

presentaron alguna. Los pacientes que sufrieron complicaciones presentaban un valor de DLCO (capacidad de difusión de monóxido de carbono) preoperatorio menor. No se encontraron diferencias significativas en el número de complicaciones en relación con el valor de VO₂máx. El VE/VCO₂ slope mayor a 35 se relacionó de forma estadísticamente significativa con la aparición de complicaciones en nuestros pacientes, como el desarrollo de neumonía en los 30 días posoperatorios, insuficiencia cardíaca o fuga aérea prolongada.

Conclusiones: El VE/VCO₂ slope podría contribuir a la identificación de aquellos con riesgo de sufrir complicaciones posoperatorias. El número total de las mismas fue bajo y esto podría haber determinado que el VO₂ máximo no fuese significativo.

355. VARIABILIDAD EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. ESTUDIO DE LA COHORTE GEMENEP

José Luis Recuero Díaz¹, Patricia Carmona Soto², Carlos Fernando Giraldo Ospina³, Sara Monge Blanco⁴, Mireia Rusca Giménez⁵, Jesús Martínez Baños⁶, Francisco Hernández Escobar⁷, Néstor Iván Quiroga⁸, Olalla García Rodríguez⁹, José Soro García¹⁰, Alejandro García Pérez¹¹, Miguel Ángel Cañizares Carretero¹², Carlos Gálvez Muñoz¹³, Giovanna Foschinni Martínez¹⁴, José Carlos Meneses Pardo¹⁵, Francisco Javier González García¹⁶, Stephany Laguna Sanjuanelo¹⁷, Andrés Obeso Carillo¹⁸, Guadalupe Carrasco Fuentes¹⁹, Jon Ander Lizarbe Bon²⁰, Laura Sánchez Moreno²¹, Itzell Pérez Méndez²², María Trujillo Sánchez de León²³, Juan Manuel Córcoles Padilla²⁴, Silvana Crowley Carrasco²⁵, Alejandra Libreros Niño²⁶, Paloma Rofso Raboso²⁷, Juan Camilo Vivas García²⁸, Karen Aguilar González²⁹, Vicente Bou Paniagua³⁰, Lucía Hernández Pérez³¹, Nuria Mañes Bonet³², Ricardo Medina Sánchez³³, Mario Montesinos Encalada³⁴ y Héctor Milián Goicoechea³⁵

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. ⁶Hospital Universitario Virgen Arrixaca, Murcia, España. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁸Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ⁹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ¹⁰Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ¹¹Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, A Coruña, España. ¹²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ¹³Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España. ¹⁴Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, España. ¹⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ¹⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ¹⁷Hospital Universitario de Navarra, Navarra, España. ¹⁸Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España. ¹⁹Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España. ²⁰Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España. ²¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ²²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ²³Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ²⁴Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España. ²⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España. ²⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²⁷Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²⁹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ³⁰Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³¹Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, España. ³²Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España. ³³Complejo Hospitalario Universitario Insular, Las Palmas, España. ³⁴Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. ³⁵Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es presentar la cohorte de pacientes del Grupo Español Multicéntrico de Estudio de Neumotórax Espontáneo Primario (GEMENEP) y estudiar la variabilidad de manejo en pacientes intervenidos de neumotórax espontáneo primario (NEP).

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico de la cohorte GEMENEP constituida por pacientes de 34 centros (c) nacionales. Se incluyeron pacientes de febrero de 2022 a febrero de 2023. Los criterios de inclusión fueron pacientes entre 16 y 40 años intervenidos de NEP. Los criterios de exclusión fueron: antecedente de patología respiratoria (excepto asma), antecedente de cirugía en el hemitórax intervenido y aquellos en los que no se completó seguimiento. El tamaño muestral calculado para la cohorte se estimó para evaluar la recidiva, estimando esta en hasta un 10% con una precisión absoluta del 4% a un nivel de confianza del 95% y un efecto de diseño de 1, siendo necesarios 239 pacientes. Se llevó a cabo el análisis descriptivo de la cohorte. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según procediera, y las variables cualitativas o categóricas como frecuencia y porcentaje. El programa estadístico utilizado fue R.

Resultados: La cohorte está constituida por 458 pacientes (p), siendo 385 p varones (84%). 339 p (74%) presentaron al menos un episodio previo de NEP. Todos los pacientes fueron intervenidos por cirugía videotoracoscópica. Se realizó pleurodesis en 437 p (95%). La tasa de fuga aérea mayor a 5 días fue del 5,3% (24 p). La tasa de complicaciones posoperatorias fue del 4,6% (21 p), siendo la complicación más frecuente el hemotórax (42%, 9 de 21 p). La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (RI 2-3). Se compararon los manejos terapéuticos entre los 34 centros: 13 c (38,2%) realizaron en el 100% de los pacientes solo pleurodesis mecánica por abrasión; 6 c (17,6%) realizaron en el 100% de los casos solo pleurodesis química con talco; 15 c (44,1%) realizaron distintos tipos de pleurodesis entre sus pacientes.

Conclusiones: A pesar de la existencia de guías nacionales para el manejo quirúrgico del NEP, parece no existir consenso en el abordaje de dicha entidad no solo entre hospitales del territorio nacional sino también entre profesionales de un mismo servicio.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

871. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS SOBRE EL USO DE ANESTESIA LOCAL PARA EXTRACCIÓN DE GASOMETRÍAS ARTERIALES

Marta Sánchez Zaballos¹, Natalia Martínez Antelo² y Enrique Prendes González¹

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

Introducción: La aplicación de anestesia infiltrada en la punción arterial para extracción de gasometría está recogida en diferentes normativas y manuales desde hace casi 20 años. Sin embargo, estudios recientes indican que se trata de una práctica poco habitual e incluso desconocida por parte de los profesionales de enfermería que realizan dicha técnica. El objetivo de este estudio fue conocer las actitudes de los profesionales de Enfermería que realizan extracción de gasometría mediante punción arterial en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias entre enero y mayo de 2023. Se incluyeron enfermeras y enfermeros que realizaron labor asistencial en el Servicio de Urgencias Hospitalarias y aceptaron voluntariamente participar. Mediante hoja de recogida de datos anóni-

ma se recogieron variables sociodemográficas y laborales, además del cuestionario de Ballesteros S. et al., relacionado con las actitudes y percepciones frente a la técnica de punción arterial para gasometría, para lo que el autor dio consentimiento. El análisis descriptivo y bivalente se realizó con el software R versión 4,0.3. Aprobado por el CEImPA (código 2022,478).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de los motivos de no uso de anestesia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desconocimiento de la técnica	7	9,72%
Desconocimiento de la técnica / No se hace en mi unidad	1	1,39%
Desconocimiento de la técnica / Falta de tiempo	1	1,39%
Desconocimiento de la técnica / No supone ventaja	1	1,39%
Falta de tiempo	11	15,28%
Falta de tiempo / No supone ventaja	1	1,39%
No se hace en mi unidad	13	18,06%
No se hace en mi unidad / Falta de tiempo	5	6,94%
No se hace en mi unidad / Falta de tiempo / No supone ventaja	1	1,39%
No se hace en mi unidad / No supone ventaja	1	1,39%
No supone ventaja	25	34,72%
No supone ventaja / Otro	1	1,39%
Otro	3	4,17%

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 72 profesionales (tasa de respuesta 91,14%), en mayor medida mujeres (83,33%), con media de edad de 35,85 años. El 52,78% de la población llevaban más de 10 años ejerciendo la profesión, y el 26,39% refirió antigüedad mayor de 10 años en ese servicio. La arteria radial fue el vaso de elección

de punción para el 70,83% de la muestra. El 100% de los participantes refirió no utilizar nunca anestesia local, siendo los principales motivos que no suponía una ventaja (34,72%) y no se realizaba en la unidad (18,06%). En el 73,61% de los casos confirmaron no realizar la prueba de Allen antes de la punción, estimaron su destreza en la técnica en una media de 4,18 puntos (sobre 5), y puntuaron el dolor del paciente con una media de 4,68 en escala EVA de 0 a 10. Casi la totalidad de los enfermeros/as (98,61%) afirmaron no haber recibido en ningún momento de su carrera profesional formación sobre el uso de anestesia de forma previa a la punción arterial.

Conclusiones: Las enfermeras/os del Servicio de Urgencias Hospitalarias no emplearon anestesia previa a la extracción de gasometría arterial en ninguna ocasión, estimaron que tienen gran destreza para la técnica y valoraron el dolor de los pacientes con puntuaciones altas.

22. ANÁLISIS DE HÁBITOS Y DE LA REALIDAD EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Yolanda Martín Vaquero, María Dolores Carrión Pérez, José Ángel Sánchez Cerezal, Fernando Barroso Rodríguez, María Lorena Folgado Temprano y M. Dolores Pordomingo Rodríguez

Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España.

Introducción: La Asociación de Estudiantes de Enfermería (AEEE) celebra un Congreso anual al que acuden estudiantes de diferentes universidades. SEPAR tiene una participación activa difundiendo la

Figura 1 : Encuesta en estudiantes Congreso AEEE _ Palencia 2023

1. Perteneces a la Universidad de _____ 2. ¿Qué curso estás realizando? Primero /Segundo Tercero /Cuarto 3. Señala que contenidos has recibido durante tu formación • Espirometría • Tabaco • EPOC • ASMA • Ventilación mecánica • Ventilación mecánica no invasiva • Sueño • Inhaladores • Drenaje torácico • Pruebas funcionales respiratorias • Actuación en una UCRI • Oxigenoterapia • Tuberculosis • Cirugía torácica • Fisioterapia respiratoria 4. ¿Los contenidos anteriores en que asignatura y curso son impartidos? _____ 5. ¿los profesores que categoría tienen? Enfermeras /Médicos 6. Edad _____ 7. Sexo Masculino /Femenino 8. ¿Practicar algún deporte? No /Si (especifica) 9. ¿Conoces la Ley en nuestro país respecto al tabaco en los centros públicos? No / Si	10. ¿Fuma alguien de tu familia? No /Si 11. ¿Cómo consideras el tabaco? Droga /Hábito /Vicio 12. ¿Se debería ampliar los conocimientos sobre el tabaco durante la formación del personal enfermero? NO /Si /Indiferente 13. ¿Has visto a personal sanitario fumando dentro de recinto hospitalario? Nunca /A veces /Frecuentemente 14. ¿Deberían los enfermeros/as dejar de fumar durante su horario laboral? Si /No /Indiferente 15. ¿Fumas? NO _ pasa a realizar las preguntas 16 a 20 Si _ pasa a realizar las preguntas 21 al final NO FUMADORES 16. ¿Has probado alguna vez el tabaco? Si / NO 17. ¿Probarías el tabaco? Si /NO 18. ¿Permites que se fume en tu presencia? Nunca /A veces /Frecuentemente 19. ¿Consideras el tabaco como una forma de adicción? Si /NO 20. ¿Te consideras fumador pasivo? Si /NO	FUMADORES 21. ¿A qué edad empezaste a fumar? _____ 22. ¿Con qué frecuencia fumas? En ocasiones /Los fines de semana /Entre semana /Todos los días 23. ¿Has intentado dejar de fumar en el último año? Si /NO 24. ¿Cuánto dinero gastas en tabaco a la semana? 25. ¿A parte de tabaco fumas otras sustancias? NO /Si (especifica) 26. ¿A parte de tabaco (cigarrillo) utilizas otros sistemas? Cigarrillo electrónico Vapeadores Cachimbos o pipas de agua NO 27. ¿Consideras el tabaquismo una forma de adicción? Si /NO 28. ¿Cómo te consideras? FUMADOR NEGATIVO (fuma en situaciones de nerviosismo) FUMADOR SOCIAL (fuma cuando esta con gente fumadora) FUMADOR HEDONISTA (fuma de forma controlada y disfruta de ello) FUMADOR CRÓNICO (fuma sin ser consciente de ello y grandes cantidades)	29. ¿Antes de empezar la universidad ya fumabas? Si /NO 30. ¿Has fumado en el recinto de la escuela de enfermería o del hospital alguna vez? Si /NO 31. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día regularmente? 0 a 3 cigarrillos 4 a 6 cigarrillos 7 a 9 cigarrillos 10 a 13 cigarrillos 14 a 16 cigarrillos Más de 16 cigarrillos 32. ¿Cuándo tienes exámenes fuma más? Si /NO 33. ¿Estarías dispuesto a dejar de fumar? Ya mismo /Baja Media /Alta 34. ¿Cuál es tu Motivación para dejar de fumar? Ninguna /Baja /Media /Alta
---	--	---	--

Figura 1. Comunicación 22. Metodología: encuesta estudiantes.

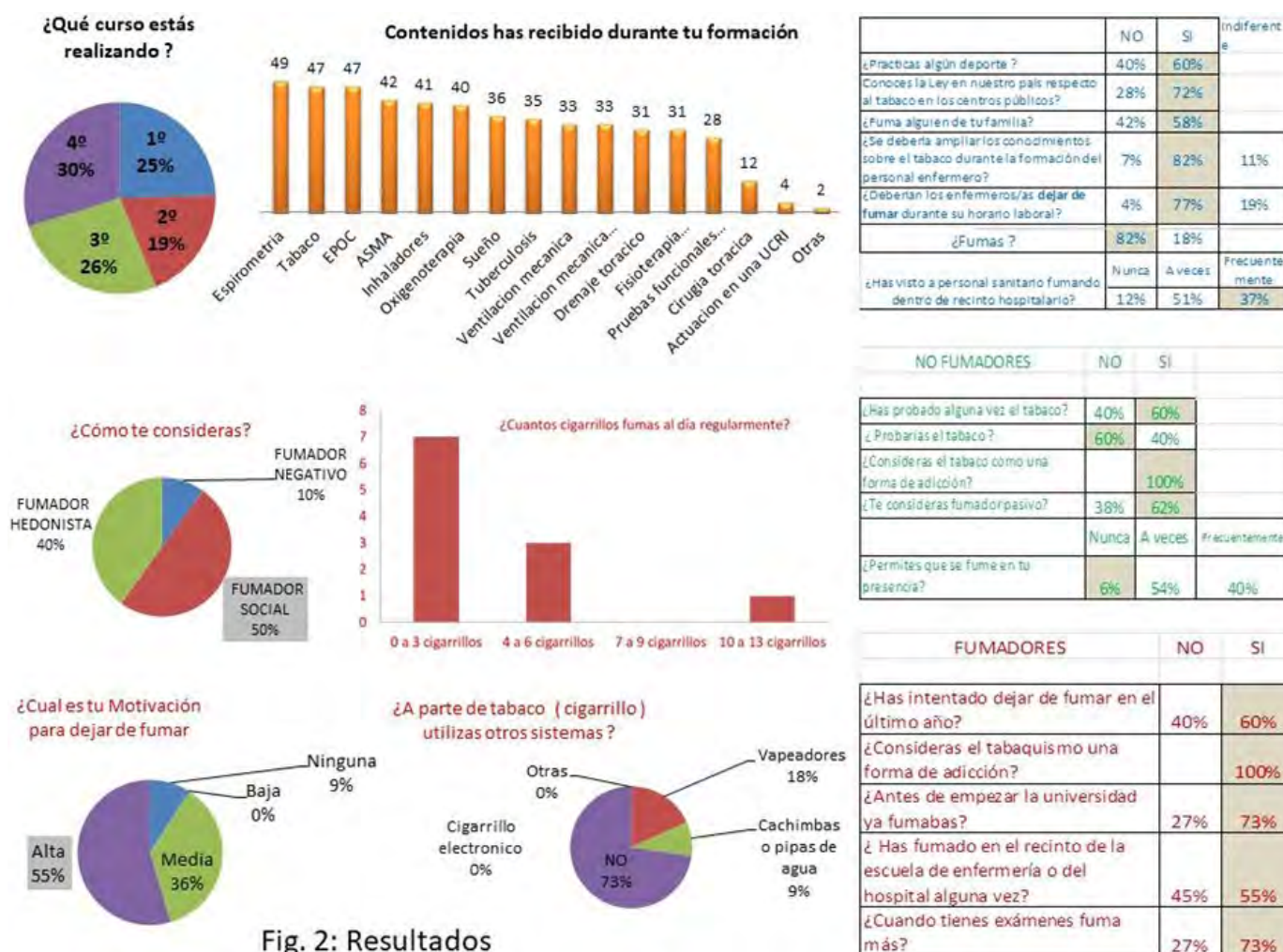


Fig. 2: Resultados

Figura 2. Comunicación 22. Resultados.

sociedad. Objetivos: analizar la formación en cuidados respiratorios, identificar los hábitos tabáquicos de los estudiantes de Enfermería.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Población: estudiantes de enfermería que asistieron al Congreso en Palencia en marzo 2023. Se elabora una encuesta *ad hoc*. Ítems generales, específicos fumadores y no fumadores (fig. 1). Se difunde mediante formulario Forms® anónimo.

Resultados: Es respondida por 57 estudiantes de diferentes universidades. Edad media 21,4 [18-46] $\pm$ 4,3 años. 82% son mujeres. El 60% practica algún deporte. Los contenidos más importantes durante su formación son: espirometría, tabaco, EPOC 9%. Han sido impartidas el 11% en Enfermería Clínica. El 65% por enfermeras. El 72% conoce la Ley antitabaco. 58% fuma algún familiar. Consideran al tabaco droga 40%. 82% consideran necesario ampliar conocimientos de tabaquismo. 51% ha visto a veces fumar en el recinto. 77% refieren que no se debería fumar en el trabajo. 82% son no fumadores, 60% hacen deporte. 60% lo han probado y el 40% sí lo probarían. 54% permiten a veces fumar en su presencia. 100% consideran el tabaco una adicción y el 62% se consideran fumador pasivo. 18% son fumadores, 50% hace deporte y tienen a un familiar que fuma. Edad de inicio media es 16,3 [13-19] $\pm$ 1,8, mediana 16,5 y moda 18 años. 40% fuman todos los días. 40% no han intentado dejar de fumar. Gasto medio semanal: 3,5 euros. No reconocen fumar otras sustancias. 18% han usado vapeadores. 100% lo consideran una adicción. 45% se consideran fumador social. 73% fumaba antes de la universidad. 55% reconoce fumar en lugares prohibidos (fig. 2).

Conclusiones: Los contenidos curriculares incorporan diferentes temas respiratorios, se deberían aumentar materias que respondan a las

necesidades actuales (ventilación, UCRI). Se imparten en diversas asignaturas y por enfermeras mayoritariamente. Piden más formación en el manejo del tabaquismo. Refieren conocer la legislación actual si bien esta no se cumple. Los no fumadores son la mayoría. La edad mínima de inicio en los fumadores es 13 años, justifica realizar actividades preventivas y trabajar con las familias. Refieren motivación para el abandono del tabaco, hay que facilitar la deshabituación. Para establecer relaciones del tabaco con otros factores es preciso tener una muestra mayor.

130. ANÁLISIS DEL TEST DE EPWORTH PRE Y POSTRATAMIENTO CON CPAP/APAP Y SU CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

María Cabero Domínguez, María Jesús Bermejo Cid, Yoana Lázaro Salazar, Emiliano Briceño Meléndez, Itxaso Sayago Reza y Leire Mendiluce Ochandorena

Hospital Comarcal del Bidasoa, Hondarribia, España.

Introducción: El AOS consiste en la aparición de episodios recurrentes de obstrucción total o parcial de la vía aérea superior debido a una alteración anatómico-funcional de origen poligénico, provocando descensos de la SatO₂, que dan lugar a un sueño no reparador, despertares asfícticos, somnolencia diurna, entre otros. En España, la prevalencia es de hasta el 49% en edades entre 30-79 años (prevalencia 4-6% en varones y 2% en mujeres). Los estudios de sueño se

clasifican en cuatro niveles, estando la pulsioximetría incluida en el nivel IV que, junto con la anamnesis del paciente, se complementa con el test de Epworth realizado previamente. El objetivo principal de nuestro estudio es analizar el Epworth pretratamiento/postratamiento y correlacionarlo con la clínica del paciente.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo realizado en la OSI Bidasoa con una n de 40 pacientes diagnosticados de AOS tratado con CPAP/APAP desde febrero del 2022 a abril del 2023. Los pacientes contestaron al test de Epworth en la primera visita y a los 3 meses tras el inicio de tratamiento con CPAP/APAP.

Resultados: De 40 pacientes, 28 hombres (70%) y 12 mujeres (30%), el 75% eran fumadores activos (30%) o exfumadores (45%) y un 25% nunca fumador. 7 pacientes estuvieron en rango de obesidad grado III; 8 pacientes en grado II, 13 en grado I, 10 en sobrepeso y 2 normopeso. Al finalizar el estudio, 7 de ellos (17,5%) habían perdido entre el 5-10% del peso y 1 paciente perdió más del 10% de peso y 7 aumentaron de peso. 18 (45%) no habían modificado su peso. 35 pacientes se adaptaron correctamente (87,5%); 5 pacientes estaban en periodo de adaptación y 2 pacientes abandonaron la terapia. Se analizó el test de Epworth pre y post en 40 pacientes. De estos, 8 pacientes presentaron un descenso de más de 7 puntos en el post (20%); 3 presentaron un descenso de 5-6 puntos (7,5%); 8 presentaron un descenso de 4 puntos (20%); 14 presentaron un descenso entre 1-3 puntos (35%); en 6 la puntuación del post fue mayor que el pre (15%) y en 1 paciente no hubo cambios entre el pre y post. En 17 pacientes (42,5%) un profesional evaluó el Epworth post, observando que fueron los que más redujeron la puntuación del test.

Conclusiones: Concluimos que, si los pacientes son ayudados por un profesional a interpretar y rellenar el test, hay una mejoría mucho más significativa del Epworth. Probablemente, el cuestionario debería ser realizado con ayuda de un profesional, aunque sería necesario realizar más estudios para confirmarlo en un futuro.

316. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CONTACTOS DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS EN BIZKAIA 2003-2022

Nerea Ortiz Laza, Isabel López Aranaga, Jone Toral Andrés, Begoña Toja Uriarte, Borja Santos Zorrozuza, Lander Altube Urrengoechea, Eva Taberner Huguet, Javier Garros Garay, María Pilar Fuentetaja Olmos y Larraitx García Echeberria

Osakidetza, Barakaldo, España.

Introducción: El estudio de contactos y el tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) es la principal intervención sani-

taria disponible para reducir el riesgo de que la infección tuberculosa latente (ITL) progrese a tuberculosis (TB) activa. En País Vasco existe un programa de control y prevención de la tuberculosis desde 2003, que incluye la figura de la enfermera gestora de casos y un registro electrónico unificado. En 2015 se inició un seguimiento telemonitorizado controlado por la enfermera gestora en algunas áreas. Objetivo: estimar la prevalencia de ITL con indicación de TITL en los contactos de personas con TB. Como objetivo secundario, nos planteamos conocer la adherencia al tratamiento preventivo en la vida real según las diferentes pautas y los diferentes modelos de seguimiento.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico que utilizó datos recogidos prospectivamente de contactos de pacientes con TB activa en Bizkaia entre 2003 y 2022. La recogida de información se realizó a través del programa específico de TB y las variables principales fueron: resultado del estudio de contactos, edad, sexo, nacionalidad del caso índice, grado de contacto, TB previa, PPD previa, PPD 1, PPD 2, quantiferon 1, quantiferon 2, quimioprofilaxis previa, radiografía de tórax, pauta indicada, modelo de seguimiento, resultado del tratamiento, toxicidad.

Resultados: Se estudiaron 17.817 contactos, de los cuales 1.651 no completaron el estudio (9%). Se detectaron 132 enfermos (0,74%), se indicó quimioprofilaxis primaria a 437 contactos menores de 5 años o inmunodeprimidos (2,5%) y TITL a 3.066 (17%). Así mismo de los pacientes a los que se indicó TITL, completaron el tratamiento el 66,8%, lo abandonó el 6,1% y se retiró por intolerancia al 3,8% de los contactos, sin diferencias significativas de toxicidad entre las diferentes pautas. En el análisis multivariante, la pauta corta con isoniacida-rifampicina (3HR) y el seguimiento telemonitorizado por enfermera gestora se asoció a una mayor adherencia.

Análisis multivariante de factores asociados a no completar el TITL			
Características basales	Pauta No completada, OR	IC95%	p
Sexo			
Hombre	1,000	—	
Mujer	0,789	0,660, 0,941	0,009
Tipo de pauta			
6H	1,000	—	
3HR	0,345	0,270, 0,436	< 0,001
4R	0,736	0,416, 1,244	0,270
Tipo de seguimiento			
Seguimiento normal	1,000	—	
Seguimiento telemonitorizado por enfermería	0,569	0,407, 0,782	< 0,001

Tabla 1. Comunicación 316

Características basales de contactos con indicación de TITL

	[All] N = 2.962	Completada N = 2.048	No completada N = 914	OR	p, ratio	p, overall
Edad, mediana [25;75]	32,3 [20,9;44,1]	32,6 [20,2;44,9]	31,7 [21,8;41,8]	1,00 [0,99;1,00]	0,198	0,365
Sexo, N (%):						0,002
Hombre	1.588 (53,6%)	1.059 (66,7%)	529 (33,3%)	Ref.	Ref.	
Mujer	1.374 (46,4%)	989 (72%)	385 (28%)	0,78 [0,67;0,91]	0,002	
Nacionalidad N (%)						< 0,001
Española	2.216 (74,8%)	1.576 (71,1%)	640 (28,8%)	Ref.	Ref.	
Región de las Américas	340 (11,5%)	216 (63,5%)	124 (36,4%)	. [...]	,	
Región del Mediterráneo Oriental	166 (5,60%)	114 (68,6%)	52 (31,3%)	. [...]	,	
Región Europea	117 (3,95%)	73 (62,3%)	44 (37,6%)	. [...]	,	
Región de África	113 (3,81%)	63 (55,7%)	50 (44,2%)	. [...]	,	
Región del Pacífico Occidental	9 (0,30%)	5 (55,5%)	4 (44,4%)	. [...]	,	
Región de Asia Sudoriental	1 (0,03%)	1 (100%)	0 (0,00%)	. [...]	,	
Seguimiento N (%)						< 0,001
Seguimiento normal	2.535 (86,5%)	1.712 (67,5%)	823 (32,4%)	Ref.	Ref.	
Seguimiento Telemonitorizado por enfermería	394 (13,5%)	336 (85,2%)	58 (14,7%)	0,36 [0,27;0,48]	< 0,001	
Pauta N (%):						< 0,001
6H	1.844 (67,6%)	1.260 (68,3%)	584 (31,6%)	Ref.	Ref.	
3HR	808 (29,6%)	699 (86,5%)	109 (13,4%)	0,34 [0,27;0,42]	0,000	
4R	76 (2,79%)	57 (75%)	19 (25%)	0,72 [0,41;1,21]	0,220	



Figura 1. Comunicación 316. Resultado del estudio de contactos.

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes que inician el TITL no lo completan. Los pacientes con seguimiento telemonitorizado por enfermera gestora y los que reciben las pautas cortas tuvieron mejores tasas de adherencia. El porcentaje de contactos que completan el estudio de contactos es elevado en comparación con otros estudios.

173. AOS LEVE A TRATAMIENTO CON CPAP: CARACTERÍSTICAS, IMPACTO DE LA TERAPIA Y ADHESIÓN A CPAP

Lara Brandón Guerreiro¹, Angélica González Italiani¹, Eva Gómez Corredoira², Almudena González Montaos², Manuel Pintos Louro², María Torres Durán², M. José Muñoz Martínez² y Mar Mosteiro Añón²

¹Esteve Teijin, Vigo, España. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Introducción: La indicación de CPAP en AOS leve está controvertida.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente los pacientes con AOS leve que se indicó CPAP entre 1-Ene-2022 y 31-Dic-2022. Evaluamos el impacto clínico de la terapia y su adhesión a medio y largo plazo. Comparamos sus características con aquellos con AOS leve sin indicación de CPAP y con el resto de grupos.

Resultados: De 651 pacientes con estudio poligráfico (plg) en 2022, el IAH está en rango leve en 171 (26,3%) (IAH: 0 < 5: 98-15%; 15 < 30: 177-27,3%; 30 < 50: 137-21%; > 50: 65-10%). Se indica CPAP a 57 con IAH leve (33% de leves). A los 3 meses mejora la somnolencia en el 43,6%, mejora global percibida en 45%. Uso a 3 meses: > 2,8 h/n: 62%; > 4 h/n: 49%; se retira CPAP entre 1-12 m al 55%, los que continúan usan CPAP 12m > 4 h/n.

Características de AOS leve frente a AOS moderado a muy grave			
	AOS leve (n: 171-26,3%)	AOS mod a muy grave (n = 382-58,7%)	No AOS (n = 98-15%)
Sexo (mujer %)	45%**	33%	49%
HTA	26%**	40%	20%
Fibrilación auricular	2,3%**	7,6%	2%
C. isquémica	4,1%	3,4%	2%
Antidepresivos	8,8%**	11,5%	15,3%
Edad	53 (12,4)**	56,6 (12,8)	47,8 (14,9)
Etanol (g/d)	16,5 (11,8)**	22,6 (18)	20 (13)
IMC	32,3 (7,07)**	34,28 (7,8)	28,43 (6,77)
Epworth	10,6 (6)	10,8 (6)	10 (5,8)
Indicación CPAP	57 (33,3%)	301 (78,8%)	

*p < 0,01; **p < 0,05 AOS leve/AOS m-grav.

Conclusiones: La CPAP se indica al 33% de AOS leve sintomáticos, logrando mejoría sintomática en casi la mitad de estos, los cuales mantendrán el tratamiento al año con buena adherencia (> 4 h/n).

AOS leve es más prevalente en mujeres, son más jóvenes y más delgados, en comparación con AOS más graves.

517. ASMA GRAVE: EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS MONOCLONALES A TRAVÉS DE LA FUNCIÓN PULMONAR

Laura Fernández Prieto, Rosa Sedano Gutiérrez, Vicente Roig Figueroa, Celia Rodríguez Dupuy, Enrique Macías Fernández, Sofía Jaurrieta Largo, Carlos Alfredo Martínez Padilla, Soraya Fernández Gay, Santiago Antonio Juarros Martínez y Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: Los anticuerpos monoclonales constituyen una clase de fármacos biológicos diseñados para modular respuestas inmunológicas anómalas proporcionando así un enfoque terapéutico específico y efectivo. En el asma grave ofrecen una alternativa valiosa al abordar vías inflamatorias específicas. Analizamos la evolución de la función pulmonar bajo diferentes anticuerpos monoclonales en el tratamiento del asma grave.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de 27 pacientes con diagnóstico de asma grave. El tratamiento se dividió entre mepolizumab (40,7%), omalizumab (37%), dupilumab (18,5%) y benralizumab (3,7%). Se evaluaron las mediciones de FEV1 y PEF en tres momentos clave: basal (previo a inicio tratamiento), a los 6 y 12 meses tras el inicio del tratamiento. La exploración funcional se realizó en base a la normativa SEPAR por enfermeras con experiencia en el manejo de los equipos MasterLab Jaeger, Alemania. Se utilizaron valores de referencia *standard* para población europea y criterios de aceptabilidad en todas las variables de función pulmonar según normativa SEPAR.

Resultados: El 55,6% mujeres, la media de edad de 56,4 ± 14 años, siendo el 63% exfumadores y el 33,3% nunca fumadores. La media de FEV1 basal fue de 92,5 ± 24, aumentando a 101 ± 21 a los 6 meses y a 105,1 ± 21,4 a los 12 meses. Respecto al PEF, la media basal fue de 93,8 ± 25,6, alcanzando los 97,2 ± 22,8 a los 6 meses y los 103 ± 21,3 a los 12 meses. Las pruebas t de Student revelaron significancia en las comparaciones FEV1 basal con FEV1 a 6 meses (p = 0,01) y FEV1 a 12 meses (p = 0,003). Para PEF se encontró significancia en la comparación de PEF basal con PEF a 12 meses (p = 0,03), mientras que PEF basal con PEF 6 meses mostró una tendencia no significativa (p = 0,41).

Conclusiones: Estos resultados sugieren la eficacia sostenida de estos tratamientos en pacientes con asma grave, dada la evolución positiva de FEV1 y PEF a lo largo de los 12 meses señala la relevancia clínica de estos medicamentos, destacando la importancia de una evaluación continua de la función pulmonar.

Tabla 2. Comunicación 173

Características de AOS leve con CPAP frente a AOS leve sin CPAP							
AOS leve	Edad	Sexo mujer	Epworth	IMC	IAH	Antidep.	Hipnóticos
CPAP (N: 57)	49,6 (11)	22 (38,5%)	14,7 (5,8)	30,2 (5)	10 (3,6)	5 (0,87%)	7 (0,12%)
No CPAP (114)	55 (12,5)	55 (48%)	8,7 (5)	33,4 (7,7)	10 (3)	10 (0,8%)	24 (21%)
p	NS		0,001	0,01	NS	NS	0,03

570. ASOCIACIÓN ENTRE LA DESNUTRICIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

Leticia Bueno Freire¹, Patricia Oscanoa Huamán¹, Sara Castro Barquero², Rubén López Aladid¹, Ana María Ruiz León³, Néstor Soler Porcar¹, Blanca Llonch Bertrand¹, Federica Viola Piedepalumbo⁴, Miquel Ferrer Monreal¹, Rosa Casas Rodríguez³, Ramón Estruch Riba³, 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 (UB), Barcelona, España.

²Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS); Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínic de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN); Institut de Nutrició i Seguretat Alimentària (INSA-UB), Universitat de Barcelona; BCNatal, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. ³Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS); Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínic de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN); Institut de Nutrició i Seguretat Alimentària (INSA-UB), Universitat de Barcelona, Barcelona, España. ⁴Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano, Milán, Italia.

Introducción: En los pacientes con bronquiectasias (BQ) no debidas a fibrosis quística (FQ) existe riesgo de desnutrición, particularmente de masa magra, debido al aumento del trabajo respiratorio y

la inflamación crónica (Martínez-García *et al.* Arch Bronconeumol. 2018). Sin embargo, la prevalencia de la desnutrición y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no han sido bien estudiados. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar el estado nutricional de los pacientes con BQ no FQ y su relación con la CVRS.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en pacientes adultos con BQ (SEPAR 1236-2022 y 1478-2023). Se evaluó el estado nutricional en función de los hábitos alimentarios mediante el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) (García-Meseguer *et al.* J Nutr Health Aging. 2013) y se analizó su relación con las características sociodemográficas, clínicas y la CVRS evaluada mediante el cuestionario de calidad de vida-bronquiectasias v3,1 (QoL-B) (Quittner *et al.* Thorax. 2015).

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes; 27 (71,05%) mujeres, 64 ± 13 años (tabla). El 5,26% estaban desnutridos, el 50% en riesgo de desnutrición y el 44,74% tenían un estado nutricional normal. Cuando se compararon las variables sociodemográficas y clínicas, se observaron diferencias significativas en el estado nutricional entre los pacientes que no trabajaban por motivos de salud y los que estaban jubilados ($p = 0,019$). Además, se observaron diferencias significativas en 5 de los 8 dominios de la CVRS: capacidad física, limitaciones de rol, vitalidad, estado emocional y percepción de la salud (fig.). El análisis *post hoc* mostró que los pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición presentaban peores puntuaciones en comparación con los que tenían un estado nutricional normal.

Conclusiones: Una proporción considerable de pacientes con BQ no FQ están desnutridos o en riesgo de desnutrición. La desnutrición y el riesgo de desnutrición se asocian con peores índices de CVRS. Por lo tanto, el abordaje del estado nutricional podría ser clave para mejorar la CVRS de estos pacientes y se debe considerar en el manejo clínico y los planes de cuidados. Estos hallazgos deben validarse en estudios futuros con un tamaño muestral mayor.

