

te. Además, se realizan programas de educación respiratoria mediante 2 talleres: Conocimiento de la enfermedad y tratamiento, Terapia ocupacional, Tratamiento nutricional y psicológico. Se mide la disnea, el test de marcha de 6 minutos (TM6M) y, en consecuencia, el BODE. Se utiliza el test de evaluación de EPOC (CAT en inglés) para todos los pacientes por tener potencial utilidad para medir el estatus de salud de otras enfermedades pulmonares.

Resultados: La muestra es de: 24 pacientes EPOC (8 hombres y 16 mujeres) con edad media de 68,79 años, de los cuales 18 son EPOC graves y 6 son moderados según escala GOLD. 33 pacientes no EPOC (15 hombres y 18 mujeres) con edad media de 68,78 años, de los cuales 14 son bronquiectasias, 8 son asmáticos, 4 EPID y 6 pos-COVID. Los resultados se muestran en las tablas e imágenes.

Conclusiones: Los pacientes con EPOC severo han mejorado en todos los parámetros valorados (disnea, TM6M, BODE, CAT) mientras que los pacientes de EPOC moderado solo muestran mejoría en el CAT. Los pacientes No EPOC mejoran en los mismos parámetros excepto el grupo del EPID que empeora en el CAT.

SUEÑO Y VENTILACIÓN

CUIDADOS RESPIRATORIOS CRÍTICOS

786. ACIDOSIS RESPIRATORIA EN PACIENTES CON HIPOXEMIA: INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Ana Mendes Silva, Antonio Antón Albisu
y Patricia Peñacoba Toribio

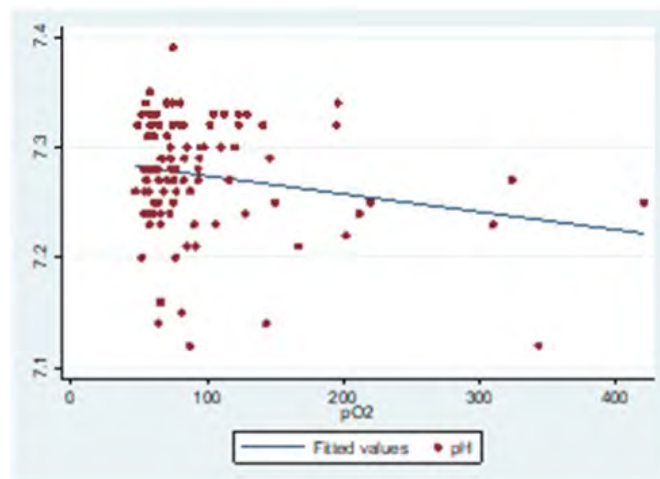
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: El manejo de la oxigenoterapia en situaciones agudas es complejo y, en algunas ocasiones, puede ser el desencadenante de acidosis respiratoria. El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia de la hiperoxemia en pacientes que presentan acidosis respiratoria aguda e identificar posibles factores de riesgo una mala respuesta gasométrica al oxígeno (O₂).

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital de la San-

ta Creu i Sant Pau con acidosis respiratoria aguda, desde enero de 2022 a abril de 2023, y que habían recibido oxigenoterapia en las horas previas. Se estableció el criterio de hiperoxemia como la presencia de una PaO₂ ≥ 100 mmHg o una SpO₂ ≥ 96% con la administración de una FiO₂ ≥ 50%.

Resultados: Del total de la muestra de 102 pacientes, 34 mostraron hiperoxemia (33%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el perfil basal de los sujetos de ambos grupos (tabla). Los pacientes tratados con dispositivos con FiO₂ controlada (mascarilla Venturi, cánulas nasales de alto flujo o VNI) mostraron mayor incidencia de hiperoxemia que los tratados con otros dispositivos, como las gafas nasales (100 vs. 77%, p = 0,002). Además, la hiperoxemia fue, de manera significativa (p = 0,045) más frecuente en los Servicios de Emergencias Médicas (67,7%) que en Urgencias (11,8%), Neumológica (2,9%) u otros servicios médicos (17,6%). La mascarilla con reservorio fue la forma de administración de O₂ más frecuente en los pacientes con hiperoxemia (52,9%), seguida de la mascarilla Venturi (38,2%). En la regresión lineal se objetivó que, por cada punto de más en la PaO₂, los pacientes presentaban 0,0002 puntos menos en su pH (IC95%: 2,3 × 10⁻⁶ a 0,0003; p = 0,047) (fig.). En los pacientes con un exceso de bases estándar gasométrico > 10, un 57,1% se verificó una mortalidad al año del 57,1% y en los con exceso de bases inferior a 10, una mortalidad del 51,5%. No se observaron diferencias en la necesidad de VNI aguda, ni en la mortalidad a corto o largo plazo entre los sujetos con y sin hiperoxemia.



