia de enfermedades respiratorias, hepáticas y otras comorbilidades asociadas.

Resultados: Se evaluaron 108 familiares de pacientes con DAAT. Las características generales de la muestra se describen en la tabla 1.

La distribución por sexos fue similar, con una mediana de edad de 43 años (4-78). Se encontraron alelos patológicos en el 47,2% de los familiares evaluados. En relación a la patología respiratoria destaca un 7,4% (8 pacientes) de EPOC (Clasificación GOLD: grado 1 37,5%, grado 2 62,5%; Grupa A 37,5%, grupo B 50% y grupo E 12,5%). Además, el 17,6% (19 pacientes) presentó asma bronquial. El diagnóstico de patología respiratoria fue de *novo* en el 12% de los casos (13 pacientes), de los cuales, el 38,5% (5) presentó asma y 61,5% (8) EPOC. En relación a la patología digestiva el 28,7% (31 pacientes) se derivó a digestivo, con diagnóstico de hepatopatía en el 29% (9) y pancreatitis en el 3,2% (1). El diagnóstico de enfermedad hepática *de novo* se realizó en el 8,3% (9) de los casos (22,2% hipertransaminasemia, 44,4% esteatosis hepática, 11,1% cirrosis hepática, 11,1% hepatitis autoinmune y 11,1% nódulos hepáticos benignos). En cuanto a las pruebas de imagen se encontró enfisema en el 7,4% y bronquiectasias en el 3,7%. El Índice de Comorbilidad de Charlson de la muestra fue bajo (tabla 2).

Tabla 1. Características generales de la muestra. Los datos se muestran como tamaño de la muestra, porcentajes, media y rango intercuartílico. PCR: proteína c reactiva; IPA: Índice Paquete año; FEV1/FVC: diferencia entre el flujo espirado durante el primer segundo y la capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono. *El índice FEV1/FVC se realizó a un total de 50 pacientes y la DLCO a 44 pacientes.

Características de la muestra (N=108)			
Sexo (%)	Mujer 50 (46.3%) Hombre 53 (53.7%)	Progenika (%)	MM 37 (34.3%) MS 20 (18.5%) MZ 41 (38%) MM malton 3 (2.8%) ZZ 1 (0.9%) SZ 4 (3.7%) MP Lowell 1 (0.9%) SM malton 1 (0.9%)
Tabaquismo (%)	Fuma 24 (22.2%) Exfumador 26 (24.1%) Nunca fumador 58 (53.7%)		
IPA (paq/año)	20.8 (5 - 98)		
PCR (mg/dl)	1.7 (0 - 8)	Niveles (mg/dl) AAT	97.7 (11 - 165)
Edad (años)	43 (4 - 78)	FEV1/FVC<70%*	8 (16%)
		DLCO<80%**	25 (56.8%)

Conclusiones: El cribado familiar permitió la detección de mutaciones con riesgo, siendo posible detectar la presencia de enfermedad hepática y pulmonar en un porcentaje considerable de pacientes,

Tabla 2. Índice de Comorbilidad de Charlson. Los datos se muestran como porcentajes, media y rango intercuartílico.

Índice de Comorbilidad de Charlson			
Infarto de miocardio	2,8%	Diabetes	4,6%
Insuficiencia cardiaca congestiva	0,9%	Diabetes con lesión orgánica	0%
Enfermedad vascular periférica	0,9%	Hemiplejia	0%
Enfermedad cerebrovascular	0,9%	Patología renal (moderada o grave)	0%
Demencia	0%	Neoplasias	8,3%
Enfermedad Pulmonar Crónica	14,8%	Leucemias	0%
Patología del tejido Conectivo	0,9%	Linfomas malignos	0%
Enfermedad ulcerosa	0,9%	Metástasis sólidas	0%
Patología hepática ligera	5,6%	SIDA	0%
Patología hepática moderada o grave	1,8%	Total	1.2 (0 - 8)

Tabla 2. Comunicación 94.

además es importante destacar que la mayoría de enfermedades diagnosticadas *de novo* se realizó en un estadio precoz que permitió tratar precozmente y realizar un seguimiento de forma correcta.

65. RECICLADO DE LOS INHALADORES POR PARTE DE NUESTROS PACIENTES

Teresa Roser Espinosa Femenia, Alejandra Marín Arguedas, Juliana García Rabazo, Susana Bogaz Marín, Mirta Amblàs Pla, Nuria Rivero Morcillo y Jorge Martín Thomas Yole

Hospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España.

Introducción: La terapia inhalada es ampliamente utilizada en enfermedades respiratorias crónicas, como asma y EPOC, las cuales afectan a millones de personas en España. Estos inhaladores contienen materiales reciclables que deben gestionarse adecuadamente para reducir su impacto ambiental. Además, los inhaladores de dosis medida a presión (pMDI) utilizan gases propelentes de efecto invernadero potentes, existen alternativas bajas en carbono disponibles en forma de DPI sin propelente e inhaladores de niebla suave reutilizables, aunque son menos utilizados. El conocimiento y la práctica de reciclaje de estos dispositivos entre los pacientes y su influencia por parte de los profesionales sanitarios siguen siendo inciertos. Este estudio tiene como objetivo analizar el grado de conocimiento y las prácticas de reciclaje entre los usuarios de inhaladores, además de explorar el papel de los profesionales en esta educación ambiental.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario dirigido a pacientes mayores de 18 años que utilizan inhaladores. Las encuestas se realizaron de forma consecutiva entre el 1 de noviembre de 2023 y el 1 de junio de 2024. Se recogieron datos demográficos, tipo de inhalador, práctica de reciclaje y percepción de la importancia del cambio climático. Los análisis estadísticos incluyeron pruebas de Mann-Whitney y chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables.

Resultados: La muestra incluyó 177 pacientes (54,8% mujeres, mediana de edad: 66 años). El 42,9% desechará sus inhaladores en el punto SIGRE. Se observó una diferencia significativa en la edad entre quienes reciclaban en el SIGRE y en otros lugares ($p = 0,0039$). Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre el reciclaje y el género ($p = 0,074$) o el diagnóstico ($p = 0,632$). El inhalador más utilizado es el pMDI en un 41,8%. Además, solo un 14,1% había recibido información específica sobre el reciclaje de inhaladores, siendo los farmacéuticos la principal fuente de esta información (40%). La

percepción de la importancia del cambio climático obtuvo una media de 8,59 y la del reciclaje de inhaladores, 8,32.

Conclusiones: Los resultados sugieren una falta de conocimiento y práctica en el reciclaje adecuado de inhaladores entre los pacientes, con un elevado uso de cartucho presurizado, con una baja implicación del personal sanitario en la educación ambiental. Aumentar la sensibilización puede ser clave para una mejor gestión de residuos e impacto medioambiental.

316. REDUCCIÓN DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNA UCIR

Rebeca Armenta Fernández, Irene Pita Martín, María Teresa Gómez del Pulgar Murcia, Paula Núñez Perelló, Mario Romero Cabrero, Ángeles Cuadra Alonso, Sandra Pelicano Vizuete, Montserrat Ramiro González, Alba Naya Prieto y Sarah Heili Frades

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: Los pacientes ingresados en una UCIR requieren monitorización hemodinámica, lo que en muchos casos incluye la canalización de catéteres arteriales y venosos centrales. La bacteriemia asociada a catéteres (BAC) se ha relacionado con una alta morbilidad, mortalidad atribuible y un aumento de los costos sanitarios. En La FJD no existe un protocolo estandarizado para la inserción y manejo de estos catéteres, lo que está directamente relacionado con la tasa de infecciones (TI) asociadas a los mismos. El equipo de enfermería de la UCIR, diseñó un protocolo de inserción y cuidados, con el objetivo de reducir la incidencia de BAC venosos y arteriales en la unidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional (enero 2023 septiembre de 2024) que incluyó a todos los pacientes ingresados en la UCIR, que portaran vías venosas centrales (VVC), catéteres centrales de inserción periférica (PICC) y catéteres arteriales (CA), al momento del ingreso o que fueran canalizados al llegar a la unidad. Se revisó y adaptó el protocolo de Bacteriemia Zero a la UCIR; se impartió formación teórico-práctica y se diseñó un protocolo unificado para el cuidado de los catéteres, que abarca su inserción y manejo. Se introdujo también una figura de enfermera encargada de supervisar y seguir a implementación del protocolo.

Resultados: En total, se incluyeron 409 pacientes. De enero a noviembre de 2023, se canalizaron 175 CA, se rotaron 29 por obstrucción o sospecha de infección. Tras la implantación del protocolo, de

noviembre a septiembre de 2024, se canalizaron 218 CA, de los cuales tres requirieron recambio por obstrucción o fiebre. Se cultivaron 18 puntas de CA, solo una de ellas resultó positiva. Además, se canalizaron 23 PICC y 56 VC, de los cuales seis fueron rotados por sospecha de bacteriemia. Se cultivaron las puntas de 12 VC/PICC, todas con resultados negativos. Durante el período de estudio, previo al protocolo, se extrajeron un total de 211 parejas de hemocultivos (HC), tanto periféricos como de CA, siendo positivos para BAC en siete casos, con una TI asociada a CA del 4%. Tras realizar la formación e instaurar el protocolo, se extrajeron un total de 218 parejas de HC, tanto periféricos como de CA, CV y PICC, siendo todos negativos para BAC. La TI tras aplicar las medidas adoptadas fue del 0,4%.

Conclusiones: La implementación de un protocolo unificado para el manejo y la inserción de catéteres venosos y arteriales contribuye a la disminución de la tasa de infecciones asociados a los mismos.

488. REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN UNA CONSULTA DE EPOC AVANZADO: HACIA UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Meritxell López Zamora¹, Ruth Engonga Gutiérrez², José Luis Valera Felices¹, Carmen Rendón Márquez², María Díaz Bustó³, Yolanda de los Llanos Cocoles³, Carmen Cruz Ferres³, Núria Toledo Pons², Sabina Perelló Roselló², Amanda Iglesias Coma⁴ y Francisco de Borja García-Cosío Piqueras¹

¹Hospital Universitario Son Espases, IdISBa, CIBERES, Palma de Mallorca, España. ²Hospital Universitario Son Espases, IdISBa, Palma de Mallorca, España. ³Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ⁴IdISBa, CIBERES, Palma de Mallorca, España.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en estadio avanzado representa un desafío significativo en el manejo de la salud respiratoria, debido a sus síntomas debilitantes y la alta tasa de exacerbaciones. El paciente se enfrenta a momentos críticos donde la comunicación directa es difícil, por lo que dejar instrucciones claras mediante un documento de voluntades anticipadas (DVA) puede proporcionar tranquilidad, tanto al propio paciente como a sus familiares. Este estudio tiene como objetivo describir los pacientes de un programa de EPOC frágil clasificados por gravedad de la EPOC y por la existencia de un registro de voluntades anticipadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes en seguimiento en un programa de EPOC Frágil en el Hospital Son Espases donde se realizan primeras visitas y de seguimiento estructurado trimestral por una enfermera que realiza una valoración integral del paciente. Se atienden agudizaciones, se gestionan ingresos de forma dirigida y se evitan visitas al Servicio de Urgencias. Los pacientes fueron clasificados por riesgo (GesEPOC 2021), edad, sexo, grado de obstrucción (GOLD 2025) y registro de voluntades anticipadas.