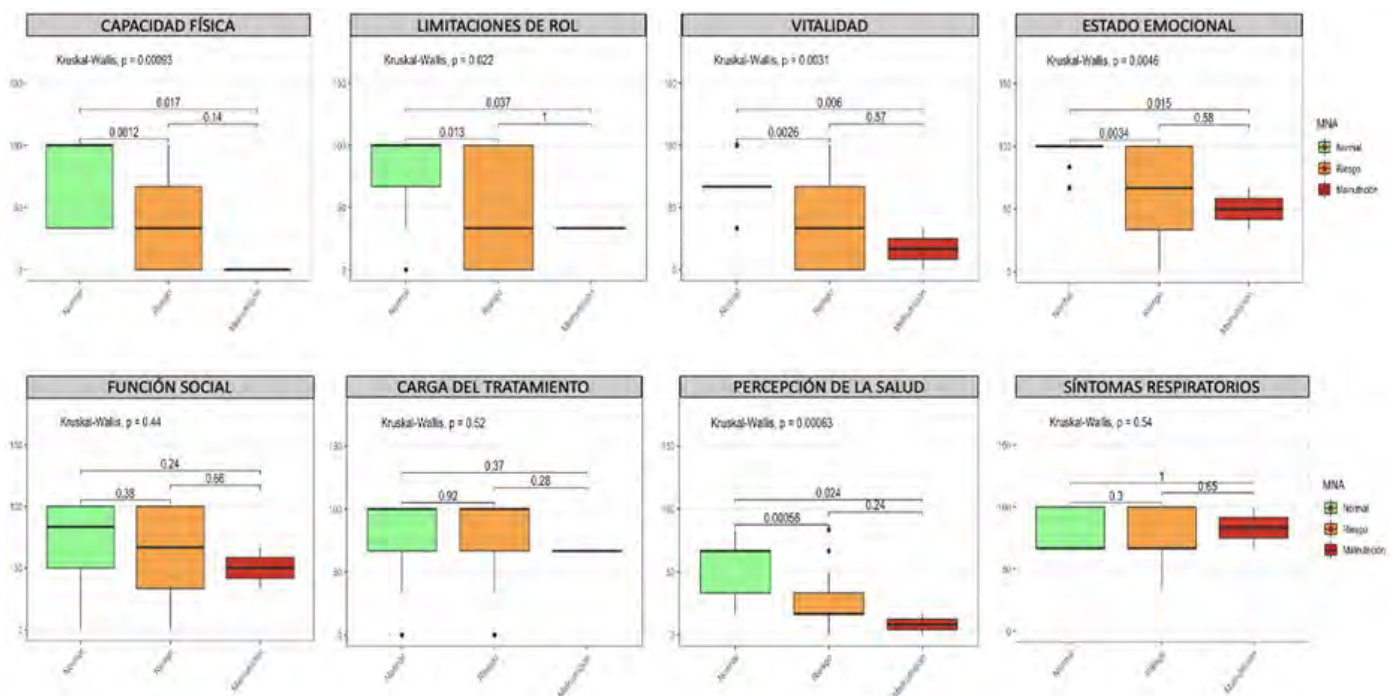


Figura 1. Calidad de vida en función del riesgo de malnutrición. Se muestran los 8 dominios de la calidad de vida relacionada con la salud en función del estado nutricional: normal (verde), riesgo de desnutrición (naranja) y desnutrición (rojo).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas (n=38)

	Estado nutricional normal 17 (44,74%)	Riesgo de malnutrición 19 (50%)	Malnutrición 2 (5,26%)	p-valor
Edad, años	70 (57 - 78)	59 (50 - 75)	69 (68 - 70)	0,651
Sexo, mujer	10 (58,82%)	16 (84,21%)	1 (50%)	0,172
Nivel educativo				0,696
Básico	6 (35,29%)	5 (26,32%)	1 (50%)	
Intermedio	4 (23,53%)	8 (42,11%)	1 (50%)	
Superior	7 (41,18%)	6 (31,58%)	0 (0%)	
Estado civil				0,474
Soltero	2 (11,76%)	6 (31,58%)	1 (50%)	
Pareja	13 (76,47%)	12 (63,16%)	1 (50%)	
Viudo	2 (11,76%)	1 (5,26%)	0 (0%)	
Ocupación actual				0,019
Trabajo	6 (35,29%)	6 (31,58%)	0 (0%)	
Nada por motivos de salud	0 (0%)	7 (36,84%)*	0 (0%)	
Nada por otros motivos/jubilado	11 (64,71%)	6 (31,58%)*	2 (100%)	
Gravedad				
BSI	7 (6 - 11)	8 (6 - 12)	10 (9 - 12)	0,424
E-FACED	3 (3 - 5)	3 (2 - 5)	5 (4 - 7)	0,807
ICCa	3 (2 - 4)	4 (3 - 5)	6 (4 - 7)	0,31
Antropometría				
IMC, Kg/m ²	24,79 (22,91 - 26,75)	25,57 (21,88 - 29,71)	22,85 (19,09 - 26,6)	0,469
Circunferencia braquial, cm	27 (26 - 28,13)	27 (25,5 - 29,75)	25,25 (22,38 - 28,13)	0,247
Circunferencia pantorrilla, cm	33,5 (32,5 - 34,63)	33 (31,25 - 35,75)	29,5 (27,25 - 31,75)	0,733
Parámetros analíticos				
PCR, mg/dL	0,58 (0,4 - 0,97)	0,51 (0,4 - 0,94)	0,4 (0,4 - 0,4)	0,657
Albúmina, g/L	43 (40 - 45)	44 (42 - 47)	45,5 (44,25 - 46,75)	0,333
Prealbúmina, g/L	0,21 (0,19 - 0,24)	0,24 (0,2 - 0,25)	0,25 (0,22 - 0,27)	0,435
Transferrina, g/L	2,4 (2,1 - 2,7)	2,6 (2,25 - 2,75)	2,15 (1,93 - 2,38)	0,523
Linfocitos, 10 ⁹ /L	1,6 (1,4 - 2)	2 (1,55 - 2,3)	1,65 (1,38 - 1,93)	0,514
Vitamina B9, ng/mL	10,33 (7,8 - 14,39)	9,94 (7,26 - 11,13)	16,05 (12,08 - 20,03)	0,469
Vitamina B12, pg/mL	385 (334,5 - 456,5)	396 (331 - 565,5)	784 (552 - 1016)	0,481
Vitamina D, ng/mL	20,2 (18,15 - 26,3)	25,65 (19,95 - 35,35)	25,15 (18,22 - 32,07)	0,42

Los datos se presentan como n (%) o mediana (Q1 - Q3). Se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis para las comparaciones de tres grupos y el test exacto de Fisher para las comparaciones entre variables cualitativas. * p<0,05 entre el estado nutricional (normal vs. riesgo de desnutrición) y la ocupación actual (nada por motivos de salud vs. jubilados). *Abreviaturas*. BSI: bronchiectasis severity index; AAIcC: Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado por edad; IMC: índice de masa corporal; PCR: proteína C reactiva.

Tabla 1. Comunicación 570.

166. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2022-2023 DE LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

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

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La gripe es una afección cuyas consecuencias pueden ser graves, llegando a provocar múltiples complicaciones y entre

290.000 y 650.000 defunciones anuales mundiales. La única forma eficaz demostrada de prevención es la vacunación, tal y como señalan la OMS o el Consejo Europeo, siendo especialmente recomendable su administración en el personal sanitario, por el alto riesgo de infección y por ser vehículo de transmisión para los pacientes que atienden.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal entre el personal de Neumología de un hospital, que determinó si los profesionales del Servicio aceptaban administrarse la vacuna o no y cuáles fueron los motivos. Participaron un

total de 68 personas. Para ello, se rellenó un cuestionario anónimo que incluyó factores sociodemográficos y un listado de motivos multiopción a favor o no. Así, se calculó la frecuencia relativa y absoluta para cada variable y se analizaron resultados.

Resultados: Los resultados determinaron que la tasa de vacunación fue de un 63%, frente a un 37% de no vacunados. En cuanto al sexo, de cada 10 mujeres, 6 se vacunaron y 4 no, mientras que, de cada 10 hombres, 8 se vacunaron y 2 no. En relación a la categoría profesional, la tasa de vacunación de los médicos fue de un 91,6%, 50% de enfermeros y 41,2% de TCAEs. El mayor porcentaje de vacunados corresponde al rango de edad de 18-35 años (74%), mientras que el menor correspondió a los de entre 51 a 65 años (56%). Los resultados de vacunados fueron similares tanto en la planta como en consultas. De cada 10 profesionales, 7 se vacuna y 3 no, encontrándose la menor relación en la Unidad de Trastornos del Sueño, en la que la mitad de sus profesionales se vacuna y la otra no. En cuanto a los motivos alegados para aceptar vacunarse fueron: responsabilidad por trabajar en un hospital e interés por proteger su propia salud y la de los pacientes. En cuanto a los motivos para rechazarla fueron temor a posibles efectos secundarios, no haber tenido nunca gripe o pereza y dejadez.

Conclusiones: En conclusión, se observa un aumento de la vacunación en edades más jóvenes. Sin embargo, habría que hacer campañas de concienciación a los de mayor edad (50-65 años) que, además de ser el grupo que menos se vacuna, constituye el de mayor riesgo. Es destacable la diferencia porcentual de vacunación entre colectivos; el 91,6% de médicos, el 50% de enfermeros o el 41,2% de TCAEs, siendo estos dos últimos grupos los que mantienen un contacto más estrecho con los pacientes.

752. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A UN LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Íñigo García-Peñuela Arrechea¹, Juan Luis Rodríguez Hermosa², Carolina Domínguez Méndez¹, Ana Palomar Santamaría¹, Ana María Jorge González¹, Antonia Elvira Nava Márquez³, Jorge García Aragón¹, Gianna Vargas Centanaro¹, Sofía Ayat Ortiz¹, Xinyi Gao¹ y Myriam Calle Rubio²

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

²Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España. ³Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España.

Introducción: La realización de pruebas de función pulmonar es cada vez más frecuente en nuestro medio tras la pandemia, tanto en pacientes con sintomatología respiratoria como en sanos. Nuestro objetivo es valorar las características de los pacientes que acuden a un laboratorio de función pulmonar de un hospital terciario.

Material y métodos: Se realiza un estudio en el que se incluyen 500 pacientes que acuden al laboratorio de función pulmonar del Hospital Clínico San Carlos en los meses de septiembre de 2022 a febrero de 2023. Se valora de forma prospectiva diferentes variables: edad, sexo, IMC, historial tabáquico, la prevalencia de sanos y de enfermos con las diferentes enfermedades respiratorias (EPOC, asma, bronquiectasias, EPID, AOS, cáncer de pulmón e insuficiencia respiratoria), así como el síntoma que motiva la realización de la espirometría (disnea, tos, expectoración, infecciones frecuentes, etc.). También se valora el FEV1, FVC y el cociente FEV1/FVC medio.

Resultados: Se evaluaron un total de 500 pacientes, de los cuales 229 (45,9%) eran varones con una edad media de 64,41 (DE 13,21) años. Casi la mitad de los pacientes incluidos eran exfumadores (48,2%), un 20,5% seguían fumando y un 31,3% nunca habían fumado. De los 500 un 23% eran sanos y no tenían antecedentes de enfermedad respiratoria, del resto un 26,9% EPOC, 22,4% AOS, 19,2% EPID, 14,6% asmáticos, 14,4% tenían bronquiectasias, 7,0% cáncer de pulmón y un 6,4% insuficiencia respiratoria. El síntoma predominante fue la disnea (64,3%) seguida de la tos (16,2%). En cuanto a la espirometría se obtuvo en FEV1 medio de 2.244,85 ml (DE 1.378,39) que corresponde a un 94,00% (DE 110-74), una FVC media de 3.126,63 ml (DE 1.050,94) que corresponde a un 105,00% (DE 120-90) y un FEV1/FVC medio de 69,81% (DE 13,8831).

Conclusiones: El estudio refleja las características de la población que se somete a una espirometría; la enfermedad más frecuente de los sujetos fue la EPOC seguida de la apnea del sueño, y la disnea fue el síntoma más frecuente referido por los pacientes. Un 20,5% era fumador (solo ligeramente inferior a los datos en población general), y 1 de cada 4 no tenía antecedentes de enfermedad respiratoria conocida.

897. “CARGA” CUIDADOS EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC DE ALTA Y MUY ALTA COMPLEJIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE: DESCRIPCIÓN GENERAL

David Díaz Pérez¹, Pedro Ruymán Brito Brito², Ricardo José Pinto Plasencia¹, Domingo Ángel Fernando Gutiérrez³, Héctor González de la Torre⁴ y Martín Rodríguez Álvaro⁵

¹Coordinación Autonómica de Investigación en Cuidados de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁵Gerencia de Servicios Sanitarios de la Palma (AP), Servicio Canario de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de la Palma, España.

¹Coordinación Autonómica de Investigación en Cuidados de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁵Gerencia de Servicios Sanitarios de la Palma (AP), Servicio Canario de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de la Palma, España.

¹Coordinación Autonómica de Investigación en Cuidados de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁵Gerencia de Servicios Sanitarios de la Palma (AP), Servicio Canario de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de la Palma, España.

Introducción: El presente estudio se propuso investigar las intervenciones NIC que son implementadas en pacientes diagnosticados con asma y EPOC, clasificados como de alta y muy alta complejidad, en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. El objetivo de este estudio fue identificar y analizar las intervenciones NIC aplicadas en este contexto, con el objetivo de mejorar la comprensión de las prácticas de cuidado y contribuir al desarrollo de estrategias más eficientes y personalizadas para pacientes con asma y EPOC de alta y muy alta complejidad.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo transversal con el propósito de realizar un análisis descriptivo sobre una muestra completa de pacientes, compuesta por 9.609 individuos con diagnóstico de asma y 6.759 pacientes con EPOC. Los datos utilizados en este análisis fueron extraídos de la historia clínica electrónica (DRAGOAP) y se sometieron a un proceso de análisis estadístico mediante el paquete JAMOV V3. La metodología se centró en llevar a cabo un análisis de las frecuencias dentro de cada uno de los grupos de estudio, buscando identificar patrones, tendencias y características relevantes en la población de pacientes con asma y EPOC.

Resultados: En la tabla 1 se presentan las características generales y los diagnósticos NANDA más prevalentes de los dos grupos

	Asma (n:9609)	EPOC (n: 6759)
Sexo	75.9% mujer	31.8% mujer
	24.1% hombre	68.2% hombre
Edad	71 años (DE13.6)	74 años (DE10.7)
	<65 años 28.1%	<65 años 19.8%
	65-79 años 41.7%	65-79 años 48%
	≥80 años 30.2%	≥80 años 32.2%
Comorbilidades	HTA 86.7%	HTA 84.2%
	DLP 80.8%	DLP 78.1%
	Artrosis 75.3%	Artrosis 60.8%
	Diabetes 53.8%	Diabetes 53.9%
	Obesidad 45.4%	Obesidad 33.6%
	Depresión 43.5%	Depresión 30.3%
	Ansiedad 43.3%	IC 28.6%
	Tiroides 34.4%	IRC 27.1%
	IRC 23.4%	Ansiedad 27.1%
	IC 20.7%	Tiroides 22.9%
	Neoplasia 17.8%	Neoplasia 22.4%
	Osteoporosis 17.8%	ACV 20.3%
	ACV 14.3%	
Clasificación persona mayor	Autónomo 51.9%	Autónomo 48.4%
	Frágil 33.8%	Frágil 35.6%
	Dependiente 14.3%	Dependiente 16%
Orden de complejidad	Muy alta complejidad 10.5%	Muy alta complejidad 16.1%
	Alta complejidad 89.5%	Alta complejidad 83.9%
¿Tienen persona cuidadora?	47.3%	50.4%
Diagnósticos NANDA		
Disposición para mejorar la salud (00162)	78.1%	74.7%
Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)	45%	44.3%
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	41.4%	43.9%
Disconfort (00214)	34.6%	26.1%
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	31.7%	29.4%
Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	20.8%	15%
Protección ineficaz (00043)	19%	19.2%
Riesgo de caídas (00155)	17.8%	18.3%
Dolor crónico (00133)	14.2%	9.5%
Conductas generadoras de salud (00084)	13.6%	13.2%
Gestión ineficaz de la salud (00078)	13.5%	14.1%
Trastorno de la percepción sensorial (00122)	12.3%	11.1%
Incumplimiento (00079)	12.2%	13.5%
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	10.5%	10.5%
Déficit de autocuidado: baño (00108)	10.4%	11.7%
Deterioro de la ambulación (00088)	10.1%	10.4%

Tabla 1. Comunicación 897. Características general y diagnósticos NANDA.

de estudio. En la tabla 2, se detallan los NIC más frecuentemente empleados por las enfermeras en pacientes con asma y EPOC, junto con la cuantificación del tiempo conforme a las pautas establecidas por la NIC (2018). La cuantificación del tiempo se basa en los intervalos de tiempo descritos en la literatura, indicando que los pacientes con asma o EPOC de alta o muy alta complejidad requieren una atención anual entre 498 y 750 minutos en nuestro entorno.

Conclusiones: El abordaje tradicional centrado únicamente en la patología subyacente no satisface de manera integral las nece-

sidades de los pacientes. Dada la naturaleza de los casos de alta y muy alta complejidad, existe un incremento significativo en la necesidad de cuidados, destacando la importancia de adoptar un enfoque integral. En particular, se enfoca en la labor de las enfermeras en la Atención Primaria, quienes desempeñan un papel clave en el diseño y la implantación de planes y estrategias de cuidado adaptados a las necesidades específicas de los pacientes. La cuantificación de la “carga” de cuidado ayudará a mejorar la planificación de la atención prestada por parte de las enfermeras a estos pacientes.

NIC	Asma (n:9609)	EPOC (n: 6759)	Tiempo
Monitorización de los signos vitales (6680)	47.4%	42.7%	<15 minutos
Educación para la salud (5510)	45.2%	43.2%	16-30 minutos
Manejo de la inmunización/vacunación (6530)	40.3%	39.8%	16-30 minutos
Identificación de riesgos (6610)	25.5%	24.3%	46-60 minutos
Asesoramiento nutricional (5246)	20.6%	17.1%	16-30 minutos
Fomento del ejercicio (0200)	21.5%	19%	31-45 minutos
Acuerdo con el paciente (4420)	21.5%	18.6%	46-60 minutos
Enseñanza: dieta prescrita (5614)	21%	18.3%	16-30 minutos
Cuidados de las heridas (3660)	20.3%	22.3%	31-45 minutos
Análisis de situación sanitaria (6520)	17%	15.9%	46-60 minutos
Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)	13.5%	13.2%	16-30 minutos
Administración de medicación: inhalatoria (2311)	12.8%	9.6%	> 15 minutos
Control de infecciones (6540)	12.7%	13.6%	31-45 minutos
Manejo de medicación (2380)	12.4%	10.9%	16-30 minutos
Asesoramiento (5240)	12.3%	11.8%	46-60 minutos
Manejo de la nutrición (1100)	12.1%	11.9%	31-45 minutos
Prevención de caídas (6490)	11.8%	11.4%	>1 hora
Enseñanza: medicamento prescrito (5616)	11.3%	11.1%	16-30 minutos
Ayuda para disminuir el peso (1280)	10.8%	7.5%	16-30 minutos
TOTAL tiempo de intervenciones*			498- 750 minutos

Tabla 2. Comunicación 897. Tipo y tiempo de intervenciones NIC.

443. CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO POR DESCOMPENSACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR; REVISIÓN DE CASOS

Sara Sorolla Matas, Lidia López Escuredo, Isabel Blanco Vich, Pau Belver Colomer, Paula Gómez Guzmán, Laura Ferran Valls y Ana M. Ramírez Gallardo

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: La hipertensión pulmonar es un concepto hemodinámico que se caracteriza por un aumento de la presión en la arterial pulmonar. Los motivos más frecuentes por el que pueden ingresar los

pacientes con hipertensión arterial pulmonar e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica, según la literatura son insuficiencia cardíaca derecha, insuficiencia respiratoria, *shock* séptico y/o hemorragia gastrointestinal. El objetivo principal de la presente revisión es identificar las causas principales de ingreso hospitalario en una unidad convencional en pacientes con hipertensión pulmonar en nuestro centro. Como objetivos secundarios: 1) determinar que pacientes precisan cuidados intensivos durante su ingreso convencional y 2) explorar que déficit de conocimiento tuvieron los pacientes ingresados en cuanto a su enfermedad y su tratamiento, y 3) investigar qué intervenciones se realizaron en educación a estos pacientes durante su hospitalización.

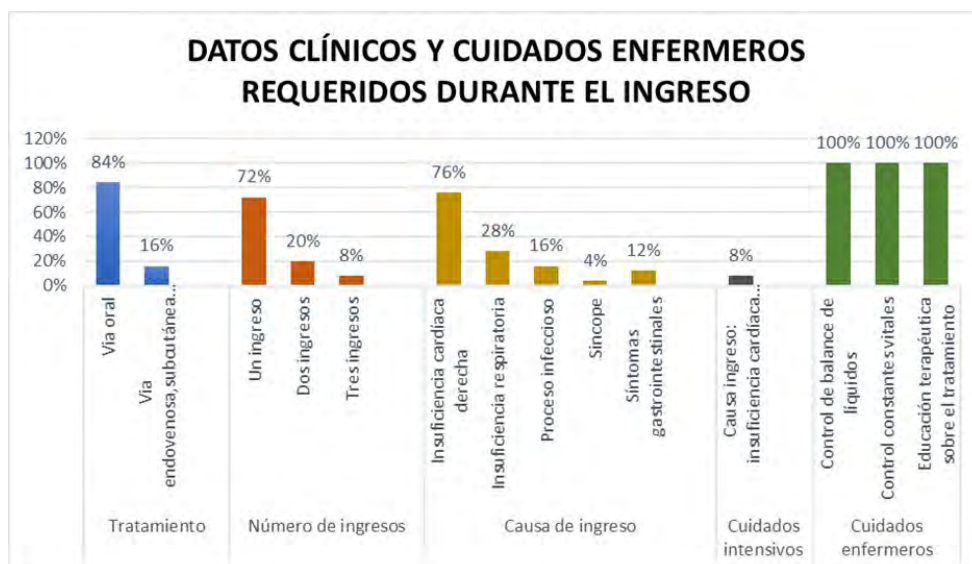
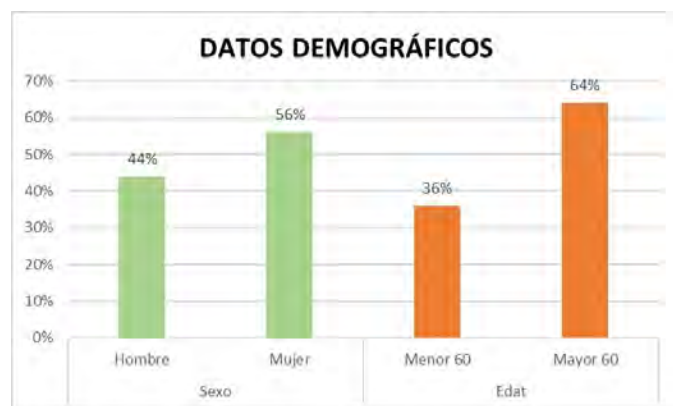


Figura 1. Comunicación 443.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisan los datos obtenidos de un registro propio de los pacientes con hipertensión pulmonar que requirieron ingreso durante el año 2021 en el Hospital Clínic de Barcelona. La población diana son aquellos que ingresan en hospitalización convencional por cualquier tipo de hipertensión pulmonar. Se revisa para el análisis; datos demográficos, clínicos y se revisó el curso clínico de los pacientes para identificar cuidados de enfermería requeridos.

Resultados: Un total de 200 pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar fueron ingresados en el Servicio de Neumología. Fueron ingresados por un proceso de descompensación de su enfermedad N = 25 (44% hombre, 56% mujer). Los motivos de ingreso fueron un 76% insuficiencia cardiaca derecha, un 28% insuficiencia respiratoria, un 16% por un proceso infeccioso, un 4% por síncope y un 12% síntomas gastrointestinales (síndrome diarreico, náuseas/vómitos...). Un 8% requirió pasar a Cuidados Intensivos por insuficiencia cardiaca, y finalizando el ingreso como *exitus letalis*. El 100% precisó control de balance de líquidos, control de constantes, educación terapéutica sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico.



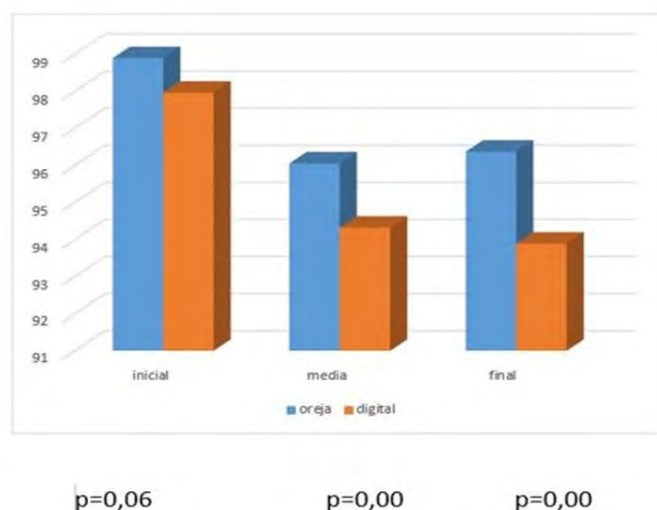
Conclusiones: El motivo de ingreso más frecuente por descompensación de la hipertensión pulmonar es la insuficiencia cardiaca derecha, seguido de insuficiencia respiratoria. Se confirmó que los pacientes tenían déficits de conocimiento en diferentes áreas y que un ingreso hospitalario puede ser un momento idóneo para reforzar educación terapéutica.

785. COMPARACIÓN DE PULSIOXIMETRÍA DIGITAL Y EN LÓBULO DE LA OREJA EN LA PRUEBA DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS

Iman Oufkir El Hajjioui, María Ángeles Gimeno Peribáñez, Marta Osuna Moreno y Laura Sebastián Victoria

Hospital Trueta, Girona, España.

Introducción: La prueba de la marcha de 6 minutos (PM6M) evalúa la tolerancia al esfuerzo midiendo saturación de oxígeno (SatO₂), Frecuencia cardiaca (FC), metros caminados y escala de disnea. En nuestra práctica habitual tenemos la percepción que la saturación en lóbulo de la oreja es mayor que la digital y nos planteamos si en determinadas situaciones podría ser más recomendable su uso. Objetivo: evaluar si existen diferencias entre las mediciones de SatO₂ por 2 tipos de sensor de pulsioximetría: digital y lóbulo de la oreja.



Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes derivados desde Neumología al gabinete de pruebas funcionales respiratorias para realizar PM6M durante el mes de noviembre de 2023 en el Hospital Trueta de Girona. No se incluyeron pacientes portadores de oxigenoterapia. Se realizó la PM6M con dos pulsioxímetros, uno en lóbulo de la oreja y otro digital, realizando la exploración según protocolo del centro.

	IMC≥30 (n=6)	IMC<30 (n=13)	p	Varones (n=15)	Mujeres (n=4)	p	EPOC (n=10)	EPID (n=2)	AOS (n=4)	HP (n=1)	Otras (n=2)	p
SatO ₂ inicio D(%)	96,8±0,7	97,5±1,2	0,37	97,4±1	96,7±1,2	0,84	97,2±1,3	97	97±0,8	99	97,5±0,7	0,61
SatO ₂ inicio LO(%)	98,7±0,8	99±0,9	0,63	98,9±0,9	99±0,8	0,20	99±0,9	98,5±0,7	98,5±1	99	99,5±0,7	0,72
Diferencia LO-D SatO ₂ inicio(%)	1,8	1,5	0,02*	1,47	2,25	0,89	1,8±1,3	1,5±0,7	1,5±0,6	-	2	0,62
SatO ₂ final D(%)	93,8±3,1	93,9±3,9	0,81	94,2±2,4	92,7±7,8	0,02*	92,7±3,8	92,5±0,7	95,2±3,6	98	96,5±0,7	0,39
SatO ₂ final LO(%)	96,3±3,5	96,5	0,55	96,3±3	96,5±4,5	0,42	95,4±3,9	96±1,4		99		0,52
Diferencia LO-D SatO ₂ final(%)	2,7±1,7	2,4±2,4	0,15	2,1±2,1	3,8±2,4	0,81	2,7±2,4	3,5±0,7	1,5±2,6	1	3±1,4	0,79

Tabla 1. D=Digital; LO=Lóbulo oreja

Tabla 1. Comunicación 785.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 19 pacientes (15 varones y 4 mujeres), con una media de edad de 71 (± 9) años y un IMC de 29 ($\pm 8,5$). Un 52,6% de pacientes tenían EPOC, un 10,5% EPID, un 21% AOS, un 5,3% hipertensión pulmonar y un 10,5% otras patologías respiratorias. El promedio de saturaciones obtenidas fueron: basal digital 97,3 (± 1); basal de oreja 98,9 ($\pm 0,9$); media digital 94,3 ($\pm 3,6$); media de oreja 96 ($\pm 3,4$); y final digital 93,9 ($\pm 3,6$) y final de oreja 96,4 ($\pm 3,2$).

Se comparó la diferencia entre la media de SatO2 entre los dos dispositivos al inicio y al final del test de la marcha, así como la media de todos los valores, observando diferencias significativas en el valor de la media y al final de la prueba (fig.). Se dividió la muestra en 2 grupos según IMC, sexo y diagnóstico y se analizaron posibles diferencias (tabla).

Conclusiones: Los resultados confirman que en nuestra muestra la SatO2 en lóbulo de la oreja es mayor que la digital, lo que podría tener implicaciones en la interpretación de la PM6M y las decisiones clínicas derivadas de esta. Se ha observado que en pacientes obesos la diferencia entre la SatO2 medida por los dos sensores al inicio de la prueba es mayor, aunque desconocemos la causa de este hallazgo. No se han observado diferencias de SatO2 entre los dos métodos en relación a la enfermedad respiratoria de base, aunque podrían existir en los pacientes con EPOC y EPID, que habría que evaluar ampliando la muestra de pacientes.

472. COMPLICACIONES A LAS 24 H Y 48 H DEL PACIENTE AMBULATORIO SOMETIDO A UNA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE

Laura Rodríguez García, Diego Romero López, Katya Marietta Amasifén Contreras, M. Àngels Milà Enríque, Jordi Rabadán Carnicero, Mario Culebras Amigo y Antonio Álvarez Fernández

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: La broncoscopia flexible (BF) permite la realización de técnicas complejas, las cuales habitualmente se acaban aplicando en pacientes con patologías graves y con una morbilidad de base elevada. Todo ello ha provocado un aumento de las complicaciones referidas por los pacientes tras la realización del procedimiento, por lo que es preciso un abordaje educativo por parte de enfermería que les acompañe durante este proceso. Objetivos: determinar las complicaciones que se presentan a las 24 y 48 h tras el alta, en el paciente al que se le ha realizado una BF.

Material y métodos: Estudio observacional analítico prospectivo en pacientes sometidos a una BF en un gabinete de un hospital de 3^{er} nivel, que fueron dados de alta a domicilio sin presentar complicaciones inmediatas. El periodo de estudio va desde febrero de 2020 hasta noviembre de 2023. Se recogieron datos clínicos y funcionales a través de la realización de llamadas vía telefónica mediante una entrevista con preguntas cerradas a las 24 h y 48 h de la prueba, registrando los datos obtenidos en una tabla de Microsoft Excel.

Resultados: El número de BF realizadas durante el periodo de estudio fue de 1.756, de las cuales 1.691 fueron dados de alta a domicilio sin complicaciones intra ni posintervención inmediata, 54 fueron ingresados en planta de hospitalización y 11 trasladados a UCI. 383 pacientes (22,6%) refirieron la aparición de alguna complicación en las primeras 24 h tras el alta, la cual se mantenía a las 48 h en 244 pacientes (14,4%). Las complicaciones más habituales fueron: dolor de garganta (15,6% a las 24 h y 10,5% a las 48 h), fiebre (3,6% a las 24 h y 1,4% a las 48 h), expectoración hemoptoica (1,7% a las 24 h y 0,9% a las 48 h), dolor torácico (0,9% a las 24 h y 1% a las 48 h), dolor torácico + fiebre (0,23% a las 24 h y 0,11% a las 48 h), bronquitis (0,17% a las 24 h y 0,11% a las 48 h), neumonía (0,05% a las

24 h y 48 h) y expectoración hemoptoica + dolor torácico (0,05% a las 24 h y 0,11% a las 48 h).

Conclusiones: Tras la realización de una BF es frecuente la aparición de alguna complicación en las primeras 24 h, que en más de la mitad de los casos persisten más allá de las 48 h. Suelen ser complicaciones leves, siendo las más frecuentes: dolor de garganta, fiebre, expectoración hemoptoica y dolor torácico. El conocimiento de la posible aparición de estas complicaciones permite orientar la intervención educativa realizada por Enfermería en el momento del alta y así prevenir a los pacientes sobre qué esperar y cuándo consultar tras una complicación.

483. CONCORDANCIA ENTRE LECTURA MANUAL DE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA Y LECTURA AUTOMÁTICA CON SOFTWARE SOMNOLIZER®

Marta Aguilera Molina, Ines Podzamczar Valls, Vera Marcela Lugo Arrua, Marta Gutiérrez Rouco, Beatriz Suárez Correa, Ana Mendes Silva, Inmaculada Gaya Mestre, Sandra Giménez Badia y Ana María Fortuna Gutiérrez

Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Sueño, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología muy prevalente cuyo diagnóstico requiere de una prueba de sueño como la poligrafía respiratoria (PR). El uso de equipos diagnósticos que incluyen *softwares* de inteligencia artificial (IA) en el análisis automático, agilizaría la lectura de los estudios y por tanto el diagnóstico. El objetivo de nuestro estudio fue comparar la lectura manual de estudios de PR (Alice NightOne; Phillips®) de pacientes con sospecha de AOS de forma manual versus el análisis automático mediante el *software* de IA integrado en el equipo (Alice Somnolyzer®, Phillips).

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se realizaron poligrafías respiratorias domiciliarias en pacientes con sospecha de AOS de forma consecutiva. El análisis y lectura manual se realizó de forma habitual por el profesional de la Unidad de Sueño (médicos y enfermeras). Cada estudio fue analizado posteriormente por el *software* Somnolyzer®.

Resultados: Se incluyeron 40 sujetos (24 varones (60%), edad media: 55,8 años (15,6), IMC 33,35 kg/m² (7,6)). El 35% presentaba HTA, el 32,5% DLP, el 15% DM, el 12,5% cardiopatía, el 20% asma y el 7,5% EPOC. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: ronquido (82,5%), apneas presenciadas (50%), nicturia (37,5%) y somnolencia (32,5%). Se observó una alta correlación entre ambos métodos, respecto a los valores de IAH, SatO2 media (%) y CT90% (tabla). En cuanto a la gravedad del IAH se observa una concordancia sustancial (Kappa = 0,71; IC95% 0,57-0,85). Somnolyzer® tiende a sobreestimar la gravedad de los pacientes con mayor IAH y a infraestimar aquellos con menor IAH (fig.).

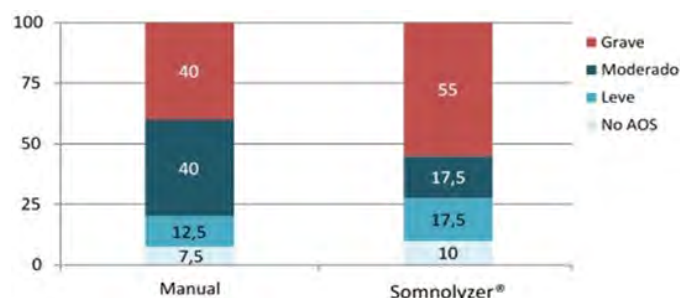
	ANÁLISIS MANUAL Media (DE)	ANÁLISIS SOMNOLYZER® Media (DE)	CCI	IC 95%:
IAH	31,88 (22,94)	36,1 (26,57)	0.95	0.91-0.98
SatO2media (%)	93,35 (3,10)	93,17 (3,15)	0.97	0.94-0.98
CT90 (%)	11,03 (18,88)	11,13 (18,93)	1	1-1

DE: Desviación estándar, IAH: Índice de apnea: hipoapnea, SatO2media: Saturación de oxígeno media. CT 90%: porcentaje de tiempo con saturación por debajo del 90%. CCI: coeficiente correlación intraclass, IC 95%: intervalo de confianza 95%

Análisis descriptivo de las poligrafías respiratorias por ambos métodos y concordancia entre métodos.

Conclusiones: El *software* automático podría ser una herramienta útil para agilizar la lectura de poligrafía respiratoria en pacientes con alta sospecha preclínica. Sin embargo, la valoración y análisis de

personal cualificado sigue siendo fundamental para establecer un diagnóstico definitivo.



Comparación de la gravedad de AOS según método de análisis (manual vs. Somnolyzer®).

176. CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA INHALADA

Pedro Adami Teppa¹, Myriam Calle Rubio¹, Miriam García Carro², María Fernández Vázquez³, Consolación Riesco Rubio², Laura Fernández Cortes², María Morales Dueñas², Valeria Chamorro del Barrio², Ruth Orejas Rodríguez², Gianna Vargas Centanaro¹, Íñigo García-Peñuela Arrechea¹ y Juan Luis Rodríguez Hermosa¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España. ²Servicio de Neumología, Supervisión de Enfermería, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Servicio de Farmacia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: La terapia inhalada es uno de los grupos terapéuticos de mayor consumo en España. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes no cumplen el tratamiento de forma involuntaria. El objetivo de este análisis era analizar el nivel de conocimiento y formación referido por el paciente, el cumplimiento y la técnica realizada.

Material y métodos: Se realizó una auditoría transversal que evaluó la terapia inhalada en pacientes que hospitalizaban en ámbito médico en un centro de tercer nivel desde el 1 de marzo de 2023 hasta el 1 de septiembre de 2023, con la recogida de datos del historial clínico, registros del programa de prescripción electrónica y entrevista con el paciente. Se evaluó la terapia inhalada que realizaba en domicilio antes de la hospitalización.

Resultados: 455 pacientes eran incluidos por realizar una terapia inhalada durante la hospitalización, de los cuales 263 pacientes (57%) realizaban un tratamiento inhalado en domicilio previo al ingreso con tiempo medio 18 (5,2) meses. El conocimiento referido fue no bueno: en el 25% sobre la indicación, en el 14% sobre la posología y en el 22,2% sobre el manejo. El 30,7% referían ninguna o insuficiente formación sobre el uso del inhalador, refiriendo ser adiestrados por: 27,8% Enfermería Hospitalaria, 27,8% Especialista, 22,2% Médico de Familia, 5,6% Enfermería de Centro de Salud y 2,8% Farmacia. La puntuación media del cuestionario TAI fue 45,9(4,3), con adherencia buena (en 8,3%), regular (66,7%) y mala (25%) siendo deliberado solo en el 11%. El 35% tenían errores críticos en la técnica (56,5% en cartucho con cámara, 29,4% en polvo seco, 12,5% con cartucho presurizado y 2,5% niebla fina) con un pico flujo medio 59 L/min. En más del 75% no se modificó la terapia inhalada de mantenimiento.

Conclusiones: En pacientes que hospitalizan existe una escasa formación y conocimiento de la terapia inhalada que realiza en domicilio con un elevado incumplimiento y frecuentes errores en la técnica. El rol de educador es infrecuente por enfermería en Atención Primaria. Existe una ventana de oportunidad para adecuar la terapia inhalada en el ámbito de la hospitalización.

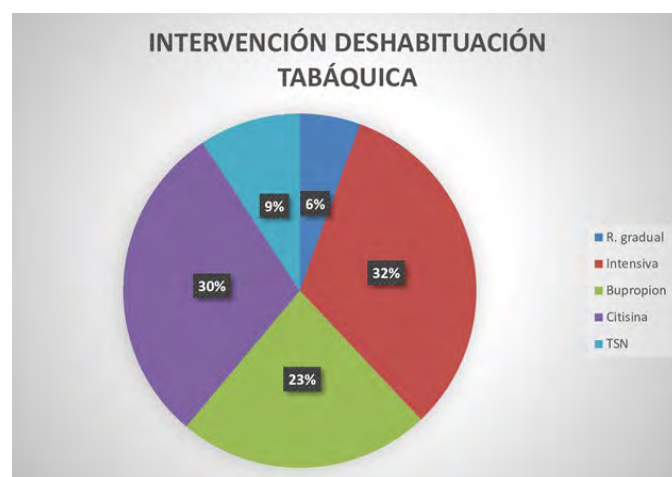
257. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

Beatriz Sanz Abos, Cristina Gómez González, María Sierra Giménez Portero, Ana Lucía Figueredo Cacacho y Félix Martínez Quiñones

Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España.