Correlación entre la PaO₂ (mmHg) y el pH.

	Sin hiperoxemia (n=68)	Con hiperoxemia (n=34)	p
Edad, años – media (DE)	75,97 (12,1)	75,29 (7,81)	0,768
Sexo (H:M) – n (%)	32:36 (47,1:52,9)	17:17 (50:50)	0,779
IMC – media (DE)	29,39 (8,31)	28,33 (7,3)	0,561
EPOC – n (%)	39 (57,4)	21 (61,8)	0,670
Uso de VMD – n (%)	8 (11,8)	4 (13,6)	1,000
Uso de OCD – n (%)	16 (23,5)	8 (23,5)	1,000
AOS – n (%)	15 (22,1)	10 (29,4)	0,416
Cardiopatía – n (%)	28 (41,2)	18 (52,9)	0,112
Fármacos depresores del SNC – n (%)	28 (41,2)	17 (50)	0,398
Necesidad de VNI aguda – n (%)	63 (92,6)	30 (88,2)	0,308
Exitus durante el ingreso – n (%)	12 (17,6)	6 (17,6)	1,000
Mortalidad a 1 año – n (%)	27 (39,7)	16 (47,1)	0,386

IMC: Índice masa corporal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VMD: ventilación mecánica domiciliaria; VNI: ventilación no invasiva; SNC: sistema nervioso central

Tabla 1. Comunicación 786. Comparación entre los pacientes con y sin hiperoxemia.

Conclusiones: La hiperoxemia en la acidosis respiratoria es un problema frecuente. No hay un perfil específico de pacientes susceptibles de hiperoxemia y las consecuencias son similares a otras causas de acidosis respiratoria. Un mejor manejo de la oxigenoterapia aguda en la atención inicial del paciente podría disminuir la incidencia de los casos de acidosis respiratoria.

687. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

María Urquiola Torres, Deborah Jorge García, Javier Errasti Viader, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Sara Hermoso de Mendoza Aristegui, Amaia Iridoy Zulet y Pilar Cebollero Rivas

Hospital Universitario Navarra, Pamplona, España.

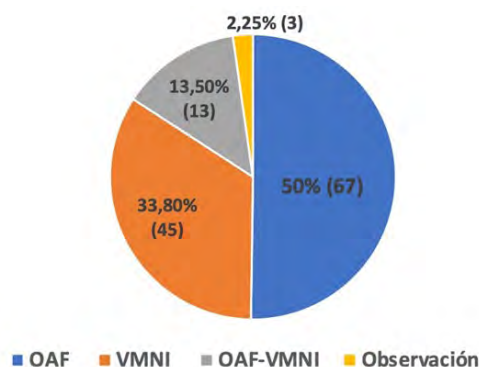
Introducción: En los últimos años, debido a la pandemia de SARS-CoV-2, se ha fortalecido la implementación de UCRI destinadas a atender a pacientes que requieren monitorización y soporte ventilatorio. El objetivo de este estudio es detallar las características fundamentales de los pacientes admitidos en la UCRI de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan los pacientes ingresados en la UCRI entre noviembre 2022 y noviembre 2023. Se describen las características basales, comorbilidades, estancia en UCRI y hospitalaria, terapia ventilatoria recibida y mortalidad durante el ingreso y a los 6 meses.

Tabla 1	
Características basales y comorbilidades	
Variable	Valor n=133
Edad	71 (42-95)
Hombres, %	51,8%
IMC	28,5 (15,8-67,5)
Ex-fumadores	38,40%
Fumadores, %	32,3%
HTA, %	52,6%
DM, %	22,5%
DLP, %	36,8%
Cardiopatía, %	39,8%
ERC, %	17,3%
Hepatopatía, %	4,5%
Oncohematológicos, %	15%
ENM, %	3,70%
Teracógeno, %	3,70%
EPOC, %	33,8%
EPID, %	14,2%
Asma, %	12%
Bronquiectasias, %	6%
TRS, %	18%
HTP, %	2,20%

Resultados: Se analizaron en total 133 pacientes. La tabla muestra las características basales, 69 (51,8%) eran hombres con media de edad 71 ± 11 años. El 86,5% de los pacientes tenían antecedentes neumológicos; EPOC 45 (33,8%), Trastorno respiratorio del sueño 24 (18%), EPID 19 (14,2%), asma 16 (12%), bronquiectasias 8 (6%) e hipertensión pulmonar 3 (2,2%). Factores de riesgo: HTA 52,6%, DM 22,5%, DLP 36,8%, cardiopatía 39,8%, ERC 17,3%, oncohematológicos 15%, ENM 3,7% y toracógeno 3,7%. La estancia media en UCRI y en el hospital fue de 6,5 y 14,9 días, respectivamente. Más de la mitad de