Resultados: Se estudiaron 68 pacientes con EPOC de alto riesgo con 2 o más ingresos hospitalarios en el último año. La edad media fue de 72 ± 7 años, siendo el 34% mujeres. El 76% estaba clasificado como paciente crónico complejo y el 9% avanzado según la Estrategia de Cronicidad de las Islas Baleares. Los resultados demuestran que el 36% de los pacientes se encuentran en estadio GOLD 4, el 49% en GOLD 3 y el 15% en GOLD 2. El CAT medio de la población era de 20 ± 6 , el MMRC de 3 ± 1 y el BODE de 6 ± 2 . El 65% eran portadores de oxigenoterapia crónica domiciliaria y el 21% estaba con tratamiento opioide para el control de la disnea refractaria. Solo el 3% de los pacientes tenían un registro de voluntades anticipadas.

Conclusiones: Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de fomentar discusiones proactivas sobre las voluntades anticipadas entre los pacientes con EPOC avanzada y sus familias. La planificación de cuidados anticipados debería integrarse como parte fundamental del tratamiento de la EPOC avanzada, no solo para respetar los deseos del paciente, sino también para reducir el estrés en

los cuidadores y en los equipos médicos, promoviendo así una atención más humanizada y centrada en la persona.

267. RELACIÓN ENTRE EL COPD ASSESSMENT TEST (CAT) Y PARÁMETROS DE FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES EPOC VALORADOS POR ENFERMERÍA RESPIRATORIA

Henar Zumeta Ruiz, Yolanda Omara Hijas Román, Soraya Fernández Gay, Raquel Franganillo Fernández, Vicente Roig Figueroa, Ana Belén Herguedas Vela, María Encarnación Galván Sánchez, Cristina Fernández Gay y Teresa Arroyo Gallego

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

Introducción: La normativa GOLD estratifica el riesgo en pacientes EPOC a través de una valoración multidimensional basada en el grado de disnea (MRC) o el nivel de síntomas (Cuestionario CAT), el grado de obstrucción al flujo aéreo (FEV₁) y la frecuencia de exacerbaciones previas. Es conocida la débil correlación entre el grado de disnea (MRC) y la gravedad del FEV₁. Existe escasa información sobre la relación entre el nivel de síntomas (CAT) y el FEV₁. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la relación entre el estado de salud global del paciente con EPOC (CAT) y 3 parámetros de función pulmonar: FEV₁, transferencia de CO (DLCO) y distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos (TM6M).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de pacientes EPOC de la consulta de enfermería neumológica entre febrero y octubre de 2024. Se analizaron: nivel de síntomas (CAT), FEV₁, DLCO y distancia recorrida en el TM6M. Para comparación de variables cualitativas se emplearon el test de chi-cuadrado y test de Fisher ($si < 5$ casos). Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba de Spearman. Se realizó análisis multivariante mediante regresión lineal. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (69% varones, edad media 70 años). Fumadores activos 36%. 80% recibían tratamiento con triple terapia. La puntuación media en el cuestionario CAT fue de 13 puntos, FEV₁ 71% y DLCO 62%. La distancia media recorrida en el TM6M fue 481 m. Se obtuvo una relación inversa entre CAT y FEV₁ y DLCO (a mayor valor de CAT menor valor de FEV₁ y DLCO y viceversa), si bien esta relación no fue estadísticamente significativa. Sí encontramos una relación estadísticamente significativa entre puntuación del CAT y distancia recorrida en TM6M (a mayor valor de CAT, menor valor de TM6M). Esta relación fue especialmente significativa en el subgrupo de pacientes con TM6M < 350 m (todos los pacientes con TM6M < 350 m presentaron un CAT > 10 puntos y el 60% de los mismos, un CAT > 20).

Conclusiones: Nuestro estudio confirma la escasa correlación entre FEV₁ y el CAT. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio por el escaso tamaño de la muestra, sí existe una relación significativa entre el TM6M y el CAT, especialmente fuerte en pacientes con TM6M < 350 m. Planteamos la discusión sobre si deben evaluarse otros parámetros de función pulmonar, además del FEV₁, en la evaluación multidimensional del riesgo en la EPOC.

351. RELACIÓN ENTRE EL Z-SCORE Y EL COCIENTE FEV₁/FVC (%) EN NUESTRAS ESPIROMETRÍAS

Roberto Dorrego González, Concepción Rodríguez García, Luz María Gallego Espolita, José Antonio Gullón Blanco y Jesús Allende González

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue conocer la concordancia entre el valor del cociente FEV₁/FVC (%) y el z-score, en el diagnóstico de obstrucción.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes que acudieron a nuestra consulta, a los que se realizó espirometría. Datos recogidos: edad (14-50; 51-70; > 70), IMC, patología respiratoria (EPOC, asma, bronquiectasias, EPID, sin patología), datos espirométricos: FEV₁/FVC (%) y z-score, considerando obstrucción FEV₁/FVC < 70% y z-score < -1,64. La espirometría se realizó con un espirómetro de ultrasonidos. Estudio estadístico: análisis de frecuencias y de concordancia por índice Kappa (κ : < 0,20: pobre, 0,21-0,40 débil, 0,41-0,60: moderada, 0,61-0,80: buena, 0,81-1,00 muy buena).

Resultados: Se incluyeron 300 pacientes con una edad media de $62,66 \pm 8$ años. IMC: < 30: 194 (64,7%) y > 30: 106 (35,3%). Media del z-score de -1,0257 y de FEV₁/FVC (%) de $70,08 \pm 13$. La patología por la que acudieron a consulta fue: EPOC: 72 (24%), asma: 71 (23,7%), bronquiectasias: 6 (2%), EPID: 45 (15%), sin patología 106 (35,3%). El índice kappa (κ) global entre FEV₁/FVC (%) y z-score fue de 0,783. Por edad: (14-50 años: 0,806, 50-70 años: 0,751, > 70: 0,685). En la tabla 1 se muestra la concordancia entre ambos parámetros, según los diferentes grupos de edad, en pacientes con EPOC. En la tabla 2 se muestra la concordancia entre ambos parámetros, según los diferentes grupos de edad, en pacientes con asma.

Tabla 1

EPOC	Obstrucción z-score	Obstrucción FEV ₁ /FVC (%)		Índice Kappa
		Sí	No	
14-50 años (N = 1)	Sí	1		
	No			
51-70 años (N = 43)	Sí	35	0	0,352
	No	6 (14,6%)	2	
> 70 años (N = 28)	Sí	22	0	0,239
	No	5 (19,2%)	1	
Total (N = 72)		11 (15,9%)		0,305

Tabla 2

Asma	Obstrucción z-score	Obstrucción FEV ₁ /FVC (%)		wíndice Kappa
		Sí	No	
14-50 años (N = 27)	Sí	9	3 (25%)	0,695
	No	1	14	
51-70 años (N = 27)	Sí	10	0	0,707
	No	4	13	
> 70 años (N = 17)	Sí	5	0	0,541
	No	4	8	
Total (N = 71)				0,656

Conclusiones: En el grupo global de pacientes FEV₁/FVC (%) y z-score presentaron una concordancia adecuada, aunque más débil en aquellos mayores de 70 años. En EPOC la concordancia entre ambos parámetros es débil dado que el FEV₁/FVC (%) sobreestima la presencia de obstrucción por lo que sería recomendable utilizar el z-score, sobre todo a los mayores de 70 años. En los asmáticos menores de 50 años estaría indicado la utilización del z-score para no infradiagnosticar, dado que detecta obstrucción en una cuarta parte de los pacientes que no cumplían criterios por valor de referencia.

853. RELACIÓN ENTRE FUNCIÓN PULMONAR, CAPACIDAD DE EJERCICIO Y GRAVEDAD EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

Laura Fernández Prieto, Rosa Sedano Gutiérrez, Soraya Fernández Gay, Vicente Roig Figueroa, Santiago Juarros Martínez y Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

Introducción: Las bronquiectasias son una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por la dilatación anormal de los bron-

quios, con impacto en la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes. Este análisis se centra en pacientes con diagnóstico de bronquiectasias y colonización crónica, evaluando la relación entre la severidad de la enfermedad, medida con la escala FACED, y parámetros funcionales y pulmonares.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en 24 pacientes diagnosticados con bronquiectasias e infección bronquial crónica atendidos entre 2021 y 2024. Se analizaron parámetros funcionales (FEV₁%, DLCO%), capacidad de ejercicio (distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos), desaturación al esfuerzo (> 4 puntos), datos microbiológicos (germen aislado, método de obtención de muestras: esputo/BAS). La severidad de la enfermedad se evaluó con la escala FACED. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas de correlación para evaluar las relaciones entre variables.

Resultados: La muestra incluyó un 79,2% de mujeres, y un 20,8% de hombres, con una edad media de $71,8 \pm 9,6$ años. El 33,3% de los pacientes tenía antecedentes de tabaquismo. La media de FEV₁ fue del $97\% \pm 26,7$ y la de DLCO fue del $84,6\% \pm 15,4$. La distancia media recorrida fue de $489,5 \pm 107,1$ metros, y el 25% de los pacientes presentó desaturación durante el ejercicio. El método de obtención de muestra más frecuente fue el esputo (87,5%), siendo *Pseudomonas aeruginosa* el germen aislado en mayor proporción (54,2%). Se encontró una correlación negativa significativa entre FACED y metros recorridos ($r = -0,59$, $p = 0,002$), así como entre FEV₁ y desaturación ($r = -0,54$, $p = 0,006$). Además, se observó una correlación positiva entre DLCO y metros recorridos ($r = 0,43$, $p = 0,034$).

Conclusiones: Los resultados muestran que la severidad según la escala FACED se asocia con una menor capacidad de ejercicio, mientras que peores valores de FEV₁ están relacionados con mayor desaturación durante la prueba. La capacidad de difusión pulmonar (DLCO) se correlaciona positivamente con la capacidad de ejercicio. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar integralmente la función pulmonar y la severidad de la enfermedad para guiar el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con bronquiectasias.

851. RELACIÓN ENTRE LA RESPUESTA AL MANITOL (PD15) Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA EVALUACIÓN DE LA HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Rosa Sedano Gutiérrez, Laura Fernández Prieto, Soraya Fernández Gay, Vicente Roig Figueroa, Santiago Juarros Martínez y Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

Introducción: La prueba de provocación bronquial con manitol (PD15) es un método ampliamente utilizado para evaluar la hiperreactividad bronquial, especialmente en el contexto del asma. Este estudio analiza la relación entre la PD15 y diversas variables clínicas para explorar posibles asociaciones significativas que contribuyan al entendimiento del comportamiento de esta prueba en diferentes perfiles clínicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo con datos de 33 individuos con prueba de provocación bronquial con manitol positiva. Se analizaron las siguientes variables: género, edad, IMC, rinitis alérgica, reflujo gastroesofágico, tabaquismo, eosinófilos en sangre, FEV₁ basal y PD15. Las diferencias en PD15 entre subgrupos categóricos se analizaron mediante pruebas t de Student y ANOVA, se calcularon correlaciones de Pearson para las variables numéricas.