Introducción: El consumo de tabaco se considera un problema de salud pública en España y su tratamiento constituye un reto para los Servicios de Salud. Por ello en la actualidad se realiza deshabituación tabáquica en Atención Primaria y especializada con intervención que va desde el consejo breve hasta tratamientos multidisciplinares. Objetivo: implementar la consulta de deshabituación tabáquica como consulta de alta resolución para facilitar el acceso a los pacientes fumadores de Neumología HGDZ.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional sobre una muestra de 108 pacientes en la consulta de Deshabituación Tabáquica (DT) desde enero 2022 hasta noviembre 2023. Se realiza entrevista motivacional con mediciones sociodemográficas y variables de la conducta de fumar (tabla). Detección del déficit alfa-1 antitripsina (DAAT). Se llevan a cabo distintas intervenciones para la deshabituación tabáquica (fig.). Todos los pacientes que participaron en la deshabituación tabáquica recibieron terapia psicológica.



VARIABLES	VALORES	Entrevista Motivacional pacientes
IPA	• < 10	4
	• 11 a 20	18
	• 21 a 40	52
	• 41 a 60	20
	• > 61	14
Fagerström	• Leve (0 a 3)	18
	• Moderada (4 a 6)	55
	• Intensa (7 a 10)	35
Richmond	• Baja (0-6)	27
	• Moderada (7 a 9)	64
	• Alta (10)	17
Intervención Deshabituación tabáquica	• Intervención intensiva	35
	• Reducción gradual	6
	• TSN parches/chicles	10
	• Bupropion	25
	• Citosina	32

Tabla 1. Datos Entrevista motivacional.

Resultados: Muestra de 108 pacientes con edad media de 54 años, de los cuales 46% son varones y 54% son mujeres. Resultados DAAT, la mayoría de pacientes presentaron variante no detectada pero se ha logrado diagnosticar 12 pacientes variante M/S y 1 paciente variante S/Z que están siendo controlados por nuestro servicio. De 108 pacientes atendidos en DT el 35% han dejado de fumar confirmado con cooximetría. Se han utilizado distintas intervenciones farmacológicas (fig.) y todos ellos han recibido terapia psicológica.

Conclusiones: La consulta de alta resolución proporciona un acceso rápido a los pacientes fumadores que están motivados para dejar de fumar aumentando sus posibilidades de DT con terapia multi-componente: farmacológica y psicológica. Aumentar el diagnóstico de DAAT en pacientes fumadores.

120. CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA

Agustín García Valenciano, Ana Pilar Atienzar Atienzar, Asunción Lucas Cerro, María del Mar Martínez Aguilar, María Dolores Sánchez Alfaro y Adelina Sánchez Alcantud

Hospital General de Albacete, Albacete, Estonia.

Introducción: Los pacientes con tratamientos biológicos en la consulta especializada del asma del Hospital General de Albacete, llevan un control evolutivo y seguimiento por parte de la enfermería. Nuestro objetivo es analizar dichos pacientes, mediante sus tratamientos, control de las recetas, adherencia terapéutica al tratamiento mediante los cuestionarios ACT y TAL. Se considera asma grave el tipo de asma que, a pesar de seguir un tratamiento con corticosteroides inhalados y otros medicamentos de acción prolongada a dosis más alta de lo habitual, o que, a pesar del uso correcto de la medicación y otras medidas preventivas, no se consigue controlar los síntomas. Lo que afecta directamente a la vida diaria de los pacientes con limitaciones, con lo que conlleva a bajas laborales, reducir la actividad física de los pacientes, depresión.

Material y métodos: Estudio prospectivo transversal descriptivo de los pacientes asmáticos, evaluados desde el 1 de septiembre del 2023 hasta el 30 de noviembre del 2023 en la Consulta Especializada de Enfermería del Asma. Para ello recogemos los diagnósticos, tratamiento y evaluación pronóstica según los informes del Comité del Asma, del Hospital General de Albacete.

Resultados: Evaluamos a 50 pacientes de los cuales 35 son hombres y 15 mujeres. Comorbilidades más frecuentes: fumadores 30%, HTA. 25,2%, sedentarios 35,75, expuestos a alérgenos 37,4% (productos de limpieza, polen). Función pulmonar: de los 50 pacientes 30 hombres y 20 mujeres, comparando las pruebas funcionales de los pacientes de antes de iniciar el tratamiento biológico y tras varias dosis de medicación. Tratamiento esteroides inhalados, generalmente combinados con broncodilatadores de acción prolongada 85%. Aumento de dosis según respuesta del paciente 10%. Esteroides orales en ciclos cortos o incluso de mantenimiento 5%. El uso prolongado de esteroides orales aumenta el riesgo de efectos secundarios. Tratamiento biológico (50 pacientes): omalizumab, mepolizumab, benralizumab, dupilumab.

FEV1 de la espirometría		
	Inicio	Final
Hombres	3,51	4,52
Mujeres	2,91	3,35

Conclusiones: El 95% de los pacientes cumplen con su tratamiento terapéutico pautado. Disminuyendo significativamente esteroides

orales de uso prolongado. Mejoran en la calidad de vida y control de síntomas. Mejorando la función pulmonar (FEV1) ligeramente. Disminuyendo las exacerbaciones.

835. CUIDADO, CALIDAD Y COMPROMISO: UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS, UCRI

Estefanía Alcázar Bujalance, Rosa María Gradolí Ferriols, Marina Mena Carbonell, Patricia García Expósito, Jorge Miguel Picó Busquier, Encarnación Sáez Valero y Ana María Navalón Tormo

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: Las UCRI se definen como áreas de monitorización y asistencia a pacientes con IRA que requieren ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y terapias con oxigenoterapia de alto flujo (ONAF) como parte de su tratamiento. Descripción sobre la incorporación de un proceso asistencial enfermería, (PAE), y equipo multidisciplinar; influye en mayor o menor medida, en su reingreso; y por tanto, en una mayor calidad y excelencia de sus cuidados.



Material y métodos: Estudio descriptivo observacional realizado entre 2023 y 2024, sobre los pacientes ingresados en la UCRI del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia denominada:

(HCRI). Población: Se consideraron tres grupos: los pacientes hospitalizados a partir de la creación de dicha Unidad (ingreso directo), (grupo A), y por tanto, implementación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería), entre 2023- 2024; como (grupo B), ingreso procedente de otros servicios, tales como HNEM, Neumología, Urgencias, UCI, y finalmente, su reingreso, (grupo c). Variables y cálculos: Se recogieron variables sociodemográficas, (edad y sexo), clínicas: vacunación previa, (gripe/neumococo/COVID); variables relacionadas con el proceso asistencial: diagnóstico o motivo de ingreso: (informe de urgencias o anamnesis) y procedencia al ingreso en UCRI: hospitalización/urgencias/REA/UCI/UHD/traslado de otro hospital; además de índice de Charlson, para determinar grado de funcionalidad del paciente, además de la escala de Downton, Braden, nivel de consciencia: (orientado/obnubilado/estupor/coma), todo ello a su ingreso en UCRI; grado de UPP (durante su estancia); medidas y tipos de aislamiento; presencia de comorbilidades como, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), síndrome de obesidad hipoventilación, enfermedad obstructiva del sueño, (SAOS); requerimientos terapéuticos respiratorios: (O2/VMI/VMNI/ONAF/capnógrafo); finalmente, situación al alta, y estimación del reingreso del paciente. Se describieron y compararon las variables según su naturaleza y distribución. La comparación entre el porcentaje de reingresos en UCRI entre 2023 y 2024, se utilizó el programa SPSS, y en concreto, la prueba de chi-cuadrado, fijando un nivel de significación alfa de 0,05.

Resultados: Tras la creación de HCRI, solo un 31,77% habría ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (según *Global Diagnostics Group*), siendo la tasa de reingreso del 9,11%.

Conclusiones: HCRI, permite la atención integral de nuestros pacientes. Experiencia clínica basada en evidencia científica.

921. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO

Lía Maestre Puerto, Ana Pulido Sánchez, Estefanía Fernández González, Anastasiya Torba Kordyuka, Ignacio Boira Enrique, María Hernández Padilla, Anays Martínez Gómez, José Norberto Sancho Chust y Eusebi Chiner Vives

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Describir las características de los cuidados de Enfermería proporcionados desde la Unidad de Broncoscopia y Neumología Intervencionista (UBNI) a los pacientes con catéter pleural tunelizado (CPT).

Material y métodos: Análisis de consultas presenciales y contactos telemáticos del personal de Enfermería de la UBNI a los pacientes tras colocación de CPT, detallando según el tipo de intervención realizada.

Resultados: Se colocaron 36 CPT, edad media 70 años, 58% mujeres. Etiología: cáncer pulmón 36%, cáncer mama 22%, cáncer páncreas 11%. Benignas 11%. Previo drenaje 72% y pleurodesis 64%. Aparecieron complicaciones del CPT en el 11% (infección 5,5% y migración 5,5%). La duración de uso del CPT fue de $4 \pm 4,17$ meses [rango 0-18 meses]. Fue retirado en el 45% (pleurodesis espontánea 31%, situación terminal 10%). Los pacientes fueron *exitus* en el 79% de los casos. El personal de Enfermería de la UBNI realizó consulta de educación inicial en el 100% de los casos, consulta de retirada de sutura provisional en 86%, consultas presenciales para drenaje en 94% (media $5,13 \pm 6,04$), consultas telemáticas en 17%, maniobras de repermeabilización del CPT en 22%, administración fibrinolíticos intrapleurales en 17% y toma de muestras en 11%. Por cada CPT se realizaron un total de $8,27 \pm 7,63$ consultas.

Conclusiones: El seguimiento de los pacientes con CPT requirió una serie de cuidados por parte del personal de Enfermería de la UBNI responsable. Los más frecuentes fueron la educación inicial, la

retirada de sutura provisional y el drenaje. Pero también destacaron las maniobras de repermeabilización o la administración de fibrinolíticos. Todo ello supone una carga de trabajo y el requerimiento de una gran especialización del personal implicado.

388. DEPENDENCIA TABÁQUICA: ¿QUÉ DICEN NUESTROS PACIENTES?

Elisa Lillo González, Rubén Lera Álvarez, M. José Santacana Macián, Desiré Villen Segarra, Anna Sala Marín y Eva Martínez Moragón

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.

Introducción: El tabaquismo es un problema de salud mundial y la mayor causa de morbimortalidad entre las enfermedades crónicas no transmisibles. Es una droga legal que causa gran dependencia, siendo muy difícil su abandono, con frecuentes recaídas. Nuestro objetivo es evaluar la tasa de abstinencia tabáquica en una consulta enfermera de Neumología, y su relación con la dependencia y la motivación.

Material y métodos: Presentamos una serie de 84 pacientes (39 mujeres, edad media 56,20 años [28-79]), sometidos a terapia de deshabituación tabáquica entre octubre de 2022 y marzo de 2023. Todos los pacientes fueron evaluados mediante test de Fagerström, test de Glover Nilsson y test de Richmond. Se consideró abstinencia cuando el paciente mantenía el abandono tabáquico durante, al menos, 6 meses consecutivos. Se realiza un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Nuestra muestra presenta un A/P promedio de 35,18 paquetes/año [5-70]. El test de Fagerström resultó en un promedio de 6,49 [2-10], con un 6,1% de los pacientes leves, un 37,8% moderados y un 56,1% con un resultado alto. El test de Richmond para evaluar la motivación mostró un promedio de 8,27 [4-10]. La cooximetría media fue de 18,82 ppm. Los resultados del test de Glover Nilsson se muestran en la tabla 1. Todos fueron sometidos a terapia de deshabituación y se evaluaron a los 6 meses del inicio de la terapia. El 32,11% de los pacientes logró mantener la abstinencia (27 pacientes). 25 pacientes continuaron en la consulta, aunque no habían logrado el objetivo y 32 pacientes no acudieron al control (pérdida de seguimiento). Analizando los pacientes que acuden a la consulta, la abstinencia respecto al test de Fagerström fue de un 50% en la dependencia leve, 61,1% en la moderada y un 43% en el alta. Respecto a la motivación, los pacientes que presentaban resultados altos (superior a 8) tenían tasas superiores de abstinencia (59,1 vs. 46,7%). En cuanto al test de Glover Nilsson los resultados de abstinencia se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Resultados del test de Glover Nilsson

Dependencia	Leve	Moderada	Grave
Psicológica	10	33	41
Social	19	34	31
Gestual	42	40	2

Tabla 2. Tasas de abstinencia según los resultados del test de Glover Nilsson

Dependencia	Leve	Moderada	Grave
Psicológica	60%	55%	48%
Social	50%	36%	65%
Gestual	48%	56,5%	50%

Conclusiones: Los pacientes con mayor motivación mostraron mejores resultados de abstinencia. Los pacientes con dependencias altas (nicotínica, psicológica, social o gestual) no mostraron peores tasas de abstinencia. Consideramos que la motivación es uno de los factores principales para lograr el abandono tabáquico.

658. DESCRIPTIVA DEL USO DE RECURSOS EN UNA CONSULTA POS-COVID DE NEUMOLOGÍA

Anna Vila Fornells¹, María Aguilà Balestegui¹, Sally Santisteve Lostes², Rafaela Vaca Molina², Olga Mínguez Roure², Aida Monge Esqué¹, Clara Gort Paniello³, Anna Moncusí Moix⁴, Mar Malla Bañeres⁴, Ferran Barbé Illa² y Jessica González Gutiérrez²

¹Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ²Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) Instituto de Salud Carlos III, Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ³Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III, Lleida, España. ⁴Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España.

Introducción: Los pacientes que han sobrevivido a una infección grave por COVID-19 que ha requerido ingreso presentan múltiples secuelas, subsidiarias de seguimiento clínico especializado. Objetivo: cuantificar el uso de recursos sanitarios en una unidad de post-COVID multidisciplinar de Neumología.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal que se lleva a cabo desde el inicio de la consulta pos-COVID del Hospital Universitario Santa María de Lleida en junio de 2020 hasta octubre de 2023. Se incluyen todos aquellos pacientes adultos que han precisado ingreso convencional y en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 grave de los Hospitales Universitarios Santa María y Arnau de Vilanova de Lleida. El protocolo de seguimiento consiste en una visita a los 3, 6, 12 y 24 meses tras el alta hospitalaria y la evaluación incluye una valoración de síntomas completa (incluyendo valoración neuropsíquica, calidad de vida y ansiedad y depresión), pruebas de función respiratoria, test de marcha de 6 minutos, TAC de tórax, analítica sanguínea y actigrafía.

Resultados: En la consulta pos-COVID se han realizado 1.654 visitas en un total de 688 pacientes con 1.597 analíticas sanguíneas, 1.591 pruebas funcionales respiratorias y test de la marcha de 6 minutos, 1.580 TAC de tórax y 510 actigrafías durante el seguimiento de las secuelas pos-COVID en Lleida. El 34% han sido derivados a un programa específico de fisioterapia respiratoria y el 19% de los pacientes visitados a los dos años tras el alta hospitalaria por COVID-19 precisan seguimiento a más largo plazo.

Conclusiones: Las secuelas pulmonares pos-COVID han tenido una gran repercusión en el sistema sanitario y en el uso de recursos tanto diagnósticos como humanos, en las consultas de Neumología.

287. DÍA MUNDIAL DE LA EPOC. UNA OPORTUNIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

María Asunción Guillén Miralles, Carmen María Vidal Egea, M. Ángeles Casillas Jiménez, María José Soler Sempere y Eduardo García Pachón

Hospital General Universitario de Elche, Elche, España.

Introducción: El infradiagnóstico de la EPOC asciende en nuestro país al 74% según los datos de EPISCAN II. Se han desarrollado diferentes estrategias para incrementar la detección precoz. Entre ellas, GesEPOC recomienda el cuestionario COPD-PS y la realización de estudio funcional en mayores de 40 años, fumadores o exfumadores con síntomas respiratorios. El Día Mundial de la EPOC representa una oportunidad para visibilizar la enfermedad y concienciar a la población sobre su prevención y detección. Objetivo: detectar casos infradiagnosticados de EPOC con motivo del Día Mundial de la EPOC a los pacientes y familiares que acuden a consultas externas por otras causas.

Material y métodos: El Día Mundial de la EPOC se ofreció a pacientes y familiares que acudían a consultas externas del HGU de Elche a la realización de una espirometría. El estudio funcional se realizó con un espirómetro Datospir Touch® y se recogieron datos socio-demográficos, los antecedentes de tabaquismo, la puntuación del cuestionario validado COPD-PS [Miravittles *et al.*; 2012] y los valores funcionales obtenidos.

Resultados: Se incluyeron 50 casos con espirometrías que cumplían criterios de calidad. La edad fue 64 ± 12 años (media $\pm$ DE), 20 (40%) eran mujeres. Tenían antecedentes de tabaquismo 40 (80%) que presentaron una puntuación media en el cuestionario COPD PS de $4,50 \pm 2$. En cambio, los no fumadores obtuvieron una puntuación de $2 \pm 1,3$. Se observó obstrucción funcional respiratoria en 11 (22%) casos con valores de FEV1 67 ± 15 L de media. Todos ellos fumaban o habían sido fumadores. Dos de ellos tenían estudios funcionales previos con obstrucción, pero tan solo uno recibía tratamiento inhalado.

Conclusiones: La realización de espirometrías el Día Mundial de la EPOC es una oportunidad que ayuda a detectar potenciales casos de la enfermedad en personas fumadoras que aún no habían sido previamente estudiadas.

792. DIFERENCIAS AL APLICAR LOS NUEVOS CRITERIOS ATS/ERS DE LA PRUEBA BRONCODILATADORA POSITIVA

José Luis Valera Felices, Meritxell López Zamora, Rocío Martínez Martínez, Carmen Rendon Márquez, María Díaz Busto, Ruth Engonga Gutiérrez, Yolanda de los Llanos Corcoles, Carmen Cruz Ferres, Nuria Toledo Pons, Ernest Sala Llinas y Borja García Cosío Piqueras

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: La respuesta broncodilatadora (PBD) evalúa el cambio en la función respiratoria en respuesta a la administración de un broncodilatador. En las recomendaciones del consenso ATS/ERS 2005 recomiendan como criterio de reversibilidad un incremento del FEV1 o de la FVC de > 200 ml y $> 12\%$. En el último consenso (ATS/ERS 2021) abogan por la utilización de un incremento de más de 10% sobre el valor de referencia (VREF), como criterio de broncodilatación positiva (PBD+). El objetivo del presente estudio es comparar el número de espirometrías forzadas con PBD+ utilizando los 2 criterios propuestos en los diferentes consensos.

Material y métodos: Se analizaron de manera retrospectiva un total de 31.878 espirometrías forzadas con prueba broncodilatadora, realizadas entre los años 2012 y 2022 en el Hospital Universitario Son Espases. Las pruebas analizadas cumplían los criterios de calidad SEPAR. Se determinaron el número de exploraciones con PBD+ aplicada al FEV1, a la FVC y a ambos siguiendo los criterios de ambos consensos.

Resultados: Se identificaron 3.058 (9,59%) exploraciones con un incremento en la FVC $> 12\%$ y 200 ml vs. 2.921 (9,16%) $> 10\%$ VREF. Un total de 4.013 (12,59%) de las exploraciones cumplen un incremento en el FEV1 $> 12\%$ y 200 ml vs. 3.143 (9,86%) $> 10\%$ VREF. Y un total de 1.558 (4,89%) espirometrías cumplen el incremento en la FVC y en el FEV1 $> 12\%$ y 200 ml vs. 1.278 (4,01%) $> 10\%$ VREF.

De un total de 31.878 espirometrías forzadas con prueba broncodilatadora			
	FVC	FEV1	FVC y FEV1
ATS/ERS 2005 ($>12\%$ y 200 ml)	3.058	4.013	1.558
% del total	9,59%	12,59%	4,89%
ATS/ERS 2021 ($> 10\%$ VREF)	2.921	3.143	1.278
% del total	9,16%	9,86%	4,01%

Conclusiones: La PBD+ aplicada a la FVC no cambia al aplicar los nuevos criterios, pero es más restrictiva a la hora de identificar PBD+ utilizando el FEV1 $> 10\%$ sobre los criterios clásicos ($> 12\%$ y 200 ml).

845. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN LA EVOLUCIÓN DE LAS APOLIPOPROTEÍNAS A Y B EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Ana Victoria Gil Gómez¹, Myriam Ruiz Montes¹, José Pablo Cubero Marín¹, Raquel Langarita Labella¹, Marta Forner Vicente², David Sanz Rubio¹, Aura Maldonado Guaje¹, Jorge Rodríguez Sanz³, Sergio Alarcón Sisamón³, María Aguado Agudo³, Sonia Zúñiga Quílez³, Patricia Bayo Carbó³ y José María Marín Trigo⁴

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

²CIBERESP, Zaragoza, España. ³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ⁴Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un problema relevante de salud pública por su prevalencia y se admite que está asociado a un exceso de morbilidad cardiovascular. Las apolipoproteínas son proteínas que transportan lípidos en sangre y su elevación está asociada con aterosclerosis (ATS). El presente estudio tiene como objetivo describir la evolución de las cifras de las apolipoproteínas A y B en pacientes con AOS/sin tratamiento.

Material y métodos: A partir de la cohorte EPIOSA (GovTrials, NCT01457542111) se seleccionaron 237 pacientes con AOS y sin comorbilidades crónicas o historia tabáquica (71 mujeres, 166 hombres). La metodología ha sido descrita (Marín *et al.* BMC Pulm Med. 2014;14:114). En cada visita se analizan apolipoproteína A y B en suero. Tras 4 años se estudian los cambios de estas, agrupando pacientes por sexo y tratamiento con/sin CPAP.

Resultados: Se produjeron cambios significativos en el total de la muestra tanto para Apo A ($155,18 \pm 27,64$ vs. $151,33 \pm 23,81$, $p = 0,007$) como para Apo B ($109,20 \pm 26,33$ vs. $105,84 \pm 26,17$, $p = 0,022$), a los cuatro años de seguimiento. Sin embargo, cuando se comparó el cambio a los 4 años dentro de cada uno de los grupos, solo se produjeron cambios significativos en el grupo de hombres con tratamiento en la apolipoproteína B ($116,63 \pm 26,69$ vs. $110,42 \pm 28,53$, $p = 0,006$).

Conclusiones: En los hombres que presentan apnea obstructiva del sueño y son tratados con CPAP se aprecia una disminución en las cifras de la apolipoproteína B, mientras que en pacientes hombres sin tratamiento no se aprecian cambios en los valores. En mujeres con y sin tratamiento con CPAP no se aprecian cambios en los valores de las apolipoproteínas A y B.

308. EFICACIA DE LA INSTRUCCIÓN TELEMÁTICA A PACIENTES EN LA CORRECTA REALIZACIÓN DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Montserrat Ribas Sabater¹, Pilar Carbonell Pérez¹, Alejandro Robles Pérez¹, Xavier Cid Rodrigo², Xavier Vilà Giralte¹ y Pilar Ortega Castillo¹

¹Servicio de Neumología, Hospital de Mataró, Mataró, España.

²Servicio de Hospital de Día, Hospital de Mataró, Mataró, España.

Introducción: Actualmente existe un tiempo de espera elevado para la realización de una poligrafía respiratoria (PR) domiciliaria para estudio de posibles apneas obstructivas del sueño (AOS). Entre

las causas, además de la alta demanda de realización de PR, las repeticiones por errores en el registro suponen un problema. Tampoco es despreciable el tiempo asistencial dedicado por enfermería para el adiestramiento en la realización de la exploración. El objetivo del estudio es valorar si la instrucción para la realización de la PR domiciliaria mediante un vídeo elaborado a tal propósito visualizado en domicilio a través de un enlace QR o bien un *link* al vídeo a través de internet disminuye los errores en la realización de la prueba en comparación con la explicación presencial habitual. También se evalúa la reducción de tiempo dedicado por enfermería en el adiestramiento para la realización de la exploración.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado con 2 ramas de intervención: instrucción presencial según práctica habitual e instrucción telemática ambulatoria mediante un vídeo disponible a través de un enlace QR. Se incluyen pacientes que acuden a realización de PR por primera vez para estudio de AOS.

Resultados: Se han incluido hasta la fecha 148 pacientes válidos (74 en cada rama) de un total de 216 previstos. Se excluyeron los casos en los que se detectó problema técnico del polígrafo. En la rama control hay un 81,9% de estudios válidos, mientras que en la rama intervención es de 94,4% ($p = 0,02$). Las causas de error fueron la ausencia de registro y las desconexiones múltiples. El tiempo dedicado por enfermería fue de 8,86 minutos en el grupo control y de 3,19 en el grupo intervención ($p < 0,001$). La satisfacción del usuario medida mediante escala EVA fue de 9,46 en el grupo control y de 8,74 en el grupo intervención ($p < 0,001$).

Conclusiones: La instrucción telemática con medios audiovisuales disponibles a domicilio disminuye los errores en el registro de la PR y el tiempo dedicado por enfermería a la instrucción. Las diferencias en la satisfacción del usuario no difieren de forma relevante.

249. ¿EL DECLINAR DE QUÉ PARÁMETRO ESPIROMÉTRICO TIENE MAYOR CAPACIDAD PRONÓSTICA EN PACIENTES CON EPOC?

María Torres Vargas

Hospital Universitario de la Paz, Madrid, España.

Introducción: Desde hace décadas la historia natural de la EPOC se evalúa mediante el declinar progresivo del FEV1, incluyendo la interpretación de sus distintas trayectorias. No obstante, y a pesar del valor pronóstico de una medida aislada del FEV1, el valor pronóstico de su caída anual no ha sido suficientemente explorado en relación a otros parámetros espirométricos. Objetivo: comparar la capacidad pronóstica de la caída anual del FEV1, de la capacidad vital forzada (FVC), del volumen espiratorio forzado a los 6 segundos (FEV6) y de la capacidad vital lenta (VC) en la estimación del riesgo de mortalidad de pacientes con EPOC.

Material y métodos: De la cohorte de Fuenlabrada, se seleccionaron aquellos pacientes con EPOC que tenían al menos 3 espirometrías lentas y forzadas en intervalos mínimos de un año. A partir de dichos valores espirométricos, se determinó la caída anual del FEV1, FVC, FEV6 y VCIN. Durante el periodo de seguimiento, los pacientes fueron tratados por sus médicos habituales, siguiendo las

Tabla 1. Comunicación 845

Estadística descriptiva					
	Total (n 237)	Mujeres sin tto (n 56)	Mujeres con tto (n 15)	Hombres sin tto (n 88)	Hombres con tto (n 78)
Edad V1	46,09 ± 9,98	46,89 ± 10,25	51,80 ± 7,25	43 ± 10,27	47,94 ± 8,99
Peso V1	86,00 ± 17,35	71,99 ± 13,44	81,54 ± 15,39	88,36 ± 14,49	94,26 ± 17,07
APOA V1	155,18 ± 27,64	167,00 ± 28,53	169,13 ± 33,18	148,76 ± 25,95	151,53 ± 24,52
APOA V3	151,33 ± 23,81	161,31 ± 26,87	163,87 ± 25,24	146,95 ± 21,67	146,73 ± 20,76
APOB V1	109,20 ± 26,33	105,80 ± 20,66	101,76 ± 26,97	105,99 ± 27,92	116,63 ± 26,69
APOB V3	105,84 ± 26,17	104,65 ± 20,94	99,21 ± 23,40	103,60 ± 27,17	110,42 ± 28,53

directrices de las recomendaciones internacionales. Mediante el registro de historia electrónica, se determinó el estatus vital de cada paciente.

Resultados: La muestra evaluada estaba integrada por 878 pacientes, 232 mujeres, con una edad media de 63 ± 11 años, un BMI de $29,1 \pm 5,8$ Kg/m² y un porcentaje de fumadores activos del 31,1%. El índice de comorbilidad de Charlson fue 4 ± 2 y la limitación al flujo aéreo se clasificó como leve en el 8,4% de los pacientes, moderada 51,1%, grave 34,3% y muy grave 6,2%. La caída anual del FEV1 fue 39 ± 22 ml/año, FVC 87 ± 75 ml/año, FEV6 72 ± 68 ml/año y VC 80 ± 67 ml/año. Después de un periodo de seguimiento medio de 11 ± 4 años, se registraron 426 fallecimientos (48,6%). Un modelo de regresión múltiple de Cox en el que se incluyeron las caídas anuales de los cuatro parámetros evaluados y fue ajustado por edad, sexo, BMI, paquetes $\times$ año y gravedad de la limitación al flujo aéreo, únicamente retuvo como predictor independiente de mortalidad a la caída anual de la capacidad vital lenta (Hazard ratio ajustada: 1,003, IC95% 1,001-1,005, $p = 0,001$).

Conclusiones: El deterioro anual de la función pulmonar calculado a partir de la capacidad vital lenta muestra mayor capacidad pronóstica que utilizando el FEV1 u otros parámetros espirométricos.

743. ¿EL PACIENTE NOS IMPORTA? HUMIDIFIQUEMOS LA OXIGENOTERAPIA, POR SU CONFORT Y SU SEGURIDAD

David Peña Otero¹, Graciela Saiz Fernández², Faustino Real Rodríguez² y Carlos Serna Martínez²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España.

Introducción: Los cuidados de la vía aérea incluyen la monitorización respiratoria (NIC 3350). Una de sus actividades es vigilar las secreciones respiratorias, para lo cual es fundamental comprobar y adaptar la temperatura y humedad del aire inspirado. El oxígeno suplementario de los hospitales sale de las tomas frío (10-15 °C) y seco (0 mg/l). En la práctica clínica se usan humidificadores para lograr acondicionar el gas y prevenir la sequedad e irritación de las membranas mucosas respiratorias. Sin embargo, los humidificadores aumentan el riesgo de contaminación bacteriana. Los objetivos del estudio son mejorar el confort y la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria; analizar el impacto de la humidificación pasiva en la humedad, temperatura y ruido; optimizar el coste de los recursos empleados, logrando un procedimiento eficiente.

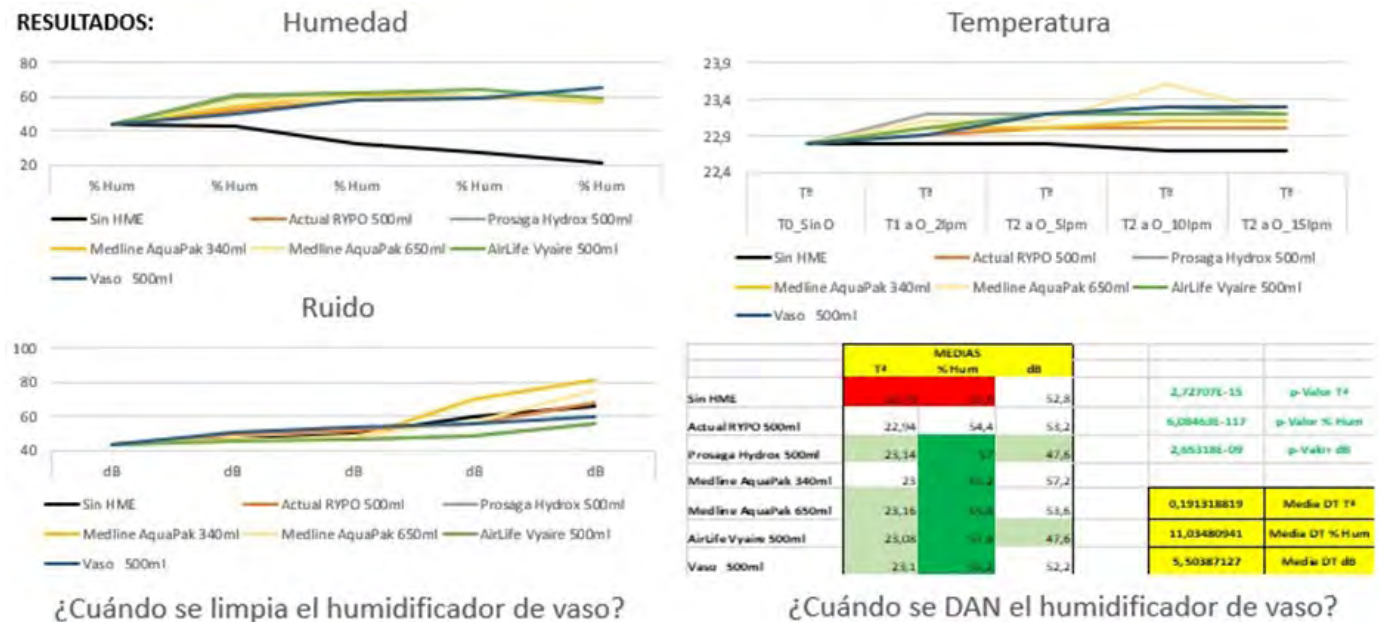


Figura 1. Comunicación 743.

Material y métodos: Análisis costo-eficiencia del procedimiento de oxigenoterapia, mediante estudio estadístico con simulación *in situ* y encuesta (N = 29) unicéntrica, con muestreo por conveniencia.

Resultados: Grupos de expertos –estudios de baja calidad– recomiendan que la humidificación no es necesaria para la oxigenoterapia a bajo flujo, basándose en la emergencia o modificando la humedad relativa del aire de la habitación; dejando la decisión de poner o no humidificación en la comodidad del paciente. Publicaciones recientes dudan de esta práctica y exponen que la humidificación del circuito de oxígeno debe proporcionarse para flujos superiores a 1 L/min; ya que reduce las exacerbaciones, mejora el confort del paciente y facilita la expectoración de secreciones. Faltan estudios de alta calidad que puedan proporcionar una base útil para la práctica clínica de la humidificación en el suministro de oxígeno. Los humidificadores se recomiendan –grado D de evidencia– que sean desechables (HD), ya que existe riesgo de infección. En el caso de vasos humidificadores reutilizables (HR) la desinfección de alto nivel (DAN) debe ser diaria –material semicrítico, escala Spaulding–. Sin embargo, preguntados 29 profesionales de diferentes categorías (Enfermería, TCAE, Medicina) de hospital de tercer nivel solo el 13,79% realiza la limpieza adecuadamente. Ninguno realiza la DAN a diario, un 58,62% de las personas haría la DAN al alta y 24,14% considera que no es necesario realizarla nunca.



Conclusiones: El coste de un HR es de 8,57€ vs. 2,09€ de los HD para la estancia media hospitalaria (7 días-Informe RAE-CMBD-SNS). El confort y la seguridad mejora con los HD.

148. ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES (PROM) EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) EN TRATAMIENTO CON CPAP

Ana Pulido Sánchez¹, Eusebi Chiner Vives¹, Bárbara Gil Martínez¹, Lía Maestre Puerto¹, Elena Boluda Verdú¹, Ignacio Boira Enrique¹, Estefanía Fernández González¹, Sandra Navarro Marín², Sandra Vañes Baños¹ y Sergio García Ferrer²

¹Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan Alicante, España. ²Linde Médica, San Juan Alicante, España.

Introducción: Objetivo: elaborar PROM específicos para CPAP y su aplicación en pacientes con AOS para valorar la actividad y somnolencia diurna, aspectos psicofísicos y tolerancia para así predecir y mejorar la adherencia.

Material y métodos: Expertos en sueño seleccionaron las cuestiones. Se entrevistaron a pacientes con AOS para evaluar su comprensión. Se evaluó su validez y reproducibilidad mediante coeficiente de correlación intraclass (CCI). Posteriormente, se aplicó el cuestionario a un amplio grupo con una aplicación anónima. Los resultados se agruparon en: Actividad y somnolencia diurna, Aspectos psicofísicos y Tolerancia al tratamiento. El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas, test de consistencia interna (α -Cronbach), de correlación y normalidad. Se empleó la t de Student o la U de Mann-Whitney para comparar muestras independientes y chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Tras su elaboración, se evaluó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach (beneficio total 0,906 y tolerancia 0,69)

y la reproducibilidad con CCI (beneficio total 0,99 y tolerancia 0,949). Posteriormente, se aplicó a 985 pacientes con edades entre 29 y 94 años, edad media de 64 ± 11 años, 757 hombres y 228 mujeres, 63 ± 11 vs. 66 ± 10 ($p < 0,001$), perímetro de cuello 43 ± 3 vs. 38 ± 3 ($p < 0,001$), Epworth 12 ± 4 vs. 11 ± 3 ($p = ns$). La puntuación media de beneficio total fue 29 ± 8 puntos sobre 40, mediana de 32 puntos (8-40) no siguiendo una distribución normal, con puntuación favorable superior a 24 puntos el 75%. La puntuación media de tolerancia fue de $8,5 \pm 3$ puntos sobre 30, con mediana de 8 puntos (6-24), no siguiendo una distribución normal, presentando puntuación favorable inferior a 18 el 98,6%. Al comparar hombres y mujeres en Actividad y somnolencia, hubo diferencias significativas en reducción de cansancio ($p = 0,003$), mayor actividad ($p = 0,007$), menor somnolencia ($p = 0,005$), control ($p = 0,0001$) y conducción segura ($p = 0,0001$), con mayor mejoría en hombres. En la dimensión psicofísica, hubo diferencias significativas en cambios anímicos ($p = 0,025$), con mayor mejoría en hombres. En la Tolerancia al tratamiento, hubo diferencias significativas en claustrofobia ($p = 0,016$), heridas cutáneas ($p = 0,013$), sujeción de cabello ($p = 0,000$), con mayor proporción en mujeres.

Conclusiones: Los PROM elaborados son consistentes y reproducibles. La mayoría de los pacientes reportan beneficios y buena tolerancia siendo mayor en hombres. Pueden identificar un 25% de pacientes con baja percepción de beneficio para mejorar su adherencia.

529. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA PULMONAR: IMPACTO EN LA FUNCIÓN PULMONAR Y ESTADO FUNCIONAL POS-TEV

Rosa Sedano Gutiérrez, Laura Fernández Prieto, Vicente Roig Figueroa, Ana Isabel García Onieva, Celia Rodríguez Dupuy, María Teran Sánchez, Carlos Alfredo Martínez Padilla, Santiago Antonio Juarros Martínez, Marta Belver Blanco y Carlos Disdier Vicente

Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: La enfermedad tromboembólica pulmonar crónica (ETEC) puede tener consecuencias significativas en la función pulmonar y la calidad de vida. Analizamos la relación entre las pruebas de función pulmonar y estado funcional pos-TEV medido por la escala PVFS en la ETEC.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de 24 pacientes con diagnóstico de ETEC a los que se les ha realizado pruebas de función pulmonar en el periodo comprendido entre 2019 y 2023. Analizamos transferencia de CO (DLCO), desaturación al esfuerzo y distancia recorrida en test de marcha 6 minutos (TM6M). La valoración de estado funcional pos-TEV del paciente se hizo con la escala del estado funcional pos-TEV (PVFS). La transferencia de CO (DLCO) se realizó mediante el método de respiración única. Se utilizaron valores de referencia standard para población europea y criterios de aceptabilidad en las variables de función pulmonar según normativa SEPAR.