los pacientes (56,4%) presentó insuficiencia respiratoria tipo I en el momento del ingreso. El principal motivo de ingreso fue la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) (39,8%), seguido de síndrome agudización de EPOC (26,3%), agudización de EPID (13,5%), agudización de insuficiencia cardíaca (9,8%), agudización asmática (6%), agudización SHO (3%) y TEP (1,5%). Respecto al soporte ventilatorio recibido, 67 (50%) OAF, 45 (33,8%) VMNI, 18 (13,5%) combinación con OAF-VMNI y 3 (2,25%) ingresaron en UCRI para observación (fig.). 41 pacientes (30,8%) de la muestra eran candidatos a UCI y 14 (34,1%) precisaron traslado a dicho servicio. De estos últimos, 9 precisaron IOT, 4 OAF y 1 VMNI. Respecto a la mortalidad, 7,8% de los pacientes fallecieron durante el ingreso y un 15,5% en los 6 meses posteriores.



Conclusiones: 1. Las enfermedades respiratorias crónicas y la HTA fueron las comorbilidades más comunes. 2. El principal motivo de ingreso fue la NAC. 3. En un 65,8% de pacientes sin techo terapéutico se evitó ingreso en UCI; por tanto, la UCRI puede ser una buena alternativa.

617. CARACTERÍSTICAS DE LA UCRI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Jon Uriarte Ugalde, Cristina Sancho Sainz, Ane Uriarte González, Nerea Bustillo Agote, Mikel Viles Odriozola, Erika Brenlla Carballo, Asier Fernández Nebreda y Bárbara Galaz Fernández

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

Introducción: Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios han cobrado importancia en los últimos años. La pandemia por COVID-19, la comorbilidad cada vez más compleja de los pacientes, el desarrollo de técnicas y dispositivos que permiten avanzar en el manejo del paciente y la amplia ventana terapéutica de pacientes no candidatos a reanimación explican el avance de estas unidades. A continuación, se describen las características de los pacientes ingresados en la UCRI del H.U. Basurto.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de diferentes variables de los pacientes ingresados en la UCRI del H.U. Basurto desde noviembre de 2020 hasta abril de 2023.

Resultados: N = 638. Patologías atendidas: o Hasta mayo-2021: 203 COVID-19. o Junio21-mayo22: 189 COVID-19, 42 EPOC, 22 neumonía bacteriana, 18 otras o Desde junio22: 36 COVID-19, 53 EPOC y 45 neumonía bacteriana y 30 otras. Techo terapéutico: o Noviembre20-mayo21: 190 reanimables, 14 no reanimables. o Junio21-mayo22: 214 reanimables, 57 no reanimables. o Junio22-abril23: 89 reanimables, 75 no reanimables. Edad media no reanimables: o Global: 75,34. o No reanimables desde inicio: 77,83. o Quienes han padecido rebaja de techo terapéutico: 71,29. Mortalidad no COVID: o Reanimables: 4 (3,42%) o No reanimables: 21 (28%). Bajada de techo: 53% Soporte respiratorio: o Noviembre20-mayo21: OAF 80%, OAF+VMNI 20% o Junio21-mayo22: OAF 65%, OAF+VMNI 12%, VMNI

13%. o Junio22-abril23: OAF 45%, VMNI + OAF 24%, VMNI 24%. Procedencia: o Global: Reanimación 13%, Urgencias 17%, planta 70%. o 2023: Reanimación 32%, Urgencias 30%, planta 38%.

Conclusiones: Si bien inicialmente solo se atendieron pacientes por COVID-19, la acidosis respiratoria y la neumonía bacteriana son las patologías de mayor prevalencia actualmente. Se ha incrementado el número de pacientes con ventilación no invasiva. Se ha incrementado progresivamente en número de pacientes no reanimables ingresados. A pesar de tener indicación de no adoptar medidas invasivas, su edad media está por debajo de los 80 años, siendo aún más jóvenes aquellos a los que se les baja el techo terapéutico durante su estancia en reanimación. A pesar de esta rebaja de techo terapéutico, su supervivencia alcanza el 47%. La procedencia de los pacientes es similar, desde la Reanimación, Urgencias y la planta de Respiratorio.

509. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS POR NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI*

María Allende Gil de Gómez García, Ane Uranga Echeverría, Virginia Fernández Valbuena, Francisco de Borja Mencía Díez, Leire Dávila Peña, Teresa Alegría Marco, Amaia Aramburu Ojembarrena, Amaia García Loizaga, Francisco Javier Moraza Cortés, María Jesús Gómez Burgos, María Gascón Pérez, Pedro Pablo España Yandiola y Txomin Zabala Hernández

Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo, Bilbao, España.

Introducción: La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ) presenta una alta tasa de mortalidad en sujetos inmunocomprometidos, siendo los pacientes VIH con CD4 bajos los que más riesgo presentan. Se ha visto que la incidencia está creciendo con relación a mayor número de sujetos inmunodeprimidos (cáncer, enfermedades hematológicas, tratamiento inmunosupresor, quimioterapia, etc.). El objetivo de este estudio ha sido analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados por neumonía por NPJ en una Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI).