Resultados: La muestra incluyó 33 pacientes, de los cuales el 84,8% fueron mujeres y el 15,2% hombres. La edad media fue de $48,2 \pm 16,7$ años. En relación al tabaquismo, un 42,4% eran no fumadores, un 39,4% exfumadores y un 18,2% fumadores activos. El 33,3% de los pacientes presentó obesidad (IMC > 30), el 15,2% presentó reflujo gastroesofágico y el 30,3% presentó rinitis alérgica. En el análisis estadístico, no se identificaron relaciones significativas entre las respon-

ta bronquial al manitol (PD15) y las variables clínicas evaluadas. Los valores p obtenidos fueron los siguientes: FEV₁ basal, p = 0,422; eosinófilos, p = 0,466; edad, p = 0,629; tabaquismo, p = 0,932; obesidad, p = 0,692; y para reflujo gastroesofágico, p = 0,833. Estos resultados indican que ninguna de las variables analizadas mostró una relación estadísticamente significativa con la PD15 (p > 0,05). Sin embargo, se observaron correlaciones significativas entre FEV₁ basal y tabaquismo p = 0,039 y entre FEV₁ basal y edad p = 0,002, lo que sugiere que estas variables pueden influir en la función pulmonar basal medida por FEV₁.

Conclusiones: La prueba de provocación bronquial con manitol (PD15) no mostró relaciones significativas con las variables clínicas estudiadas, reforzando su especificidad en la evaluación de la hiperreactividad bronquial, independientemente de características demográficas o clínicas comunes. Sin embargo, FEV₁ basal presentó correlaciones significativas con tabaquismo y edad, lo que sugiere su influencia en la función pulmonar basal.

426. RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE DLCO Y LOS GENOTIPOS DEL ALFA 1 ANTITRIPSINA: EXPERIENCIA EN UN LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR (ESTUDIO DIALPHAGEN)

Ana Priegue Carrera¹, Liza Almeida Carrete², Luz Cerdeira Domínguez³, Paula Domínguez Pérez³, Esmeralda García Rodríguez⁴, Manuel Casal Guisande¹, Laura Villar Aguilar⁵, María Torres Durán⁵ y Alberto Fernández Villar¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Grupo NeumoVigo I+I, Vigo, España. ²Servicio de Neumología, Esteve Teijin, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ⁴Centro de Salud Redondela, Grupo NeumoVigo I+I, Vigo, España. ⁵Hospital Álvaro Cunqueiro, Servicio de Neumología, Grupo NeumoVigo I+I, Vigo, España.

Introducción: El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es una enfermedad genética que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar. La capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) es un parámetro funcional que se afecta precozmente en el enfisema, en ocasiones precediendo al desarrollo de obstrucción al flujo aéreo. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los valores de DLCO y los genotipos de la alfa-1 antitripsina en una cohorte de pacientes a los que se le realiza un estudio funcional respiratorio.

Material y métodos: Se diseñó un estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes que realizaron un estudio de DLCO en el laboratorio de función pulmonar, entre enero y octubre de 2024. Se analizaron las siguientes variables: Sexo, edad, IMC, tabaquismo, DLCO, KCO, FEV₁, cociente FEV₁/FVC, exposición laboral, y motivo de solicitud de la prueba. A todos los participantes se le recogió una muestra de saliva para estudio del genotipo de alfa-1 antitripsina utilizando el dispositivo Alphakit de Progenika. Criterios de inclusión: edad > 18 años, firma del consentimiento informado y realizar una prueba válida de DLCO. Criterios de exclusión: edad < 18 años, ausencia de consentimiento, prueba de DLCO no válida. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las principales características de la muestra, tanto global como en función del genotipo determinado. Se utilizó el test t de Student para variables continuas y test exacto de Fisher para categóricas. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética de la investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense (Código: 2024/056).

Resultados: Se reclutaron 689 pacientes: 54,7% hombres, edad media de 60,6 años, con la siguiente distribución alélica: 491 PI*MM, 147 PI*MS, 24 PI*MZ, 19 PI*SS, 2 PI*SZ, 1 PI*ZZ, (494), 1 PI*MI, 1 PI*MF y 1 PI*MPowell. Los genotipos diferentes de PI*MM para el análisis se agruparon en PI*M/Deficitario (173), PI*Deficitario/Deficitario (20). Las características de la muestra y principales resultados se pueden ver en la tabla. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la DLCO media entre los grupos (p = 0,302), ni en porcentaje de individuos con DLCO < 80%.

Tabla 1. Características de la muestra

	Total	Genotipo PI*MM	Genotipo PI*M/Def	Genotipo PI*DefDef	P _{PI*MM-PI*MM/Def}	P _{PI*M/Def-PI*Def/Def}	
N	689	494	173	21	-	-	
Sexo (hombres, %)	377 (54,7)	280 (56,7)	87 (50,3)	10 (47,6)	0,386	0,519	
Edad	60,6 (11,7)	60,6 (11,5)	60,5 (12,4)	60,7 (10,4)	0,948	0,520	
IMC	28,0 (5,6)	27,97 (5,4)	28,15 (5,8)	26,45 (3,9)	0,718	0,210	
Tabaco	No Fumador	197 (28,6%)	141 (28,5%)	49 (28,3%)	7 (33,3%)	0,930	0,830
	Ex Fumador	34 (50,5%)	252 (51%)	85 (49,1%)	10 (47,6%)	0,945	0,740
	Fumador	143 (20,8%)	100 (20,2%)	39 (22,5%)	4 (19,0%)	0,480	0,997
Exposición laboral	250 (36,3%)	176 (35,6%)	66 (38,2%)	8 (38,1%)	0,528	0,999	
FVC (%)	95,8 (17,7)	95,9 (17,1)	94,7 (18,5)	97,5 (17,3)	0,432	0,680	
FEV1(%)	86,0 (22,4)	85,4 (22,4)	88,1 (22,3)	83,4 (24,7)	0,177	0,689	
Cociente	70,3 (13,4)	69,7 (13,9)	72,6 (11,1)	67,1 (15,8)	0,013	0,399	
DLCO (%)	86,0 (22,6)	85,7 (22,4)	87,8 (22,5)	78,3 (27,4)	0,302	0,144	
KCO (%)	93,1 (21,2)	92,6 (21,0)	87,8 (22,5)	78,3 (27,4)	0,108	0,097	
DLCO <80%	261 (37,9%)	188 (38,1%)	64 (37,0%)	9 (42,9%)	0,998	0,850	
Enfisema	187 (27,1%)	138 (27,9%)	42 (24,3%)	7 (33,3%)	0,529	0,669	
Bronquiectasias	176 (25,5%)	121 (24,5%)	47 (27,2%)	8 (38,1%)	0,459	0,257	
Motivo de petición	Enferm. Vía Aérea	161 (23,4%)	124 (25,1%)	30 (17,3%)	7 (33,3%)	0,037	0,44
	Cáncer de pulmón	132 (19,1%)	93 (18,8%)	38 (22,0%)	1 (4,8%)	0,375	0,147
	Enferm. Intersticial	157 (22,8%)	113 (22,9%)	36 (20,8%)	8 (38,1%)	0,598	0,117
	Enf. Autoinmune	45 (6,5%)	35 (7,1%)	8 (4,6%)	2 (9,5%)	0,286	0,657
	Otras	73 (10,6%)	47 (9,5%)	26 (15%)	0	0,049	0,243
	Desconocidas	120 (17,4%)	82 (16,6%)	35 (20,2%)	3 (14,3%)	0,296	0,999

Tabla 1. Comunicación 426.

Conclusiones: En este estudio no se ha podido determinar ningún factor que permita identificar pacientes candidatos a screening de DAAT en función del resultado del estudio de DLCO.

Este estudio se ha realizado con la colaboración de Grifols.

535. RELEVANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO: PREVALENCIA, SEGUIMIENTO Y ADHERENCIA

Mariola Bretón Ruiz, Alejandra Roncero Lázaro, María Torres Muga, M. Dolores Ramírez Martínez, Amaia Pérez de Nanclares Sáez, Marta Cristeto Porras, María Aguado Agudo, Paula Vicente Hernando, Jorge Lázaro Galán y Carlos Ruiz Martínez

Hospital Universitario de San Pedro, Logroño, España.

Introducción: La AOS (apnea obstructiva del sueño) es una enfermedad con gran prevalencia. Se ha demostrado que la presencia de AOS puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, empeorando la calidad de vida. El tratamiento con CPAP es importante para prevenir estos efectos. Por ello es importante conseguir una buena adherencia al tratamiento y un seguimiento adecuado desde las Unidades de Sueño.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes derivados a la consulta de enfermería de la US en el periodo 2020-2024. Se recogen datos demográficos y características clínicas. Prevalencia de la enfermedad y tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 3.035 pacientes, de los cuales un 67,7% eran hombres, con una mediana de edad de 78 años (15-93), la edad mediana de mujeres fue de 58 años (13-92 años). Se observó que 382 pacientes tenían un IAH > 15, de los cuales 72 fueron diagnosticados por polisomnografía, con una media de IAH: 40,5 y 310 pacientes fueron diagnosticados por poligrafía, con una media de IAH: 37,4, de los cuales 83 pacientes tenían amigdalectomía y 35 adenoidectomía. El total de pacientes amigdalectomizados fue de 588. Es decir, de nuestra muestra, es más prevalente la amigdalectomía en los pacientes con AOS que en la población a estudio 30,9 vs. 19,3%. El resultado del test de Epworth es una media de $10,6 \pm 5,6$, es decir, presentaban hipersomnia. Respecto a los 1520 pacientes a los que se les realizó poligrafía tenían un IAH de media $26,5 \pm 28,73$, un CT90 de $90,8 \pm 20,3$ y de los 305 pacientes a los que se les realizó polisomnografía, tenían un IAH de media $19,85 \pm 25$, y CT90 de $75,6 \pm 34,4$. De los 583 pacientes a los que se le realizó titulación, el IAH residual media de $4,6 \pm 10,2$, la presión media de $10,67 \pm 10,7$, la presión en percentil 95 fue de $13,65 \pm 8,55$ y la presión efectiva de $10,53 \pm 4,5$. En cuanto a la adherencia, se analizó todos los pacientes que usaban CPAP, obteniendo un 85,8% con buena adherencia.

Conclusiones: El papel de la enfermería en el seguimiento y adherencia de los pacientes con AOS tiene una relevancia crucial. Como se puede observar, se trata de pacientes complejos con alto IAH, insuficiencia respiratoria, y con necesidad de presiones altas en la CPAP. Consiguiendo una adherencia del 85,8%. También, podemos observar que el hecho de estar amigdalectomizado en la infancia se asocia con mayor incidencia de AOS, a diferencia de lo que pudiera suponer.

55. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POR TELEMONITORIZACIÓN DURANTE EL PERÍODO DE ADAPTACIÓN A LA VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA LLEVADO A CABO POR UNA ENFERMERA GESTORA DE CASOS DE PRÁCTICA AVANZADA

Sandra López Suárez, Laura Jiménez Santamaría, Noelia Pérez Márquez, Patricia Peñacoba Toribio, M.ª Carme Puy Rion, Paula Pujal Montaña, Pedro Antonio Antón Albisu y Macarena Segura Medina

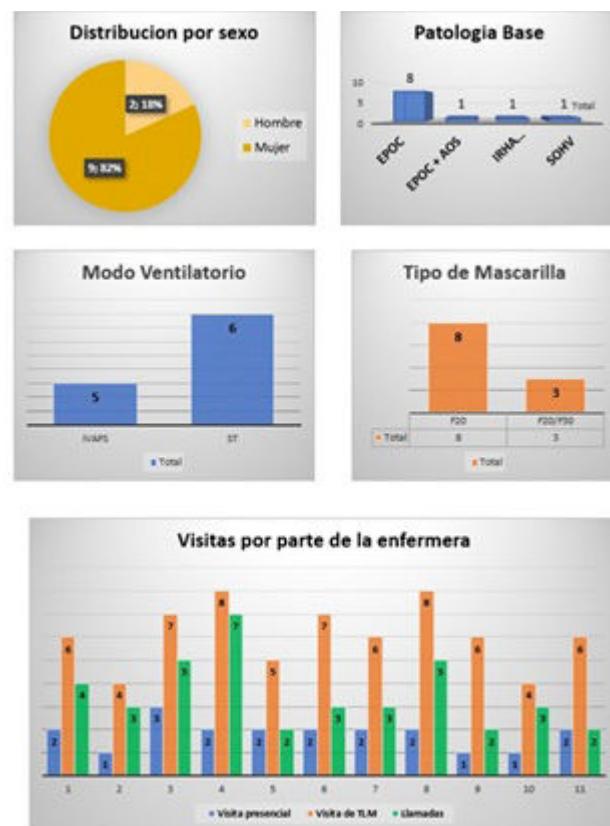
Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.

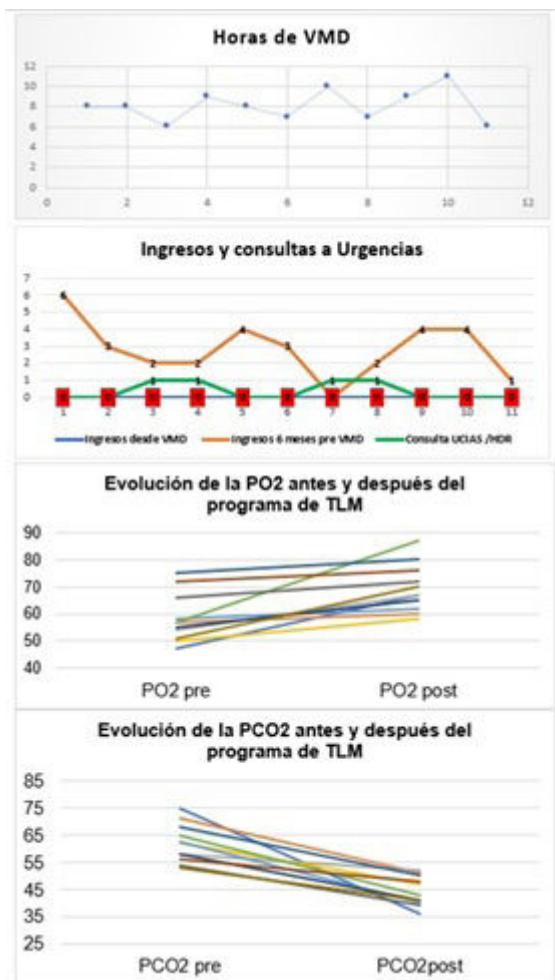
Introducción: La ventilación mecánica domiciliaria (VMD) se utiliza en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica para mejorar su calidad de vida y reducir complicaciones, adaptando el tratamiento a cada paciente según su condición y preferencias. Dado su nivel de complejidad, la VMD en casa requiere de recursos técnicos y humanos adecuados. La adaptación inicial puede ser difícil y depende de factores como la elección de mascarilla y parámetros ventilatorios, además de un seguimiento continuo por parte de enfermería. La telemonitorización (TLM), permite el monitoreo remoto de pacientes y optimiza el uso de recursos, facilitando incluso ajustes de parámetros sin necesidad de visitas presenciales. La TLM se considera esencial para la calidad de atención en VMD, con enfermeras de práctica avanzada (EPA) encargadas del seguimiento a través de consultas de TLM para un control más efectivo.

Objetivos: Evaluar la efectividad de un programa de seguimiento por TLM llevado a cabo por una enfermera gestora de casos (GC) y de práctica avanzada (EPA) durante este periodo de adaptación.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes incluidos en el seguimiento por la enfermera GC que iniciaron VMD durante el periodo de enero a junio 2024. Se han analizado: adherencia, número de visitas presenciales y de TLM, resultados gasométricos, tolerancia y satisfacción del paciente, el número de ingresos, consultas a servicios de urgencias, exitus y bajas. También edad y sexo, patología de base, modo ventilatorio y tipo de mascarilla.

Resultados: Muestra de 11 pacientes. El 82% mujeres, con una media de edad de 69 años. La patología más prevalente ha sido la EPOC (8 pacientes). 6 pacientes se han adaptado con un modo iVAPS, y el resto con un modo ST. La mascarilla más usada ha sido la AirFitF20. Se han necesitado una media de 2 visitas presenciales, 6 o 7 de TLM y 5 llamadas por paciente. La media de uso es de 8 h/día y el nivel de satisfacción muy alto. No ha habido ningún ingreso y solo 3 consultas a hospital de día. Tampoco ningún exitus ni abandono. Se confirma una mejora gasométrica con una diferencia estadísticamente significativa (tb 1).





Conclusiones: Un programa de TLM dirigido por una EPA reduce ingresos y visitas a urgencias. Muestra una alta adherencia y satisfacción. La intervención de las EPA facilita el manejo de la VMD y fomenta la educación del paciente en la identificación de síntomas de alerta. Estos hallazgos subrayan el valor de las EPA y orientan futuras investigaciones para optimizar estos programas.

537. ROL DE ENFERMERÍA EN EL USO DE NEBULIZADORES

María Aránzazu Sarasola Echeberria,
María Achalandabaso de la Peña, Ane Lesaka Ortega,
María del Pilar Holguera Fraile,
María de las Mercedes Torralba Moreno y Vanesa Regulez Campo
Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: El tratamiento nebulizador es una herramienta clave en el tratamiento de pacientes con enfermedades respiratorias agudas. En el ámbito hospitalario, su uso no se limita a las unidades de neumología, sino que se extiende al resto de áreas. Su efectividad depende de los cuidados de enfermería, fundamentales para evitar una distribución inadecuada del medicamento y prevenir efectos adversos como mucositis, irritación facial y ocular. Este proyecto tiene como objetivo analizar el conocimiento del personal de enfermería del Hospital Universitario de Cruces sobre el tratamiento nebulizador.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo mediante un cuestionario dirigido a los profesionales de las unidades de adultos de hospitalización, críticos y urgencias. El cuestionario, con 9 preguntas sobre variables sociodemográficas y cuidados sanitarios, se envió por correo corporativo y se difundió mediante un código QR por WhatsApp.

Resultados: Se obtuvieron 280 encuestas correctamente cumplimentadas. El 72,5% de los profesionales tiene más de un año de experiencia en su unidad actual, el 57,9% más de 10 años y el 16,4% más de cinco. Respecto a los cuidados, el 93,9% asegura la postura correcta del paciente y el 85,7% ajusta la mascarilla para evitar dispersión del aerosol e irritación ocular. Sin embargo, solo el 40% recomienda siempre la higiene bucal, y solo el 15,4% aconseja siempre la higiene facial. El 47,9% valora como buena la educación al paciente, y apenas el 5,7% la califica como excelente.



Conclusiones: Se destacan buenas prácticas en la postura del paciente y el ajuste de la mascarilla, aunque se observa menor atención a la higiene bucal y facial, importante dado el aumento de casos de mucositis. Estas investigaciones fomentan el aprendizaje y la mejora continua del personal de enfermería en el manejo de nebulizadores. La realización de la encuesta reforzó conocimientos, pero es necesario promover sesiones formativas dentro de las unidades y en la plataforma de Osakidetza. El estudio también evidencia dificultades para recoger datos por correo corporativo, siendo más efectiva la difusión por WhatsApp.

806. SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Pau Belver Colomer, Xavier Alsina Restoy, Pamela Kette Aguilera, Alejandro Frino García, Nancy Pérez Rodas, Miriam Arabi Forcadas, Rodrigo Torres Castro, Yolanda Torralba García, Lurdes Planas Cerezales, Andrea María Abellán Fernández, Fernanda Hernández González y Jacobo Sellarés Torres

Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) suponen un grupo con más de 150 entidades patológicas diferentes. El nintedanib junto con la pirfenidona, es la única alternativa terapéutica para intentar enlentecer su progresión. En algunos pacientes debido a la presencia de una alteración de las enzimas hepáticas o de efectos secundarios gastrointestinales, la dosis del tratamiento antifibrótico debe reducirse a dosis subterapéuticas o parar el tratamiento por completo. El objetivo del estudio es evaluar la progresión de la EPID en los pacientes tratados con dosis terapéuticas y dosis subterapéuticas de nintedanib y pirfenidona a los 12 meses de seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes con diagnóstico de EPID progresiva (FPI -fibrosis pulmonar idiopática- o enfermedades fibrosantes progresivas) bajo tratamiento antifibrótico con nintedanib o Pirfenidona a dosis terapéuticas y dosis subterapéuticas. Se definió como progresión de la EPID una caída del $\geq 5\%$ teórico de la FVC o una caída del $\geq 10\%$ teórico de la DLCO a los 12 meses de seguimiento junto con una imagen radiológica sugestiva de progresión, evaluado por un neumólogo intersticiólogo.

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos

	Progresión 12 meses	Sin progresión 12 meses	p
Sexo, hombres n (%)	34 (29,31%)	82 (70,69%)	ns
Edad (años)	71,47 \pm 8,88	72,65 \pm 9,36	0,441
IMC Kg/m ²	26,26 \pm 5,12	28,03 \pm 5,07	0,825
FVC, %teórico	61,66 \pm 14,38	70,04 \pm 17,76	0,003*
FEV1, %teórico	68,74 \pm 15,69	74,73 \pm 18,03	0,040*
FEV1/FVC, %	82,09 \pm 6,74	80,43 \pm 11,16	0,322
DLCO, %teórico	43,68 \pm 14,81	46,72 \pm 14,37	0,210

IMC: índice masa corporal; FVC: capacidad vital forzada; FEV₁: volumen inspiratorio forzado en el 1.^{er} segundo; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono.