Resultados: El 62,5% fueron mujeres, la edad promedio fue de $63,8 \pm 16,7$. El 50% eran exfumadores y el 45,8% nunca había fumado. El 20,8% tenía enfermedad pulmonar crónica diagnosticada previamente, así como el 25% para enfermedad cardíaca crónica. La distribución por grados de la escala funcional PVFS mostró que el 29,2% eran grado 0, el 33,3% grado 1, 25% grado 2 y el 12,5% grado 3. La media de DLCO fue 98 ± 21 para grado 0, $85,6 \pm 9,5$ para grado 1, $101,5 \pm 17$ para grado 2 y $63,3 \pm 13$ para grado 3. El promedio de distancia recorrida disminuyó con el aumento del grado de la escala PVFS, 592 ± 81 metros para grado 0, $541 \pm 66,5$ metros para grado 1, $436,7 \pm 166$ metros para grado 2 y 373 ± 180 metros para grado 3. Los coeficientes de correlación de Spearman indicaron correlación negativa moderada entre la escala

PVFS y DLCO ($p = -0,347$) y una correlación negativa fuerte entre PVFS y la distancia recorrida en TM6M ($p = -0,574$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que, en pacientes con ETEC post-TEV, la función pulmonar y el estado funcional están inversamente relacionados. Los datos respaldan la importancia de evaluar la función pulmonar y el estado funcional en la atención clínica posterior-TEV, destacando la necesidad de intervenciones personalizadas para mejorar la calidad de vida y la autonomía en estos pacientes.

121. EPOC: ENFERMEDAD Y PREVENCIÓN

Agustín García Valenciano, Ana Pilar Atienzar Atienzar, Asunción Lucas Cerro, María del Mar Martínez Aguilar, María Dolores Sánchez Alfaro y Adelina Sánchez Alcantud

Hospital General de Albacete, Albacete, España.

Introducción: La EPOC es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, prevenible y tratable, que afecta a hombres y a mujeres a nivel mundial. Se caracteriza por la persistencia de síntomas respiratorios y limitación del flujo aéreo debido a anomalías de las vías aéreas o de los alvéolos, ocasionadas por la exposición a partículas nocivas o gases e influenciadas por factores genéticos del paciente. La limitación al flujo de aire característica es causada por la combinación de dos componentes, la enfermedad de las pequeñas vías aéreas y la destrucción del parénquima, conocido como enfisema, que se presentan en diferente proporción según la persona. Se produce una inflamación crónica que ocasiona cambios estructurales, estrechando las pequeñas vías aéreas. También se produce la disfunción mucociliar. El curso de la EPOC se manifiesta con la presencia persistente de síntomas respiratorios de aparición progresiva: disnea, tos y/o expectoración. Objetivo: detección temprana de la enfermedad para paliar con mayor éxito los efectos de la enfermedad.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión sistemática mediante la búsqueda de artículos originales en las bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL y Medline. Obtuvimos un total de 26 artículos de interés nacional e internacional, de los cuales excluimos 3 por no cumplir los criterios de inclusión: artículos originales en español o inglés. Para determinar la calidad científica de los artículos seleccionados utilizamos las escalas JADAD y PEDro. Quedaron así 23 artículos.

Resultados: La EPOC es una enfermedad respiratoria crónica, de origen multifactorial, siendo el más determinante la inhalación del humo del tabaco. Otros factores desencadenantes son: la polución atmosférica, exposición laboral a sustancias nocivas, infecciones respiratorias y déficit de alfa 1-antitripsina.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con EPOC están expuestos a largo plazo a sustancias nocivas inhaladas, irritantes que conducen a la inflamación pulmonar, como: tabaquismo, activo o pasivo, exposición profesional a otros productos químicos polvos o humos. Por lo que en trabajos de riesgo sería muy importante hacer protocolos de seguridad y de prevención de la salud.

881. ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON EPOC COMO PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS: UN ENFOQUE COORDINADO PARA LA ATENCIÓN PERSONALIZADA

Javier Burgos Lozano, Montserrat Navarro Rodríguez, Estefanía Murillo Romero, Isabel Díaz Martos, Marta López Sánchez, Guillermo Suárez Cuartín y Salud Santos Pérez

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.

Introducción: El envejecimiento demográfico requiere nuevas estrategias sanitarias para el control de patologías crónicas. Un modelo de atención centrado en la persona es prioritario para afrontar el reto de los pacientes con condiciones crónicas y necesidades complejas. Valorar la fragilidad en los pacientes permite la identificación como paciente crónico complejo (PCC) o crónico avanzado (MACA). La coordinación entre los distintos ámbitos sanitarios asegura una ruta asistencial acorde a sus necesidades. Diseñar programas de atención a los pacientes con EPOC ha demostrado mayor control de la enfermedad. Frecuentemente coexisten otras patologías asociadas a la EPOC que impactan directamente en el pronóstico y la calidad de vida del paciente, por ello diferentes Comunidades Autónomas han desarrollado un indicador para clasificar a la población, los grupos de morbilidad ajustados (GMA).

Material y métodos: Estudio pre-post en pacientes del programa de Hospital de Día de EPOC en el Hospital Universitario de Bellvitge. El Hospital de Día permite una asistencia más intensiva y especializada para pacientes que requieren una atención más compleja. A través de la revisión de la historia clínica, se registró la estratificación de cada paciente y en colaboración con Atención Primaria, se llevó a cabo una reevaluación para determinar si debían ser identificados como PCC o MACA.

Resultados: Se han analizado 136 pacientes con EPOC grave agudizadores y necesidades complejas en seguimiento activo por Hospital de Día. Solo 53 pacientes (38,9%) están identificados como PCC o MACA (tabla 1). La coordinación con Atención Primaria ha permitido una valoración integral de los pacientes identificando: 27 nuevos pacientes PCC y 1 paciente MACA, lo que significa un incremento del 20,5% de los pacientes (tabla 2).

Tabla 1. Identificación de pacientes previa al estudio

Identificación	Nº de pacientes
MACA	8
PCC	45
GMA 5	4
GMA 4	30
GMA 3	43
GMA 2	6
Total	136

GMA: grupo de morbilidad ajustada; PCC: paciente crónico complejo; MACA: crónico avanzado.

Tabla 2. Identificación de pacientes posterior a la revaloración

Valoración de Atención Primaria				
Identificación	PCC	MACA	Sin cambios	% de cambio
GMA 5	3	0	1	75%
GMA 4	11	0	19	36%
GMA 3	13	1	29	30%
GMA 2	0	0	6	0%

GMA: grupo de morbilidad ajustada; PCC: paciente crónico complejo; MACA: crónico avanzado.

Conclusiones: La identificación proactiva de pacientes con EPOC como PCC y/o MACA es esencial para proporcionar una asistencia que se ajuste a sus necesidades. La combinación de estrategias como el seguimiento conjunto en el hospital de día y la gestión de casos en Atención Primaria permite una atención sanitaria más integral y coordinada para los pacientes con EPOC identificados como PCC. Esto resulta en una mejora en la calidad de vida del paciente y una disminución en los costes sanitarios. Aunque la estratificación del GMA es una herramienta útil con capacidad predictiva para la identificación como crónico complejo, es imprescindible una valoración individualizada para ajustar las necesidades del paciente y los recursos disponibles.

784. ESTRATEGIAS POSPANDEMIA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE FUNCIÓN PULMONAR: REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

Marta Álvarez Duran, Laura Gutiérrez Martín, Sergi Pascual Guardia, Antonio Oswaldo Caguana Vélez, Ana Díez Llana, Ricardo Alberto Reyes Jiménez, Anna Rodó Pin y Diego Rodríguez Chiaradia

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 supuso un antes y un después en el funcionamiento de los laboratorios de función pulmonar. La cancelación masiva de pruebas y la limitación a procedimientos esenciales, con estrictos protocolos de higiene, resultaron en un incremento en las listas de espera. Posteriormente, algunas medidas adoptadas se mantuvieron, exigiendo la adaptación de programaciones para satisfacer la creciente demanda de exploraciones. Nuestro objetivo fue analizar el impacto en las listas de espera para la realización de las PFRs, después optimizar circuitos y adaptar la programación.

Material y métodos: Desde marzo 2022 se realizaron las siguientes acciones: a) se dio apoyo a los Centros de Atención Primaria (CAP) para el reinicio de la actividad, b) se reiniciaron las llamadas telefónicas previas a la exploración y c) se analizaron todas las peticiones de PFRs y se adaptó la programación.

Resultados: Si comparamos marzo 2022 vs. 2023, tuvimos un descenso del 36% en la entrada de peticiones, sobre todo espirometrías (60 vs. 10% difusión y/o pletismografía) y mayoritariamente solicitadas desde los CAP. Se observó un descenso del 13% en las ausencias a la exploración y del 75% en errores de preparación. En un año, la lista de espera para la realización de una espirometría $\pm$ pbd se redujo un 69% (60 días) y para la difusión $\pm$ pletismografía un 46% (43 días).

Conclusiones: Estos resultados indican una optimización exitosa de los circuitos, mejorando la eficiencia y la accesibilidad. La adaptación proactiva a las nuevas dinámicas de atención permitió superar los desafíos pospandémicos.

128. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DESTINADAS A MEJORAR EL SUEÑO INFANTIL. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Sara Durán Robles¹, Sergio Míguez Abad¹, Carmen Ortego Maté², Joaquín Durán Carro³ y Joaquín Durán Cantolla³

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (SCS), Santander, España.

²Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, España.

³Unidad de Sueño, Clínica Eduardo Anitua, Vitoria, España.

Introducción: El sueño es la tercera necesidad biológica después de beber y comer y constituye un proceso metabólico, bioquímico y hormonal imprescindible para la salud. Los niños son especialmente vulnerables a sufrir trastornos del sueño. Esta situación se ve agravada durante los ingresos hospitalarios, permaneciendo en un ambiente hostil, a menudo sin sus padres, y sin comprender lo que ocurre a su alrededor, lo que crea fenómenos de miedo y ansiedad que contribuyen a empeorar su sueño y su salud. Las enfermeras están en una situación excelente para implantar programas de formación y protección del sueño infantil. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de las intervenciones de Enfermería para mejorar el sueño en niños de 0-14 años.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos: Medline, CINAHL, Scopus y Web of Science. Se incluyeron publicaciones originales con grupo control que tuvieran intervenciones realizadas por enfermeras para mejorar la calidad del sueño en niños $\leq$ 14 años. Se identificaron 2.626 estudios, publicados desde 2012 hasta 2022. Se excluyeron 2.525 trabajos por no cumplir los criterios de inclusión. De ellos, 101 fueron evaluados para aceptar

la admisibilidad en la revisión que, finalmente, incluyó 13 estudios evaluables. La herramienta Cochrane de calidad de "riesgo de sesgo 2" (RoB 2) fue empleada para los ensayos clínicos aleatorizados y para los no aleatorizados se utilizó ROBINS-I.

Resultados: Los 13 estudios seleccionados incluyeron 3.001 participantes (51% niños). El diseño más frecuente fue el ensayo clínico aleatorizado (8/13) y 5/13 fueron estudios multicéntricos. El indicador de citación de revista *JCI* fluctuó entre 0,03 y 10,46 lo que muestra una importante variabilidad. En cuanto a la calidad ECA, 7/13 estudios tuvieron un riesgo de sesgo bajo; y 6/13 fueron de riesgo moderado. Ningún estudio fue de riesgo elevado. Los tipos de intervención se agruparon en 5 categorías: ambientales, conductuales, educativas, físicas, y mixtas. El promedio de duración de las intervenciones osciló entre 30 y 60 minutos. Ninguna superó los 100 minutos. En cuanto a las sesiones, estas variaban entre 1 y 4. El 61,54% (n = 8) de los estudios obtuvieron resultados estadísticamente significativos favorables al grupo intervención.

Conclusiones: Las intervenciones de enfermeras en la atención del sueño infantil son efectivas. No obstante, hay pocos trabajos de Enfermería en este campo y son necesarios más estudios para consolidar esta evidencia.

338. ESTUDIO DEL DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES DE BRONQUIECTASIAS

María Rosario Ruiz Serrano de la Espada y Pedro Francisco García Tamayo

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) es una condición genética que puede predisponer a las enfermedades pulmonares, como la bronquiectasia. La etiología de esta patología respiratoria puede ser debida a infecciones recurrentes, obstrucción de las vías respiratorias, enfermedad autoinmune o en algunos casos factores genéticos como el DAAT. En estudios previos se ha determinado que solo el 0,6% de pacientes con bronquiectasia (BQ) tienen DAAT. Los objetivos de este estudio fueron: - Analizar la incidencia del DAAT en los pacientes con diagnóstico de bronquiectasia en la consulta de la unidad de BQ del Hospital Virgen del Rocío.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de BQ, que acuden a consultas externas de respiratorio del Hospital Virgen del Rocío. Analizaremos la incidencia del DAAT y de las distintas variables alélicas. El periodo de inclusión comprendió desde enero 2021 a noviembre de 2023. Utilizamos la base de datos de la consulta externa de Neumología de pacientes diagnosticados con BQ, ya sea primaria o asociada a otro tipo de patologías respiratorias.

Resultados: En el presente estudio se analizaron un total de 504 pacientes; 173 hombres y 331 mujeres. 207 pacientes tenían diagnosticada bronquiectasia. 290 bronquiectasias asociadas a otras patologías, y 7 otras. También se analizó el hábito tabáquico. Un total de 89 pacientes se le realizaron la determinación de alfa 1 antitripsina de los cuales a 18 (20%) se le detectaron un DAAT.

Conclusiones: Es esencial la determinación del alfa 1 antitripsina en pacientes con bronquiectasia con el fin de poder realizar un mejor enfoque terapéutico.

916. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN CIRUGÍA TORÁCICA EN EL CONTEXTO ISO 9001

María Salvadora García Santano, Héctor Milián Goicoechea, María Barrón Reyes, María Almudena Rey Hernández, Paloma Rofso Raboso y Ramón Moreno Balsalobre

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: La satisfacción del paciente es un indicador crucial en la medición de la calidad asistencial. Este estudio pretende conocer la satisfacción global de los pacientes ingresados en un Servicio de Cirugía Torácica en un hospital público de la Comunidad de Madrid. Se evalúan las percepciones y experiencias de los pacientes para identificar aspectos positivos y áreas de mejora, y así cumplir con los estándares de la normativa ISO 9001.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y prospectivo en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de La Princesa (2019-2022). Se distribuyeron 510 encuestas para evaluar diversos aspectos de la estancia hospitalaria.

Resultados: De las 510 encuestas distribuidas se obtuvieron 228 respuestas (tasa de respuesta del 44,7%). El nivel de satisfacción global

en el ingreso fue de 86,5% con un tiempo de ingreso aceptable (4,43/5). El trato del personal fue el elemento mejor valorado. La información al ingreso recibida por pacientes y familiares se evaluó con un 4,81/5. Tanto el equipo médico como la enfermería, los TCAES y los celadores obtuvieron puntuaciones muy por encima del 4/5 concretamente 4,9, 4,74, 4,65 y 4,6 respectivamente. La infraestructura hospitalaria y la hostelería fueron evaluados de forma correcta (4,17/5), así como la seguridad ya que un 94,75% no reportó problemas importantes de seguridad, solo fallos leves (11,9%) y algunos fallos graves (9,4%). En cuanto al alta, un 97% (4,35/5) encontró la información al alta satisfactoria. De forma global un 94,5% de los pacientes recomendarían la hospitalización en el Servicio de Cirugía Torácica. La estancia y atención hospitalaria fueron valoradas muy positivamente (4,62/5).

Hospital Universitario de La Princesa	Código: CAL / CTO / FCH 004	Versión / revisión: 1.0
2019		
Área: Calidad		
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA		

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA TORÁCICA
--

Estimado paciente:

Nos gustaría realizarle una serie de preguntas referidas a la atención en la Unidad de Hospitalización del servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de La Princesa.

Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de forma ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales y respetando siempre la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Una vez cumplimentada, podrá depositarla en el buzón blanco situado a la entrada de la unidad (a través de un familiar), o bien, al personal sanitario.

MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR SU COLABORACIÓN

ACOGIDA E INGRESO

1.- ¿Ingresó Ud. en el hospital de forma programada o urgente?

Ingreso programado1
Ingreso urgente2
Ns/Nc (no leer)9

2. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo empleado para los trámites administrativos al ingreso?

Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9

3.- ¿Le proporcionaron a Ud. o a sus familiares información general sobre el hospital (horarios, normas del Centro, accesos...) en el momento del ingreso?

Sí1 → PASAR A P.3.1
No2 → PASAR A P.4
Ns/Nc (no leer)9 → PASAR A P.4

P.3.1- ¿Esta información se la proporcionaron de forma escrita, verbal o de ambas formas?

Escrita1
Verbal2
Ambas formas3
NS/NC (no leer)9

P.3.2- ¿Le facilitaron una "guía de acogida" al ingresar en el hospital?

Sí1 No2 NS/NC9

P.3.3 ¿Cuál es su grado de satisfacción con la información facilitada al ingreso?

Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9

4.- ¿Y respecto al trato y forma de acogerle en el momento del ingreso en el hospital?

Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9

PROFESIONALES DEL CENTRO

5.- Durante su estancia en el hospital, ¿conocía el nombre del médico que le atendía habitualmente?

Sí1 No2 Ns/Nc9

6.- Dígame en qué medida está Ud. satisfecho con los siguientes aspectos relativos a los médicos que le atendieron.

	Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
Su trato y amabilidad	1	2	3	4	5	9
Su competencia como profesionales y conocimientos	1	2	3	4	5	9
El Tiempo y dedicación	1	2	3	4	5	9
La información sobre su enfermedad	1	2	3	4	5	9
La información sobre el tratamiento médico	1	2	3	4	5	9
Satisfacción global	1	2	3	4	5	9

7.- ¿Conocía el nombre de las/os enfermeras/os que le atendieron durante su estancia en el Hospital?

Sí, de todos1 Sí, de algunos2 No3 Ns/Nc (no leer)9

8.- Respecto a las/os enfermeras/os que le atendieron, dígame en qué medida está Ud. satisfecho con los siguientes aspectos.

	Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
Su trato y amabilidad	1	2	3	4	5	9
Su competencia como profesionales y conocimientos	1	2	3	4	5	9
El Tiempo y dedicación	1	2	3	4	5	9
Satisfacción global	1	2	3	4	5	9

9.- En relación a las auxiliares de enfermería, es decir, las personas que le lavan (si lo necesita), le cambian la cama, le llevan la comida, le ponen la toalla... En qué medida está Ud. Globalmente satisfecho con ellas

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

10.- En relación a los celadores, es decir, las personas que se encargaban de trasladarle, ayudarle a moverse, etc... Dígame globalmente en qué medida está Ud. satisfecho

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

ATENCIÓN RECIBIDA, INFORMACIÓN Y DOLOR

11.- ¿Cuál es su grado de satisfacción con el respeto a su intimidad en los momentos en los que le reconocían, aseaban, o curaban?

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

12.- ¿Fue Ud. intervenido (quirúrgicamente) durante su estancia en el hospital?

Sí1 → PASAR A P.12.a
No2 → PASAR A P.13
Ns/Nc (no leer)9 → PASAR A P.13

12.a- Por favor, cuál es su grado de satisfacción con la información que le proporcionaron sobre la intervención realizada.

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

13.- Cambiando de tema, ¿podría decirme si ha tenido dolor durante su estancia en el hospital?

Sí1 → Pasar a P.13.a
No2 → Pasar a P.14
Ns/Nc (no leer)9 → Pasar a P.14

P.13 a- Califíque de uno a diez el grado de dolor habitual o más frecuente que ha tenido durante su estancia en el hospital:

Dolor mínimo	1	2	3	4	5	Dolor máximo
--------------	---	---	---	---	---	--------------

P.13 b - ¿Le pusieron tratamiento para aliviar el dolor durante su ingreso?

Sí1 → Pasar a P.13.c
No2 → Pasar a P.13.e
Ns/Nc (no leer)9 → Pasar a P.15

P.13 c - ¿Con qué frecuencia el tratamiento controló su dolor?

Nunca	A veces	A menudo	Casi Siempre	Siempre	NS/NC
1	2	3	4	5	9

P.13 d - ¿Cuál es su grado de satisfacción con dicho tratamiento para el dolor?

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

ALTA

P.14.- En el momento del alta, ¿le dieron un informe escrito?

Sí1 → P.14.a No2 → P.16 NS / NC9 → P.16

Figura 1. Comunicación 916. Encuesta anónima de satisfacción.

P.14.a.- Al entregarle el informe de alta, ¿tuvo tiempo para consultar preocupaciones o dudas sobre el mismo?

Si, las consulté.....1
 Si, pero no tenía ninguna duda.....2
 No3
 NS / NC9

P.15.- Al darle el alta, ¿le informaron acerca del tratamiento, los cuidados a seguir en casa y el control médico posterior?

Sí.....1 No.....2 NS / NC9

P.16.-¿Al darle el alta, le facilitaron una "guía de información al alta"?

Sí.....1 No.....2 NS / NC9

P.17. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la información facilitada a su salida del hospital?

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

INFRAESTRUCTURA Y HOSTELERÍA

P.18.- En relación a las infraestructuras, dígame en qué medida esta satisfecho con la accesibilidad para las personas discapacitadas en el hospital.

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

P.19.- En cuanto a la habitación en la que estuvo ingresado durante su estancia en el hospital, dígame en qué medida esta Ud. satisfecho con los siguientes aspectos referidos a la misma.

	Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
La limpieza	1	2	3	4	5	9
La temperatura	1	2	3	4	5	9
El baño de la habitación	1	2	3	4	5	9
El estado de conservación del mobiliario (sillón, armario, etc.)	1	2	3	4	5	9
La comodidad y confortabilidad para el paciente	1	2	3	4	5	9
La comodidad y confortabilidad para los acompañantes	1	2	3	4	5	9
El silencio por la noche	1	2	3	4	5	9
Satisfacción global	1	2	3	4	5	9

P.20. Durante su estancia en el hospital, la dieta que le proporcionaron sabe Ud. si era normal o especial. Normal (incluye con sal y sin sal).... 1 Especial..... 2 NS/NC..... 9

P.21.- A continuación vamos a hablar sobre la comida recibida durante su estancia en el hospital. Por favor, indíqueme su grado de satisfacción con...

	Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho	NS/NC
La presentación	1	2	3	4	5	9
El olor	1	2	3	4	5	9
La cantidad	1	2	3	4	5	9
La temperatura	1	2	3	4	5	9
La variedad	1	2	3	4	5	9
Los horarios de las comidas	1	2	3	4	5	9
Satisfacción global	1	2	3	4	5	9

VALORACIÓN GLOBAL Y RECOMENDACIÓN

P.22- Valore su satisfacción con las facilidades dadas para participar en las decisiones sobre el tratamiento de su problema de salud?

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

P.23 - Globalmente en qué medida está usted satisfecho con la Información recibida durante su estancia en el hospital?

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

P.24- Teniendo en cuenta todos los aspectos que hemos comentado a lo largo de la entrevista, por favor, indíqueme cuál es su grado de satisfacción global con la atención que ha recibido en el Servicio de Hospitalización

Muy Insatisfecho					Muy Satisfecho	NS/NC
1	2	3	4	5	9	

P.25- ¿Recomendaría este servicio de hospitalización a sus amigos y familiares?

Sí.....1 No.....2 NS/ NC9

SEGURIDAD DEL PACIENTE

27. ¿Cree que ha sufrido Ud. personalmente algún error o equivocación en alguno de los servicios de hospitalización del Servicio Madrileño de Salud?

Sí.....1 → Pasar a P.27.a

No2 → Pasar a P.28

NS/ NC.....9 → Pasar a P.28

27 a.- ¿Y esta equivocación o error le afectó a su salud de una manera...?

Nada grave.....1 Bastante grave.....3 NS/NC (NO LEER)9

Poco grave: 2 Muy grave.....4

Nada grave	Poco grave	Bastante grave	Muy grave	NS/NC
1	2	3	4	9

SUGERENCIAS DE MEJORA

28.- En relación con los servicios que ha recibido durante su estancia en el hospital, ¿cuál sería el aspecto principal que Ud. mejoraría? (especificar con detalle) O BIEN ¿le gustaría hacernos alguna sugerencia para mejorar nuestra atención?

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, REALIZA ESTAS ENCUESTAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS QUE PRESTA Y LE DA LAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Figura 1. Comunicación 916. (Continuación)

Conclusiones: El estudio refleja de forma general una alta satisfacción de los pacientes sobre la calidad de atención recibida, especialmente en lo que respecta a los cuidados de enfermería, a la atención médica, al proceso de ingreso y a la intervención. Aunque la mayoría de los aspectos evaluados cumplen con los estándares de calidad ISO 9001, se identifican áreas de mejora en infraestructura, comunicación de información y hostelería. Esto subraya la necesidad de enfocar los esfuerzos en la mejora continua para alinear la prestación de servicios con las expectativas y necesidades de los pacientes.

947. EVALUACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN EN TERAPIA INHALADA EN LA CONSULTA DE ENFERMERA GESTORA DE CASOS EPOC

Cristina San Gil López, Myriam Sarrablo Iranzo, Teresa Lanzuela Benedicto, Javier Lázaro Sierra, Vanesa Jiménez Millán, Eva Medrano Homobono, Ana Carmen Huertas Puyuelo, Berta Mañas Lorente, Miguel Ángel Santolaria López, David Nieto Sánchez, Paloma Clavería Marco, Sandra García Sáez, Laura Pérez Giménez y José Ángel Carretero Gracia

Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.

Introducción: El correcto uso y cumplimiento de la terapia inhalada en los pacientes con EPOC es indispensable para la efectividad

del tratamiento. Una mala técnica de inhalación pondrá en riesgo su distribución y el adecuado depósito pulmonar. La intervención educativa para mejorar la técnica de inhalación supondrá beneficios terapéuticos reduciendo exacerbaciones y mejorando su función pulmonar y su calidad de vida. El propósito del estudio será evaluar el grado de mejora funcional resultante de la educación terapéutica.

Material y métodos: Estudio observacional analítico prospectivo llevado a cabo en el laboratorio de función respiratoria del Hospital Royo Villanova. Para la evaluación se elaboró un registro de los resultados obtenidos en diferentes pruebas de función pulmonar realizadas sobre un mismo paciente en dos intervalos determinados con 6 meses de diferencia. El registro incluyó comorbilidades, grado de disnea, tipo de EPOC, uso de O₂, tipo de terapia inhalada, IMC o tabaquismo. La estadística se basa en analizar la relación entre los resultados de las pruebas de inicio y las realizadas 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes derivados de la Consulta de Enfermera Gestora de Casos EPOC con primera visita entre marzo-abril de 2023, con mala técnica inhalatoria y con tratamiento estable en el último año. Un 55,6% fueron hombres y un 44,4% mujeres. La media de edad fue de 72,10. Un 84,4% estaba en tratamiento con triple terapia. Un 66,7% del total padecía EPOC grave-muy grave y la media del índice paquetes año de 56,01. El 73,8% de los pacientes tenían un IMC por encima de 30. Una media de exacerbaciones los 6 meses previos de 1,49, con ingreso 0,78 (tabla 1). Se obtuvieron re-

sultados significativos sobre la gravedad de las exacerbaciones y la mejora del FEV1 (tabla 2).

VARIABLES CUALITATIVAS		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	25	55,6
Tabaquismo	Fumador Activo	13	29,5
	Ex fumador	32	72,7
Estadio GOLD	A	2	5,6
	B	10	27,8
	C	1	2,8
	D	5	13,9
	E	18	50,0
Oxigenoterapia	Si	25	58,1
Tipo de Inhalador	LAMA	4	8,9
	LAMA+LABA	1	2,2
	LAMA+ICS	2	4,4
	LABA+LAMA+ICS	38	84,4
Obesidad	Si	31	73,8
Hipertensión Arterial	Si	25	58,1
Dislipemia	Si	16	37,2
Diabetes	Si	34	79,1
VARIABLES CUANTITATIVAS			
	N	Media	Desv. típ.
Edad	45	72,10	8,53
Índice de Paquetes Año	45	56,01	30,82
Escala de disnea mMRC	45	2,57	,914
Nº Exacerb 6 meses previos	45	1,49	,506
Exacerb CON ingreso	45	,78	1,042
Exacerb SIN ingreso	45	,23	,480

Tabla 1. Descripción de la muestra.

TOTAL DE LA MUESTRA			p valor
	Visita 1	Visita 2	
FVC (L)	2,23 ± 0,62	2,40 ± 0,67	0,091
FVC (%)	72,07 ± 22,06	76,57 ± 18,10	0,084
FEV1(L)	1,10 ± 0,46	1,14 ± 0,41	0,377
FEV1(%)	43,96 ± 20,81	48,82 ± 16,97	0,048
IMC	26,98 ± 6,04	27,98 ± 6,54	0,005
Mmrc	2,59 ± 0,89	2,68 ± 1,06	0,335
Exacerb 6 meses	1,51 ± 0,50	1,44 ± 0,55	0,405
Con ingreso	0,77 ± 1,08	0,33 ± 0,73	0,01
Sin ingreso	0,24 ± 0,49	0,34 ± 0,48	0,285
EPOC FEV1>50%			
FVC (ml)	2,92 ± 0,64	2,92 ± 0,87	0,893
FVC (%)	95,75 ± 18,77	94,25 ± 19,47	0,735
FEV1(ml)	1,67 ± 0,46	1,63 ± 0,41	0,686
FEV1(%)	70,63 ± 16,38	68,63 ± 12,58	0,735
IMC	30,61 ± 5,81	31,08 ± 6,25	0,237
Mmrc	2,33 ± 1	2,56 ± 1,01	0,48
Exacerb 6 meses	1,45 ± 0,52	1,45 ± 0,52	0,999
Con ingreso	0,45 ± 1,21	0,36 ± 0,92	0,655
Sin ingreso	0,45 ± 0,68	0,27 ± 0,46	0,317
EPOC FEV1<50%			
FVC (ml)	2,03±0,47	2,25±0,55	0,047
FVC (%)	62,60 ± 15,21	69,50 ± 11,91	0,025
FEV1(ml)	0,95±0,32	1 ± 0,27	0,276
FEV1(%)	33,30 ± 9,88	40,90± 10,94	0,014
IMC	25,35 ± 5,53	26,58 ± 6,32	0,014
Mmrc	2,68 ± 0,85	2,72 ± 1,10	0,493
Exacerb 6 meses	1,54 ± 0,50	1,43 ± 0,57	0,366
Con ingreso	0,89 ± 1,03	0,32 ± 0,67	0,003
Sin ingreso	0,15 ± 0,36	0,37 ± 0,49	0,058

Tabla 2. Comparación v1-v2.

Conclusiones: El análisis de la influencia de la educación de la terapia inhalada en la Consulta de Enfermera Gestora de Casos EPOC es estadísticamente significativo para el FEV1 y el número de exacerbaciones con y sin ingreso. Las exacerbaciones con ingreso se reducen tras reforzar la técnica y por el contrario aumentan las de sin ingreso, disminuyendo ambas en el paciente con mayor grado de EPOC. Disminuye la gravedad de la exacerbación suponiendo beneficios al pacien-

te y al sistema sanitario al disminuir costes. Disminuye también el IMC. El aumento del FEV1 reforzará el planteamiento de que un buen manejo de los inhaladores gracias a la educación terapéutica es eficaz para mejorar el grado de obstrucción y la calidad de vida del paciente.

61. EVALUACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE SUJECCIÓN CEFÁLICA EN LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE: ENSAYO CLÍNICO

Marta Navarro Colom, Laura Romero Roca, Virginia Pajares Ruiz, Albert Rafecas Codern, Jordi Torralbas Ortega, Teresa Pujol Serra y Ana Pardessus Otero

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

Introducción: La broncoscopia es un procedimiento endoscópico que permite el acceso a la vía aérea y está indicada en el diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías respiratorias. La posición de la cabeza y sus movimientos durante la exploración son factores que pueden dificultar la accesibilidad al árbol bronquial. La estabilidad cefálica ha demostrado ser de utilidad en el procedimiento, pudiendo influir en el rendimiento de la prueba y en su seguridad. Objetivo: valorar los beneficios de la utilización de un dispositivo que limita los movimientos cefálicos del paciente durante la realización de la broncoscopia flexible, diseñado por el equipo de enfermería de la Unidad de Neumología Intervencionista.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado en pacientes a los que se les realizó una broncoscopia flexible. Se dividieron en 2 grupos de 32 pacientes cada uno. Grupo 1: utilizaron el dispositivo de sujeción cefálica. Se colocó al inicio de la sedación y se retiró una vez el broncoscopio ya estaba fuera de la vía aérea. Grupo 2: utilizaron el cojín hospitalario convencional hasta la finalización del procedimiento. Se registraron las siguientes variables: nº de contenciones cefálicas realizadas por un miembro del equipo, percepción de comodidad de los profesionales implicados en la prueba (enfermeras, neumólogos y TCAES), duración del procedimiento, fármacos utilizados para la sedación y complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes con una edad media de 66,3 ± 12,3 años. Tabla: Características de los pacientes y de la técnica, no existiendo diferencias significativas entre los 2 grupos. La comparación de la necesidad de la sujeción cefálica del paciente entre ambos dispositivos ha mostrado una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre los dos grupos siendo inferior el nº de sujeciones en el grupo que llevaba el dispositivo (fig). La valoración de la comodidad percibida por médicos, enfermeras y TCAES fue significativamente mayor en los procedimientos en que se utilizó el dispositivo ($p < 0,001$) con una mediana de 5 (IC 5,5).

Conclusiones: La utilización de un dispositivo de sujeción cefálica en la broncoscopia flexible en comparación al uso del cojín convencional proporciona una mayor comodidad al equipo que realiza la prueba y disminuye el número de sujeciones cefálicas. Los resultados obtenidos orientan a una mejora técnica y posibilitan el estudio de una patente para la implementación de un nuevo dispositivo de uso sanitario.

Tabla 1. Principales descriptores de la muestra			
	Dispositivo	Cojín convencional	p
Edad media (DE)	65,5 (10,5)	67,2 (14,1)	< 0,001
Género n (%)			
Hombres	20 (62,5%)	16 (50%)	< 0,001
Mujeres	12 (37,5%)	16 (50%)	
Indicación n (%)			
Cáncer	11 (34,4%)	14 (43,8%)	< 0,001
Infección	13 (40,6%)	10 (31,3%)	
Técnica n (%)			
Broncoaspirado	7 (21,9%)	14 (43,8%)	< 0,001
Lavado alveolar	14 (43,8%)	6 (18,8%)	
Biopsia	6 (18,8%)	7 (21,9%)	

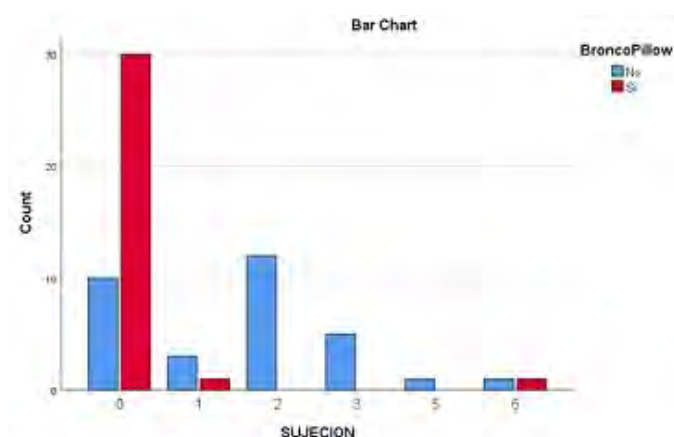


Figura 1. Número de sujeciones medias en cada grupo de estudio.

209. EVOLUCIÓN ANTROPOMÉTRICA A LARGO PLAZO EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON/SIN TRATAMIENTO

José Pablo Cubero Marín¹, Ana Victoria Gil Gómez¹, Myriam Ruiz Montes¹, Raquel Langarita Labella¹, Aura Maldonado Guaje¹, Marta Forner Vicente², Laura Hernando Zaborras³, Jorge Rodríguez Sanz³, Sergio Alarcón Sisamón³, María Aguado Agudo³, Sonia Zúñiga Quílez³, Patricia Bayo Carbó³, David Sanz Rubio¹ y José María Marín Trigo³

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

²CIBERES, Zaragoza, España. ³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Ciertos valores antropométricos como índice de masa corporal (IMC) o circunferencia del cuello elevados, se asocian con la presencia y severidad de apnea obstructiva de sueño (AOS). Uno de los objetivos del tratamiento de todo paciente con AOS es reducir estos parámetros cuando están elevados ya que ello se asocia a una reducción en la gravedad de la AOS. Existe poca información sobre la evolución de dichos valores una vez que los pacientes ya han sido diagnosticados y tratados. El objetivo del presente estudio es determinar la evolución de estos valores en los pacientes con AOS.

Material y métodos: A partir de la cohorte de EPIOSA, se han seleccionado los primeros 218 pacientes reclutados de forma consecutiva y seguidos al menos 4 visitas (49 mujeres y 169 hombres). La metodología general del estudio ha sido previamente descrita (Marín, 2014). El estudio incluye sujetos que acudieron a la Unidad de Sueño por sospecha de AOS y se excluyeron los pacientes con comorbilidad crónica o historia de tabaquismo. En visita de reclutamiento y en cada visita anual, se registraron valores biométricos (estatura, peso), y se midió la bioimpedancia con una báscula Tanita SC-240MA. Tras la realización del diagnóstico, el médico responsable tomó la decisión terapéutica apropiada con la indicación de seguir las recomendaciones de SEPAR para el manejo del AOS en adultos (Lloberes *et al.*, 2011). Independientemente del manejo clínico de cada caso, los pacientes fueron seguidos en nuestra Unidad de Investigación anualmente.

Resultados: La media de seguimiento fue de 95 meses ($\pm 18,6$). Globalmente no hubo cambios desde la visita de reclutamiento hasta la última visita en el peso (90,4 vs. 90,8 kg), el IMC (31,0 vs. 31,0 kg/m²) o el porcentaje de grasa (FAT) (33,9 vs. 33,4%). Sin embargo, se incrementan las medidas de cuello (39,9 vs. 41,4 cm, $p < 0,01$), cintura (103,3 vs. 105,9 cm, $p < 0,01$, y cadera (108,9 vs. 110,8 cm). En el subgrupo de hombre que recibieron tratamiento con CPAP ($n = 86$) se reprodujeron estos resultados, mientras que los que no fueron trata-

dos (83), también hubo un incremento significativo de cuello y cintura. En el caso de las mujeres, a excepción de un incremento en la circunferencia del cuello en las tratadas con CPAP, no se demostró diferencias en el resto de variables antropométricas.