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de NPJ que precisaron ingreso en la UCRI del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo desde el 1 de enero de 2018 hasta 30 de octubre de 2023. Se analizaron las características sociodemográficas, comorbilidades, características clínicas, así como la evolución intrahospitalaria.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 11 casos de NPJ. La edad media de los pacientes a la hora del diagnóstico fue de 57 años. 4 (36,6%) de ellos eran hombres y 7 (63,64%) eran mujeres. 2 casos (18,18%) tenían VIH diagnosticado previamente; en 3 casos (27,27%) se diagnosticó VIH durante el ingreso y 5 casos (45,45%) recibían tratamiento inmunosupresor; 1 único caso no presentaba inmunosupresión. Entre los que tomaban tratamiento inmunosupresor 1 era por EPID, 1 debido a artritis reumatoide y 3 por neoplasia. La media de tiempo hasta el diagnóstico microbiológico fue de media 5 días. En 7 casos (63,63%) existía coinfección por otro microorganismo. La pO₂ media al ingreso en UCRI era de 61 mmHg a pesar de oxigenoterapia, iniciando oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales (ONAF) en el 81% de pacientes precisando de media una FiO₂ máxima de 76%. El 63% requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y el 45% de los casos precisó ventilación mecánica invasiva. La estancia hospitalaria media fue de 22 días. La mortalidad hospitalaria fue del 54,54%.

Conclusiones: El 90,9% de los sujetos presentaba inmunosupresión. La mitad (45,45%) debido a tratamiento para patología de base y la otra mitad (45,45%) a VIH. A pesar del tratamiento con ONAF el

45% de los casos precisando ventilación mecánica invasiva. Existe una mortalidad elevada en nuestra cohorte, siendo del 54,54%.

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con NPJ ingresados en la UCRI	
N= 11 pacientes	
Factores sociodemográficos	
Edad*	57,73 (17,86)
Sexo (V)	4 (36,36)
Comorbilidades	
Tabaquismo activo	4 (36,36)
Asma	2 (18,18)
EPOC	0 (0)
EPID	1 (9,09)
HTA	3 (27,27)
DM	1 (9,09)
Cardiopatía	1 (9,09)
Hepatopatía	0 (0)
Nefropatía	1 (9,09)
Neoplasia	4 (36,36)
Patología reumatológica	1 (9,09)
Patología hematológica	2 (18,18)
Situación inmunológica previa	
Diagnóstico VIH previo	2 (18,18)
Diagnóstico VIH durante el ingreso	3 (27,27)
Tratamiento inmunosupresor	5 (45,45)
Gravedad al ingreso	
Escala PSI*	93,73 (36,93)
Escala SCAP*	16,55 (8,42)
Variables clínicas al ingreso en UCRI	
TAS*	114,91 (16,71)
FC*	105,64 (36,15)
SpO ₂ *	93,82 (3,43)
FR*	27,27 (7,99)
Creatinina*	0,96 (0,49)
Leucocitos*	9.869,09 (5.083,69)
Linfocitos*	2.109,09 (3.656,40)
Hematocrito*	32,61 (5,23)
pH arterial*	7,39 (0,11)
pCO ₂ arterial*	41,09 (21,58)
pO ₂ arterial*	61,09 (25,87)
Índice ROX 0 h*	7,88 (3,68)
Índice ROX 6-12 h*	7,71 (4,03)
Soporte respiratorio	
ONAF	9 (81,81)
FiO ₂ máximo*	76,09 (29,09)
Ventilación No invasiva	1 (9,09)
Ventilación invasiva	5 (45,45)
Evolución y complicaciones	

178. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCRI

María Alejandra Arias Hualpa, Marta Cristeto Porras, Alejandra Roncero Lázaro, Paula Rodríguez Rodríguez, Dolores del Puerto García, María de la Fuente Grijalvo, Rodrigo Mayor Dell'Innocenti, Alba Velasco Moyano, Mariola Bretón Ruiz, María Dolores Ramírez Martínez, María Torres Muga y Carlos Ruiz Martínez

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Introducción: En la actualidad las UCRI (Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios) juegan un papel fundamental en los Servicios de Neumología para la monitorización y tratamiento de las enfermedades respiratorias graves. Su incremento en España en los últimos años ha sido notorio, especialmente a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2. El objetivo de nuestro estudio es describir las características y evolución de los pacientes ingresados en una UCRI, la actividad realizada durante su ingreso y el tratamiento recibido.