*Significación estadística.

Resultados: Se incluyeron un total de 174 pacientes, con una media de edad de $72,3 \pm 18,44$ años, un IMC $27,97 \pm 10,15$ Kg/m² y el 66,6% de los cuales eran hombres. (tabla 1). El 30,46% de los pacientes tratados a dosis terapéuticas de antifibrótico progresaron su enfermedad a los 12 meses de seguimiento mientras que de los pacientes tratados a dosis subterapéuticas progresaron el 26,08%. No se encontraron diferencias significativas entre los dos fármacos antifibróticos ni al separar la muestra según el diagnóstico FPI y No FPI. (tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes con EPID bajo tratamiento antifibrótico tanto a dosis terapéuticas como a dosis subterapéuticas presentaron una progresión de la enfermedad similar a los 12 meses de seguimiento, incluso al ser analizados según su diagnóstico FPI o Enfermedad Intersticial Progresiva no FPI. Proponemos que una dosis subterapéutica de antifibrótico puede suponer una alternativa viable de tratamiento para aquellos pacientes que presentan efectos secundarios (gastrointestinales o alteraciones de las enzimas hepáticas) al tratamiento a dosis terapéuticas, antes de tener que interrumpirlo por completo. Este hecho cobra más importancia aún en aquellos pacientes con enfermedad intersticial progresiva no FPI dado que para ellos la pirfenidona no tiene indicación.

496. ¿SON LOS VASODILATADORES PULMONARES TRATAMIENTOS BIEN TOLERADOS POR LOS PACIENTES?

Andrea María Abellán Fernández, Isabel Blanco Vich, Ana Ramírez Gallardo, Miriam Arabi Forcada y Pau Belver Colomer

Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad crónica que aumenta la presión en la arteria pulmonar, provoca disfunción ventricular derecha e insuficiencia cardíaca. Los vasodilatadores (VD) son fundamentales en su tratamiento, ya que reducen la presión pulmonar. Actúan por diferentes vías: prostaciclinas, antagonistas de los receptores de endotelina y la vía del óxido nítrico (inhibidores de la fosfodiesterasa-5 o PDE5 y estimuladores de la guanilato ciclase soluble). Existen efectos secundarios que pueden comprometer la adherencia al tratamiento. Muchos de estos efectos adversos (hipotensión, cefalea, rubor facial y molestias gastrointestinales) pueden tolerarse en las primeras semanas de tratamiento; otros, obligan a la suspensión de la terapia. Esta revisión tiene como

Tabla 2. Progresión EPID según dosis y patología

Dosis terapéutica	ProGRESA 12m	ProGRESA 12m%	No proGRESA 12m	No proGRESA 12m%
n total: 128	39	30,46%	89	69,54%
No FPI: 50 (39,06%)	18	36%	32	64%
FPI: 78 (60,94%)	21	26,92%	57	73,03%
Dosis subterapéutica	ProGRESA 12m	ProGRESA 12m%	No proGRESA 12m	No proGRESA 12m%
n total: 46	12	26,08%	34	73,92%
No FPI: 20 (43,47%)	6	30%	14	70%
FPI: 26 (56,53%)	6	23,07%	20	76,93%

Tabla 1. Comunicación 496

Pacientes evaluados para tratamiento enero-octubre 2024

Efectos secundarios	Tratamiento	Nuevo	Grupo 0	Grupo HP						Total
				Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5		
Edemas, molestias gastrointestinales	Antagonista de los receptores de la endotelina (ERA)	No	0	1	0	0	0	0	0	1
Molestias gastrointestinales	Inhibidor selectivo de la PDE5 (I-PDE5)	Sí	0	1	0	1	0	0	0	2
Priápismo	Inhibidor selectivo de la PDE5 (I-PDE5)	No	0	1	0	0	0	0	0	1
No efectos que obliguen al cambio de tratamiento	Estimulador de la guanilato-ciclasa (GCs)	Sí	0	1	0	1	8	0	0	10
	Inhibidor selectivo de la PDE5 (I-PDE5)	No	0	1	1	0	0	0	0	2
		Sí	0	3	1	13	2	1	1	20
	Agonista de la prostaciclina	No	0	10	0	1	0	0	0	11
	Antagonista de los receptores de la endotelina (ERA)	No	0	8	0	0	0	0	0	8
		Sí	0	2	0	2	1	1	1	6
	Bloqueadores de los canales del calcio (BCC)	Sí	0	7	0	0	0	0	0	7
	Doble	Sí	0	2	0	0	2	0	0	4
	Prostaciclina Inhalada	Sí	0	15	0	1	0	0	0	16
	Prostaciclina subcutánea	No	0	0	0	0	1	0	0	1
		Sí	0	1	0	0	0	0	0	1
Total pacientes	Total parcial estudiados		37	52	2	19	14	2	2	126

objetivo explorar qué efectos adversos impactan en la adherencia y obligan al cambio de tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional entre enero y octubre de 2024 en pacientes con HP tratados con VD que iniciaron, cambiaron o aumentaron el tratamiento. Se recopilaron datos clínicos de registros propios: tipo de HP, vía de acción del fármaco, y si se trataba de una incorporación, cambio o aumento del tratamiento; además de los efectos secundarios que obligaron al cambio o retirada de este. La tolerabilidad se determinó a través los efectos secundarios y la necesidad de ajustes o cambios en la medicación registrados en el curso clínico. Se analizaron los datos con SPSS Statistics 25.

Resultados: De los 126 pacientes, 89 fueron evaluados y 37 no precisaron tratamiento con VD (tabla). Los efectos secundarios más frecuentes: molestias gastrointestinales en 2 pacientes con inhibidores de la PDE5 y edemas con antagonistas de los receptores de endotelina en 1 paciente. Se registró 1 caso de priapismo. El tratamiento más utilizado fue con inhibidores de la PDE5 (20 pacientes sin necesidad de cambio), seguido de prostaciclina inhalada (16 pacientes) y antagonistas de endotelina (6 pacientes sin efectos adversos). 89 pacientes no presentaron efectos adversos que requirieran cambio. Aproximadamente el 3% de los pacientes tuvo efectos adversos que requirieron cambio (figs. 1 y 2).

Diagnóstico según clasificación por grupos

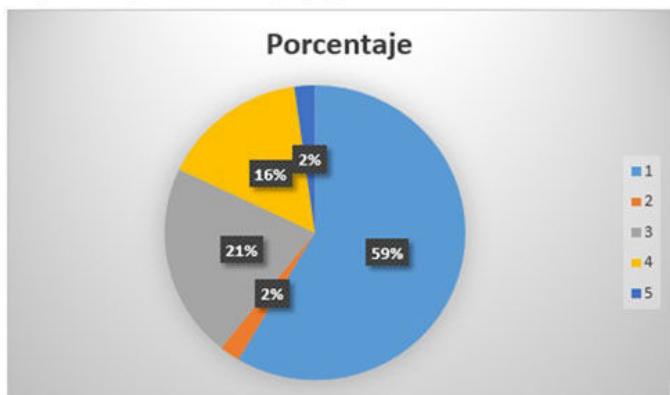


Figura 1.

Conclusiones: El manejo de efectos secundarios fue adecuado, y solo el 3% de los pacientes requirió cambio de tratamiento por efectos graves. Evaluar la adherencia a través de registros farmacéuticos permitiría un enfoque personalizado, con seguimiento cercano y ajustes individualizados, mejorando la calidad de vida en HP.

672. TERAPIA INHALADA Y PICO FLUJO INSPIRATORIO MÁXIMO

Pedro Adami Teppa¹, Myriam Calle Rubio², Miriam García Carro¹, José Carlos Tallón Martínez³, Consolación Riesco Rubio¹, Laura Fernández Cortés¹, María Morales Dueñas¹, Valeria Chamorro del Barrio¹, Xinyi Gao X.¹, Gianna Vargas Centanaro², Rafael Sánchez del Hoyo⁴ y Juan Luis Rodríguez Hermosa²

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

²Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Madrid, España. ³Servicio de Farmacia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ⁴Unidad de Soporte Metodológico a la Investigación. Servicio de Preventiva. Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Madrid, España.

Introducción: En los últimos años ha habido importantes avances en el desarrollo de dispositivos de inhalación para facilitar su uso, sin embargo, no siempre se trasladan a la práctica diaria. Un aspecto clave es la revisión periódica del uso del inhalador para garantizar un correcto uso y que el dispositivo esté acorde a las características del paciente. El objetivo de este estudio era analizar la adecuación del dispositivo a las características del paciente evaluando el flujo pico inspiratorio (FPI).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal en pacientes adultos hospitalizados que precisaban una terapia inhalada durante el ingreso, con inclusión consecutiva durante un año. Este análisis evalúa la población que utilizaba una terapia inhalada de mantenimiento previa a la hospitalización. Se realizó una entrevista presencial registrando conocimiento, técnica y cumplimiento de terapia inhalada, y medición pico flujo inspiratorio máximo.

Resultados: De un total de 993 pacientes, 499 pacientes tenían prescrita terapia inhalada previa al ingreso. De ellos, en 321 pacientes se evaluó el FPI. El 91,6% (294) presentaban FPI mayor de 30 L/min con una media de 60,6 L/min. Cuando evaluamos según el tipo de dispositivo utilizado, menos de la mitad de las terapias

Tratamientos iniciados de novo o por intensificación de tratamiento

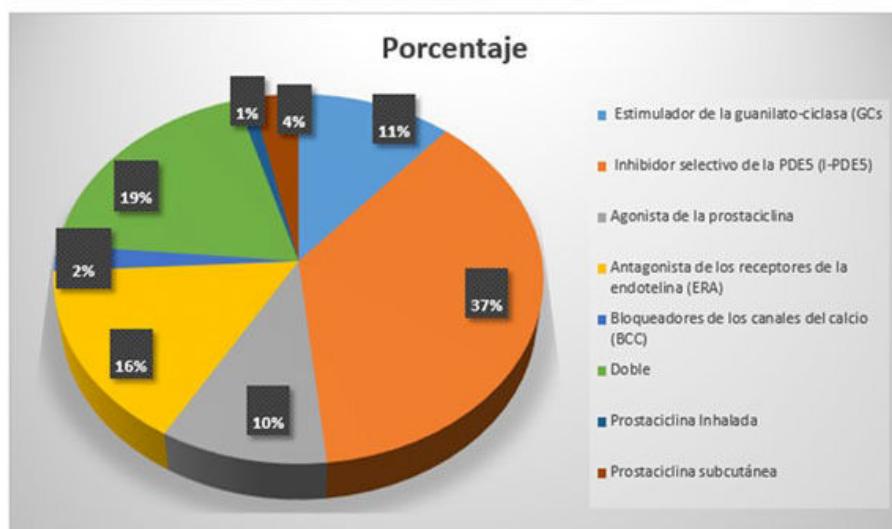


Figura 2. Comunicación 496.

inhaladas de mantenimiento en el ámbito comunitario se dispensan con polvo seco (DPI) (el 45,4%), y un 47% se dispensan con cartucho presurizado (MDI) utilizando cámara de inhalación casi el 50%. La gran mayoría (95,7%) de los pacientes que utilizaban MDI con cámara tenían un PFI mayor de 30 L/min. En la tabla 1 se muestran características según PFI. Los pacientes con PFI menor de 30 L/min tenían mayor edad, carga de comorbilidad por Índice Charlson, y son atendidos con mayor frecuencia en el ámbito de la hospitalización de Geriatría y Medicina Interna. La distribución del tipo de dispositivo no mostró diferencias según tuviera el paciente un PFI ≤ o > 30 L/min. Cuando evaluamos conocimiento del inhalador y utilización por el paciente, era más frecuente no recibir adiestramiento, no tener buen conocimiento del manejo del inhalador y tener errores críticos en la población con PFI ≤ 30 L/min.