Descriptiva cohorte		
	Mujeres	Hombres
Número	49	169
Peso (kg)	81,3 $\pm$ 16,8	93,1 $\pm$ 15,2
IMC (kg/m ²)	31,8 $\pm$ 5,6	30,8 $\pm$ 4,6
Cintura (cm)	99,3 $\pm$ 11,9	104 $\pm$ 12,1
Cuello (cm)	35,6 $\pm$ 2,56	41,2 $\pm$ 3,13
Cadera (cm)	112 $\pm$ 12,5	108 $\pm$ 8,13
FAT (%)	44,4 $\pm$ 7,34	30,9 $\pm$ 7,53
IAH (eventos $\times$ hora)	26,8 $\pm$ 27,4	37,9 $\pm$ 24,5

Conclusiones: Los pacientes con apnea del sueño muestran incrementos con el tiempo de variables antropométricas que reflejan aumento de grasa visceral (cuello y cintura) independientemente del tratamiento con CPAP.

783. FACTORES ASOCIADOS CON LAS ALTERACIONES EN EL NIVEL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE TELEPOC

Itziar Atxutegi Cárdenas, Sonia Ibarretxe Guaresti, María Teresa Martínez Ramírez, Cristóbal Esteban González, Amaia Aramburu Ojembarrena, Maddalen Dublang Irazabal, Olatz Francisco Altamira, Itxaso Amaia García Fonseca, Ianire Hernández Muriel, Miren Arantza Burzako Pérez, Urko Agirre Larrakoetxea y Francisco de Borja Mencía Diez

OSI Barrualde-Galdakao, Bizkaia, España.

Introducción: La asociación entre el bajo peso y la malnutrición es un rasgo tratable, frecuente en los pacientes con EPOC (25-35% de los casos), que repercute negativamente en el aparato respiratorio, la musculatura de las extremidades y el sistema inmunitario. Esto conduce a una mayor pérdida de la función pulmonar expresada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), mayor deterioro del tejido pulmonar, disminución de la capacidad de ejercicio deterioro de la calidad de vida y aumento de la mortalidad. TelePOC es un programa de telemonitorización a pacientes EPOC multiingresadores cuyo objetivo primario es disminuir la tasa de reingresos por exacerbación de la EPOC Hemos realizado un estudio nutricional a los pacientes del programa de TelePOC y una intervención nutricional en aquellos que lo precisen.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental del 15 de septiembre al 31 de octubre de 2023 realizado a los pacientes que quisieron tomar parte en el estudio ($n = 41$). Se recogieron valoraron hábitos dietéticos, se utilizó la escala CONUT y los criterios GLIM para desnutrición, y se les realizó el test de Get up & go, impedancia y dinamometría para valorar funcionalidad y pérdida muscular y se analizaron de forma retrospectiva los resultados en salud de dichos pacientes en el año previo. Se realizó un análisis exploratorio de los datos recogidos: medias y desviaciones estándares para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las categóricas. Se compararon los resultados sociodemográficos y clínicos de los pacientes entre los grupos de nutrición utilizando la prueba de la χ^2 (o la prueba exacta de Fisher en caso necesario) para las variables cualitativas de Wilcoxon para variables continuas.

Resultados: Los pacientes tienen una edad media de 70,3 años (DE 9,46) y el 70,73% son varones, de media toman 13,5 medicamentos, su IMC es de 27,31 (DE 3,70). Según los criterios de GLIM el 9,76% tienen una desnutrición moderada y el 2,44% grave. Aplicando CONUT 21,95% tiene desnutrición leve. Tienen sarcopenia el 17,07% de los pacientes. En el año previo generaron 6.045 alarmas críticas con

364 visitas a A.P. y 133 a Neumología. Acudieron a urgencias en 95 ocasiones de las que ingresaron 64.

Conclusiones: Una intervención nutricional orientada a aumentar la masa muscular influye en la rehabilitación respiratoria, la capacidad física y la calidad de vida, por lo que es necesario realizar una evaluación nutricional completa sobre todo en las fases avanzadas de la enfermedad.

136. FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LOS PRODUCTOS DE REPROCESADO Y LIMPIEZA EN LAS UNIDADES DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

María Consuelo Sanz Francés¹, Encarnación Saiz Lozoya¹, Catalina Mármol Albert¹, Marta Navarro Colom², Mercedes Cuña Delgado³, Ainhoa Fontana Cassado⁴ y Trinidad Israel Moreno⁴

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

²Hospital Sant Pau, Barcelona, España. ³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ⁴Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: La práctica diaria en nuestras unidades de trabajo, nos mantiene en una continua exposición química por los tipos de procedimientos que realizamos, las muestras que recogemos y los distintos productos tanto de mantenimiento, fijación, limpieza o desinfección que utilizamos. Es necesario conocer y disponer de material y recursos de protección general, tener un plan de formación e información del personal, estar dotados de medios y equipos de seguridad y saber los posibles efectos para la salud, así como las medidas de actuación frente a una emergencia. Objetivo: conocer la formación del personal de enfermería sobre los productos de limpieza y de reprocesado de muestras, tanto de su uso correcto como los riesgos asociados.

Material y métodos: Estudio multicéntrico donde participaron 4 servicios de Neumología Intervencionista de ámbito nacional. Se realizó una revisión desde junio de 2022 hasta octubre del 2023, atendiendo a la bibliografía y normativa de prevención de riesgos laborales vigente y las condiciones de cada una de las unidades. Se recogieron datos en una encuesta que respondía una persona de cada

centro. Se midieron las siguientes variables: formación del personal sobre los productos y riesgos asociados, tipo de productos utilizados para limpieza y reprocesado de muestras, personal que manipula los productos, circuito en caso de accidente.

Resultados: De los 4 hospitales encuestados, un 50% tienen salas aisladas con un buen sistema de ventilación general. En todos los hospitales se utilizan productos de limpieza generales y lavadoras siendo manipulados por el equipo de enfermería. El 75% de los hospitales utiliza equipos de protección individual (EPI) y conocen los protocolos en caso de producirse un accidente. En los 4 hospitales se manipula, prepara y procesa material para recogida de muestras, lo que nos obliga a la utilización de esta protección individual que desconoce el 25% de nuestro estudio.

Conclusiones: Los equipos de enfermería son los encargados del uso de productos de limpieza, desinfección y procesamiento de muestras. Es necesario disponer de gabinetes con una ventilación general, disponer de EPIS y conocer el protocolo de actuación en caso de accidente. La formación del personal es un aspecto imprescindible en el marco preventivo.

556. FRAGILIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA Y CAPACIDAD DE EJERCICIO EN UNA COHORTE DE PACIENTES TELEMONITORIZADOS

María Teresa Martínez Ramírez¹, María Pilar Fuentetaja Olmos², Urko Aguirre Larracoechea³, Susana Aizpiri Rivero¹, Leyre Chasco Eguílaz¹, Amaia Aramburu Ojembarrena¹, Francisco Javier Moraza Cortés¹, Eva María Tabernero Huguet², Nerea Ortiz Laza², Jone María Toral Andrés¹ y Cristóbal Esteban González¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ³Unidad de Investigación, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Galdakao, España.

Introducción: Objetivo: determinar con qué variables se asociaba la fragilidad en una cohorte de pacientes con EPOC reingresadores, controlados en un programa de telemonitorización.

Tabla 1. Comunicación 136

Resultados de junio 2022 hasta octubre 2023

		HUP La FE de Valencia	H. Sant Pau de Barcelona	H. Álvaro Cunqueiro de Vigo	H. Clínic de Barcelona
Productos utilizados	Superficies	X	X	X	X
	Material no crítico	X	X		X
	Material semicrítico	X	X		X
	Material crítico	X		X	X
	Lavadoras	X	X	X	X
Personal que manipula los productos	Esterilizadoras				
	Autoclaves				
	TCAE	X	X	X	
	Enfermería	X	X	X	X
Limpieza del material	Neumólogos	X			
	En la unidad	X	X	X	X
Material de riesgos laborales	Independiente		X	X	
	Sí	X		X	X
Información y procedimiento de accidente laboral	No		X		
	Sí	X		X	X
Procesado de muestras y manipulación de productos de estas	No		X		
	Sí	X	X	X	X
Recogida de muestras material preparado o se prepara en la unidad	No				
	Sí	X	X	X	X
Productos recogida, procesado y conservación muestra, con formato seguridad	No				
	Sí	X	X	X	X
Dispone de contenedores desechar residuos y productos químicos	No				
	Sí	X	X	X	X
Conoce el manejo y prevención productos de su unidad	No				
	Sí	X		X	X
	No		X		

Material y métodos: Se estudiaron 93 pacientes del programa telePOC (telemonitorización de pacientes con EPOC reingresadores). Los pacientes correspondían a los hospitales universitarios de Cruces y Galdakao y fueron incluidos de forma consecutiva. La variable respuesta fue la presencia de la fragilidad del participante, definiéndose como la puntuación inferior a 5 en el test de Tilburg. Además, se ha definido la variable predictora principal de este estudio a través de la combinación de la actividad física (AF) y el test de marcha (TM6M) que los participantes han realizado. Se han aplicado los test estadísticos no paramétricos (Wilcoxon, Kruskal-Wallis) y el test de la chi-cuadrado para evaluar (1) la asociación entre las variables sociodemográficas-clínicas y el grupo de estudio y (2) la variable respuesta definida. Finalmente, se ha desarrollado un modelo multivariante de regresión logística de predicción de presencia de fragilidad. La medida de asociación utilizada fue la *odds ratio* con su intervalo de confianza al 95%. Se evaluó la robustez del modelo mediante el área bajo la curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes de los cuales el 29% fueron mujeres, la edad media 72,2 años (9,5), el IMC 27,3 (6,7), el FEV1% 45,7% (19,1), la distancia recorrida en el TM6M 343,0 metros (166,3), el índice de Charlson 2,49 (2,1) y el CAT 16,8 (8,5). Utilizando la combinación de AF y TM6M se dividió la muestra en 4 categorías mostrando diferencias entre los grupos, fundamentalmente en FEV1, FVC, CAT, Tilburg y cuestionario de Barthel. En el modelo multivariante las variables predictoras de fragilidad (Tilburg) fueron el sexo y la clasificación en 4 categorías basada en la combinación de AF y TM6M de los pacientes con un AUC de 0,78 (IC95% 0,67-0,89) (tabla).

Tabla 1. Modelo multivariante de predicción de Fragilidad (Tilburg ≥ 5).

Variables	OR (95% CI)	P-valor
SEXO:	4.25 (1.8, 15.35)	0.03
MUJER VS HOMBRE		
Grupo de estudio		
A	Referencia	
B	1.84 (0.46, 7.26)	0.39
C	2.80 (0.47, 16.72)	0.26
D	6.36 (1.53, 26.46)	0.01
AUC (95% CI)	0.78 (0.67, 0.89)	

A: Actividad física >3651 y WT6 >404 m; B: Actividad física >3651 y WT6 ≤ 404 m; C: Actividad física ≤ 3651 y WT6 >404 m; D: Actividad física ≤ 3651 y WT6 ≤ 404 m.

Conclusiones: Utilizar la combinación de AF y TM6M permite estratificar a una cohorte de pacientes con EPOC y reingresadores. La fragilidad de estos pacientes viene asociada a la estratificación basada en la combinación de AF y TM6M, y en el sexo de los pacientes.

850. GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE LA UNIDAD DEL SUEÑO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DE LLEIDA BASADO EN UN MODELO DE ENFERMERÍA

Nuria Forns Parial¹, Lidia Pascual Arno¹, María Águila Balastegui¹, M. Dolores Martínez González¹, Olga Mínguez Roure², Rafaela Vaca Molina², Ferran Barbé Illa² y Jessica González Gutiérrez²

¹Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ²Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III, Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España.

Introducción: El papel de enfermería en nuestra Unidad del Sueño es fundamental para abordar la complejidad de los trastornos del sueño y promover la salud a través de intervenciones especializadas. Objetivo: describir la evolución de las funciones de la enfermera en la unidad del sueño desde sus inicios hasta el día de hoy y cómo influye su actividad en las listas de espera.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que valoró la disminución de las listas de espera con respecto al aumento de la actividad y funciones de enfermería desde el año 2007 hasta la actualidad. En 2007 se iniciaron las consultas de seguimiento y adaptación a los pacientes con tratamiento con CPAP por parte de enfermería. En la actualidad disponemos de 2 enfermeras a tiempo total y una tercera a tiempo parcial, las cuales realizan la evaluación integral de los pacientes, la historia clínica en la primera visita en la unidad, la petición de pruebas diagnósticas, la monitorización avanzada durante el sueño y la adaptación y seguimiento del tratamiento.

Resultados: Al inicio de la incorporación de la enfermera en la Unidad del Sueño en 2007 se realizaban 1.056 visitas de seguimiento de enfermería anuales. Durante los años 2017 y 2018 las demandas de atención a la salud derivadas del aumento de las enfermedades crónicas y la falta de personal facultativo especializado produjo un incremento de las listas de espera de 104 días de demora. A finales del 2019 con el aumento de personal de enfermería, mejoró el tiempo de espera en 45 días. En 2020 y 2021 por las sucesivas oleadas de la COVID-19 se incrementó la lista de espera viéndose una leve mejoría a finales del 2022 con una lista de espera de 94 días. La actividad enfermera en el último año (oct'22 hasta set'23) ha sido un total de 1.096 primeras visitas de enfermería y 2.745 visitas de seguimiento de enfermería, este incremento de actividad ha permitido poder mantener el tiempo de espera en 70 días para una primera visita al servicio durante este año 2023.

Conclusiones: Nuestra lista de espera no ha aumentado a pesar de las adversidades vividas en los últimos años, lo que evidencia una vez más la importancia de la enfermería y su impacto en las listas de espera en la Unidad del Sueño.

414. GESTIÓN TELEFÓNICA Y CONTROL POSAGUDIZACIÓN EN LA EPOC

Mireia Admetlló Papiol, Sergi Pascual Guardia, Àngela García Sanz, Esther Mateo Luque, Álvaro Clemente Vivancos, Antonio Oswaldo Caguana Velez, Ana Díez Llana, Karys Khilzi Álvarez y Marisol Domínguez Álvarez

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología crónica y heterogénea con elevada prevalencia y morbilidad, en gran medida atribuible a sus agudizaciones. La atención posagudización, clave para el control de síntomas y la calidad de vida, carece de estandarización en cuanto a modalidades (virtual vs. presencial) y contenidos.

Material y métodos: Este estudio se centró en la evaluación de llamadas telefónicas estructuradas, realizadas 3-7 días post alta hospitalaria a pacientes con EPOC agudizada. Se recogieron variables clínicas y del ingreso, y se realizó el cuestionario del control clínico de la EPOC (GesEPOC 2021).

Resultados: Entre abril y noviembre de 2023 se llevaron a cabo 103 llamadas a 92 pacientes. El 11,6% mantenía esputo purulento, el 29% utilizaba inhaladores de rescate > 3 /semana, el 46,6% caminaba < 30 min/día, y el 7,8% experimentaba empeoramiento posterior al alta. El 24,3% de los pacientes reació a urgencias, y un 14,6% requirió nuevo ingreso. Al comparar pacientes que reaccionaron con los que no, se identificaron diferencias significativas, como niveles más bajos de SpO₂ (94,2% $\pm$ 2,4 vs. 95,5% $\pm$ 1,9; $p = 0,034$), mayor purulencia de esputo (66,7 vs. 17,9%; $p = 0,001$), función pulmonar comprometida (FEV1 $\leq 50\%$ ref 33,9 vs. 13,5%; $p = 0,032$) y peor situación social (vivir solo 35,3 vs. 19,4%; $p = 0,01$).

Conclusiones: Estos resultados enfatizan la relevancia de las intervenciones post alta, destacando la necesidad de personalizar la atención en función de factores como la función pulmonar, situación

social y la persistencia de esputo purulento. La implementación generalizada de llamadas estructuradas podría constituir una estrategia efectiva para mejorar el seguimiento posagudización en pacientes con EPOC.

366. IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DEL PACIENTE EXPERIMENTADO COMO ESTRATEGIA PARA FAVORECER LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE A UN TRATAMIENTO PERMANENTE CON PROSTACICLINAS SISTÉMICAS EN DOMICILIO

Yolanda Torralba García y Ana M. Ramírez Gallardo

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara que pone en peligro la vida del paciente. Algunos pacientes podrían requerir tratamientos complejos autoadministrados por vía parenteral, que precisan dispositivos domiciliarios de dispensación continua, con altas exigencias de aprendizaje, compromiso e implicación del paciente y familia. Un error en la preparación, manejo del fármaco o del dispositivo podría comprometer su vida y rehusar el tratamiento podría comprometer el pronóstico de su enfermedad. Un programa de educación terapéutica en el que la formación, la adquisición de habilidades y la seguridad hacia el nuevo estilo de vida, debería impartirse desde todas las perspectivas posibles incluyendo la experiencia del paciente y, teniendo en cuenta el tratamiento, y si se realiza de forma ambulatoria o hospitalizada. Objetivo principal: favorecer la adaptación del paciente a un tratamiento parenteral continuo domiciliario con el apoyo de un paciente experimentado. Objetivos específicos: compartir experiencias entre iguales; facilitar la integración en la vida cotidiana, después del inicio de un tratamiento sistémico continuado; mejorar la experiencia del paciente; establecer una red de apoyo entre pacientes.

Material y métodos: Estudio ambispectivo, cualitativo desarrollado entre 2015 y 2023. Población grupo intervención: pacientes diagnosticados de HAP, que tuvieran que iniciar un tratamiento con prostaciclina sistémica continuada y que aceptasen tener una entrevista con otro paciente con el mismo tratamiento. Población grupo control: pacientes previos a la introducción de la experiencia del paciente como parte de la educación terapéutica en pacientes con prostaciclina sistémica. Los pacientes experimentados fueron seleccionados entre los que interiorizaron su situación y continuaban en tratamiento con prostaciclina sistémica domiciliarias, que deseaban colaborar en el programa.

Resultados: La experiencia del grupo intervención fue percibida como más adaptativa que la del grupo control, teniendo en cuenta que en la entrevista se podían focalizar en factores clave la gestión logística, en su vida íntima, familiar, laboral y social con el nuevo tratamiento.

Tabla 1

34 pacientes incluidos con diagnóstico de HAP y que iniciaron tratamiento con prostaciclina sistémica parenteral continua domiciliaria	
Grupo control: 20 pacientes	Grupo intervención: 14 pacientes
Impresiones tras el inicio del tratamiento de forma ambulatoria u hospitalizada al regresar a su domicilio.	
Desconocimiento general	Optimización de la adaptación
Miedo e inseguridad	Contacto cercano y directo de persona referente
Problemas de adaptación en el domicilio	Relación entre "iguales"
Dudas en la preparación del tratamiento	Aumento de la Seguridad percibida
Falta de adherencia al tratamiento	

Impresiones grupo control:	Impresiones grupo intervención:
- "No sabía cómo colocar la bomba en la cama para dormir"	- "Me he sentido acompañada durante todo el proceso del inicio de mi tratamiento"
- "No quise contactar con un paciente con mi mismo tratamiento, pensaba que no me hacía falta y que podía hacerlo sola."	- "Entablé amistad con la paciente que me vino a explicar su experiencia"
- "Me dijeron que no podía ducharme, me hundi."	- "Mi familiar sabe cambiar la medicación y compartimos esa tarea"
- "No sabía qué momento del día era mejor para cambiarme la medicación, estaba un poco perdida"	- "Es importante para mí, conocer a otras personas en la misma situación, vas perdiendo el sentimiento de soledad"
- "Mi marido no sabe cambiar la medicación, no quiero que él se involucre"	- "Cuando tengo una duda, siempre tengo a quién acudir"
- "Tuve miedo de no saber responder si la bomba me pita"	- "Supe a lo que me enfrentaba de verdad, después de hablar con otro paciente"
- "Creo que no he tenido bastante formación"	- "Siento que puedo adaptarme tan bien como ella, y tener buena calidad de vida"

Percepciones de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes del grupo intervención se sintieron más empoderados, acompañados, y seguros que las del grupo control. Este tipo de apoyo es una herramienta adicional dentro de la educación terapéutica para favorecer la adaptación del paciente a un nuevo estilo de vida.

936. IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INTERSTICIALES

Anna Herranz Blasco, Diana Badenes Bonet, Álvaro Clemente Vivancos, Roser Pedreny Ventura, Diego Agustín Rodríguez Chiaradia y Eva Balcells Vilarnau

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son una serie de trastornos que conducen a una disminución en la capacidad para transferir el oxígeno a la sangre y causan rigidez pulmonar, empeorando la calidad de vida del paciente. Requieren de un seguimiento estructurado por un equipo multidisciplinar experto, que incluya la figura de una enfermera de práctica avanzada, para elaborar un plan de cuidados más efectivo y un seguimiento individualizado, actuando como referente y soporte del paciente y cuidador.

Material y métodos: De acuerdo con las últimas guías de práctica clínica y recomendaciones, en junio de 2022 establecimos una consulta específica de enfermería especializada para una valoración integral con intervenciones generales y específicas. Realiza primeras visitas y de seguimiento estructurado, tanto presencial como telemático, facilitando herramientas TIC: email propio y un teléfono directo con la enfermera. Se deben identificar y considerar las necesidades, limitaciones y metas del paciente, para diseñar estrategias de intervención que sean efectivas. Esto incluye el manejo y adherencia de los tratamientos antifibróticos, promoción del autocuidado, monitorización de síntomas, provisión de apoyo emocional y adaptación continua del plan de cuidados a medida que evoluciona la condición del paciente. En las intervenciones más generales, la enfermera se coordina con el equipo especializado, proporcionando cuidados multidisciplinarios e individualizados. Estos están relacionados con la rehabilitación pulmonar, oxigenoterapia, apoyo psicológico, seguimiento nutricional, prevención de complicaciones promoviendo la vacunación y asegurarse de proporcionar un seguimiento regular.

Resultados: Desde la implementación de la figura de la enfermera de práctica avanzada, se han realizado un total de 21 primeras visitas de enfermería, 285 visitas de seguimiento y 184 visitas virtuales dedicadas a la gestión de interconsultas. Destacando un total de 382 visitas telefónicas, que incluyen seguimientos de enfermería y consultas de los pacientes o cuidadores. Se encuentran en seguimiento 28 pacientes tratados con antifibrótico, con seguimiento individualizado cada 1-3 meses por parte de la enfermera.

Conclusiones: La figura de una enfermera especializada en EPID es clave para el manejo individualizado de los pacientes. Les empodera en el manejo y favorece el desarrollo de habilidades para afrontar su enfermedad; todo ello encaminado a mejorar la calidad de vida.

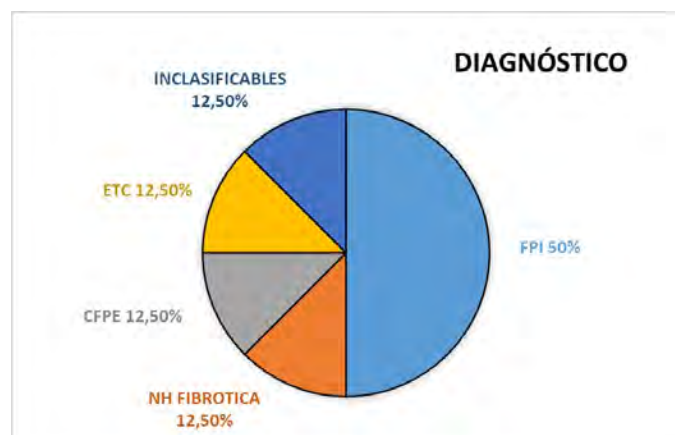
45. IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE NEUMOLOGÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON NINTEDANIB

Mónica Santos Arranz¹ y Sofía Jaurrieta Largo²

¹Enfermería, Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

Introducción: Nintedanib es un fármaco inhibidor de la tirosina kinasa indicado en el tratamiento de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y fibrosis pulmonar progresiva (FPP) que ha demostrado enlentecer la progresión de dichas enfermedades. El efecto secundario más común de este tratamiento es la diarrea, aparece hasta en un 70% según estudios siendo una de las causas de abandono o suspensión del tratamiento. Últimamente se ha demostrado que un seguimiento específico por parte de personal sanitario especializado en estos casos muestra resultados positivos en la tolerancia y adherencia al fármaco. El objetivo del trabajo es demostrar la importancia del seguimiento en la consulta de enfermería neumológica de pacientes con EPID en tratamiento con nintedanib para control de dosis, efectos secundarios, tolerancia, así como identificación de factores de alarma.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre datos recogidos de la historia clínica de los 32 pacientes en seguimiento en la consulta de enfermería del Servicio de Neumología del HCUV incluidos en el protocolo de tratamiento con antifibróticos en los que se ha iniciado tratamiento con nintedanib desde septiembre 2022 a septiembre 2023. Las variables tenidas en cuenta son: presencia de diarrea, elevación de transaminasas, descenso de dosis y suspensión del tratamiento.



Resultados: Edad media: 72,43 años (mín. 60-máx. 80 años), 71,8% varones (n 23). En la figura se recogen los diagnósticos de los pacientes, siendo FPI el 50%. El 96,87% de los pacientes (n 31) iniciaron tratamiento con nintedanib 150 mg/12 h. Del total de pacientes (n 32) presentó diarrea el 46,88% (n 15) decidiéndose seguimiento estrecho en consulta de enfermería, indicaciones dietéticas e inicio de harina de algarroba. Tras dicho seguimiento, tan solo un paciente (3,12%) de la muestra continuó con diarrea leve sin ver alterada su calidad de vida. Se observó elevación de transaminasas en 2 pacientes (6,24%), en 1 se suspendió el trata-

miento por ello. Nadie abandonó el tratamiento por mala tolerancia digestiva.

Conclusiones: Todos los pacientes en seguimiento en la consulta de enfermería de Neumología en tratamiento con nintedanib de 150 mg cada 12 horas no han precisado descenso de dosis por efectos secundarios. Solo en el 3,12% (n 1) de los pacientes se ha tenido que suspender el tratamiento por alteraciones analíticas. El seguimiento en la consulta de enfermería de Neumología demuestra una mejoría en la tolerancia, control de efectos secundarios y cumplimiento del tratamiento antifibrótico.

935. IMPORTANCIA DEL RECICLADO DE DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN: ANÁLISIS DE FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE EL RECICLADO DE ESTOS DISPOSITIVOS EN LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS RESPIRATORIOS DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE SONSOLES

Jenifer Marcos Sierra, Ignacio Lobato Astiarraga, Marco López Zubizarreta, Virginia Guevara Velázquez, Aitziber Familiar González, Ana de Blas Sánchez, José Ángel Tapias del Pozo y Luis Martínez Roldán

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

Introducción: Un inhalador es un envase farmacéutico y, como tal, cuando esté vacío o ya no se vaya a usar, debe depositarse en el Punto SIGRE de la farmacia para que reciba el tratamiento medioambiental adecuado: los materiales de fabricación pueden ser reutilizados o reciclados, y, el gas o restos de medicamentos deben ser tratados o destruidos adecuadamente para no dañar el medioambiente. Por todo lo expuesto, realizar un análisis del patrón de reciclado desde la perspectiva de los usuarios de inhaladores en nuestro entorno resulta de gran interés.

Material y métodos: N = 103 pacientes usuarios de terapia inhalada vistos en Consulta de Enfermería de Cuidados Respiratorios del Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles (Ávila). La recogida de datos se realizó a través de la aplicación de un cuestionario diseñado a tales efectos que los pacientes realizaron de forma anónima y voluntaria, durante los meses de noviembre 2022 a abril 2023.

Resultados: Análisis descriptivo: N = 103. Edad media de los sujetos = 57,58 (DE ± 19,71). Por sexos: 40,8% varones y 59,2% mujeres. Tiempo total de tratamiento con inhaladores.; media = 5,772 años (DE ± 6,25). Población de residencia = 51,5% Ávila capital y 48,5% ámbito rural. Nivel de estudios: 15,5% no tiene estudios, 43,7% estudios básicos, 31,1% formación profesional y 9,7% estudios universitarios. El 97,1% sí recicla residuos y un 2,9% no. El 83,5% sí dispone de oficina de farmacia en su localidad y un 16,5% no. El 79,6% recicla fármacos de forma habitual y el 20,4%, no. El 23,3% conoce el reciclado de inhaladores y dónde hacerlo y un 76,7% reconoce que no sabe. Del 23,3% que sabe dónde reciclar los inhaladores: 16,0% recicla todos sus inhaladores una vez consumidos y 7,3% recicla aproximadamente la mitad. Análisis bivalente: no existe relación significativa entre la variable "conoce el reciclado de inhaladores" y las variables "sexo", "nivel de estudios", "población de residencia" o "presencia de oficina de farmacia en su localidad". Se establece significación estadística: p = 0,003 entre las variables "presencia de oficina de farmacia en su localidad" y "reciclado de otros fármacos" y p = 0,024 entre las variables "reciclado de otros fármacos" y "conocimiento sobre reciclado de inhaladores".

Conclusiones: Dada la importancia del reciclado de inhaladores y objetivando que solo el 23,3% de los entrevistados conoce esta posibilidad, debemos implementar campañas educativas en este sentido aprovechando que los usuarios ya conocen el reciclado de otros fármacos.

47. INCIDENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES PORTADORES DE TRAQUEOSTOMÍA

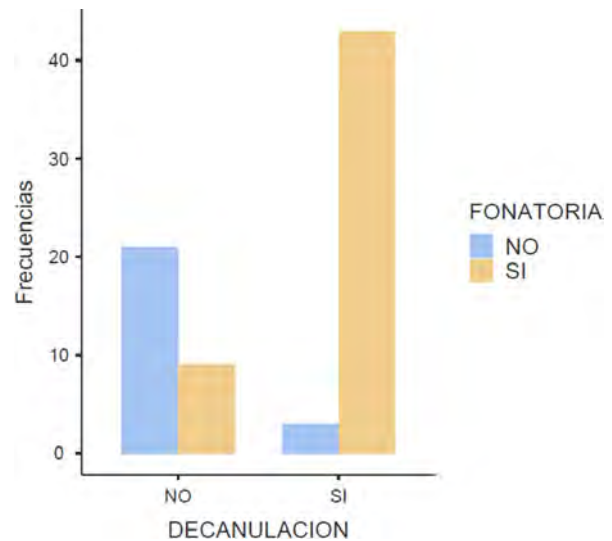
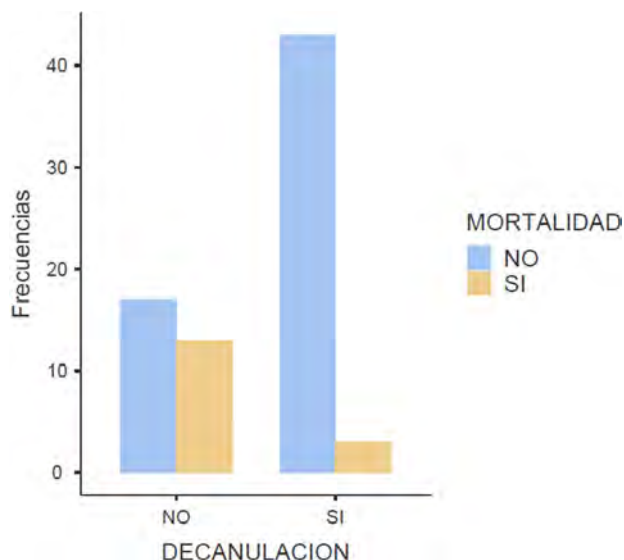
Amando Márquez Sixto¹, Nira María Santana Arvelo¹, Lucía Yomara Batista Guerra², Erika María Lorenzo Ramos¹, Rossana Isabel Barón López¹, Javier Navarro Esteva¹, David Simón Bautista², María Desiré Alemán Segura¹ y José Manuel Valencia Gallardo¹

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

Introducción: La traqueotomía se define como un procedimiento quirúrgico a través del cual comunicamos la tráquea con el exterior. Cuando se crea un estoma, hablamos de traqueostomía. Se debe tener en cuenta el hecho de que todo paciente sometido a una traqueostomía presenta un mayor riesgo de alteración de la mecánica deglutoria, así como del reflejo tusígeno. Se produce una pérdida de la presión positiva al final de la espiración, lo que reduce la capacidad residual funcional e incrementa el riesgo de atelectasia. La disfagia ocurre en el 11% al 93% de los pacientes después de la traqueotomía.

Material y métodos: Objetivo general: analizar la incidencia de disfagia en paciente portador de traqueostomía. Objetivos específicos: 1. Relacionar las alteraciones en la deglución y decanulación exitosa. 2. Evaluar la tasa de mortalidad durante el ingreso hospitalario en paciente con fracaso en la decanulación frente a decanulación exitosa, con el uso de válvula fonatoria como predictor de éxito o fracaso. Estudio de cohortes observacional, transversal retrospectivo. Criterios de inclusión: todo paciente ingresado que se solicite interconsulta para valoración de la deglución. Criterios de exclusión: Cualquier paciente que por su situación clínica no pueda ser valorable. Todo paciente que sea remitida la Interconsulta se realiza valoración enfermera de la deglución, con el test Método Exploratorio Clínico Volumen-Viscosidad (MECV-V). Se seleccionaron a todos los pacientes con traqueostomía que nos solicitan el MECV-V de agosto 2021-agosto 2023.

Resultados: Se reclutaron 76 pacientes, los servicios más demandantes Neumología y Medicina Interna, edad media 65 años, siendo el 29% mujeres y 71% hombres. La incidencia de disfagia en pacientes con traqueostomía es de un 96%. El 61% de la muestra pudo ser decanulado $p < 0,558$. El 68% tolera la válvula del habla con una tasa de decanulación del 57% siendo la tolerancia de la válvula del habla un predictor de éxito de decanulación $p < 0,001$ (IC95%). Este 57% que pudo ser decanulado tiene asociada una tasa de mortalidad hospitalaria de 6% habiendo relación directa entre el éxito de decanulación y la mortalidad $p < 0,001$ (IC95%). La mortalidad en no decanulado es 19% $p < 0,827$.



Conclusiones: Se debe realizar de forma rutinaria el abordaje de la deglución en pacientes portadores de cánula de traqueostomía. Es necesario valorar de forma independiente decanulación y disfagia al no presentar relación causal. El 100% de la muestra precisó intervención enfermera con modificación de la dieta oral.

108. INGRESOS EN EL PACIENTE DE TELEPOC

Andrea Canillas Saez, M^a Ángeles Béjar Aldazabal, Ane López Martínez, Yolanda Carril Rivas, Pedro Ruiz Zubeldia, Leire Martínez Martínez, Igor Murga Arizabaleta y Julia Amaranta García Fuertes

Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz, España.

Introducción: La enfermedad obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad de elevada prevalencia, mortalidad y reingresos frecuentes. Según el EPISCAN II el 11,8% de la población mayor de 40 años sufre esta patología. Las agudizaciones en la EPOC suponen un gran impacto en el pronóstico de la enfermedad, disminuyendo la supervivencia, calidad de vida, función respiratoria... Entre los pacientes con EPOC, diversos estudios observan una frecuencia de agudizaciones de 1,34 para los pacientes GOLD 3 y de 2,00 para GOLD 4. El Hospital Universitario de Álava (HUA) dispone del programa TELEPOC cuyo objetivo es disminuir la tasa de ingreso por exacerbaciones de estos pacientes. Funciona mediante la medición diaria de unas constantes y un cuestionario de síntomas enviados vía telemática, que el personal de enfermería valora a diario. El objetivo es demostrar el beneficio del TELEPOC en la disminución de ingresos por agudizaciones en comparación con lo descrito en la bibliografía.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se contabilizó el número de ingresos de los pacientes que pertenecen al programa entre el 1/10/2022 al 1/10/2023.

Resultados: TELEPOC cuenta con 40 pacientes (24 hombres y 16 mujeres) con una edad media de 73,10 años. Del total acudieron a Urgencias 25 pacientes (62,5%) en 49 ocasiones, con una media de 1,96 ocasiones/año. Media total del grupo: 1,12 ocasiones/año. Del total de las veces que acudieron a Urgencias, ingresaron 19 de ellos (47,5%), con una media de 2,36 ingresos/año. Media total grupo: 1,12 ingresos por paciente/año. Del total de los ingresos el 46,66% fueron agudizaciones infecciosas, y el 53,33% agudizaciones inespecíficas. En este último año, se han incluido en el programa 5 pacientes. Antes de estar incluidos ingresaban una media de 2,0 veces por agudizaciones. Desde su ingreso en el programa, la media es 0,6.

Conclusiones: El programa TELEPOC reduce el número de ingresos hospitalarios, siendo el papel de enfermería de gran relevancia

en ello. Además, se ha reducido la utilización del Servicio de Urgencias por parte de los pacientes incluidos en el programa, gracias al control telemático. Este programa podría resultar útil para disminuir el coste sanitario.

107. INICIO Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍAS FIBROSANTES

M^a Ángeles Béjar Aldazabal, **Andrea Canillas Saez**, Yolanda Carril Rivas, Ane López Martínez, Leire Martínez Martínez, Pedro Ruiz Zubeldia y Laura Tomás López

Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz, España.

Introducción: Las enfermedades intersticiales difusas del pulmón (EPID) engloban un grupo heterogéneo de diferentes patologías que tienen en común la afectación de estructuras alveolo-intersticiales. Los factores de riesgo incluyen enfermedades autoinmunes, inhalación de sustancias extrañas, radioterapia, exposiciones laborales... El pronóstico de vida varía en función del tiempo de enfermedad, siendo la más grave la fibrosis pulmonar idiopática con una media de 2-5 años. Una vez el neumólogo indica el inicio del tratamiento (tto) de uno de los dos antifibróticos existentes, nintendanib y pirfenidona, el equipo de enfermería contacta con el paciente para realizar una sesión educativa sobre inicio y seguimiento de dicho tto. El objetivo es describir la guía de actuación de enfermería en el inicio y seguimiento del paciente con tto antifibrótico, elaborada en la unidad.

Material y métodos: Guía de actuación elaborada en la unidad.