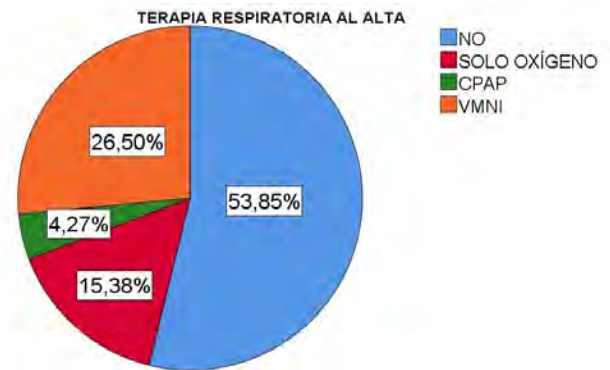
Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados en la UCRI de nuestro centro desde 1 de noviembre de 2022 al 1 de noviembre del 2023. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con el ingreso y variables clínicas.

Resultados: Ingresaron 117 pacientes en nuestra unidad, de los cuales 53,8% fueron hombres y 46,2% mujeres. La mediana de edad de los pacientes ingresados fue de 71 años (61-75,5). La neumonía fue la causa de ingreso más frecuente en estos pacientes con el 20,3%, seguido de la EPOC (19,7%) y TEP (19,7%). El 72,6% de los ingresos procedían del Servicio de Urgencias y un 12,8% de la UCI. El 70,1% de los pacientes ingresados presentaban sobrepeso u obesidad. De nuestros pacientes ingresados el 17,1% utilizaban VMNI crónica domiciliaria antes del ingreso. El número de pacientes que requirió inicio de VMNI durante su estancia en UCRI fue del 47,9% y terapia de alto flujo el 14,5%. La estancia media en UCRI fue de 6 días. Del total de pacientes ingresados el 90,7% presentaron una evolución favorable (fig. 1). Al alta de UCRI, el 46,15% recibieron algún tipo de terapia respiratoria al alta (fig. 2).

N	117
Sexo	
- Hombre	63 (53,8%)
- Mujer	54 (46,2%)
Edad (años)	71 (61-75,5)
Patología	
- EPOC	23 (19,7%)
- ICC	1 (0,9%)
- EPID	5 (4,3%)
- Neumonía	24 (20,3%)
- Asma	4 (3,4%)
- Neuromuscular	3 (2,6%)
- TEP	23 (19,7%)
- Decanulación	5 (4,3%)
- SHO	3 (2,6%)
- Hemoptisis	10 (8,5%)
- Infección respiratoria	2 (1,7%)
- IR de causa no respiratoria	5 (4,3%)
- Otros	9 (7,7%)
Origen ingreso	
- Urgencias	85 (72,6%)
- Neumología	3 (2,6%)
- UCI	15 (12,8%)
- Traslado	10 (8,5%)
- Otra especialidad	4 (3,4%)
IMC	
- Bajo peso	8 (6,8%)
- Normopeso	27 (23,1%)
- Sobrepeso	36 (30,8%)
- Obesidad grado I	27 (23,1%)
- Obesidad grado II	10 (8,5%)
- Obesidad grado III	9 (7,7%)
VMNI crónico	20 (17,1%)
VMNI en UCRI	56 (47,9%)
TAF en UCRI	17 (14,5%)
Terapia respiratoria al alta	54 (46,15%)
Evolución favorable	106 (90,7%)
Días de ingreso en UCRI	6 (4-10)
Éxito	8 (6,8%)

Características de los pacientes ingresados en nuestra UCRI.

Conclusiones: La EPOC es la enfermedad respiratoria que causa más complicaciones respiratorias graves. La obesidad podría condicionar el ingreso de los pacientes en UCRI. La mitad de los pacientes ingresados en UCRI precisan ventilación durante su estancia y la mitad de los pacientes reciben algún tipo de terapia respiratoria al alta. La evolución en nuestra UCRI fue favorable en más de nueve de cada diez pacientes.



Tipo de terapia respiratoria al alta de la UCRI.

915. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI)

Brenda Lucía Romero Argüello, Pablo Franco Suárez, Yanira Chuquimia Mendoza, Elena Martín Gallego, Silvia Fernández Huerga, Karin Paola Gudiel Arriaza, Javier Juan García y Luis Carazo Fernández