Tabla 1. Características según pico flujo inspiratorio máximo

	Flujo pico inspiratorio > 30 N = 294 (91,6%)	Flujo pico inspiratorio ≤ 30 N = 27 (8,4%)
N = 321		
Flujo pico inspiratorio, m (DE)	60,6 (15,6)	24,7 (7,6)
Edad, m (DE)	74,29 (12,56)	84,26 (8,89)
Varón, n (%)	147 (50)	12 (44,4)
Tabaquismo activo	26 (8,8)	0
Charlson, m (IQR)	2 (1-4)	3 (1-5)
% pac con Charlson ≥ 2	194 (66)	19 (70,4)
No comorbilidad respiratoria	21 (7,1)	3 (11,1)
Tener asma	53 (18)	5 (18,5)
Tener EPOC	172 (58,5)	12 (44,4)
Otras	48 (16,4)	7 (25,9)
N.º hospitalizaciones, mediana (IQR)	2 (1-3)	1 (0-3)
% pac con ≥ 1 hospitalización año previo	234 (79,6)	19 (70,4)
N.º pac ≥ 2 exac/año previo	1,5 (0-3)	1 (0-2)
% pac ≥ 2 ciclo antibiótico o corticoides	147 (50)	10 (37)
Servicio responsable		
Neumología	78 (26,5)	1 (3,7)
Medicina Interna	151 (51,4)	15 (55,6)
Geriatría	65 (22,1)	11 (40,7)
Motivo de terapia durante hospitalización		
Por AEPOC	131 (44,6)	8 (29,6)
Por asma	11 (3,7)	2 (7,4)
Infección respiratoria	127 (43,2)	14 (51,9)
Insuficiencia cardiaca	25 (8,5)	3 (11,1)
Tipo de terapia domicilio administrada		
LAMA o LABA	25 (8,5)	4 (14,8)
Doble LABA + LAMA	60 (20,4)	3 (11,1)
Combinación fija o separada	73 (24,8)	9 (33,3)
Triple fija	100 (34,0)	6 (22,2)
Triple separada	36 (12,2)	5 (18,5)
Dispositivo de inhalación		
Polvo seco	133 (45,2)	11 (42,3)
Cartucho	74 (25,2)	7 (26,9)
Cámara	67 (22,7)	3 (11,5)
Respimat	17 (6,8)	5 (19,2)
N.º inhaladores que utiliza		
1	252 (85,7)	22 (81,5)
2	42 (14,3)	5 (18,5)
Tiempo de utilización, m (IQR)	15 (7-40)	25 (7-63)
Quién adiestró		
Nadie	59 (20,0)	18 (66,6)
DUE atención primaria	5 (1,8)	2 (8,7)
DUE hospital	44 (16,1)	1 (4,3)
Medico atención primaria	29 (10,6)	2 (8,7)
Especialista	95 (34,8)	4 (17,4)
Farmacia	62 (22,7)	1 (4,3)
% pac con error crítico	96 (32,6)	18 (66,7)
Cumplimiento, % pac		
Mala	98 (38,7)	8 (33,3)
Intermedia	84 (33,2)	5 (20,8)
Buena	71 (28,1)	11 (45,8)
Conocimiento referido de manejo		
Bien	212 (77,9)	9 (37,5)
Regular o malo	60 (22,1)	15 (62,5)
N.º de dispositivos diferentes al alta		
1	272 (92,5)	23 (85,2)
2	22 (7,5)	4 (14,8)

Tabla 2. Flujo pico inspiratorio máximo según tipo de dispositivo

	Pacientes evaluados N = 317	Pacientes con DPI N = 144	Pacientes con MDI N = 81	Pacientes con MDI con cámara N = 70	Pacientes con Respimat N = 22
Flujo pico inspiratorio, m (DE)	57,7 (18)	61,5 (17,9)	55,5 (18,6)	56,0 (15,8)	45,8 (16,9)
% pac con PFI > 30 l/min	291 (91,8)	133 (92,4)	74 (91,4)	67 (95,7)	17 (77,3)

Conclusiones: En nuestra población, una gran mayoría de pacientes cumplen criterios por PIF (≥ 30 L/min) para considerar el polvo seco, sin embargo, menos de la mitad utiliza un DPI. No encontramos diferencias en el tipo de dispositivo utilizado acorde al PIF como característica del paciente a considerar en la elección del dispositivo.

241. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y EVOLUCIÓN DE LA ESTENOSIS TRAQUEOBRONQUIAL EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA DEL CHUA

Asunción Lucas Cerro¹, Rosa María Molina Navarro¹, Agustín García Valenciano¹, M.^a Carmen García Gascón¹, M.^a Dolores Sánchez Alfaro², M.^a Del Mar Martínez Aguilar², Patricia López De Miguel³, Jesús Jiménez López³ y Ana Núñez Ares³

¹DUE Unidad de Neumología Intervencionista CHUA, Albacete, España. ²TCAE Unidad de Neumología Intervencionista CHUA, Albacete, España. ³Unidad de Neumología Intervencionista CHUA, Albacete, España.

Introducción: La estenosis de la vía aérea central ha aumentado asociada al uso de vías aéreas artificiales y la patología oncológica. Requiere una rápida evaluación de su severidad y decisión terapéutica. Nuestro objetivo es analizar los pacientes sometidos a recanalización endoscópica en nuestra Unidad de Neumología intervencionista y su utilidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes revisados en 2024 sometidos a recanalización traqueobronquial por estenosis utilizando láser Diodo, crioterapia, dilatación neumática y/o prótesis en nuestra Unidad. Análisis de su utilidad (mejoría clínica y repermeabilización > 75%) y recaída tras al menos 12 meses de seguimiento y su relación con la etiología (χ^2 , t Student).

Resultados: Estudiamos 45 casos, 47,8% mujeres, edad media $64,5,1 \pm 14,2$ (21-91) años, sometidos a 76 procedimientos. Se realizaron con broncoscopía flexible y ventilación mecánica por intensiva en nuestra sala: 58,7% requirieron 1 procedimiento, 30,4% 2, 11,1% > 2. En 8 pacientes el 1.^{er} procedimiento se realizó con broncoscopio rígido y en 4 se hizo resección traqueal quirúrgica. En la figura 1 reflejamos etiología, localización, clasificación y severidad de la obstrucción. Grado de medio de estenosis: $72,9 \pm 14,4$ (30,90). Era leve en 3,2%, moderada 45,2% y severa 51,6%. 4 pacientes (1 idiopática, 1 tumor benigno y 2 malignas) se trataron en 2 niveles (tráquea y bronquio). Las idiopáticas fueron más frecuentes en mujeres y no fumadoras con diferencias e.s. Se utilizó (fig. 2) tratamiento solo con láser en 39,1%, dilatación neumática en 2,2%, colocación de prótesis 4,3%, crioterapia 4,3%. El láser se combinó en 47,8% casos (10 dilataciones, 8 crioterapia, 3 prótesis) aplicando mitomicina local en 13%. En una amiloïdosis traqueal extensa y en 3 malignas se completó con radiotherapy local. La intervención fue exitosa tras al menos 1 año de seguimiento en 90%. Precisaron cirugía tras recaída 5 estenosis complejas (idiopática y posintubación). Las benignas, traumáticas, complejas, en pacientes con inmunosupresión presentaron más recaídas y requirieron más procedimientos (1,9 vs. 1,2) aunque no hubo diferencias e.s.

Clasificación Estenosis	
Simple	9,3%
Compleja	36,9%
Polipo	17,4%
Granulomas	10,9%
Infiltración extensa	19,6%
Cuerpo extraño	6,5%

Etiología Estenosis	
Traumática Postintubación	19,6% (9)
Traumática PostTQ	13% (6)
Traumática CE	10,9% (5)
Tumor benigno	15,9% (7)
Inflamatoria amiloidosis	2,2% (1)
Inflamatoria wegener	2,2% (1)
Idiopática	15,2% (7)
Maligna	19,6% (9)

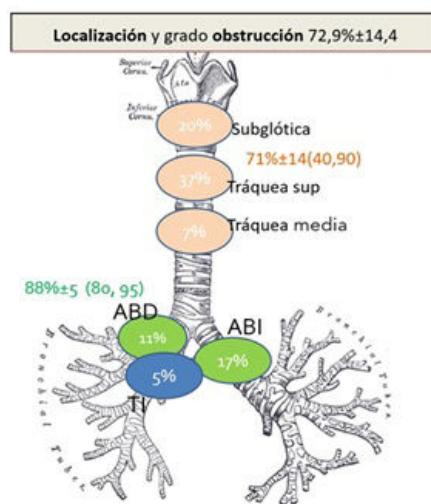


Figura 1. Comunicación 241.

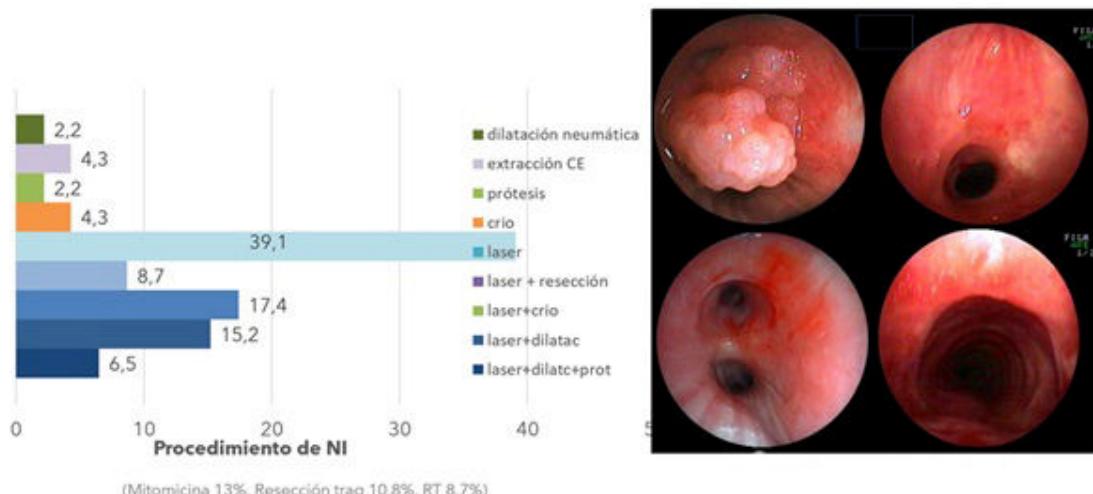


Figura 2. Comunicación 241.