Resultados: Se adjuntan resultados en tablas agregadas. En la educación de ambos tratamientos, se les indican las pautas a seguir y se les educa en la prevención de efectos adversos, y como solventarlos si aparecen. También se les facilita el número de teléfono de la consulta de enfermería con quien puede contactar ante cualquier incidencia referente al tto.

Pirfenidona/ESBRIET					
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Inicio tto				Educación sobre el tto Llamada control e informar del aumento de dosis
2	Aumento de dosis				Llamada de control e informar del aumento de dosis
3	Dosis final		Analítica		Llamada de control

Nintendanib/OFEV					
Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	Inicio tto				Educación sobre el tto Llamada control
2					
3					
4			Analítica		
5	Llamada de control				

Conclusiones: Gracias a esta guía de actuación hemos podido observar que la educación, seguimiento y el contacto inmediato del paciente con enfermería facilita la adherencia al tratamiento disminuyendo los abandonos por efectos secundarios, ya que se proponen soluciones inmediatas. La enfermería es la que realiza durante estas semanas el seguimiento del paciente, siendo su referente ante cualquier incidencia con el tratamiento. Esta guía de actuación de enfermería puede ser útil para disminuir el número de consultas con Neumología.

74. INTERRUPTIONES Y DISTRACCIONES EN LA SALA DE BRONCOSCOPIAS

Susana Álvarez López¹, Concepción Rodríguez García², María del Pilar Gil Muñoz³ e Inmaculada Sánchez Fernández³

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

²Hospital San Agustín, Avilés, España. ³Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: Los procedimientos broncoscópicos a menudo se ven interrumpidos por un número variable de eventos ajenos al mismo, llamadas telefónicas, entradas y salidas en la sala de exploración, fallo de instrumentos, conversaciones no relacionadas con el procedimiento en sí, etcétera; que pueden afectar negativamente tanto al personal implicado en su realización, como al propio paciente. El objetivo principal de este estudio es determinar, mediante revisión de la literatura científica publicada sobre el tema, cuáles son los efectos principales de dichas interrupciones. Como objetivo secundario, conocer si existe alguna estrategia que haya resultado eficaz para mitigar estos efectos.

Material y métodos: Se han seguido y adaptado las recomendaciones de la Declaración Prisma 2020. Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica mediante búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Google Scholar, Clinical Key, CINAHL, CUIDEN, Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud n: "interrupciones" "Distracciones" "Cabina estéril" "Endoscopia" "Cirugía". Los criterios de inclusión fueron: artículos originales independientemente del diseño (cuantitativo, cualitativo o mixto), publicados en revistas científicas en inglés o español.

Resultados: Se encontraron un total de 412 artículos, descartándose 358 por no versar sobre el tema. Dos eran revisiones sistemáticas, un metaanálisis y los demás eran estudios observacionales. Los problemas descritos en estos estudios y las especialidades de origen están expresados en las tablas. En 8 estudios se habla sobre la conveniencia de implementar la metodología de la "Cabina estéril" (en aviación, la regla de la cabina estéril prohíbe las actividades no esenciales durante las fases críticas del vuelo, el despegue y el aterrizaje). Y en uno de ellos sobre la creación de una "Zona de No Interrupción" (NIZ).

Problemas derivados de las interrupciones	
Problemas descritos	Nº de casos
Aumento de la carga de trabajo	6
Aumento del tiempo de ejecución	5
Disminución del rendimiento	4
Interrupción de la comunicación	2
Aumento de errores	2
Aumento del estrés del operador	2
Disminución de la seguridad del paciente	2
Asociación con eventos graves	1

Especialidad de procedencia de los estudios	
Endoscopia digestiva	5
Procedimientos anestésicos	2
Preparación de medicación	1
Intervenciones quirúrgicas	19
Cateterismo cardíaco	2

Conclusiones: Las distracciones/interrupciones durante los procedimientos médicos aumentan el tiempo de ejecución del procedimiento. Aumentan la carga de trabajo y el estrés del equipo, disminuyendo la comunicación entre ellos y su rendimiento. Está asociado al aumento de errores y afecta a la seguridad del paciente. La implementación de la metodología de la "Cabina estéril" y la creación de una "Zona de no interrupción" aumenta la seguridad del paciente, reduce el tiempo de ejecución y mejora las condiciones del equipo.

908. INVESTIGACIÓN DE MICROPLÁSTICOS EN MUESTRAS RESPIRATORIAS

Carmen María Vidal Egea¹, María Asunción Guillén Miralles¹,
María José Soler Sempere¹, Carlos Martínez Baeza¹,
Eduardo García Pachón¹, Francisco Javier Bayo Bernal²,
Marta Doval Miñarro² y Miguel González Pleiter³

¹Hospital General Universitario de Elche, Elche, España. ²Departamento de Ingeniería Química y Ambiental de la Universidad Politécnica de Cartagena, Cartagena, España. ³Departamento de Biología, Facultad de Ciencias de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Introducción: La contaminación por microplásticos (MPs) se ha convertido en una grave amenaza ambiental global. Se ha demostrado su transporte a través de la atmósfera. Existe una evidencia creciente de que su inhalación podría tener importantes consecuencias para la salud respiratoria. El estudio de los MPs en las muestras respiratorias resulta complejo y requiere de una colaboración multidisciplinar, así como de un estricto protocolo para evitar la contaminación por microfibras externas, dada la enorme ubicuidad del plástico en el ambiente hospitalario, en el que enfermería juega un papel crucial. **Objetivo:** analizar la presencia de MPs en muestras del interior de la vía aérea inferior obtenidas mediante lavado broncoalveolar (BAL) y esputo inducido (IE).

Material y métodos: Se analizó la presencia de microplásticos en muestras de IE y de BAL de pacientes consecutivos que fueron sometidos a una broncofibroscopia según indicación clínica. El procesamiento de las muestras en el hospital fue llevado a cabo por el personal de enfermería siguiendo un protocolo diseñado para minimizar el riesgo de contaminación. Se redujo al máximo el uso de plástico: las muestras se conservaron en recipientes de vidrio con tapa metálica, el suero empleado para el BAL y el EI fue conservado en vidrio. Se incluyeron muestras control de BAL y EI realizadas con suero, imitando sendas técnicas. Además, fue analizado cualquier material empleado que pudiese contener plástico (mascarillas, batas, guantes, material desechable del broncofibroscopio...).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 68 pacientes. Se ha detectado la presencia de MPs en el 68% de las muestras analizadas. La concentración media de MPs en las muestras de BAL fue de 55 MPs/100 ml y en las de IE de 1.500 MPs/100 ml. En las muestras control las concentraciones fueron mucho menores: 19 MPs/100 ml en suero del BAL, 10 MPs/100 ml en el nebulizador y 15 MPs por cada muestra de precipitado atmosférico. Además, los MPs encontrados en las muestras de los pacientes presentaban rallones, arañazos y presencia de otros elementos, lo que sugiere que son microfibras viejas, que han estado expuestas a diferentes ambientes, haciendo poco probable que se trate de fibras contaminantes del ambiente del hospital o del laboratorio.

Conclusiones: La presencia de MPs es un hallazgo frecuente en los pacientes neumológicos y su análisis en muestras respiratorias de fácil acceso, como el IE y el BAL ha demostrado ser de útil y fiable en su investigación.

931. LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA SALUD PROPIA IMPACTA EN EL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR NAC

María Granados Santiago¹, Ana Belén Gámiz Molina¹,
Julia Raya Benítez¹, Alba Navas Otero¹, Andrés Calvache Mateo¹,
Araceli Ortiz Rubio¹, María dels Àngels Cebrià i Iranzo²

¹Universidad de Granada, Granada, España. ²Universidad de Valencia, Valencia, España.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es el tipo más común de infección del tracto respiratorio inferior. La participación del paciente implica aumentar el conocimiento de sí mismo, habilidades, confianza y capacidad para asumir el control de

su salud. Involucrar y alentar a los pacientes a convertirse en participantes activos en su propio proceso de atención médica es el comienzo de su recuperación. El objetivo de este estudio fue observar la participación en su estado de salud de los pacientes hospitalizados por NAC y ver si hay diferencias en el perfil clínico.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional en pacientes adultos hospitalizados con un diagnóstico de NAC. Se realizó una valoración al ingreso de su estancia hospitalaria evaluando las características sociodemográficas y antropométricas evaluando síntomas cardinales (disnea, tos, dolor y fatiga), funcionalidad, actividad física y flexibilidad psicológica. Se realizó una división de la muestra según su nivel de participación en su salud medida con el cuestionario Patient Activation Measure (PAM-13).

Resultados: Se incluyeron un total de 66 pacientes con NAC, de los cuales 32 eran activos y 34 eran no activos. Los pacientes con una participación no activa en su salud presentaron significativamente mayor disnea, tos y fatiga ($p < 0,05$). Además, la flexibilidad psicológica y la funcionalidad mostraban diferencias significativas entre grupos, mostrando una reducción de ambos en el grupo de los pacientes con una participación no activa. La estancia hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo de los pacientes que no son activos en su salud ($p < 0,05$).

	Paciente menos activo en su salud (n = 34)	Paciente más activo en su salud (n = 32)	p
Edad (años)	60,82 ± 15,46	61,56 ± 14,25	0,841
IMC	30,86 ± 7,87	24,24 ± 5,47	< 0,001**
CURB-65	1,75 ± 0,84	1,73 ± 0,88	0,930
Comorbilidades	3,92 ± 2,71	3,64 ± 2,48	0,708
Niveles de actividad física	643,63 ± 1.044,01	695,5 ± 1.035,93	0,848
Flexibilidad psicológica	33,25 ± 14,98	24,23 ± 15,85	0,030*
Funcionalidad	73,47 ± 37,30	51,81 ± 25,11	0,007*
Síntomas cardinales			
Disnea	4,13 ± 3,46	2,36 ± 2,68	0,033*
Tos	10,12 ± 5,86	6,50 ± 5,41	0,011*
Dolor	4,41 ± 4,15	3,38 ± 3,67	0,286
Fatiga	6,12 ± 3,35	2,50 ± 3,29	< 0,001**
Duración de la estancia hospitalaria	21,71 ± 15,51	13,19 ± 12,13	0,015*

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados por NAC con una participación activa en su salud muestran un mejor perfil clínico frente a los pacientes no activos en su salud, destacando una reducción en la estancia hospitalaria.

733. LA PRÁCTICA AVANZADA EN LA GESTIÓN DE CASOS EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN PULMONAR DE REFERENCIA DE ÁMBITO NACIONAL COMO CLAVE DE MEJORA ASISTENCIAL

Ana M. Ramírez, Sara Sorolla, Laura Ferran, Clara Martín,
Ricardo Aguilar e Isabel Blanco

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: La gestión de casos (GC) es útil, en todo el proceso de atención a las personas con enfermedades crónicas complejas (ECC), que requieren cuidados profesionales individualizados y coordinados. Estas intervenciones pueden sucederse en función de las necesidades del paciente asegurando la intervención en el menor tiempo posible para obtener los mejores resultados en salud. Los pacientes con hipertensión pulmonar son pacientes crónicos complejos; en casos avanzados de la enfermedad algunos de ellos pueden necesitar tratamientos por vía parenteral que se autoadministran con dispositivos domiciliarios. En algunos casos la complicación por insuficiencia cardíaca derecha, procesos infecciosos, efectos indesea-

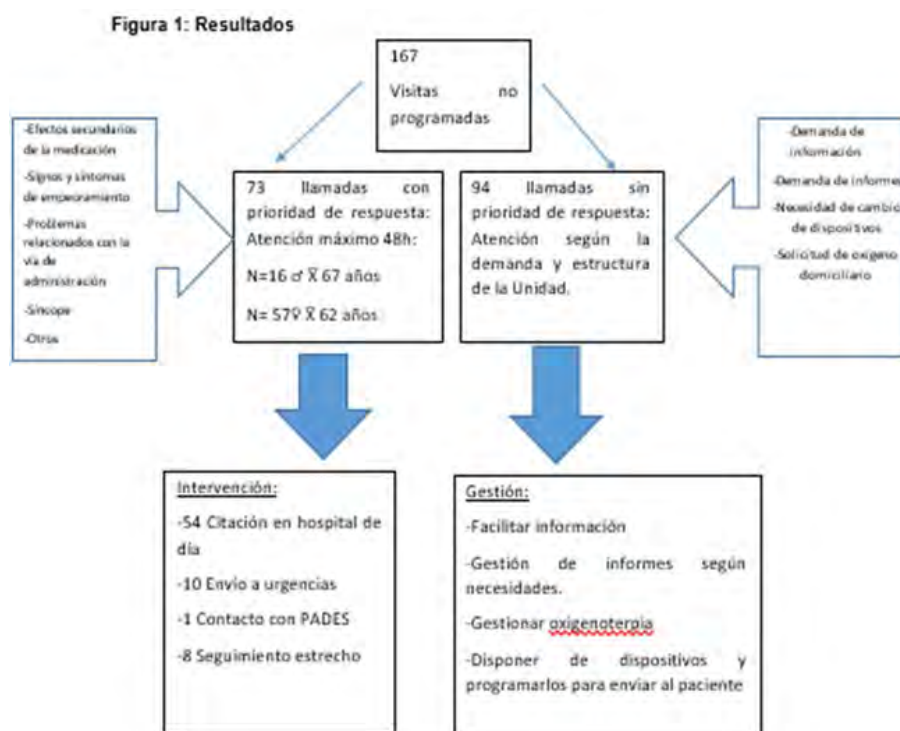


Figura 1. Comunicación 733.

bles de los fármacos o empeoramiento de la enfermedad pueden requerir atención especializada inmediata o preferente. La existencia de una prestación específica para el registro de estas consultas ayuda a identificar el caso, el motivo de consulta, las intervenciones realizadas. Objetivo: evaluar la gestión de visitas no programadas por la enfermera de práctica avanzada, en una Unidad de Hipertensión Pulmonar de referencia de ámbito nacional, detallando los motivos de consulta, así como las intervenciones realizadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las consultas no programadas, realizadas por pacientes, con diagnóstico de hipertensión pulmonar, registradas con la prestación específica y se analizan las intervenciones realizadas. Se clasifican todas las visitas no programadas según la prioridad de respuesta.

Resultados: Se identificaron 167 consultas no programadas y se agruparon por prioridad de respuesta: 1) Con prioridad: 73 llamadas relacionadas con efectos secundarios de la medicación, signos y síntomas de empeoramiento, problemas relacionados con la vía de administración, síncope y otros. Para ello se citó a 54 pacientes en hospital de día, se envió a urgencias a 10 pacientes, se contactó con PADES de su Centro de Atención Primaria y se realizó 8 seguimientos estrechos con llamadas programadas. 2) Sin prioridad: 94 llamadas relacionadas con demanda de información general, solicitud de informes, necesidad de cambio de dispositivos, solicitud de oxígeno domiciliario (fig.).

Conclusiones: La práctica avanzada en la gestión de casos permite realizar intervenciones de manera autónoma de una forma eficaz y eficiente, según las necesidades de los pacientes. Una prestación adecuada para registrar las visitas no programadas permite conocer la actividad e intervenciones realizadas.

707. ¿LAS MUJERES TIENEN EPOC? REVISIÓN SISTEMÁTICA

Laura Borrego Otero¹ y David Peña Otero²

¹Consejería de Educación de la CC. AA. de Madrid, Madrid, España.

²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España.

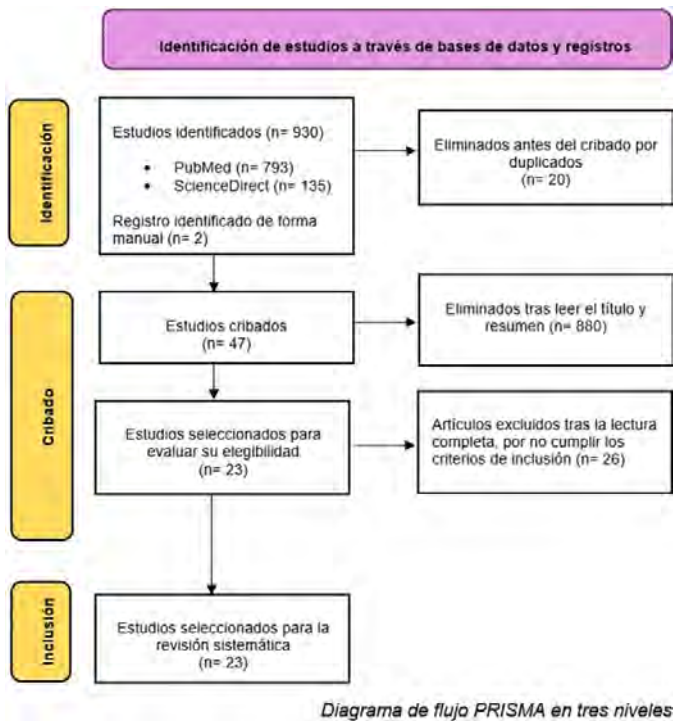
Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presenta cada vez más morbilidad, discapacidad y mortalidad a nivel mundial; mostrando diferencias tanto por sexo como por género en su presentación y resultados. El objetivo de este trabajo es analizar las desigualdades por razones de sexo y de género en la EPOC.

Material y métodos: Revisión sistemática, siguiendo directrices de la declaración PRISMA, en las bases de datos PubMed y Science-Direct entre diciembre de 2022 y febrero de 2023. Criterios de inclusión: estudios cuantitativos, cualitativo y/o mixto (observacionales y revisiones narrativas o sistemáticas; tesis doctorales, guías de práctica clínica y programas de educación para la salud), mayor de edad y publicados después de 2017 en español, inglés y portugués. Lectura crítica a través de CASPe.

Resultados: Se identificaron 930 artículos y, tras las diferentes fases de lectura crítica, 23 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Del análisis de estos estudios se identificó que la prevalencia y el infradiagnóstico de EPOC en las mujeres no hace más que crecer. Esto se debe en parte a factores de riesgo como el tabaquismo y la exposición a los combustibles de biomasa. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por disnea pronunciada junto a comorbilidades como la ansiedad y la depresión, desnutrición y osteoporosis. Las mujeres presentan mayor número de exacerbaciones y complicaciones que influyen negativamente en la calidad de vida y progresión de la enfermedad. Sin embargo, experimentan mejores beneficios del tratamiento con corticoides y oxigenoterapia.

Conclusiones: La percepción de la EPOC ha cambiado, ya no es una enfermedad respiratoria predominantemente de hombres. Las mujeres difieren tanto en la presentación clínica de los síntomas como en las exacerbaciones, ya que la mujer es más vulnerable al tabaquismo y a los factores ambientales que los hombres. Por otra parte, los profesionales de Atención Primaria y Neumología (enfermería y medicina) deben afrontar el reto de mejorar el tratamiento a través del diagnóstico precoz y el estudio de las características específicas de la EPOC en las mujeres. Existe un gran desafío para comprender mejor el impacto del género en los resultados de la EPOC. Por todo ello, la EPOC en las mujeres es un importante problema de salud pública y resulta funda-

mental incluir las variables de sexo y género en futuros estudios de investigación, considerando las influencias sociales específicas del género y su impacto en la salud y la enfermedad.



258. LAVADOS PLEURALES TERAPÉUTICOS PARA EL DERRAME PLEURAL INFECCIOSO. MANEJO, EFECTIVIDAD, CALIDAD EN LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

María Consuelo Sanz Frances, Encarnación Saiz Lozoya, Catalina Mármol Albert, María Sánchez Samblancat, Enrique Cases Viedma, Raquel Martínez Tomás, Andrés Briones Gómez y Selene Cuenca Peris

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Introducción: El derrame pleural (DP) infeccioso es una situación frecuente en la práctica clínica, que prolonga la estancia hospitalaria y aumenta el riesgo de mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el uso de lavados de la cavidad pleural en pacientes con derrame pleural infeccioso.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y se incluyeron pacientes con DP infeccioso ingresados en el Servicio de Neumología entre enero de 2022 y noviembre de 2023. Se recogieron datos de sexo, edad, antecedentes de neumonía, abscesos, DP infecciosos, cirugía toraco/abdominal reciente y localización, tiempo de hospitalización, tratamiento antibiótico y/o antifúngico, así como volumen de suero instilado, tiempo de drenaje y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, 50% mujeres y de edad media 57 años, (rango 17-79 años). El origen más frecuente fue el absceso pulmonar en 6 de los casos, 4 de origen quirúrgico y 2 neumonías. En 7 casos el derrame fue izquierdo y la media de tiempo de atención en nuestra unidad fue de 7,6 días (rango 4 - 12 días). Todos los pacientes combinaron los tratamientos con urokinasa y lavados con suero fisiológico, además del tratamiento antibiótico sistémico, a excepción de dos de los casos cuyo origen era una infección fúngica y se trataron con antifúngico local (ambisome) y sistémico, se realizaron lavados entre 4 y 7 días, y no se presentaron complicaciones por el lavado pleural terapéutico.

Conclusiones: El lavado de la cavidad pleural con suero salino a través del tubo parece que acelera la curación del derrame pleural de una forma más segura, rápida y con menos efectos secundarios.

Tabla 1. Comunicación 258

Pacientes con DP infeccioso. Datos entre enero 2022 y noviembre 2023

Sexo	Edad	Antecedentes neumología	Abscesos	DP infecciosos	Cirugía toracoabdominal y localización	Tiempo de atención en la unidad	Ttº. antibiótico	Ttº. antifúngico	Volumen instilado Sf MI	Tiempo de drenaje	Complicaciones
M	17	Hemorragia alveolar	No	Sí	No	4	Sí	No	500	3	No
M	32	Asmática	Sí	Sí	No	12	10	No	2,35	11	No
M	53	Neo de trompas	Posretirada drenaje	Sí	No	4	3	No	800	4	No
M	46	Neo mama + pulmón	No	Sí	Mama	6	4	No	1.000	5	No
M	79	Neo gine y recto	No	Sí	Ginecológica	8	3	No	1.500	7	No
M	66	Cirugía cardíaca	Posretirada drenaje	Sí	Torácica	12	5	No	4.000	7	Recidiva a los 4 meses
V	66	FIBROSIS PULMONAR +TP	Sí	No	-	-	2	No	800	3	No
V	64	EPOC + TP	Sí	Sí	Torácica	8	1	No	4.100	7	No
V	61	Trasplante pulmonar	Sí	Sí	-	4	3	No	500	7	Recidiva a los 8 días
V	68	Enfermedad de Castleman	Sí	Sí	Torácica	6	4	No	1.000	3	No
V	59	EPOC + TP	Sí	Sí	No	12	5	No	2.500	5	No
			Sobreinfección persistente	Sí	-	7	7	No	1.000	4 Meses DPT	Sobreinfección recidivante
			-	Sí	-	-	10	-	500	7	-
			Sí	Sí	Torácica	7	5	No	500	7	No

474. LIMITACIONES PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA

Yurena Hernández Galván, Virginia Brito García, Fernando Giráldez Macía y Clara Ruiz Tabet

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: Conocemos como asma grave no controlada (AGNC) cuando, para su tratamiento, se requiere de múltiples fármacos y en dosis elevadas y aun así persiste un mal control. Los fármacos biológicos se emplean en el último escalón de tratamiento y han demostrado reducir las exacerbaciones graves, las hospitalizaciones y el uso de esteroides orales. Los estudios demuestran que la autoadministración puede ser segura y bien aceptada y que reduce los costes sanitarios. Sin embargo, existen limitaciones que dificultan este paso. Nuestro objetivo es identificar las limitaciones que presentan nuestros pacientes en terapia biológica desde mayo de 2020 con el fin de mejorar la autonomía del paciente y fomentar la autoadministración.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo de los pacientes con mepolizumab, benralizumab y dupilumab desde mayo de 2020 hasta la actualidad. Para ello se analizaron variables demográficas, comorbilidades, ACT, FeNO, función respiratoria, eosinófilos, y tiempo de administración hospitalaria. Estas variables fueron recogidas en una base de datos tras la revisión de las historias clínicas. Se compararon los datos obtenidos en el inicio del tratamiento biológico con los más recientes.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes con tratamiento activo con mepolizumab, benralizumab y dupilumab, de los cuales el 12,96% no pudo pasar a autoadministración tras las tres primeras dosis hospitalarias recomendadas. De ese 12,96%, el 92,85% fueron mujeres y el 7,14% hombres. La edad media del estudio fue de 49 años. Del total de pacientes que no pudo pasar a autoadministración, todos presentaron en algún momento cuadros de ansiedad, siendo el 64,28% diagnosticado con patologías psiquiátricas. Asimismo, de ese total que no pudo pasar a autoadministración, permanecían en administración hospitalaria en el momento del estudio el 35,7%, del cual el 28,6% presentó igual o peor ACT que en el inicio del tratamiento a pesar de que las pruebas funcionales, el FeNO y los eosinófilos en sangre indicaban mejoría objetiva.

Conclusiones: Los estudios demuestran que la autoadministración puede ser segura y bien aceptada y que reduce los costes sanitarios. Se observó que los pacientes con comorbilidades psiquiátricas presentaron peor percepción del control de su asma a pesar de que existió mejoría objetiva en las pruebas funcionales y en las analíticas. Esta percepción de mal control de su asma impidió que se les diera de alta para autoadministración domiciliaria.

371. MANEJO DEL OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

María del Carmen Zaballos Bautista,

María del Carmen Cejudo Hontinyuelo, Amaya Fernández Fernández, Ana Belén Martín Castrillo, Marta Sahagún Olea, Victoria Eugenia Olivet de la Fuente, Blanca María Velasco Álvarez, Laurentino Martínez Fernández, Tomás Ruiz Albi, Luis Corral Gudino, Eva Prieto García y Fernando Gil Diez

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Introducción: Una suplementación de oxígeno excesiva puede agravar el estado de los pacientes y producir complicaciones, por ello la tendencia actual es utilizar estrategias conservadoras. Objetivo:

analizar la situación de prescripción y administración hospitalaria de oxígeno suplementario (O2S) en base a las últimas evidencias. Palabras clave: oxígeno suplementario, hipercapnia, hipoxia y complicaciones.

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Muestra: pacientes con pauta de O2S ingresados en Unidades de Hospitalización de Medicina Interna (MI) y Neumología (NML). Variables: Pacientes: sociodemográficas, diagnóstico, comorbilidades, mortalidad y reingresos. Profesionales: sociodemográficas y experiencia profesional. Prescripción de O2S: concordancia con las recomendaciones basadas en la evidencia según Siemieniuk *et al.*, (mantener saturaciones de 88-92% en pacientes con riesgo de hipercapnia y de 90-94% en el resto de pacientes). Administración de O2S: datos recogidos en 3 momentos en las primeras 48 h desde el ingreso (saturación y su mantenimiento dentro del rango prescrito/recomendado). Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias y medias con su desviación típica.

Resultados: De 103 pacientes estudiados el 66% de MI y 34% de NML. Principales motivos de ingreso: infecciones respiratorias (53,50%), insuficiencia cardiaca (14,6%) y reagudización de EPOC (12,6%). Un 39,8% del total tenía riesgo de hipercapnia, elevándose al 64,7% en NML. En el 72% de las prescripciones no se indicaba el rango en el cual debía mantenerse la saturación. Los pacientes cuya saturación se mantuvo en el rango prescrito/recomendado aumentaron de 31,1% en la primera toma a 46% a las 48 h. Las enfermeras no hicieron modificaciones en la administración de oxígeno el 55,17% de las veces en las que hubiese sido necesario por no mantenerse la saturación en el rango prescrito/recomendado.

Conclusiones: En las prescripciones de O2S en muchas ocasiones no se especifica un rango con la saturación mínima y máxima deseable a conseguir, esto dificulta una adecuada administración de O2S por parte de las enfermeras y puede conducir, a veces, a una administración excesiva de oxígeno. Es preciso formar al personal prescriptor y a las enfermeras que administran O2S en las Unidades de Hospitalización para adecuar la práctica clínica a las mejores evidencias disponibles.

154. MEJORA DEL PROCESO DE INGRESO EN UNA SALA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE

María Pilar Muñoz Claver, Isabel López Baño, Rosanel Amaro Rodríguez, Néstor Soler Porcar, Oriol Sibila Vidal, Swagatika Salo Bartoli, Joan Ramon Badia Jobal y Pilar Martínez Olondris

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: El proceso de un nuevo ingreso tras un alta en una Sala de Hospitalización de Neumología es complejo y afecta directamente a la disponibilidad de camas y los tiempos de espera. Optimizar este proceso permite mejorar la gestión de un recurso limitado como son las camas hospitalarias y ofrecer una asistencia sanitaria adecuada bajo los estándares de calidad y seguridad del paciente.

Material y métodos: Para la mejora del proceso de ingreso se aplicó metodología Lean Healthcare. Se confeccionó un mapa de flujo de valor (Value Stream Mapping) donde se describió el proceso de ingreso, incluyendo la participación de cada profesional, los flujos de información y los tiempos de cada tarea. A partir de aquí, se analizó el lugar de trabajo y se realizaron entrevistas con los equipos (Gemba Walks), identificándose mejoras y kaizen sobre el proceso. Tras este análisis, el equipo estableció el modelo propuesta de estándar de trabajo (Work Standard). Paralelamente, se implementaron una serie de herramientas de gestión visual para asegurar una comunicación estructurada y efectiva. El desenlace

principal evaluado fue el indicador “ingresos realizados antes de las 16:00 horas”, estableciendo como objetivo de referencia un porcentaje superior al 50%.

Resultados: La situación basal de la sala de Neumología en 2022 era de baja eficiencia, con un porcentaje de ingresos antes de las 16:00 h inferior al 30%. La intervención con la aplicación del estándar de trabajo sobre el proceso mejoró de manera estadísticamente significativa el porcentaje de ingresos antes de las 16:00 h, alcanzando el 54% a los 12 meses del inicio, y situándose actualmente en torno al 50%.

Conclusiones: La implementación de la metodología Lean Healthcare ha conseguido mejorar el proceso de ingreso hospitalario y optimizar el recurso de las camas hospitalarias. El desarrollo de este proyecto Lean ha permitido potenciar en los equipos asistenciales una cultura de mejora continua y trabajo colaborativo.

579. NECESIDADES FORMATIVAS Y ACTITUDES SOBRE CUIDADOS RESPIRATORIOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Cristina Carmona Moya, Rosalía San Juan Raimundo, Manuel Esparza Torres, Isabel Silvestre Antón y Alexandra Gimeno Cardells

Hospital Universitario i Politènic La Fe, Valencia, España.

Introducción: Los cuidados que brindan las enfermeras expertas en Neumología han aumentado con la adquisición de nuevas responsabilidades asociadas a cuidados y dispositivos en el paciente respiratorio y semi crítico. Además, la atención al paciente respiratorio no es inherente a las enfermeras de los Servicios de Neumología y Cirugía Torácica, por lo que es necesaria la valoración de conocimientos y competencias de todos los profesionales que los atienden. El objetivo fue identificar puntos críticos en los cuidados respiratorios impartidos en nuestro hospital, así como valorar las necesidades de formación en cuidados respiratorios.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta elaborada por el equipo investigador a todos los profesionales del Hospital Universitario i Politènic La Fe (Valencia). El cuestionario fue enviado vía online durante el mes de octubre de 2023. La encuesta contó con un total de 33 ítems (incluyendo datos demográficos) y estaba formado por 5 bloques de 5 preguntas cada uno, correspondientes a los temas: oxigenoterapia (O2), gasometría, administración de medicación inhalada (INH), VMNI y ONAF y drenajes torácicos. Las preguntas se enfocaron tanto a conocimientos como actitudes de los profesionales ante cuidados específicos del enfermo respiratorio. Se realizó un análisis descriptivo de las variables.

Resultados: 79 profesionales respondieron a la encuesta, siendo 73 válidas. El 95% (N = 69) fueron mujeres, edad (41% menos de 40 años, 42% entre 41-55 años y 16% más de 55 años). El 85% eran enfermeras (n = 62), mayoritariamente de Unidades de Hospitalización (47%, n = 37) y con más de 10 años de experiencia (73%, n = 53). El 52% (n = 38) habían trabajado en alguna ocasión en el área de respiratorio. El% de aciertos, por bloques temáticos fue: 77,8% en O2, 93,1% en gasometría, 64,7% en inhaladores, 75,6% en VMNI y ONAF y 48,5% en cuidados de los drenajes. Las preguntas más falladas se describen en la tabla.

La valoración global en cuanto a la necesidad de recibir formación y actualización sobre cuidados respiratorios fue del 4,62 sobre (FALTA TEXTO)

Conclusiones: 1. El número de profesionales que ha respondido a la encuesta ha sido muy escaso, pese a los esfuerzos por difundirla. 2. Se observa necesidad de formación mayoritariamente en los cuidados relacionados con administración de medicación inhalada y los drenajes torácicos. 3. La mayoría de los encuestados valora favorablemente la iniciativa de recibir formación y actualización sobre nuestra especialidad.

blemente la iniciativa de recibir formación y actualización sobre nuestra especialidad.

Tabla 1. Preguntas más falladas de la encuesta n(%)	
En la administración de O2 ¿a partir de cuantos L/min se recomienda cambiar las gafas nasales por una mascarilla tipo ventimask?	
a) A partir de 2L/min	5(7%)
b) A partir de 4L/min	43 (59%)
c) A partir de 6 L/min	22 (30%)
d) Es indiferente los L/min a administrar.	1 (1%)
e) No sé, no contesto	2 (3%)
Si tiene varios tratamientos inhalados, ¿sabes cuál es el orden correcto de administrarlos?	
a) No importa el orden	0
b) Broncodilatador-Antibiótico-corticoide-mucolítico	5 (6%)
c) Broncodilatador-corticoide -antibiótico- mucolítico	21 (27%)
d) Broncodilatador- corticoide-mucolítico-antibiótico	27 (34%)
e) No sé, no contesto	20 (27%)
¿Cuál de las siguientes no es una ventaja de ONAF?	
a) Confort del paciente	2 (3%)
b) posibilidad de hablar y comer sin retirar oxigenoterapia	5 (6%)
c) es una terapia disponible para el domicilio	35 (48%)
d) aporta FIO2 altas	7 (10%)
e) No sé, no contesto	24 (33%)
¿La aspiración, en los drenajes torácicos, es una indicación médica?	
a) Sí, solo cuando se trata de un neumotórax.	11 (15%)
b) No, nunca.	5 (7%)
c) Sí, siempre.	38 (52%)
d) Hay que dejarlo siempre sin aspiración, en caída libre.	2 (2%)
e) No sé/ No contesto	17 (23%)
Si el receptáculo del drenaje torácico burbujea, ¿qué opción es incorrecta?	
a) Puede ser un neumotórax	15 (21%)
b) Se trata de un empiema	23 (32%)
c) El drenaje se ha salido parcial o totalmente	6 (8%)
d) Ha habido una desconexión de drenaje y ha entrado aire	11 (14%)
e) No sé/ no contesto	18 (25%)
El sello de agua del depósito o receptáculo del drenaje torácico...	
a) Actúa como control de succión	1 (1%)
b) Actúa como válvula unidireccional	22 (30%)
c) Sólo se utiliza en neumotórax	0
d) Todos los drenajes torácicos tienen que llevarlo, independientemente del tipo de drenado	36 (46%)
e) No sé / no contesto	14(19%)

88. PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Esther Mateo Luque, Ana Balañá Corberó, Álvaro Clemente Vivancos, Consolación Ivern Díaz, Diego Rodríguez Chiaradía y Juana Martínez Llorens

Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

Introducción: La oxigenoterapia crónica domiciliar (OCD) se prescribe fundamentalmente en pacientes con enfermedad respiratoria crónica que presentan una PaO2 ≤ 55 mmHg (SpO2 ≤ 88%) o PaO2 ≤ 60 mmHg asociada a poliglobulia, arritmia o hipertensión pulmonar. Existen diferentes dispositivos para realizar la OCD. El objetivo fue describir la población con prescripción activa de OCD, diagnósticos y dispositivos, en nuestro hospital.

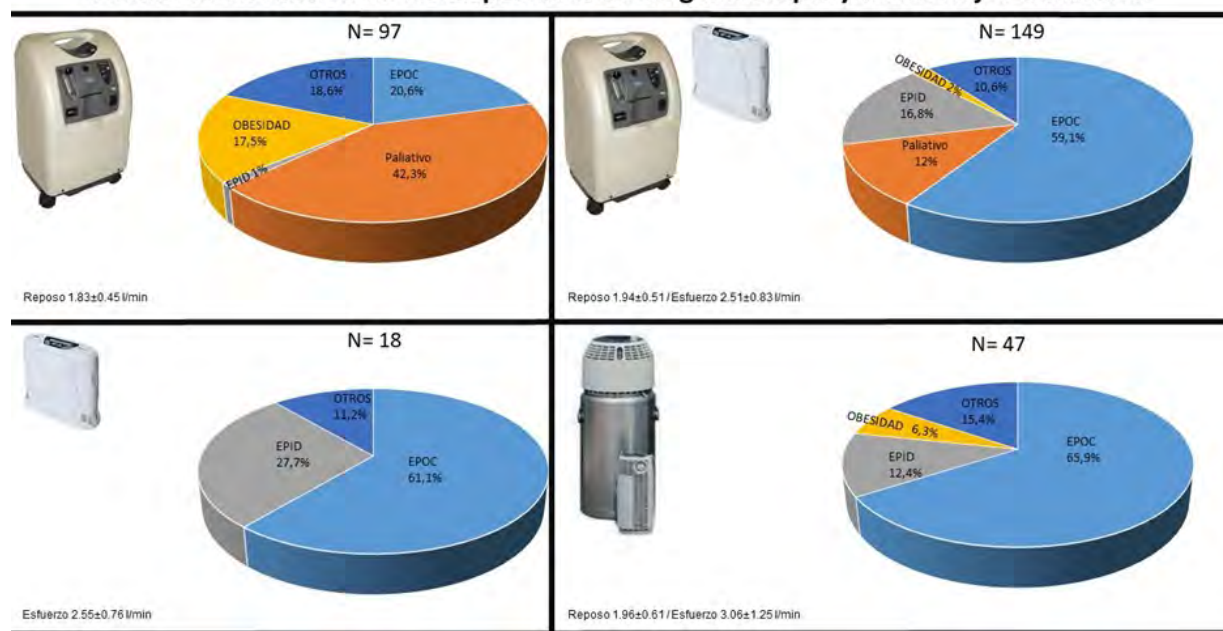
Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el cual se seleccionaron todos los pacientes con OCD de nuestro hospital hasta el 15 de febrero del 2023. Se revisó en la historia clínica: el diagnóstico de indicación de OCD, la función pulmonar y los gases arteriales en el momento de la prescripción y también el dispositivo de OCD y el flujo utilizado.