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

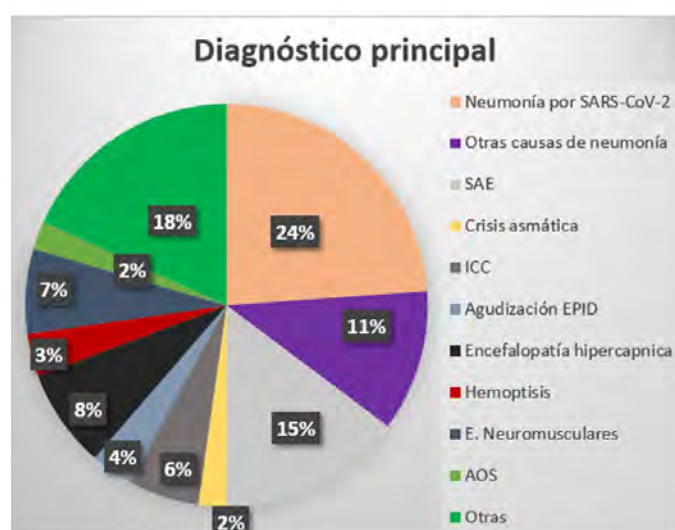
Introducción: La función de la UCRI consiste en la oportuna y apropiada monitorización cardiorrespiratoria y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria mediante soporte respiratorio no invasivo. El objetivo de este estudio es conocer, en nuestro hospital, el perfil y la evolución de los pacientes ingresados en la UCRI.

DATOS RECOGIDOS	RESULTADOS	
	n	%
Nº de pacientes	202	
Edad media	66,7 años	
SEXO		
Hombres	77	38%
Mujeres	125	62%
PROCEDENCIA		
Medicina interna	23	11%
Urgencias	149	74%
Planta de neumología	3	2%
UCI	19	9%
Otros	8	4%
ANTECEDENTE NEUMOLÓGICO		
EPOC/ASMA	37	18%
Enfermedad pulmonar intersticial	10	5%
AOS/SOH	15	7%
Enfermedad <u>neuromuscular</u>	13	6%
Bronquiectasias	3	1%
TECHO TERAPEUTICO		
SI	82	41%
NO	120	59%
SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO		
SI	192	95%
NO	10	5%
TIPO DE SRNI		
OAF	77	40%
BIPAP +O2	72	38%
CPAP + O2	12	6%
CPAP + OAF	4	2%

Epidemiología, procedencia y tipo de soporte respiratorio no invasivo en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) de nuestro centro desde el periodo comprendido entre noviembre 2021 y noviembre del 2023.

Resultados: Ingresaron un total de 202 pacientes, de los cuales 62% eran hombres. La edad media fue 66,7 años y la estancia media de 6 días. El 74% procedía de Urgencias. Los diagnósticos principales al ingreso se describen en la figura. 82 (41%) pacientes tenían como techo terapéutico la UCRI. 120 (59%) pacientes eran candidatos de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de los cuales 82 (68%) evitaron dicho ingreso. 192 (95%) pacientes precisaron soporte respiratorio no invasivo (SRNI): 77 (40%) oxigenoterapia de alto flujo por cánulas nasales (ONAF), 72 (38%) ventilación mecánica no invasiva en modo Binivel, 12 (6%) CPAP y 4 (2%) terapia combinada con CPAP y ONAF. 14 (7%) pacientes eran portadores de traqueostomía, 4 de ellos requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI), 8 procedían de la UCI y 1 fue trasladado desde otro centro hospitalario. Al alta, 60 (30%) pacientes precisaron SRNI en su domicilio, 57 binivel y 3 CPAP. La mortalidad global fue 31 (15%), de los cuales 4 (13%) fallecieron en la UCI y 26 (84%) tenían techo terapéutico con SRNI.



Diagnóstico principal en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios al ingreso.

Conclusiones: El diagnóstico principal de ingreso en UCRI continúa siendo la neumonía por SARS-CoV-2 en los últimos 2 años. La UCRI permite aplicar SRNI a los pacientes con techo terapéutico. Asimismo, la UCRI reduce en nuestro centro la sobrecarga de la UCI con buenos resultados.

389. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

Sonia Salinas Castillo, Silvia Aguado Ibáñez, Ainhoa Izquierdo Pérez, Myriam Aguilar Pérez, Rosa Gutiérrez-Larraya Sánchez-Andrade, Guillermo Padín Pico, Gabriela Pombo Lacambra, Cristina Ayuela Lacaba, Juan Puertas Sancho, Elena Fernández Colombas, María del Perpetuo Socorro Churrua Arróspide, Christian García Fadul, Rosalía Laporta Hernández, Beatriz Jara Chinarro y Carlos Almonacid Sánchez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

Introducción: El ingreso en una Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) podría ser beneficioso en aquellos pacientes

con EPID e insuficiencia respiratoria hipoxémica dada las limitadas herramientas terapéuticas en fases avanzadas de la enfermedad. **Objetivo:** Descripción de los pacientes con EPID que ingresan en UCRI. Valorar el beneficio de terapias de soporte respiratorio en pacientes con EPID en lista de trasplante pulmonar.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 33 pacientes con EPID ingresados en la UCRI desde junio 2022 a junio 2023. Las variables analizadas fueron: demográficas, tipo de terapia respiratoria empleada, comorbilidades al ingreso, tipo de agudización, días de ingreso previo al trasplante, unidad de alta y reingresos.