Conclusiones: 1. La causa más frecuente de estenosis de vía aérea fue de origen traumático. 2. Cada lesión recibió un tratamiento seleccionado en virtud de su complejidad, severidad y etiología. 3. El tratamiento con láser combinado o no con dilatación, crioterapia y colocación de prótesis es una técnica muy útil para el tratamiento de la obstrucción de la vía aérea central.

336. USO COMPASIVO DE BACTERIÓFAGOS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ) E INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA (IBC) POR *MYCOBACTERIUM ABSCESSUS*: UNA INNOVADORA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE ENFERMERÍA

Diego Romero López¹, Laura Rodríguez García¹, Laia Verdejo Salvador¹, María Pérez Sánchez¹, Almudena Felipe Montiel¹, Alexandre Palou Rotger², Óscar Asensio de la Cruz³, Miguel García González³, Mario Culebras Amigo¹, David Clofent Alarcón¹, M. Àngels Milà Enrique¹, Eva Polverino¹, Letizia Traversi¹, Karina Iraida Loor Reyes¹ y Antonio Álvarez Fernández¹

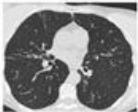
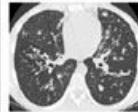
¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España.

Introducción: La IBC por *M. abscessus* es una de las complicaciones más desafiantes en pacientes con FQ debido a su resistencia antibiótica y su capacidad para provocar exacerbaciones pulmonares graves. El uso compasivo de bacteriófagos (fagos) se presenta como una alternativa terapéutica innovadora frente a las infecciones causadas por microrganismos multirresistentes pues podría mejorar significativamente la efectividad del tratamiento antibiótico convencional, proporcionando una solución terapéutica complementaria.

Material y métodos: Se llevó a cabo la administración de fagos en 3 pacientes con FQ e IBC por *M. abscessus* mediante tres vías de administración diferentes usando viales de 3 mL con 10⁹ fagos por mL: Instilación broncoscópica: 50 mL en dosis única. La solución se dividió en partes iguales y se distribuyó en los cinco lóbulos pulmonares, comenzando por los inferiores. Enfermería se encargó de preparar la solución de fagos, asistió al equipo médico durante el procedimiento y realizó el seguimiento telefónico del paciente tras el mismo. Administración endovenosa: un vial cada 12 h durante un periodo de 6 a 12 semanas. Enfermería fue responsable de su infusión hospitalaria, por lo que se encargó de la monitorización continua del paciente para detectar la posible aparición de reacciones adversas. Además, fue encargada de educar al paciente para su correcta administración domiciliaria a través del midline. Terapia nebulizada: un vial cada 24 h durante un periodo de 6 a 12 semanas. Enfermería se ocupó de preparar y administrar el vial nebulizado a través del sistema e-Flow®,

cerciorándose de que el paciente realizará la inhalación profunda y pausada necesaria para una dispersión óptima del fago. Igualmente, se encargó de la educación sobre la técnica, la frecuencia y la importancia de adherencia al tratamiento.

Resultados: La fagoterapia fue bien tolerada, ya que ninguno de los pacientes presentó complicaciones durante la duración del tratamiento por ninguna de las tres vías de administración. Los resultados clínicos se muestran en la tabla.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	56 años	16 años	20 años
Mutaciones	G542X / desconocida	F508del / 876-2A>G	W1282X / H199Y
Primer aislamiento de <i>M. abscessus</i>	2014	2019	2019
Uso de antibioterapia concomitante	-----	Doxiciclina oral	Cotrimoxazol oral
	Amikacina nebulizada	Amikacina nebulizada	Ampicilina nebulizada
FEV ₁ pretratamiento (L, %)	1.87 (74)	2.58 (84)	0.84 (19)
FEV ₁ postratamiento (L, %)	2.02 (79)	2.94 (92)	0.91 (20)
CFQ-R pretratamiento	56	100	-----
CFQ-R postratamiento	72,22	100	-----
Negativización postratamiento	No	No	Sí (tras 11 semanas de tratamiento)
TC de tórax pretratamiento			

Conclusiones: La instilación de fagos en pacientes con FQ se presenta como una alternativa segura y eficaz. La participación de enfermería es esencial para el éxito del tratamiento debido a su rol clave en la preparación, administración y monitorización del tratamiento, así como en la educación del paciente. Además, su estrecha colaboración con el equipo médico garantiza que el tratamiento se adapte a las necesidades individuales de cada paciente.

246. USO DE ANESTESIA PARA PUNCIÓN DE GASOMETRÍA ARTERIAL: LA REALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marta Sánchez Zaballos¹, Enrique Prendes González¹
y Natalia Martínez Antelo²

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España.

Introducción: El uso de anestesia previa a la punción de gasometría arterial es una recomendación estandarizada desde hace décadas por diferentes sociedades científicas. A pesar de ello, en los últimos años la evidencia científica ha demostrado que su uso es anecdótico. El objetivo del estudio fue analizar las actitudes de las enfermeras que realizan extracciones de gasometrías arteriales en relación con la infiltración de anestesia y comparar posibles diferencias entre unidades asistenciales.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en un hospital de tercer nivel en el primer trimestre del año 2023. Se incluyeron enfermeras y enfermeros que trabajaban en los servicios de hos-

pitalización de neumología, consultas externas de neumología y urgencias hospitalarias que aceptaron voluntariamente participar. Se utilizó una hoja de recogida de datos anónima para registrar variables sociodemográficas, laborales y el cuestionario de Ballesteros S. et al. sobre actitudes y percepciones frente a la técnica de punción arterial para gasometría. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante con el software R 4.0.3.

Resultados: Participaron 103 profesionales (tasa de respuesta 90,24%), con mayor representación de mujeres (81,55%) y media de edad de 36 años (tabla 1). El 51,46% de los encuestados ejercían la profesión desde hacía más de 10 años y el 33,98% refirió antigüedad en la unidad inferior a 2 años, siendo en el servicio de urgencias en el 70,87% de los casos. Valoraron el dolor del paciente durante la extracción con una media de 4,86 (escala EVA 0-10), su destreza para la técnica con media de 4 (escala 0-5). En el 95,17% de los casos no utilizaron anestesia previamente, siendo los principales motivos la creencia de que no suponía una ventaja y no realizarse habitualmente en la unidad. Solo 5 personas (4,95%) habían recibido en algún momento formación relacionada con la técnica (entre 9-12 años previos). Se comprobó relación estadística entre la unidad asistencial y el uso de anestesia, siendo consultas externas el único servicio en el que se emplea siempre ($p < 0,005$) y el que mayor formación previa ha recibido ($p < 0,005$); así como mayor número de extracciones de gasometrías en el servicio de urgencias ($p < 0,005$) (tabla 2).

Tabla 1. Variables sociodemográficas, laborales y de actitud frente a gasometría

		n	%
Sexo	Hombre	19	18,45
	Mujer	84	81,55
Edad	Media 36	DE 9	
Unidad	CCEE	9	8,74
	Hospitalización Neumo	21	20,39
	Urgencias	73	70,87
Antigüedad unidad	Menos 2 años	35	33,98
	2-5 años	29	28,16
	6-10 años	24	23,30
	>10 años	15	14,56
Antigüedad categoría	Menos de 2 años	10	9,71
	2-5 años	20	19,42
	6-10 años	20	19,42
	>10 años	53	51,46
N gasometrías	Ninguna	1	0,97
	Menos de 10	24	23,30
	10 o más	78	75,73
Destreza	Media 4	DE 1,13	
Test Allen previo	A menudo	6	5,83
	Alguna vez	18	17,48
	Nunca	75	72,82
	Siempre	4	3,88
Arteria	Humeral	20	19,42
	Radial	78	75,73
	Ambas	5	4,85
EVA paciente	Media 4,86	DE 2,2	
Uso anestesia	A menudo	2	1,94
	Alguna vez	3	2,91
	Nunca	97	94,17
	Siempre	1	0,97
Motivo NO uso anestesia	No ventaja	33	33
	No en mi unidad	22	22
	Desconocimiento	13	13
	Falta tiempo	13	13
	No unidad + tiempo	7	7
	Varios	6	6
	Otros	6	6
Opinión uso anestesia	No	39	37,86
	Sí	13	12,62
	Depende del caso	25	24,27
	No lo tengo claro	26	25,24
Formación	No	98	95,15
	Sí	5	4,95

Tabla 2. Análisis bivariante

	CCEE	H. Neumo	Urgencias	P
Sexo				
Mujer	7	16	61	
Hombre	2	5	12	
Edad (Mediana)	48	36	35	0,008
Test Allen previo				
A menudo	0	1	5	
Alguna vez	2	4	12	0,97
Nunca	7	15	53	
Siempre	0	1	3	
EVA (mediana)	5,5	5,5	5	0,46
Destreza (mediana)	4	4	4	0,19
Antigüedad categoría				
< 2 años	1	3	6	
2-5 años	1	3	16	0,74
6-10 años	1	6	13	
>10 años	6	9	38	
Antigüedad unidad				
< 2 años	2	9	24	0,75
2-5 años	3	7	19	
6-10 años	2	4	18	
>10 años	2	1	12	
Arteria				
Humeral	1	2	17	
Radial	8	18	52	0,54
Ambas	0	1	4	
Formación				
Si	3	1	1	<0,005
No	6	20	72	
Número gasometrías				
Menos de 10	6	12	6	<0,005
Diez o más	3	9	66	
Opinión uso				
Si	4	1	8	0,007
Dependiendo del caso	1	6	18	
No	3	4	32	
No lo tengo claro	1	10	15	
Uso anestesia				
Siempre	1	0	0	
A menudo	2	0	0	<0,005
Alguna vez	2	1	1	
Nunca	4	20	73	

Conclusiones: El empleo de anestesia previa a gasometría arterial está poco extendido, siendo menos frecuente en las unidades que más realizan la técnica. La actitud de los profesionales se basa en una infrapercepción del dolor del paciente, sobreestimación de destreza y falta de formación.

128. USO DE LA AEROSOLTERAPIA EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUJO

Isabel de Dios Gómez, José Santos y Josefa Valls Matarín

Hospital Universitari Mútua Terrassa, España.

Introducción: La oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF) se utiliza en diversas situaciones clínicas junto con la aerosolterapia, que incluye tanto inhaladores de dosis medida (pMDI), como nebulizadores ya sean de malla (NM) o jet (NJ) y cuya eficacia puede verse afectada según el dispositivo utilizado y la ubicación. El objetivo fue identificar los factores que mejoran el depósito pulmonar farmacológico en pacientes adultos portadores de aerosolterapia en línea con ONAF.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en 3 bases de datos (PubMed-Scopus-Science-Direct). La estrategia de búsqueda fue “nebulizers and vaporizers” OR “metered dose Inhalers” AND “high-flow nasal cannula”. Se incluyeron estudios en adultos, escritos en inglés o español y publicados entre 2014-2024. Se excluyeron: duplicados, los que no respondían al objetivo y los referentes a antibioticoterapia.