Resultados: Se han incluido 336 pacientes de los cuales 64% fueron mujeres (FEV1 49,8 ± 22,7% ref., DLCO 47,7 ± 21,7% ref.; PaO2 58,9 ± 9,0 mmHg). La prescripción de OCD según las patologías/ condiciones más prevalentes fueron: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (44,6%), prescripción con finalidad paliativa (29,8%) y la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) (11%). El dispositivo de OCD más indicado fue el concentrador estático (CE) asociado al portátil (CP) en un 44,4% de los casos, con un flujo medio en reposo de 1,94 ± 0,5 l/min y en esfuerzo de 2,51 ± 0,83 l/min. La indicación más frecuente del CE con CP fue pacientes con EPOC (59,9%). El segundo dispositivo más usado fue el CE en un 28,9%, con un flujo medio en reposo de 1,83 ± 0,45 l/min. El 42,3%

Patología	N	Edad, años	Sexo (H/M)	Indicación (hospital/ambulatorio)	Función pulmonar	Dispositivo (% pacientes)
EPOC	150	69,4 ± 8,9	107/43	54/96	FEV1 39,9 ± 16,4% ref DLCO 44,5 ± 22,0% ref PaO2 58,9 ± 9,2 mmHg SpO2 media 86,7 ± 4,1% PaO2 54,3 ± 3,3 mmHg	Concentrador estático 13,3% Concentrador estático + portátil 58,7% Concentrador portátil 7,3% Oxígeno líquido 20,7% Concentrador estático 69,5% Concentrador estático + portátil 30,5%
Paliativo	59					
1. Oncológico	12	67,8 ± 12,7	6/6	6/6		
2. Cardiológico	43	86,5 ± 10,4	6/36	30/13		
3. Neurológico	4	71,3 ± 15,3	1/3	0/4		
EPID	37	75,9 ± 8,9	19/18	10/27	FEV1 74,5 ± 21,2% ref DLCO 47,5 ± 14,7% ref PaO2 61,4 ± 8,9 mmHg SpO2 media 84,2 ± 4,5%	Concentrador estático 2,7% Concentrador estático + portátil 67,6% Concentrador portátil 13,5% Oxígeno líquido 16,2% Botella 100%
Cefalea en racimos	25	42,4 ± 9,7	19/6	0/25		
Obesidad	23	71,9 ± 13,1	5/48	6/16	FEV1 64,5 ± 23,0% ref DLCO 76,3 ± 2,5% ref PaO2 65,5 ± 9,4 mmHg SpO2 media 87,0 ± 6%	Concentrador estático 73,9% Concentrador estático + portátil 13,1% Oxígeno líquido 13%
Caja torácica	12	72,0 ± 20,1	1/11	4/8	FEV1 50,9 ± 10,0% ref DLCO 40,5 ± 14,5% ref PaO2 53,6 ± 4,4 mmHg SpO2 media 87,3 ± 7,6%	Concentrador estático 41,7% Concentrador estático + portátil 33,3% Concentrador portátil 8,3% Oxígeno líquido 16,7%
Bronquiectasias	11	73,3 ± 16,6	0/11	4/7	FEV1 49,2 ± 20,9% ref DLCO 54,0 ± 3,6% ref PaO2 62,7 ± 8,4 mmHg SpO2 media 86,3 ± 1,9%	Concentrador estático 54,5% Concentrador estático + portátil 27,3% Oxígeno líquido 18,2%
Asma bronquial	11	77,5 ± 13,2	1/10	3/8	FEV1 58,0 ± 13,1% ref PaO2 55,9 ± 4,8 mmHg SpO2 media 84,5 ± 4,5%	Concentrador estático 45,5% Concentrador estático + portátil 45,5% Oxígeno líquido 9%
Hipertensión pulmonar	8	64,1 ± 13,9	1/7	2/6	FEV1 75,3 ± 22,2% ref DLCO 53,7 ± 11,1% ref PaO2 52,5 ± 2,5 mmHg SpO2 media 84,0 ± 5,0%	Concentrador estático 25% Concentrador estático + portátil 37,5% Concentrador portátil 12,5% Oxígeno líquido 25%

H: hombre; M: mujer; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; FEV1: volumen forzado espirado en primer segundo; ref.: valores de referencia; DLCO: capacidad de transferencia de monóxido de carbono; PaO2: presión arterial de oxígeno; mmHg: milímetros de mercurio; SpO2: saturación periférica de la oxihemoglobina.

Población en función de los dispositivos de oxigenoterapia y de los flujos utilizados.



de los pacientes con CE tenía finalidad paliativa por Patología Cardíaca, Oncológica y Neurológica. El oxígeno líquido (OL) fue utilizado en el 14% de los pacientes con un flujo medio en reposo de $1,96 \pm 0,61 \text{ l/min}$ y esfuerzo $3,06 \pm 1,25 \text{ l/min}$. El 65,9% de los pacientes que utilizaban OL eran EPOC. En el 5,4% de los pacientes se indicó CP y con un flujo medio en esfuerzo de $2,55 \pm 0,76 \text{ l/min}$. El 61,1% de los pacientes con prescripción de CP tenían diagnóstico de EPOC. En

el 7,4% de los pacientes se prescribió botella de oxígeno, todos ellos fueron por cefalea en racimos.

Conclusiones: La prescripción del dispositivo de OCD varía en función de la patología por la que se indica. La indicación de OCD fundamentalmente se realiza en pacientes con EPOC seguido de pacientes con finalidad paliativa. El dispositivo de OCD que más frecuentemente se prescribió fue el CE asociado a CP.

604. PAPEL DE LA “NURSE NAVIGATOR” EN LA IMPLEMENTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN EN FUMADORES DE ALTO RIESGO

Sally Santistevé Lostes¹, Anna Moncusí Moix², Aida Monge Esqu³, Anna Vila Fornells⁴, Clara Gort Paniello⁵, María Zuñil Moreno³, Nuria Forn Pairal⁴, Carlos Alberto Rombolá⁶, Marina Asunción Pardina Solano⁷, Virginia García Reglero⁴, Cora Andrea Sampedro Salinas⁴, Mario Montesinos Encalada⁴, Juan Diego Avilés Parra⁴, Rogelio Antonio Robaina Escobar⁴, Natalia Varvará⁶, Marcela Suárez Bustamante⁴, Ferran Barbé Illa¹ y Jessica González Gutiérrez²

¹Institut de Recerca Biomèdica (IRB) Lleida, España, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III, Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ²Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España. ³Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ⁴Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ⁵Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), Instituto de Salud Carlos III, Lleida, España. ⁶Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ⁷Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Hospital Universitario Arnau de Vilanova-Santa Maria, Grupo de Investigación de Biomarcadores en Cáncer (GREBiC), Lleida, España.

Introducción: Los programas de cribado de cáncer de pulmón (CP) son una oportunidad para valorar al paciente fumador de alto riesgo desde un punto de vista integral. La figura de la “nurse navigator” surge en Estados Unidos con el objetivo de poder optimizar y mejorar los procesos asistenciales durante el seguimiento de los pacientes, permitiendo un acceso más rápido tanto a los recursos clínicos como diagnósticos, así como la gestión individualizada de cada paciente. Objetivo: describir el rol de la “nurse navigator” en una consulta de cribado en fumadores de alto riesgo con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y/o enfisema, así como exponer los primeros resultados.

Material y métodos: En abril del 2023 se inicia la consulta de cribado de CP en el Hospital Universitario Santa Maria de Lleida, en la que pacientes fumadores con criterios clásicos de cribado de CP y que además padezcan EPOC y/o enfisema son valorados de forma global. Dicha valoración incluye funcionalidad pulmonar, detección

de déficit de alfa-1-antitripsina (DAAT) y la realización de un cuestionario de salud siguiendo el programa internacional de detección precoz de CP (I-ELCAP). Se ofrece deshabituación tabáquica especializada a todos los pacientes. Las competencias de la “nurse navigator” incluyen el conocimiento, las habilidades y la experiencia en el manejo de enfermos respiratorios, ya que es la responsable de la recogida de datos, la realización de las pruebas y la gestión y el seguimiento del paciente en todas las fases del proceso del cribado de CP.

Resultados: Un total de 50 pacientes han sido evaluados, principalmente varones (84%), exfumadores (56%). El 56% afectos de EPOC y el 44% presentaba enfisema sin obstrucción al flujo aéreo. En 10 pacientes se detectaron mutaciones relacionadas con el DAAT (7 variantes M/S, 2 S/S y 1 M/I). En dos se detectó una lesión pulmonar sospechosa, siendo tratados quirúrgicamente con un diagnóstico final de adenocarcinoma y carcinoma escamoso, ambos en estadio IA. Estos pacientes no precisaron ningún tipo de tratamiento posterior a la cirugía y se encuentran en seguimiento conjunto por la consulta de cribado de CP y Cirugía Torácica.

Conclusiones: Gracias a la figura de la “nurse navigator” se puede conseguir realizar una valoración integral y ofrecer una educación individualizada, pudiéndose gestionar la complejidad del cribado de CP anticipándose a las necesidades individuales de cada paciente.

594. PREVALENCIA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DIFERENTES PATOLOGÍAS CARDIOLÓGICAS

Lidia López Escuredo, Sara Sorolla Matas, Xavier Alsina Restoy, Laura Ferran Valls, Pau Belver Colomer, Concepción Ruiz Sánchez, Miriam Arabí Forcada, Miranda Albert Ribera, Marta Puig Dupré, Cristina Embid López y Mireia Dalmases Cleries

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) se ha asociado a un aumento de morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular y ha sido relacionada con diversas enfermedades cardiológicas. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y gravedad de la AOS en pacientes con diferentes cardiopatías.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes derivados durante 2022 desde el Servicio de Cardiología por sospecha de AOS realizándose el diagnóstico mediante polisomnografía convencional (PSG) o poligrafía respiratoria.

Tabla 1. Comunicación 594

Características basales de los pacientes incluidos

Variable	Total (n = 40)	FA (n = 26)	Otras cardiopatías (n = 14)	p
Sexo, hombre	29 (72%)	19 (73%)	10 (71%)	NS
Edad, años	60,65 ± 8,77	60,19 ± 9,51	61,50 ± 7,46	0,640
IMC, kg/m ²	29,75 ± 4,75	29,80 ± 5,29	29,60 ± 3,83	0,430
Epworth	7,08 ± 0,94	9,31 ± 6,20	2,89 ± 2,02	0,001*
FC media (latidos/min)	62,67 ± 10,53	63,20 ± 10,83	61,67 ± 10,29	0,420
Diagnóstico con PSG	29 (72,5%)	16 (61,5%)	13 (92,8%)	0,034
IAH total, eventos/h	29 ± 20,77	35,36 ± 21,81	17,41 ± 12,39	0,015*
IAH supino, eventos/h	43,99 ± 30,11	53,28 ± 29,67	26,43 ± 22,85	0,006*
IAH no supino, eventos/h	18,77 ± 19,32	21,5 ± 21,67	13,56 ± 13,14	0,078
Apneas centrales, eventos/h	1,44 ± 3,08	1,70 ± 3,48	0,95 ± 2,16	0,375
Apneas mixtas, eventos/h	2,97 ± 6,43	3,51 ± 6,66	1,96 ± 6,09	0,417
Apneas obstructivas, eventos/h	5,40 ± 8,95	7,80 ± 10,34	0,92 ± 1,22	0,002*
SpO ₂ media, %	92,05 ± 2,06	92,42 ± 1,96	91,36 ± 2,13	0,633
SpO ₂ mínima, %	80 ± 6,88	78,85 ± 7,66	82,14 ± 4,63	0,069
CT90% (%)	16 ± 21,18	13,56 ± 16,14	20,74 ± 28,44	0,011*
IDH, eventos/h	25,971 ± 19,22	33,26 ± 20,12	15,04 ± 11,34	0,004*
Duración media eventos, segundos	26,40 ± 9,05	27,70 ± 10,17	24,29 ± 6,70	0,292
FEVI, %	50,95 ± 11,875	54,92 ± 7,92	43,57 ± 14,57	0,003*

FA: fibrilación auricular; IMC: índice masa corporal; FC: frecuencia cardíaca; PSG: polisomnografía convencional; IAH: índice de apneas-hipoapneas; SpO₂: saturación periférica de oxígeno; CT90: tiempo con saO₂ < 90%; IDH: índice de desaturación del 3%; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Se ha evaluado la prevalencia y gravedad de la AOS en pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) y comparado con la de otras cardiopatías. Se ha definido AOS como IAH $\geq 15/h$ y AOS grave como IAH $> 30/h$.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 pacientes; 26 con diagnóstico de FA y 14 con otras cardiopatías (57% de los cuales correspondían a cardiopatía isquémica). Los pacientes incluidos eran mayoritariamente hombres, edad media de $60,65 \pm 8,77$ años, índice de masa corporal de $29,75 \pm 4,75 \text{ kg/m}^2$ y no presentaban somnolencia (características de la población en la tabla). La prevalencia de AOS fue del 76,9% en pacientes con FA y del 64,3% en pacientes con otras cardiopatías ($p = 0,39$). La prevalencia de AOS grave fue del 53,8% en pacientes con FA y del 7,1% en pacientes con otras cardiopatías ($p \leq 0,01$). Los pacientes con otras cardiopatías tenían un CT90 más elevado y una menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de AOS entre los grupos de estudio aunque la gravedad de la AOS fue mayor en los pacientes con fibrilación auricular que en aquellos con otras cardiopatías.

530. PROM (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURE) EN OXIGENOTERAPIA: UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

Lía Maestre Puerto¹, Eusebi Chiner Vives¹, Anastasiya Torba Kordyukova¹, Anays Martínez Gómez¹, Ignacio Boira Enrique¹, María Hernández Padilla¹, Ana Pulido Sánchez¹, Joaquín Fernández Serrano², Elena Boulida Verdú², Estefanía Fernández González¹, Sandra Navarro Marín³, Sandra Vañes Baños¹ y Sergio García Ferrer³

¹Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.

²Universidad Miguel Hernández, Alicante, España. ³Linde Médica Alicante, Alicante, España.

Introducción: Los PROM para oxigenoterapia (OCD valoran la percepción del paciente sobre dicha terapia, pero están escasamente desarrollados.

Material y métodos: Proceso de validación en etapas: 1. Cuatro reuniones de consenso entre expertos, para definir ítems principales y un cuestionario provisional. 2. Entrevistas a pacientes y cuidadores

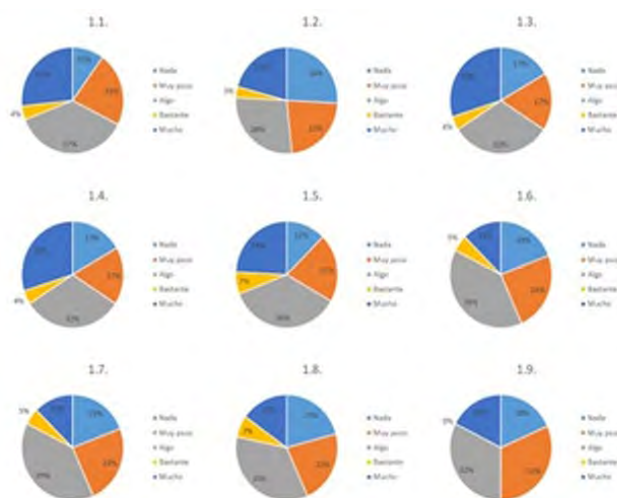


Figura 1. Distribución de frecuencias de respuesta de las preguntas de la Dimensión "Actividad diaria": 1.1. Esfuerzos cotidianos, 1.2. Capacidad física, 1.3. Falta de aire, 1.4. Salud general, 1.5. Confianza en sí mismo,



Figura 2. Distribución de frecuencias de respuesta de las preguntas de la Dimensión "Efectos adversos": 2.1. Ayuda psicológica, 2.2. Dependencia de la terapia, 2.3. Inconveniente fuera de casa, 2.4. Incomodidad del equipo, 2.5. Sequedad vías aéreas, 2.6. Dejar de utilizar el equipo por sequedad nasal/ rinitis.

Figura 1. Comunicación 530.

en un taller de validación cualitativa y cognitiva para testar su comprensión mediante una escala cuantitativa. 3. Administración en un grupo de 25 pacientes con OCD para valorar su validez y reproducibilidad. 4. Administración en un grupo amplio de 120 pacientes.

Resultados: El cuestionario provisional incluyó 15 preguntas sobre las últimas 4 semanas: esfuerzo cotidiano, capacidad física, mejoría de disnea, estado de salud, confianza, mejoría vida social, necesidad psicológica, inquietud en la dependencia de oxígeno, inconveniente para dormir fuera de casa, incomodidad del equipo domiciliario, sequedad en vías respiratorias, sequedad nasal, mejoría en la movilidad, con posibilidad de respuesta tipo Likert (0, nada, 1 muy poco, 2 algo, 3 bastante, 4 mucho). El cuestionario fue testado en 25 pacientes, 22 con OCD móvil y 3 estática, con una edad media de 73 ± 8 años, 16 hombres y 9 mujeres. Todos los ítems alcanzaron acuerdo, con α -Crombach de 0,74, 0,8, 0,8 para dimensión social, efectos adversos y suma global, respectivamente. Al analizar la reproducibilidad, los CCI para cada ítem fue $> 0,9$, y para el sumatorio de ambas dimensiones 0,87. En las figuras se muestran las respuestas en 120 pacientes, 62 hombres y 58 mujeres con una edad media de 78 ± 13 , años con un tiempo medio 40 ± 32 meses de terapia.

Conclusiones: Los PROM específicos para OCD se mostraron útiles para proporcionar valiosa información cualitativa y ser administrados en muestras grandes de pacientes con esta terapia.

143. ¿QUÉ DISPOSITIVO DE OXIGENOTERAPIA DE DEAMBULACIÓN ES EL MÁS ADECUADO?

Ariadna Farré Maduell, Fátima Morante Vélez,
Patricia Peñacoba Toribio y María Rosa Güell Rous

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

Introducción: Existen dos dispositivos de oxigenoterapia de deambulación: el concentrador portátil (CP) cuyo flujo es en pulsos/min, y el oxígeno líquido (OL) que es en litros/min. Los pacientes prefieren el CP por ser dispositivos más pequeños, menos pesados y dar mayor autonomía. Aproximadamente un 30% de pacientes con enfermedad respiratoria crónica no corrigen la SpO₂ con el CP1. Objetivos: 1. Evaluar cuántos pacientes no corrigen la SpO₂ con el CP; 2. Establecer el flujo necesario; 3. Conocer los factores que predicen la respuesta; y 4. Comparar la capacidad de esfuerzo con los diferentes dispositivos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con desaturación en la prueba de 6 minutos marcha (P6MM) al aire (SpO₂ media $< 90\%$). Se realizó la P6MM con CP y, si no se corregía la SpO₂, se repitió con OL.

Resultados: Se estudian 202 pacientes, 70 con EPID y 132 con EPOC. (2018-2022) (tablas). El 56% de pacientes con EPID no corrigió la SpO₂ media en la P6MM con CP (media 86,9; DE 3,4) a pesar de alcanzar el máximo flujo (6 pulsos/min); y caminaron menos en relación a la P6MM al aire. En el modelo multivariante el único parámetro que predijo una buena respuesta al CP fue la SpO₂ en reposo: por cada punto de más en la SpO₂ se incrementó un 23,2% la posibilidad de buena respuesta. No se detectaron diferencias en el valor de la DLCO entre los pacientes con buena o mala respuesta. Cuando se analizó la respuesta al OL en los no respondedores al CP, el 71% siguieron sin buena respuesta a pesar de alcanzar un flujo de 6 L/min. El 34% de pacientes con EPOC no corrigió la SpO₂ en la P6MM con CP (media 87,5; DE 2,1) a pesar del flujo máximo (6 pulsos/min) y caminaron menos que en la P6MM al aire. El modelo multivariante mostró que los pacientes con una SpO₂ media en la P6MM al aire más alta tuvieron mayor posibilidad de buena respuesta. El 48% de los pacientes malos respondedores al CP también lo fueron al OL (mediana SpO₂ 88%; rango 3,22), a pesar del flujo máximo (6 L/min).

Tabla 1 – Descripción y comparación de los pacientes estudiados:

	EPID (n=70)	EPOC (n=132)	p
Edad, años - media (DE)	75 (10)	75 (7,8)	1,000
Sexo (H:M) - n (%)	42:28 (60:40)	100:32 (75,8:24,2)	0,020*
FVC% - media (DE)	61,9 (17,8)	78,4 (21,1)	$< 0,001^*$
FEV1% - media (DE)	64,2 (16,8)	44,2 (19,6)	$< 0,001^*$
TLC% - media (DE)	71 (17,2)	110,7 (22,9)	$< 0,001^*$
RV% - media (DE)	65 (24,7)	150,5 (49,2)	$< 0,001^*$
DLco% - media (DE)	36,7 (13)	44,6 (16,8)	0,002*
SpO ₂ reposo al aire - media (DE)	91,1 (4,1)	90,5 (3,2)	0,261

Tabla 2 – Comparación de la SpO₂ media y los metros recorridos entre la P6MM al aire y con los diferentes dispositivos (datos expresados como media y DE o mediana y rango intercuartílico).

	SpO ₂ % media aire P6MM	SpO ₂ % media CP P6MM	SpO ₂ % media OL P6MM	P CP vs aire	P OL vs aire
EPID	84,9 (3,3)	89,6 (4,1)	89,1 (3,8)	$< 0,001^*$	0,001*
	Metros P6MM aire	Metros P6MM CP	Metros P6MM OL	P CP vs aire	P OL vs aire
	290,3 (131,6)	265,2 (103)	259,6 (121,6)	0,510	0,715
EPOC	85,4 (2,8)	90,6 (2,8)	89,6 (3,2)	$< 0,001^*$	0,001*
	Metros P6MM aire	Metros P6MM CP	Metros P6MM OL	P CP vs aire	P OL vs aire
	286,5 (120,6)	239,9 (92,8)	259,8 (87,4)	0,009*	0,201

P6MM: prueba de 6 minutos marcha; CP: concentrador portátil; OL: oxígeno líquido.

Conclusiones: Existe un gran número de pacientes que no corrigen adecuadamente la SpO₂ con CP y más de la mitad de ellos tampoco con OL, a pesar de usar el flujo máximo. Los factores predictores de buena respuesta, dependiendo de la neumopatía, fueron la SpO₂ en reposo y la SpO₂ media en la P6MM al aire. Los pacientes caminaron menos en la P6MM con los dispositivos en relación al aire. Es fundamental individualizar para decidir el dispositivo más adecuado.

374. RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD DE LAS BRONQUIECTASIAS Y RECuento DE EOSINÓFILOS EN SANGRE PERIFÉRICA. ANÁLISIS DE UNA COHORTE

Emilia Vallejo Garzón, Andrea Hernández Rizo,
Efraín de Jesús Reyes Galván, Víctor Fajardo Fernández
y Annie Navarro Rolon

Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, España.

Introducción: Las bronquiectasias son una enfermedad heterogénea que cursan con alteración del aclaramiento mucociliar, conduciendo a la inflamación de la vía aérea y a la aparición de infección bronquial crónica. El perfil inflamatorio más frecuentemente descrito en estos pacientes ha sido clásicamente el neutrófilo, sin embargo, se ha descrito eosinofilia periférica en pacientes con bronquiectasias sin otras enfermedades concomitantes. La evidencia es limitada en cuanto la relación de bronquiectasias con eosinófilos y su perfil microbiológico. Nuestro objetivo fue evaluar si existe diferencia en el perfil microbiológico y las exacerbaciones en función de los niveles de eosinófilos en sangre periférica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes seguidos en la consulta monográfica de bronquiectasias entre 2015 y 2020. Se recogió de la historia clínica datos demográficos, exacerbaciones y se calculó el índice de gravedad E-FACED en el momento que se inició el seguimiento en esta consulta, así como 5 determinaciones de eosinófilos en

sangre periférica, en fase estable, a lo largo del seguimiento. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de Asma, EPOC y poliposis nasal.

Resultados: Se analizaron un total de 82 pacientes, 95 mujeres (78%) con una edad media de 69 años. La media del índice de Charlson corregido por edad fue de 4 y la media del FEV1 fue del 83%. Las etiologías más frecuentes fueron: 33 (40%) idiopáticas, 15 (18%) posinfecciosas, 14 (17%) otras etiologías (incluido reflujo gastroesofágico, GMSI, síndrome Sjögren, posradioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal), 10 (12%) pos-TBC, 5 (6%) discinesia ciliar primaria, 5 (6%) secundarias a inmunodeficiencias. La media del índice de gravedad E-FACED fue de 2 con una media de 1,5 exacerbaciones anuales. Se observó que 57 pacientes (70%) tenían eosinófilos entre 100-300, 18 pacientes (22%) < 100 y 7 pacientes (8%) > 300. Solo el 20% (16) de los pacientes presentaban Infección bronquial crónica (IBC) por pseudomonas, en los cuales el 81% tenía eosinófilos en rango entre 100-300.

	< 100	100-300	> 300
Edad	71	68	70
Sexo (Mujeres)	17 (94%)	41 (72%)	6 (85%)
Índice Charlson	4	4	3
EFACED	2	2	2
IBC por PA	2 (11%)	13 (23%)	1 (14%)
Exacerbaciones (media)	1,61	1,47	1,14
FEV 1 (%)	94%	81%	78%

Conclusiones: En nuestro estudio no se describen diferencias en la gravedad de las bronquiectasias, ni el promedio de exacerbaciones en función de los eosinófilos en sangre periférica. Sin embargo, se observó una ligera tendencia a mayor presencia de IBC en el grupo entre 100-300 eosinófilos.

843. RELACIÓN ENTRE LAS AGUDIZACIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC), ASMA Y BRONQUIECTASIAS Y EL DÉFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (DAAT) EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA

Laura Ferran Valls, M. Pilar Muñoz Claver, Ester Sánchez Guerra, Pau Marrades Segura, Sara Sorolla Matas, Miriam Arabí Forcada, Pau Belver Colomer, Lidia López Escudero, Xavier Alsina Restoy, Rodrigo Torres Castro y Rosanel Amaro Rodríguez

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma y las bronquiectasias se relacionan a menudo con agudizaciones respiratorias infecciosas en el curso de su evolución natural y está demostrado que dichas agudizaciones tienen un impacto negativo en la progresión de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El desequilibrio entre proteasas y antiproteasas de los pacientes con déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) predispone a un mayor riesgo de agudizaciones. Como una de las principales causas del elevado infradiagnóstico del DAAT es su bajo índice de sospecha clínica, el objetivo de este estudio es determinar si existe relación entre el déficit de alfa-1-antitripsina y las agudizaciones infecciosas de los pacientes con EPOC, asma o bronquiectasias, que ingresan a la sala de Neumología de un hospital terciario.

Material y métodos: Se llevó a cabo el genotipado mediante hisopado bucal en pacientes ingresados en la sala de Neumología debido a una agudización infecciosa de EPOC, asma o bronquiectasias. Se incluyeron pacientes desde junio a octubre de 2023. Se realizaron comparaciones entre los datos de pacientes que tuvieron un único ingreso y aquellos que ingresaron dos veces o más en el hospital a lo largo de un año.

Resultados: Se realizó genotipado a 84 pacientes con una edad media de 68 ± 10 años. De ellos, un total de 18 presentaron alteraciones genómicas (21,4%), y los resultados fueron los siguientes: 17 pacientes resultaron M/S (20,2%) y 1 M/Z (1,2%). Por diagnóstico, el 22% de los pacientes con EPOC tenían una alteración del DAAT, así como el 18,7% de los asmáticos y el 22,2% de los pacientes con bronquiectasias. Al comparar la frecuencia de DAAT en los pacientes según el número de ingresos hospitalarios, los pacientes con 1 ingreso al año tenían una frecuencia de DAAT del 17,5% (n = 7), y los pacientes con 2 o más ingresos del 25% (n = 11), aunque no se vieron diferencias significativas.

Tabla 1. Características de la muestra y resultados

Edad, años	68,8±10,50 años
Sexo, hombre, %	45 (53,57%)
IMC	26,25 ± 5,93 Kg/m ²
Tabaquismo, n (%)	
Activo	23 (27,4%)
No fumador	18 (21,4%)
Exfumador	43 (51,3%)
Diagnóstico	
EPOC, n (%)	59 (70,2%)
Asma, n (%)	16 (19%)
BQ, n (%)	9 (10,7%)
Detección variante DAAT por diagnóstico	
EPOC, n (%)	13 (22%)
Asma, n (%)	3 (18,7%)
BQ, n (%)	2 (22,2%)

IMC: índice de masa corporal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; BQ: bronquiectasia; DAAT: déficit de alfa-1-antitripsina.

Tabla 2. DAAT e ingresos/año

	Pacientes 1 ingreso/año	Pacientes con > 2 ingreso/año	p
DAAT positivo	7, (17,5%)	11, (25%)	ns

Conclusiones: La incorporación de un programa de cribado para el DAAT en la atención intrahospitalaria de pacientes con más de dos ingresos al año podría representar una estrategia valiosa para mejorar la eficacia en el diagnóstico en el déficit de alfa-1-antitripsina. Aunque se requiere realizar investigaciones más extensas, los resultados preliminares de este estudio sugieren que este enfoque podría ser esencial para la identificación temprana y precisa de este trastorno.

137. RENTABILIDAD DEL ROUSE EN LA RECOGIDA Y REPROCESADO DE LA MUESTRA EN EBUS Y PAAF EN LAS UNIDADES DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTAS POR PARTE DE ENFERMERÍA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

María Consuelo Sanz Frances¹, Encarnación Saiz Lozoya¹, Liliana Llanos Rodríguez², Montserrat García Galve³, Mercedes Angulo de la Lastra⁴ y Ana María Pulido Sánchez⁵

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

²Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de Tenerife,

Santa Cruz de Tenerife, España. ³Hospital Universitario Fundación

Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁴Hospital Sierrallana, Torrelavega,

España. ⁵Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: El EBUS y la PAAF, ambas técnicas, son procedimientos diagnósticos que habitualmente se realizan en nuestras unidades de trabajo y su correcto adiestramiento en la recogida y envío de material es imprescindible en cuanto a una aproximación diagnóstica. La evidencia y la bibliografía señala ambas técnicas

Tabla 1. Comunicación 137

Recogida de datos desde junio 2022 hasta octubre 2023

		HUP La FE	HU Ntra. Sra. La Candelaria	Fundación Jiménez Díaz	H. Sierrallana	H. San Juan de Alicante
Tipo de técnica	EBUS	x	X	x	X	
	PAAF	x		x		X
Número de procedimientos	EBUS	268	203	406	147	
	PAAF	102		3		53
Presencia de Citólogo durante el procedimiento	SI	X				
	NO		X	X	X	X
Tinción de Rouse Rapid (<i>on-side evaluation</i>)	Citólogos	X				
	Neumólogos	X		X		
	Enfermería/TCAE	X		X		
Descripción de muestras que se recogen	Morfología	X			X	
	Portas en seco/Alcohol	X	X	X	X	
	Fijación en Cytolyt	X	X		X	X
	Biopsia para Anatomía Patológica	X	X	X	X	X

como seguras, coste-efectivas y de alta validez. El objetivo de ambos tipos de recogida es asegurarnos de la distribución, manipulación y óptima recogida del material, colaborando en la aproximación diagnóstica, la variabilidad en las recogidas de muestra, protocolos y recursos multicéntricos.

Material y métodos: EBUS, biopsia pleural cerrada de forma ecoguiada y la PAAF en ambas. Estudio multicéntrico donde participaron 5 Servicios de Neumología Intervencionista de ámbito nacional. Se realizó una revisión desde junio de 2022 hasta octubre del 2023. Se recogieron datos en una encuesta que respondía una persona de cada centro. Se midieron las siguientes variables atendiendo a la normativa y recursos de cada centro: tipo de técnica y número de procedimientos EBUS 1024 y PAAF 158, presencia de citólogo durante el procedimiento, Rouse Rapid on-side por Citólogo/Neumólogos Enfermería/Neumólogos/Enfermería o Neumólogos o Enfermería/TCAE y descripción de la variabilidad de muestras que se recogen en cada centro (morfología, portas en seco y alcohol, fijación en cytolyt, biopsia para Anatomía Patológica y biopsia para Microbiología).

Resultados: Las técnicas se realizaron en pacientes de ambos sexos en los 5 centros: EBUS 80% y PAAF 60%, presencia de citólogo en procedimiento 80%, Rouse Rapid on-side por Citólogo 20%, Neumólogos y Enfermería/TCAE 40%, se mandan directamente a laboratorio 60%, y descripción de la variabilidad de muestras que se recogen en cada centro 40% Morfología, 80% portas en seco o alcohol y biopsias para anatomía, 80% fijación en cytolyt, 60% biopsias para Microbiología. La variabilidad más significativa es la participación fue en la tinción Rouse Rapid on-side.

Conclusiones: El Rose- Rapid on-side con presencia de citólogos reduce tiempo de procedimiento y determina el material específico que necesitan para un diagnóstico inicial. El correcto adiestramiento en la recogida de muestras por parte del personal de enfermería y su correcto circuito, independientemente del protocolo establecido en cada hospital, es indispensable para un diagnóstico definitivo.

699. SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON EPID: ¿EL USO DE UNA DOSIS SUBTERAPÉUTICA DE ANTIFIBRÓTICO CONDICIONA LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Pau Belver Colomer, Xavier Alsina Restoy, Lidia López Escuredo, Pamela Kette Aguilera, Alejandro Frino García, Nancy Pérez Rodas, Yolanda Torralba García, Rodrigo Torres Castro, Marina Siso Comabella, Fernanda Hernández González y Jacobo Sellares Torres

Hospital Clínic de Barcelona, 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. Debido a la presencia de una alteración de las enzimas hepáticas o de efectos secundarios gastrointestinales la dosis de nintedanib debe reducirse a dosis subterapéuticas de 200 mg al día. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la progresión de los pacientes con EPID tratados con dosis subterapéuticas de nintedanib a los 12 meses de seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes con diagnóstico de EPID progresiva (FPI y enfermedades fibrosantes progresivas) bajo tratamiento antifibrótico con nintedanib a dosis subterapéuticas. Se definió progresión una caída del 5% teórico de la FVC o una caída del 10% teórico de la DLCO a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 54 pacientes, el 51% hombres, con una media de edad de $72 \pm 9,64$ años y un IMC $26,68 \pm 19,84$ kg/m². Se observó que el 25% de los pacientes con alteración enzimas hepáticas progresaron a los 12 meses respecto al 75% de pacientes con alteración enzimas hepáticas que no progresaron ($p < 0,05$). Se observó que el 22,9% de los pacientes que presentaron alteraciones digestivas que obligaron a reducir la dosis de antifibrótico presentaron progresión a los 12 meses de seguimiento respecto al 77,1% que no presentaron progresión ($p < 0,05$). Ver características de la población en la tabla.

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos.

	Progresión 12 meses	Sin progresión 12 meses	p
Sexo, hombres n (%)	6 (54,5%)	20 (50%)	ns
Edad (años)	71,73±9,96	72,48±9,70	0,823
IMC Kg/m²	24,60±4,44	27,49±7,72	0,128
FVC, %teórico	58,09±8,63	72,56±0,77	0,030*
FEV₁, %teórico	65,09±10,58	77,59±19,58	0,048*
FEV₁/FVC, %	85,82±11,55	79,69±8,99	0,067
DL_{CO}, %teórico	52,27±15,23	46,74±15,49	0,299

Abreviaturas: IMC, índice masa corporal; FVC, capacidad vital forzada; FEV₁, volumen espiratorio forzado en el 1º segundo; DL_{CO}, capacidad de difusión del monóxido de carbono. *significación estadística.

Tabla 1. Comunicación 699.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes tratados con dosis subterapéuticas de nintedanib no presentaron progresión de su enfermedad a los 12 meses de seguimiento. Los pacientes que progresaron presentaron una EPID más grave que los que no progresaron.

196. SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO INHALADO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE

Verónica Irazusta García¹, María Ángeles Rodríguez Martín¹, Noelia Álvarez Alonso¹, María Jesús García Durán¹, Tatiana Margolles García¹, María Isabel Castro López¹, Aida Pérez Velasco¹, Pablo Álvarez Vega¹, Carmen Monetejo González¹, Julia Redondo Ballesteros¹, Laura Vigil Vigil¹, Cristina Menéndez Sánchez¹, Cristina González Temprano², Andrea Jiménez Jurado¹ y Amelia Alzueta Álvarez¹

¹Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. ²Hospital del Bierzo, Ponferrada, España.

Introducción: El asma es una patología con elevada prevalencia en la población. Un adecuado tratamiento es fundamental para conseguir controlar la enfermedad. En este sentido, la simplificación de los tratamientos inhalados resulta fundamental a la hora de optimizar la adherencia y la realización de una posología adecuada. Nuestro objetivo fue determinar si es posible simplificar el manejo de dispositivos y conseguir una adecuada técnica inhalatoria y mayor satisfacción con su uso por parte de los pacientes manteniendo un buen control de la enfermedad asmática al sustituir una triple terapia inhalada abierta por una cerrada con un solo dispositivo con furoato de mometasona, indacaterol y glicopirronio.

Material y métodos: Análisis prospectivo de 54 pacientes diagnosticados de asma bronquial mediante prueba broncodilatadora positiva y/o fracción de óxido nítrico exhalado > de 40 ppb en tratamiento con triple terapia inhalada abierta con corticoide inhalado (CI), agonista beta de acción prolongada (LABA) y antimuscarínico de larga duración (LAMA), a los que se sustituyó dicha terapia por furoato de mometasona, indacaterol y glicopirronio en un único dispositivo. 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 en el test Feeling of

Satisfaction with inhaler (FSI-10) en el momento del cambio de tratamiento y a los 6 meses del mismo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 25.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 54 pacientes, 36 de ellas mujeres (66,7%), con una edad media de $55,84 \pm 16,04$ años. El 20,4% eran fumadores activos y el 22,2% eran exfumadores. Las diferencias en los 3 cuestionarios utilizados, espirometría, FeNO y agudizaciones pueden verse en la tabla 1. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados, tanto a nivel de clínica, agudizaciones o función pulmonar. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en las puntuaciones obtenidas tanto en el cuestionario TAI como en el FSI-10.