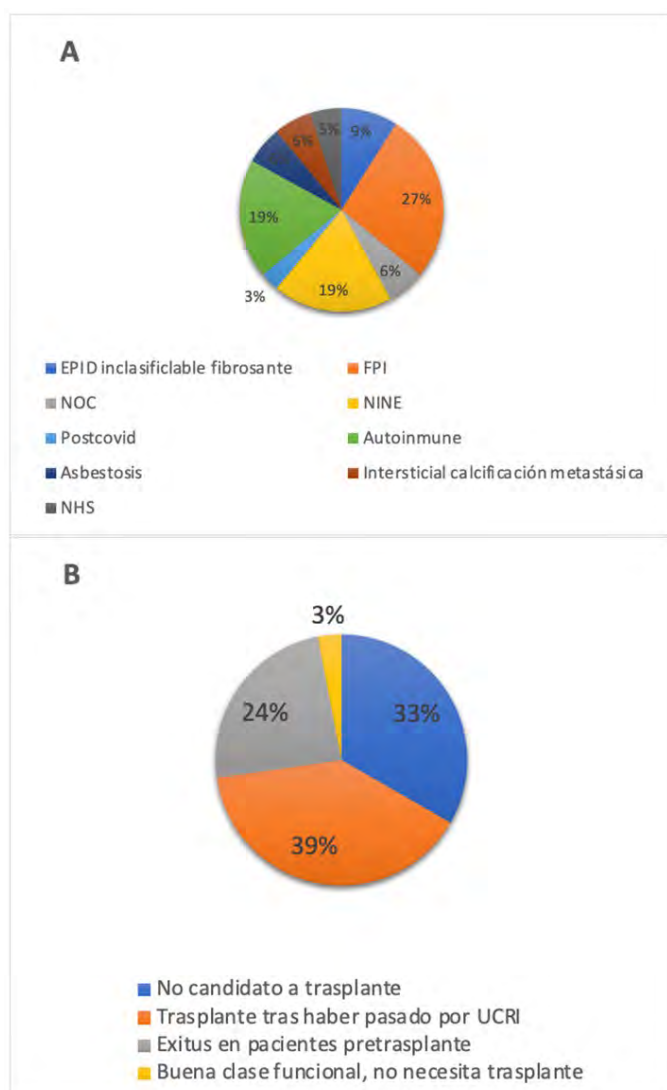
Resultados: De los 222 pacientes ingresados en UCRI en 1 año, 33 (14%) presentaban EPID, siendo un 27% fibrosis pulmonar idiopática (FPI) (fig. 1A). Las características demográficas se recogen en la tabla. La terapia respiratoria más empleada fue alto flujo en un 73% (tabla). 21 de los 33 pacientes (66%) estaban en lista de espera para trasplante pulmonar. De estos, el 57% (N = 13) se trasplantaron. 47% (N = 10) se trasplantó durante su ingreso (3 desde UCRI y el resto tras paso a UCI por priorización nacional) ver figura 1.B. La mediana de tiempo desde el ingreso al trasplante fue de 16 ($\pm$ 16) días. En total fallecieron en UCRI 11 pacientes con EPID (33%): 4 pretrasplante sacados de lista por comorbilidades, 5 tenían techo terapéutico en UCRI y 2 fallecieron en UCI previo al trasplante. Los pacientes EPID fallecidos en nuestra UCRI corresponden a un 5% de la mortalidad global en 1 año. Con un 27% (N = 9) de ellos con techo terapéutico en UCRI de los cuales fallecen 6 (66%).

	SI	N	Porcentaje
Características y comorbilidades	Varones	22	67%
	Hipertensión	10	30%
	Dislipemia	9	27%
	Obesidad	3	9%
	Hipertensión pulmonar	21	64%
	AOS	5	15%
	Oxigenoterapia crónica	26	79%
	VMNI/CPAP	2	6%
	Enfermedad respiratoria	32	97%
	Enfermedad coronaria	1	2,60%
	Insuficiencia cardíaca	9	27%
	Diabetes	4	12%
	Neoplasia	3	9%
Estado fumador	Nunca fumador	20	61%
	Fumador activo	3	9%
	Exfumador	10	30%
Reingreso	No	24	73%
	Sí	7	21%
	UCI	2	6%
Tipo de soporte respiratorio	Gafas nasales convencionales (GN)	4	12%
	Alto flujo (OAF)	24	73%
	VMNI	1	3%
	BIPAP + OAF	3	9%
	GN + VMNI	1	3%
Unidad alta postUCRI	Neumología	9	27%
	UCI	11	33%
	Otra unidad hospitalaria	2	6%
	Hospital media estancia	1	3%
	Exitus	11	30%
Tipo de agudización	Idiopática	4	12%
	Infección	14	42%
	Progresión	9	27%
	Insuficiencia cardíaca	4	12%
	Otros	2	6%

Registro de variables demográficas, comorbilidades, soporte respiratorio, unidad de alta y tipo de agudización en números absolutos y porcentaje.