Resultados: Se identificaron 99 artículos, de los cuales se incluyeron 16 para análisis (fig.). En dos estudios se indicó que la configuración óptima del pMDI era cerca de la cánula nasal, con cámara espaciadora orientada al flujo y sincronizada con la respiración ya que mejoraba el depósito farmacológico entre 2-5 veces respecto a otras ubicaciones. En cuanto a los nebulizadores, cinco estudios coincidieron que la dosis inhalada a través de un NM era superior al NJ entre 1,5-3 veces si se colocaba a la entrada del humidificador. Sin embargo, se igualaba la eficacia de ambos humidificadores, aunque con menor dosis entregada, si se colocaban a la salida (2 estudios). Un estudio reportó que el NM era más rápido que el NJ en casi 3 minutos y generaba menos volumen residual. Mantener la boca cerrada durante el tratamiento se asoció con más dosis inhalada: con un flujo de 30 L/min pasaba de 6,7% a 4,6% con la boca abierta (un estudio). A menor lumen menos eficacia de los aerosoles que oscilaba entre el 0,2 a 30% (un estudio). Cuatro estudios indicaban que a más flujo menos depósito farmacológico: con 10 L/min era de 18,2% y con 60 L/min de 2,2%. Se recomendó nebulizar a 30 L/min, que produce un depósito de 6,7%, y aumentar el oxígeno si fuera necesario. Se desaconsejó usar máscara nebulizadora sobre la ONAF ya que se inhalaba un 1% de la dosis.

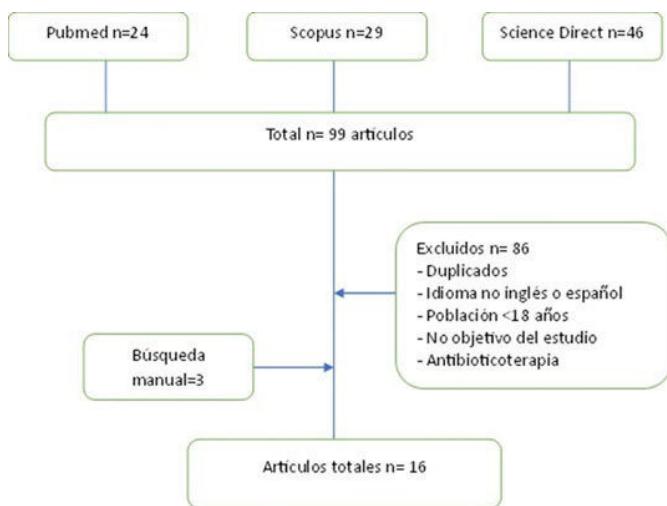


Figura 1: Estrategia y resultado de búsqueda relacionada con la aerosolterapia en línea con Oxígeno Nasal de Alto Flujo.

Conclusiones: La configuración óptima para aumentar la deposición de fármaco en los pMDI es cerca de la cánula nasal, con espaciador y en dirección al flujo. Los NM son superiores a los NJ al colocarse a la entrada del humidificador. A menos lumen y a más flujo de aire menos depósito pulmonar.

263. UTILIDAD DE LA MANOMETRÍA PLEURAL DURANTE LA TORACOCENTESIS TERAPÉUTICA

Lía Maestre Puerto, Ana María Pulido Sánchez, Vivian Raquel Benítez Vázquez, María Hernández Padilla, Anastasiya Torba Kordyukova, Anays Martínez Gómez, Yusleimy Chacin Marcano, José Norberto Sancho Chust y Eusebi Chiner Vives

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, España.

Introducción: La manometría pleural puede ayudar a documentar la mecánica pleural en pacientes sometidos a toracocentesis terapéutica. El objetivo del trabajo fue analizar la utilidad de la manometría para extraer de forma segura la mayor cantidad de líquido pleural durante la toracocentesis terapéutica.

Material y métodos: Estudio de revisión de manometrías pleurales digitales durante toracocentesis terapéuticas (noviembre 2023-octubre 2024), analizando datos clínico-demográficos, tiempo de intervención, presión pleural (inicial, 1.000 mL, 1.500 mL, final), cambio de presión, elastancia, volumen drenado, motivo de finalización y complicaciones.

Resultados: Se realizaron 91 manometrías, 73 ± 14 años, 54% mujeres. Diagnósticos: cáncer pulmón 30%, otras neoplasias 42%, trasudado 24% y otros 4%. Toracocentesis diagnóstica en mismo acto 57%. Espesor en ecografía 8 ± 3 cm. Tiempo intervención 23 ± 6 minutos. Presiones (cmH₂O): inicial 6 ± 6, 1.000 mL -6 ± 7, 1.500 mL -9 ± 7 y final -14 ± 8. Cambio de presión 20 ± 8 cmH₂O, elastancia 15 ± 8 cmH₂O/L, volumen drenado 1.457 ± 579 mL. Se consiguió drenaje > 1.500 mL en 36% y se obtuvo una elastancia pleural > 14,5 cmH₂O en 44%. Motivo de finalización: presión pleural 45%, ausencia salida líquido 29% y complicaciones 26% (dolor 21%, tos 4%, vasovagal 1%). Los pacientes con drenaje > 1.500 mL, respecto a los que no, presentaron menor edad (67 ± 12 vs. 75 ± 14, p = 0,004), mayor tiempo de intervención (27 ± 6 vs. 21 ± 5, p < 0,001), mayor espesor en ecografía 9 ± 2 vs. 7 ± 3, p < 0,001), mayor presión 1.000 mL (-4 ± 5 vs. -8 ± 8, p = 0,008) y menor elastancia (10 ± 3 vs. 18 ± 9, p < 0,001). Los pacientes con elastancia > 14,5 cmH₂O, respecto a los que no, tuvieron mayor edad (76 ± 15 vs. 70 ± 12, p = 0,025), menor tiempo de intervención (20 ± 4 vs. 25 ± 6, p < 0,001), menor espesor en ecografía (7 ± 2 vs. 9 ± 3, p = 0,029), menor presión 1.000 mL (-10 ± 9 vs. -4 ± 5, 0 = 0,001), mayor cambio de presión (25 ± 8 vs. 16 ± 6, p < 0,001) y menor volumen drenado (1.159 ± 371 vs. 1.690 ± 607, p < 0,001). Los pacientes que presentaron complicaciones, respecto a los que no, mostraron mayor presión 1.000 mL (-3 ± 6 vs. -8 ± 8, p = 0,019), mayor presión final (-9 ± 6 vs. -16 ± 8, p < 0,001) y menor cambio de presión (13 ± 6 vs. 16 ± 9, p = 0,006).

Conclusiones: Gracias al uso de la manometría pleural, se consiguió de forma segura un drenaje muy elevado en aproximadamente un tercio de las toracocentesis terapéuticas realizadas. Fue útil para objetivar una elastancia pleural elevada en casi la mitad de los procedimientos. No se dieron complicaciones graves, apareciendo complicaciones leves en un cuarto de los procedimientos.

538. VALORACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE TITULACIÓN DOMICILIARIA VS. CONSULTA TELEMÁTICA DE ENFERMERÍA DE TELEMONITORIZACIÓN

Amaia Pérez de Nanclares Sáez de Jauregui,

Alejandra Roncero Lázaro, Mariola Bretón Ruiz, María Torres Muga, María Dolores Ramírez Martínez, Marta Cristeto Porras, María Aguado Agudo, Paula Vicente Hernando, Jorge Lázaro Galán y Carlos Ruiz Martínez

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Introducción: En los pacientes con apnea obstructiva de sueño (AOS) se recomienda realizar una titulación para conocer la presión efectiva y definitiva. Con el uso de la telemonitorización (TM) a menudo observamos que el valor de presión efectiva no coincide con el de la

titulación. La evidencia actual, recomienda realizar titulación domiciliaria con APAP en lugar de PSG-titulación, debido a los ensayos clínicos que lo avalan. No obstante, no hay ensayos clínicos que comparan los resultados con los obtenidos mediante telemonitorización por enfermería en el tiempo, que evitan subidas de presiones importantes, mayor tiempo de adaptación, mayor seguimiento en varias noches y corrección paulatina de efectos secundarios como fugas.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a sujetos en una consulta de enfermería telemática de telemonitorización y se le realizó una titulación domiciliaria desde noviembre del 2023 a septiembre del 2024. Ambos resultados fueron comparados.

Resultados: Se analizaron un total de 110 pacientes a quienes se realizó una titulación e incluyó en seguimiento mediante telemonitorización por enfermería de sueño. La presión inicial fue de 6,83 ± 1,85 con la que se comenzó el tratamiento con CPAP. Los resultados obtenidos en los diferentes procedimientos fueron: Titulación: el IAH residual 2 ± 1,65, presión media: 9,55 ± 2,94, presión percentil 95 13,10 ± 2,02, presión efectiva de 10,13 ± 2,07, fuga media: 1,82 ± 4,89, fuga percentil 95: 14,85 ± 17,64. Telemonitorización: IAH residual: 5 ± 2,99, presión media: 7,6 ± 1,57, presión 95: 9,07 ± 9,51, fuga media: 4 ± 0,0, fuga 95: 11,67 ± 3,44. Si analizamos la diferencia entre los resultados obtenidos por ambos medios y analizamos su significación estadística obtenemos que hay diferencias en los resultados obtenidos en todas las variables, siendo estadísticamente significativo para la presión administrada (tabla 1). La adherencia era adecuada en el 86,1%, horas de sueño 7,4 h, horas media uso 5,7h.

Conclusiones: La consulta de telemonitorización de enfermería, obtiene presiones efectivas de 2-3 puntos menos con respecto a la obtenida por titulación. Con menor fuga y mayor adherencia y adaptación de los pacientes. Por tanto, supone una herramienta clave para el futuro y mejor seguimiento y adaptación de los pacientes en tratamiento con CPAP. El papel de la enfermería para realizar esta consulta telemática debe ser un objetivo primordial.

EPID

758. AFECTACIÓN PULMONAR EN LA ENFERMEDAD POR IgG4

Javier César Lafuente Navarro, Elena Condorelli, Daniel Enrique Vega Lizarazo, Eva Cabrera César y José Luis Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La enfermedad por IgG4 es un proceso inflamatorio multisistémico poco conocido cuya afectación pulmonar está poco descrita y de la que no hay ningún protocolo diagnóstico o terapéutico validados. El objetivo de este trabajo es conocer los patro-

Tabla 1. Comunicación 538

Análisis de correlación de parámetros de telemonitorización vs. titulación

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas			Intervalo de confianza 95% para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)			
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Intervalo	Superior						
					Inferior	Superior						
Par 1	IAHR_A - IAHR	-3,5	2,121	1,5	-22,559	15,559	-2,333	1	0,258			
Par 4	FM - FUGM	2	12	6	-17,095	21,095	0,333	3	0,761			
Par 6	PEFE - PINI	2,324	2,625	0,45	1,408	3,24	5,161	33	0			