Parámetro	Triple terapia abierta	Tras 6 meses con un solo dispositivo	t de Student
ACT	19,16 $\pm$ 4,88	20,43 $\pm$ 4,61	- 2,144 - 0,76 (p 0,038)
TAI	49,28 $\pm$ 3,72	52,67 $\pm$ 2,37	0,43 - 3,28 (P <0,013)
FSI-10	43,69 $\pm$ 7,24	47 $\pm$ 5,44	0,341 - 5,659 (P = 0,29)
FeNO (ppb)	47,18 $\pm$ 45,23	30,98 $\pm$ 32,52	- 29,32 - 2,49 (p 0,017)
FEV1 (L)	1,97 $\pm$ 0,87	2,04 $\pm$ 0,92	- 0,89 - 29,73 (p 0,321)
FEV1 (%)	68,55 $\pm$ 26,72	75,3 $\pm$ 24,28	- 1,79 - 11,68 (p 0,009)
FVC (L)	2,92 $\pm$ 1,11	3,15 $\pm$ 1,24	- 54,55 162,05 (p 0,322)
FVC (%)	78,45 $\pm$ 21,53	82,83 $\pm$ 16,99	- 0,86 - 9,62 (p 0,099)
Agudizaciones	0,44 $\pm$ 0,75	0,38 $\pm$ 0,54	- 0,383 - 0,281 (p 0,756)

Conclusiones: El cambio de 2 dispositivos a 1 solo en el tratamiento de la enfermedad asmática implica una mejoría en el manejo y satisfacción de los pacientes con el dispositivo, sin que esto suponga un peor control de la enfermedad.

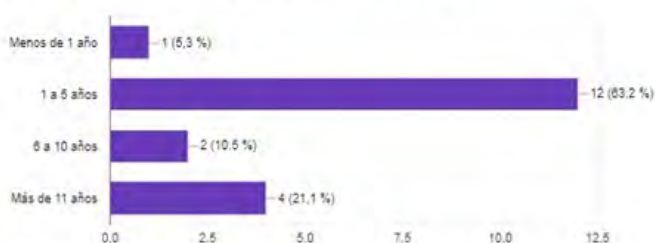
928. TERAPIA INHALADA: PERSPECTIVAS ENFERMERAS EN EL REGISTRO DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS

Javier Burgos Lozano, Estefanía Murillo Romero, Montserrat Navarro Rodríguez, Isabel Díaz Martos, Guillermo Suárez Cuartín, Marta López Sánchez y Salud Santos Pérez

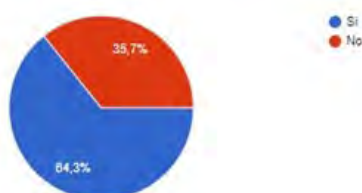
Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.

Introducción: La educación sanitaria es la piedra angular para el cumplimiento de la terapia inhalada. Sin embargo, en la literatura no

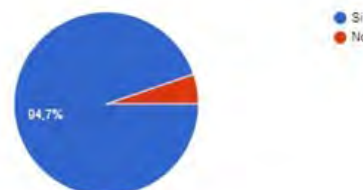
¿Cuántos años hace que trabaja en el servicio de neumología?



¿Considera que estos recursos permiten realizar una correcta educación sanitaria?



¿Realiza Educación Sanitaria a los pacientes sobre el manejo de la terapia inhalada?



¿Considera que la información que registró en el alta de enfermería, respecto a la terapia inhalada, permitía a otros profesionales a realizar un seguimiento de calidad?

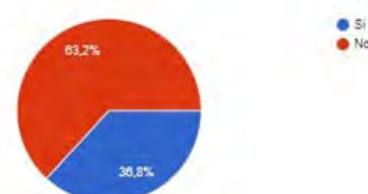
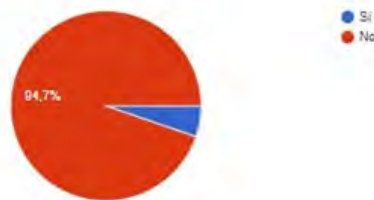
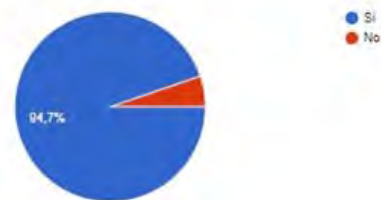


Figura 1. Comunicación 928.

¿Cree que dispone del tiempo suficiente para poder realizar un registro de calidad en las altas de enfermería?



¿Cree que un registro estandarizado, en las altas de enfermería, respecto la terapia inhalada, mejoraría el seguimiento de los pacientes?



¿Considera que los pacientes cuando son dados de alta, se van con la información y recursos educativos suficientes, para mantener un buen manejo de la terapia inhalada?

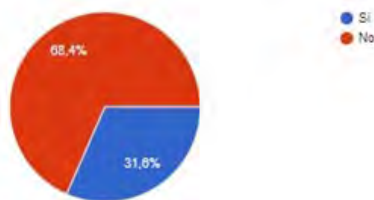


Figura 2. Comunicación 928. Muestra de preguntas.

existe un consenso sobre la información que deberían contener las altas enfermeras de esta evaluación. En el año 2022 se evaluó la calidad de las altas enfermeras, en el área de Neumología del Hospital Universitario de Bellvitge y como resultado el 50% de las altas enfermeras no contenían información suficiente para el continuum asistencial y que la información reportada era insuficiente sobre la terapia inhalada. Se concluyó la necesidad de conocer la causa de este déficit cualitativo, y por ello se decidió investigar preguntando a las enfermeras.

Material y métodos: Análisis de las respuestas enfermeras, del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Bellvitge, a un cuestionario estructurado *ad hoc* para dar respuesta a las causas potenciales del déficit en el registro de las altas enfermeras. La cumplimentación del formulario fue de carácter voluntario y anónimo. Se envió el cuestionario a un total de 30 enfermeras. La entrevista se distribuye en 4 bloques: demografía, formación continuada, recursos educativos e implicación en los registros.

Resultados: Se obtuvieron 19 respuestas. El 68,5% de las enfermeras que respondieron a la encuesta han trabajado en el Servicio de Neumología durante menos de 6 años. El 94% realizan educación sanitaria de terapia inhalada. El 57,9% no ha realizado formación específica en terapia inhalada y quien la realizó, el 20% hace más de 4 años. El 73% participan en la cumplimentación de las altas enfermeras y el 63,2% asegura que la información registrada no permitiría un seguimiento de calidad en los tratamientos de la terapia inhalada. Respecto a la gestión del tiempo, el 94,7% afirma no tener el tiempo suficiente para poder realizar un registro adecuado en los documentos de alta y el 94,7% apuesta por un registro estandarizado. También el 68,4% considera que los pacientes se van de alta sin los recursos educativos suficientes.

Conclusiones: Los resultados revelan que, a pesar de la alta prevalencia de educación sanitaria, existe una carencia significativa en la formación específica y la calidad en los registros de las altas de enfermeras sobre la terapia inhalada. Por otro lado, la falta de tiempo y la necesidad de estandarización emergen como desafíos clave que podrían mejorarse para optimizar la calidad en los registros, el seguimiento y la calidad del tratamiento.

48. TERAPIA MIOFUNCIONAL OROFACIAL (TMFO) EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS). EFECTO SOBRE ÍNDICE APNEA-HIPOAPNEA (IAH), FUERZA Y DISFAGIA OROFARÍNGEA (DOF). RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CONTROLADO Y ALEATORIZADO

Amando Márquez Sixto¹, Javier Navarro Esteve¹, Lucía Yomara Batista Guerra² y David Simón Bautista²

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

Introducción: La terapia miofuncional orofacial (TMFO) es una terapia aceptada para la AOS y para la disfagia orofaríngea (DOF). Los pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) presentan DO con mayor frecuencia que la población general.

Material y métodos: Objetivo: evaluar el efecto de la TMFO sobre el índice de apnea-hipoapnea (IAH), fuerza lingual, fuerza deglutoria y DOF en pacientes con AOS moderada-grave no cumplidores de tratamiento con soporte respiratorio no invasivo CPAP. Se realiza un ensayo clínico aleatorizado doble ciego en pacientes con AOS confirmado por poligrafía durante el año 2022 y siendo estos aleatorizados a grupo TMFO o grupo control. Se determinó si hay presencia de DOF mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) y se evaluó la fuerza lingual y fuerza deglutoria mediante IOPI® y Vitalstim®. Pasados 3 meses, se reevaluaron IAH, cambios en fuerza lingual, fuerza deglutoria y disfagia orofaríngea.

Resultados: Se analizan 19 pacientes en grupo TMFO y 22 pacientes en grupo control. El IAH medio es 35 (18-71) en grupo TMFO y 31 (15-74) en grupo control. Del total de la muestra, 35 pacientes de 41 presentaron DOF, siendo un 85% del valor total. No se observaron diferencias significativas en el IAH pre y pos-TMFO cuando se comparó con el grupo control. En relación a la fuerza lingual, en 14 de 16 pacientes la TMFO asoció mejoría frente a 1 de 16 pacientes en grupo control, el 87 vs. 6%. Se pudo observar que la fuerza deglutoria, en todos los pacientes (16) el 100% del grupo con TMFO asoció mejoría frente a 7 de 16 el 43% en el grupo control. En cuanto a la disfagia

orofaríngea (DOF) pre y post-TMFO, el bajo número de pacientes analizados no permite conclusiones significativas.

Conclusiones: La disfagia orofaríngea es muy frecuente en el grupo de pacientes con AOS estudiados. En relación al resto de variables, el número limitado de pacientes incluidos impide conclusiones orientadoras en relación al efecto de la TMFO sobre el IAH y la disfagia orofaríngea, a excepción de la fuerza lingual y fuerza deglutoria, donde la TMFO se asocia a mejoría.

43. TEST ACT COMO HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA

Mónica Santos Arranz¹, Susana Calderón Martínez¹, Enrique Macías Fernández² y Ana Isabel García Onieva²

¹Enfermería, Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: El manejo individualizado del asma es imprescindible dada la variabilidad de los síntomas, tipo de tratamientos dis-

ponibles e impacto clínico de la enfermedad. El tratamiento del asma busca el control de síntomas y reducir exacerbaciones para mejorar la calidad de vida. La valoración del control del asma se hace además de entre otros factores, a través de la evaluación de síntomas mediante cuestionarios, como el ACT "Asthma Control Test". El objetivo de este trabajo es analizar los síntomas que tienen los pacientes diagnosticados de asma para valorar el grado de control.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron estadísticamente los resultados del test de autocumplimiento, ACT "Asthma control test", de cada uno de los 80 pacientes que acudieron a la Consulta de Enfermería durante el segundo semestre de 2022, relacionándolos con variables sociodemográficas de sexo y edad.

Resultados: En cuanto a sexo, 63,8% mujeres y 36,2% hombres. La media de edad fue 57,21 $\pm$ DE 16,46. La media del resultado de test 20,65 puntos, buen control. Es estadísticamente significativo que un 39,2% y un 49% de las mujeres utilizan su inhalador de rescate 1 vez por semana o menos o nunca respectivamente ($p = 0,018$) y en cuanto a la edad, un 81% del grupo > 70 años, nunca les ha impedido realizar sus actividades diarias ($p = 0,045$) y son los que más perciben que su asma está bien controlada en un 71,4% ($p = 0,028$).

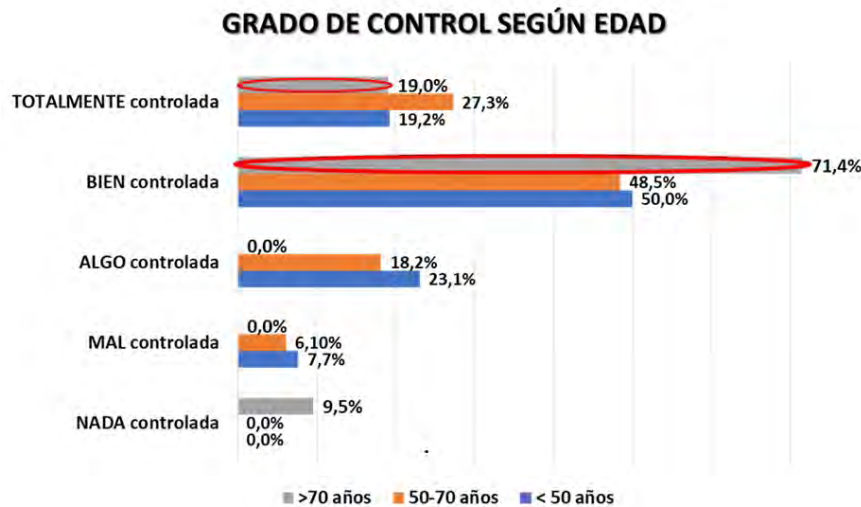


Figura 1. Comunicación 43.



Figura 2. Comunicación 43.

Conclusiones: Los pacientes tienen su asma bien controlada pero se puede mejorar aún más. El grupo > 70 años es el que más percibe que su asma está bien controlada y son a los que menos les impide realizar sus tareas diarias. El grupo femenino es el que menos utiliza su inhalador de rescate.

489. TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO: PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU SEGUIMIENTO

Alba García Martínez, María Teresa Ríos Gómez, Miguel Jiménez Gómez, María Enríquez Jiménez y Raquel Pérez Rojo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: La incorporación de fármacos antifibróticos (nintedanib y pirfenidona) ha supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) habiéndose extendido

su indicación al resto de enfermedades pulmonares intersticiales con criterios de fibrosis pulmonar progresiva (FPP). Los efectos secundarios más frecuentes son la hepatotoxicidad, intolerancia gastrointestinal y fotosensibilidad en el caso de pirfenidona. El objetivo es describir el papel de enfermería en la detección precoz de efectos secundarios y su resolución en la consulta dentro de una unidad de EPID.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, incluyendo pacientes de la consulta de EPID de un hospital terciario que iniciaron tratamiento antifibrótico entre mayo y noviembre de 2023. Se realizó un seguimiento programado por Enfermería (inicial, a los 15, 30, 60, y 90 días, con visitas adicionales según las necesidades de cada paciente) comprobándose la tolerancia y adherencia. Además, los pacientes disponían de un teléfono de contacto directo con la Consulta de Enfermería. Las recomendaciones higiénico-dietéticas que se dieron a los pacientes se exponen en la tabla 1.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes. Recibieron nintedanib 15 (71,4%) y pirfenidona 6 (28,5%). Los resultados se exponen en la ta-

Pacientes tratados con Nintedanib
No tomar Nintedanib si es alérgico a la soja o cacahuete
Avisar en caso de toma de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios
Tomar el fármaco diariamente según pauta y a la misma hora del día
Toma de protector gástrico en ayunas
Consulta de formas de cocinado adecuadas y lista de alimentos recomendados y desaconsejados
Tomar el fármaco tras la ingesta de alimento
Tomar de una cucharada de harina de algarroba diluida en leche de avena, almendras o arroz una vez al día
Medidas de rehidratación oral en caso de vómitos o diarrea
Seguir pauta médica de tratamiento en caso de náuseas, vómitos o diarrea
Vigilar el peso
Seguir pauta de controles analíticos para vigilancia de transaminasas hepáticas
Pacientes tratados con Pirfenidona
Tomar el fármaco diariamente según pauta y a la misma hora del día
Toma de protector gástrico en ayunas, no tomar Omeprazol
No tomar pomelo ni zumo de pomelo
Tomar el fármaco tras las comidas
Utilizar crema de protección solar factor 50 diariamente
Evitar exposición directa al sol y cubrir zonas expuestas
Seguir pauta médica de tratamiento en caso de náuseas, vómitos o diarrea
Vigilar el peso
Seguir pauta de controles analíticos para vigilancia de transaminasas hepáticas

Tabla 1. Comunicación 489. Recomendaciones higiénico-dietéticas.

	Nintedanib N= 15 (71,4%)	Pirfenidona N= 6 (28,5%)
Edad (años), mediana (RIQ)	63 (61-71.5)	75 (74.25-75)
Hombres, N (%)	11 (73.3%)	5 (83.3%)
Mujeres, N (%)	4 (26.6%)	1 (16.6%)
Diagnóstico		
FPI, N (%)	5 (33.3%)	5 (83.3%)
FPP, N (%)	9 (60%)	1 (16.6%)
Fibroenfisema, N (%)	1 (6.6%)	0
Complicaciones		
Síntomas gastrointestinales, N (%)	13 (86.6%)	0
Náuseas, N (%)	5 (38.4%)	
Mejoría con recomendaciones higiénico-dietéticas	3 (60%)	
Mejoría con Metoclopramida, N (%)	2 (40%)	
Pacientes que requirieron disminución de dosis	0	
Pacientes que requirieron suspensión de tratamiento	0	0
Diarrea, N (%)	8 (61.5%)	
Mejoría con recomendaciones higiénico-dietéticas	3 (37.5%)	
Mejoría con Loperamida, N (%)	4 (50%)	
Mejoría con harina de algarroba, N (%)	4 (50%)	
Pacientes que requirieron disminución de dosis	3 (37.5%)	
Pacientes que requirieron suspensión de tratamiento, N (%)	1 (12.5%)	0
Hepatotoxicidad, N (%)	4 (26.6%)	
Pacientes que requirieron suspensión de tratamiento	1 (25%)	0
Eczema fotoexposición, N (%)		2 (33.3%)
Pacientes que requirieron disminución de dosis, N (%)	0	1 (50%)
Pacientes que requirieron suspensión de tratamiento, N (%)		1 (50%)
Pacientes que requirieron aplicación de corticoide tópico, N (%)		2 (100%)
Apatía, N (%)	0	1 (16.6%)
Pacientes que requirieron suspensión de dosis		1 (100%)

Tabla 2. Comunicación 489. Descripción de la muestra y resultados. FPI: fibrosis pulmonar idiopática. FPP: fibrosis pulmonar progresiva.

bla 2. De los pacientes tratados con nintedanib, 13 presentaron síntomas gastrointestinales (86,6%). 5 de ellos presentaron náuseas (38,4%) que mejoraron con medidas higiénico-dietéticas o con toma de metoclopramida. 8 presentaron diarrea (61,5%), de los cuales 3 mejoraron con medidas higiénico-dietéticas (37,5%), 4 con toma de loperamida (50%) y 4 con toma diaria de harina de algarroba (50%). 4 de los pacientes no mejoraron con estas medidas, por lo que 3 de ellos requirieron la disminución de dosis de nintedanib (37,5%) y 1 la suspensión del tratamiento (12,5%). De los pacientes tratados con pirfenidona, 2 de ellos presentaron eczema por fotoexposición (33,3%), coincidiendo con un menor cumplimiento de la foto protección, precisando en uno de ellos disminuir la dosis y en otro suspender el tratamiento, además de la aplicación de corticoides tópicos en ambos. Uno de los pacientes (16,6%) presentó apatía importante que requirió la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: La enfermería es esencial en la detección precoz de efectos secundarios y deficiencias en la adherencia, permitiendo que el paciente comprenda la importancia del tratamiento en su enfermedad y mantenimiento a largo plazo del mismo.

289. TRATAMIENTO INHALADO EN EL PACIENTE CON EPOC DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Carla García Nóvoa¹, Myriam Calle Rubio¹, Paula Simonaggio Stancamoioano², Eloina Sandín de Vega³, Luis García Sánchez-Molina⁴, Luciana Dali Pereira Ferreyra⁵, Íñigo García-Peñuela Arrechea¹, Rafael Gómez-Coronado Martín⁶ y Juan Luis Rodríguez Hermosa¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España. ²Centro de Salud San Martín Vega, Madrid, España. ³Centro de Salud Las Ciudades, Madrid, España. ⁴Centro de salud Villa de Vallecas, Madrid, España. ⁵Centro de Salud Alpedrete, Madrid, España. ⁶Unidad Apoyo Metodológico a la Investigación, Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: El tratamiento inhalado inicial para la EPOC según las guías de buena práctica clínica deberá estar guiado por síntomas en los pacientes de bajo riesgo y por fenotipo clínico en los de alto riesgo. El objetivo de este análisis era analizar el tratamiento inhalado dentro de práctica clínica prescrito en la EPOC de reciente diagnóstico, así como evaluar el grado de dificultad referido por el médico para adiestrar en su uso, y el grado de satisfacción referido por el paciente.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal en la consulta médica de centros de salud. Se incluían de forma consecutiva los pacientes que eran diagnosticados de EPOC con criterios funcionales e historial tabáquico en Atención Primaria, y a los que se iniciaba una terapia inhalada de mantenimiento por primera vez, con recogida de datos clínicos, de la terapia inhalada, cuestionario de adiestramiento, y a los 3 meses del inicio de la terapia inhalada cuestionario de satisfacción con el inhalado (FSI-10).

Resultados: Se evaluaron 166 pacientes, con una edad media de 63,7 (10,2) años, con un FEV1% ($\geq 80\%$ el 41,6%, 80-50%: 45,2%, FEV1 $< 50\%$ el 13,3%). La distribución según disnea MRCm (grado 0: 12%, grado 1: 54,2%, grado 2: 29,5%, grado 3: 4,2%). El 71,7% eran no agudizadores, un 23,5% agudizador no eosinofílico y 4,8% agudizador eosinofílico. Respecto a la terapia inhalada prescrita, en el 71,7% era un LAMA, 2,4% era un LABA, 6% era una terapia combinada (LABA+CSI), y 19,9% era una triple terapia. El 55,4% de los médicos referían que era muy fácil el adiestramiento en el uso del inhalador, con un tiempo empleado menor de 5 min referido por el 67,5% de los médicos, si bien un 53% referían necesitar repetir las instrucciones, una vez (74,7%). En el cuestionario de satisfacción referido por el paciente, un 86,8% referían mucho/bastante fácil de aprender, 92,2% referían mucho/bastante fácil de usar, y el 93,4% referían estar satisfecho con el inhalador mucho/bastante.

Conclusiones: En nuestra población, la monoterapia con un anti-colinérgico de larga es la primera elección como terapia inhalada en la EPOC de reciente diagnóstico. La mayoría de prescriptores refieren ser fácil enseñar a usar el inhalador, si bien casi la mitad precisa repetir las instrucciones. La gran mayoría de los pacientes tenían un alto grado de satisfacción con el inhalador.

Estudio realizado con la colaboración del laboratorio BIAL.

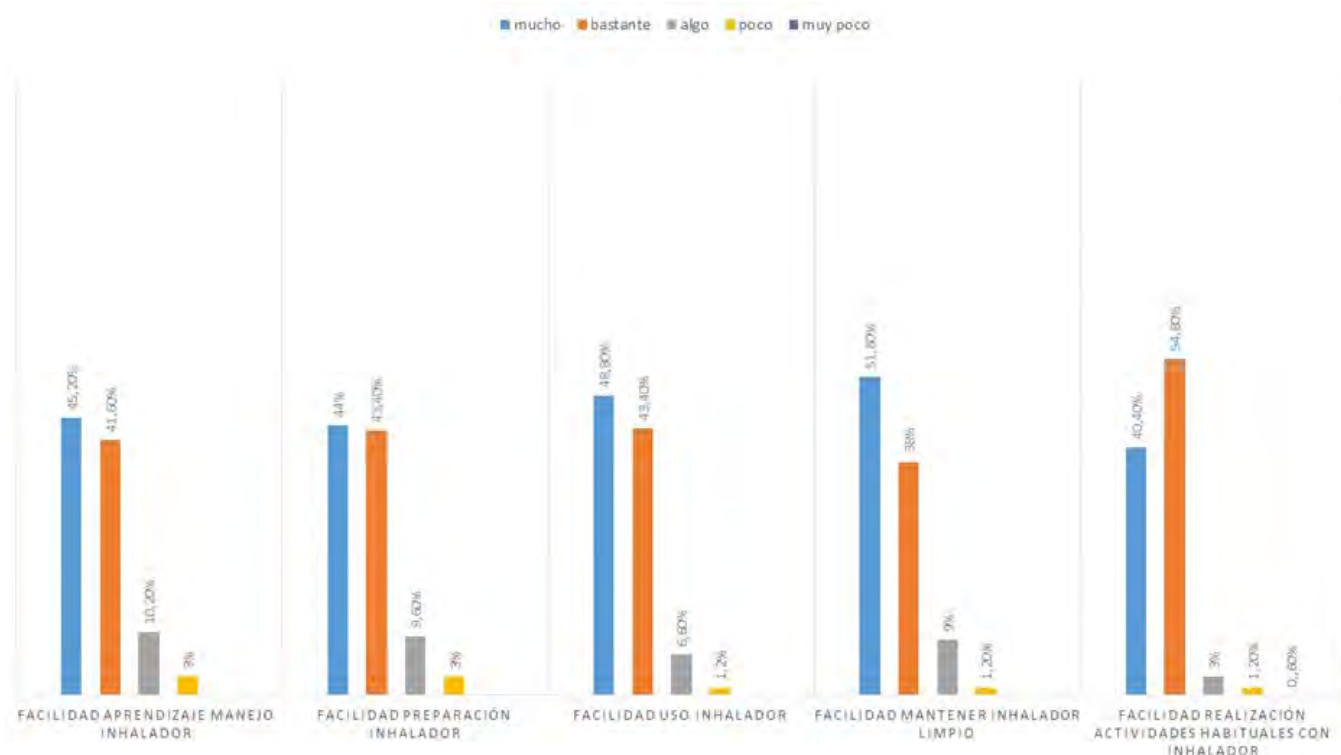


Figura 1. Comunicación 289.

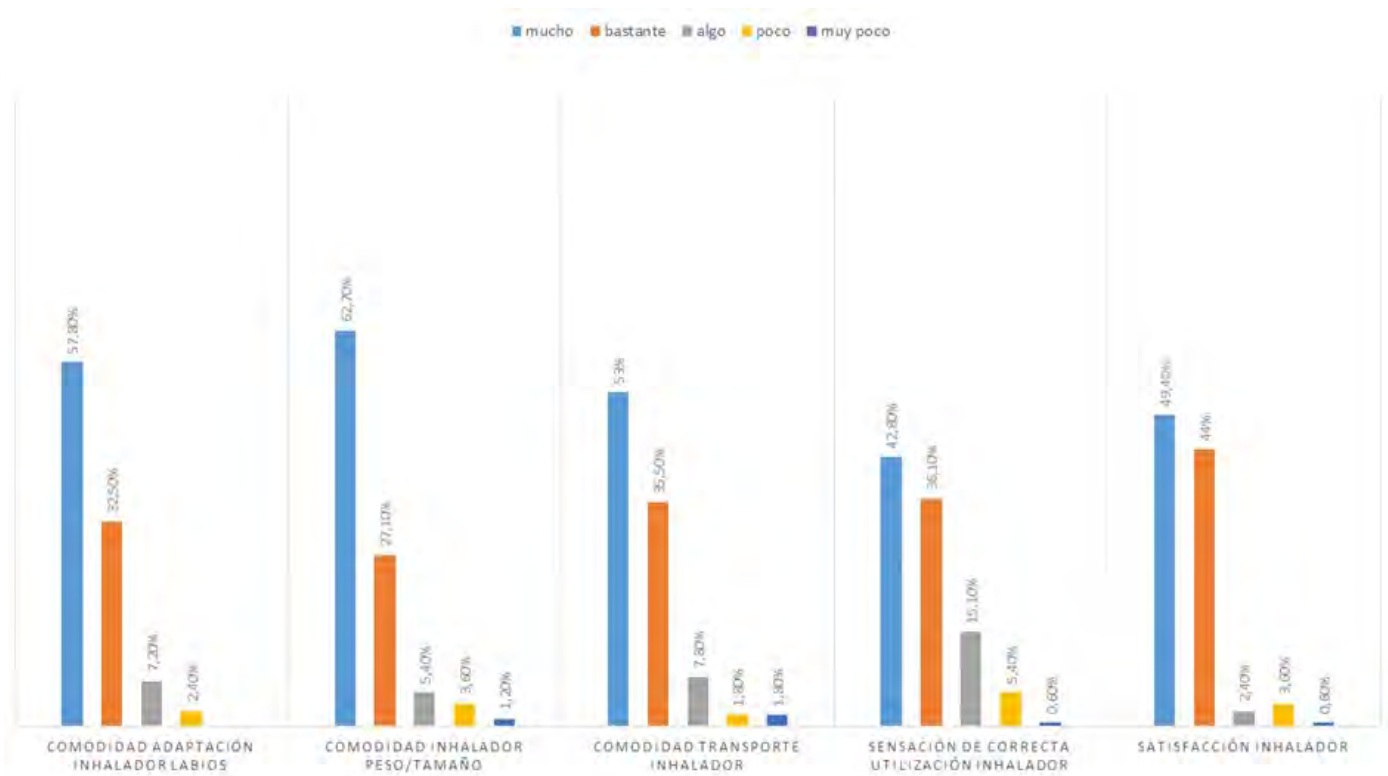


Figura 2. Comunicación 289.

286. VALOR ENFERMERO DENTRO DEL PROTOCOLO ERAS EN POSOPERATORIO DE CIRUGÍA TORÁCICA

Cristina Abad Eguizábal, Olivia García Herreros, Mari Luz López Aguayo y Laura Uruñuela Nalda

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Introducción: Definimos el protocolo ERAS en cirugía como la iniciativa coordinada que combina la educación del paciente antes de la intervención; la reducción del estrés mediante nuevas técnicas anestésicas, analgésicas y farmacológicas; la cirugía mínimamente invasiva y la revisión de los principios fundamentales de la asistencia posoperatoria, con objeto de definir un régimen activo de rehabilitación multimodal, incluyendo nutrición precoz y movilización temprana. En este último punto es donde enfermería hospitalaria juega un papel primordial coordinando y asumiendo la realización de todos los elementos subyacentes (retirada de vías, drenajes, dispositivos, control del dolor, hidratación, secreciones), y supervisando los procedimientos. Objetivos: Describir los cuidados de enfermería en un posoperatorio de CTO. Fundamentar nuestras acciones, dándoles contexto dentro de una base científica. Transmitir al personal los conocimientos necesarios que aseguren los beneficios del protocolo. Fomentar autonomía del paciente en la realización de sus cuidados, concienciándole de la importancia de sus acciones dentro del protocolo para su recuperación.

Material y métodos: Revisión bibliográfica en base de datos: Dialnet, PubMed, revistas científicas y Archivos de Bronconeumología. Palabras clave: Fast track, ERAS, rehabilitación multimodal.

Resultados: En base a los estudios consultados, podríamos confirmar las numerosas ventajas que conlleva aplicar de forma sistemática dicho protocolo en una unidad quirúrgica. Para paciente: Reducción de complicaciones y tiempo de estancia, acelera recuperación, le empodera para tomar decisiones y participar de su proceso, aumentando la calidad de la atención percibida. Para el equipo: se estandarizan procesos, se optimizan recursos, y enriquece el

trabajo del personal implicado, fomentando funciones independientes. Para la administración: ahorro económico, por menor duración de la estancia hospitalaria, y aumento de la calidad ofrecida por el servicio.

Conclusiones: El personal de enfermería es el encargado de actuar como nexo en el entramado posquirúrgico, haciendo de eslabón entre el paciente sometido a cirugía y el resto del equipo. Coordina los elementos implicados en reducir complicaciones, dirigiendo y llevando a cabo los cuidados necesarios para ello, flexibilizando la atención para adaptarse a las necesidades del paciente. Informa y orienta sobre las acciones de un autocuidado activo para conseguir un afrontamiento positivo en los primeros días del posoperatorio.

162. VARIABILIDAD NOCHE A NOCHE DE LA PULSIOXIMETRÍA DOMICILIARIA EN ADULTOS PARA EL ESTUDIO DE LA APNEA DEL SUEÑO

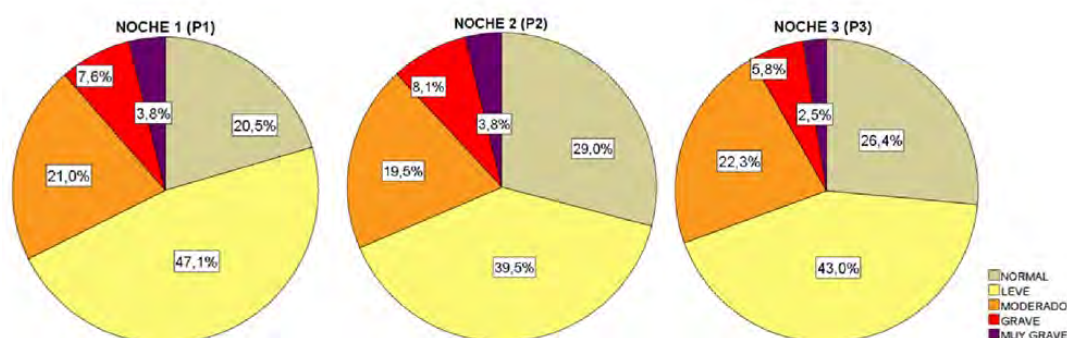
Helena Santamaría López, Almudena González Montaños, Mar Mosteiro Añón, María José Muñoz Martínez, María Torres Durán, Luis Pazos Area, Irene Lojo Rodríguez y Alberto Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Introducción: El registro de una sola noche es el estándar en los estudios de la apnea del sueño. Sin embargo, se desconoce si existe una variabilidad noche a noche significativa que pueda conducir a errores en el diagnóstico o la clasificación de la gravedad de la apnea. Es muy escasa la evidencia disponible acerca de esta variabilidad y esta se limita mayoritariamente a pacientes en edad pediátrica, mostrando en la mayor parte de los casos escasa variabilidad en los estudios consecutivos, aunque la metodología y los resultados son dispares. En el caso de los adultos, la evidencia es todavía más limitada. Por ello, y con la finalidad de analizar la variabilidad de la pulsioxi-

	P1 (210 pacientes)	P2 (210 pacientes)	P3 (121 pacientes)	P1-P2 (p)	P1-P3 (p)	P2-P3 (p)	CCI (IC95%)
Media SpO2 (%)	94,3±2,9	94,1±2,9	94,1±9	0,35	0,37	0,08	0,91 (0,88-0,93)
Mediana SpO2 (%)	94,5±2,7	94,4±2,8	94,3±3	0,71	0,19	0,10	0,88 (0,85-0,91)
TC90 (%)	9,3±18,9	9,3±17,7	9,2±17,7	0,91	0,10	0,09	0,75 (0,67-0,80)
TC80 (%)	1,1±6	1,1±5,8	1,3±7,5	0,55	0,55	0,12	0,97 (0,96-0,98)
ID3	14,6±15,5	14,5±16	13,8±15,1	0,06	0,24	0,59	0,90 (0,88-0,93)
ID4	10,7±13,9	10,6±14,4	9,8±13,6	0,07	0,06	0,38	0,92 (0,89-0,94)

Resultados oximétricos en cada noche del estudio. Análisis de diferencias y correlación entre las 3 noches de estudio mediante Wilcoxon y CCI. P1: primera noche de registro; P2: segunda noche de registro; P3: tercera noche de registro; SpO2: Saturación periférica de O2; TC90: tiempo SpO2 <90%; TC80: tiempo SpO2 <80%; ID3: Índice de desaturaciones del 3%; ID4: Índice de desaturaciones del 4%; CCI: coeficiente de correlación intraclass.



Clasificación de gravedad de AOS según ID3 en cada noche del estudio: normal ID3 <5, leve ID3 5-14, moderado ID3 15-29, grave ID3 30-49, muy grave ID3 ≥50.

Figura 1. Comunicación 162.

metría en noches consecutivas para el estudio de la apnea del sueño en adultos, se realizó este estudio.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes del Servicio de Neumología a los que se les realizó una pulsioximetría nocturna domiciliar de 2 o 3 noches consecutivas, para diagnóstico o seguimiento de apnea de sueño, en un periodo de 12 meses. Para el estudio se empleó el pulsioxímetro de muñeca Konica Minolta Puls-oX 300I. Se excluyeron los pacientes con un registro válido inferior a 3 horas tras excluir artefactos. Se recogieron parámetros oximétricos que se compararon estadísticamente mediante Wilcoxon para muestras apareadas y coeficiente de correlación intraclass (CCI). Se clasificó la gravedad de la apnea (normal ID3 < 5, leve ID3 5-14, moderado ID3 15-29, grave ID3 30-49, muy grave ID3 ≥ 50) que se analizó con test McNemar.

Resultados: Se incluyeron 210 pacientes, de los cuales 122 (58,1%) eran varones, con edad media de 56 ± 15 años. Del total de pacientes incluidos, 121 (57,6%) realizaron 3 noches de análisis. No se evidenciaron diferencias significativas en media de SpO2, mediana de SpO2, tiempo de SpO2 < 90% y 80% (TC90 y TC80%) e índice de desaturaciones de 3% y 4% (ID3 e ID4) entre la primera (P1) y segunda noche (P2) de análisis, ni entre P1 y P2 con la tercera noche (P3) en aquellos pacientes que disponían de esta medición ($p > 0,05$). El CCI muestra una excelente correlación entre estudios ($> 0,75$). No se identificaron cambios significativos en la clasificación de la gravedad de la apnea (P1-P2 $p = 0,08$; P1-P3 $p = 0,12$; P2-P3 $p = 0,35$).

Conclusiones: No se evidenciaron diferencias significativas en los resultados de la pulsioximetría de 2 o 3 noches consecutivas, lo que sugiere que el estudio de una sola noche es adecuado para la valoración de la apnea del sueño en adultos.

EPID

593. AFECTACIÓN PULMONAR EN LAS VASCULITIS ANCA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 173 PACIENTES EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Claudia Poo Fernández, Belén Atienza Mateo, Fabricio Benavides Villanueva, Adrián Martín Gutiérrez, Amparo Sánchez López, Pedro José Argos Vélez, Patricia Druet Toquero, Javier Zuazaga Fuentes, Lucía Huidobro Bringas, Sergio García Martín, Ricardo Blanco Alonso y José Manuel Cifrián Martínez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: Las vasculitis que presentan afectación pulmonar son principalmente las de pequeño vaso, especialmente las asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Entre sus múltiples manifestaciones, la pulmonar es relativamente frecuente, con prevalencias que oscilan entre el 30 y 95% en función del tipo de vasculitis, siendo la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis la que más afectación respiratoria presenta. Entre las diferentes manifestaciones, destacan la afectación de la vía aérea, la aparición de nódulos parenquimatosos, capilaritis (manifestada como hemorragia alveolar) y afectación intersticial. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia y tipos de afectación pulmonar en una cohorte de pacientes con vasculitis asociada a ANCA.

Material y métodos: Se recogieron datos demográficos y clínicos de pacientes con vasculitis ANCA seguidos en consultas de Reuma-