Conclusiones: El paso por UCRI de pacientes con EPID avanzada y en lista de trasplante podría ser beneficioso como terapia puente al

trasplante además de evitar el ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos. Es necesario revisar el beneficio de soporte respiratorio de pacientes EPID con techo terapéutico.



A. Ciclograma en porcentaje de los tipos de EPID ingresados en nuestra UCRI en un año. Figura 1. B. Ciclograma de los pacientes EPID donde se recoge el porcentaje de trasplantados tras el paso por la UCRI, los exits en pacientes candidatos a trasplante y aquellos que ingresaron no candidatos.

480. EL WEANING DEL PACIENTE POSQUIRÚRGICO EN UCRI: NUESTRA EXPERIENCIA

Santiago Menjura Gómez, Judith Boiza Rizos, Irene Aldás Criado, Marina Galdeano Lozano, Antonio Marín Muñiz, Adriana Martín Pascual y Mónica Matute Villacís

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

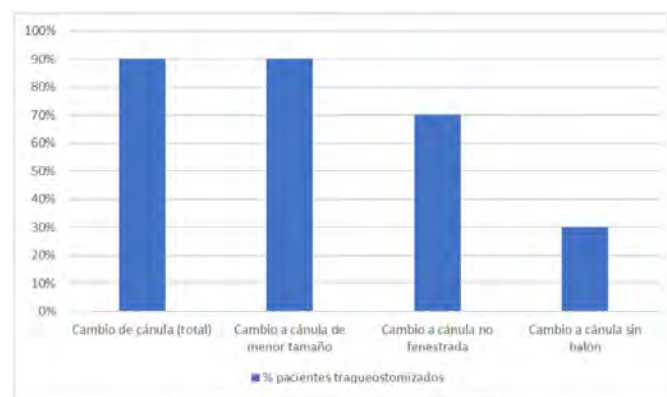
Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se ha presentado como el soporte de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, principalmente hipercápnica, por fallo pulmonar primario. La extensión de su uso a pacientes como apoyo a la extubación, así como en portadores de cánula de traqueostomía con evolución respiratoria lenta, ha ampliado las indicaciones de ingreso en las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios. Mediante este trabajo queremos describir nuestra experiencia con pacientes posquirúrgicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en UCRI procedentes de la Unidad de Reanimación y Anestesiología del HUGTiP durante 11 meses (enero a noviembre 2023). La obtención de datos se ha realizado a través de la historia electrónica. Las variables cualitativas se han expresado en porcentajes, y las variables cuantitativas como media (derivación estándar).

Resultados: Ingresaron 15 pacientes, el 73,3% hombres y edad media de 62 años. La estancia media en UCRI fue de 9 días. La pCO₂ media al ingreso fue de 42,8 mmHg (DE 3,3) y la PaFiO₂ 308 (DE 12,2). El servicio de procedencia y motivo de ingreso se recoge en la tabla. El 33% de los pacientes se extubaron en REA y no eran portadores de traqueostomía, pero precisaban VMNI (80%) u oxigenoterapia de alto flujo (20%) al ingreso en UCRI por insuficiencia respiratoria persistente. El 66% eran portadores de cánula de traqueostomía e ingresaron para continuar *weaning* respiratorio y potencial decanulación. De los 10 pacientes, el 50% precisaron VMI, en 6 pacientes se intentó la decanulación con VMNI y en uno con CPAP, siendo exitosa en 5. Un paciente no precisó ningún cambio de cánula previamente a la decanulación, el resto precisó cambios (fig.). Finalmente, se decanularon el 70%. Del total de pacientes, 11 (68,7%) necesitaron de fisioterapia respiratoria para manejo de secreciones. Ningún paciente reingresó en REA. Un paciente murió intrahospitalariamente y ninguno a los 30 días del alta.

Servicio de origen y motivo de ingreso de los pacientes incluidos en el estudio

Servicio de origen	Motivo de ingreso	N (%)
Otorrinolaringología	Neoplasia ORL	4 (26,6%)
Cirugía torácica	Neoplasia maligna de pulmón	3 (20%)
	Mediastinitis	1 (6,6%)
Neurocirugía	Lesiones en el SNC y/o nervios periféricos	2 (13,3%)
Cirugía general y digestiva	Cirugía abdominal	2 (13,3%)
Cirugía ortopédica y traumatología y maxilofacial	Fascitis necrotizante	2 (13,3%)
	Gangrena de Fournier	1 (6,6%)



Cambios de cánulas en pacientes traqueostomizados.

Conclusiones: 1. La asistencia en UCRI desde un enfoque multidisciplinar en los pacientes posquirúrgicos, incluyendo soporte y fisioterapia respiratoria, puede mejorar el pronóstico, con una reducción de reingresos en REA y posibilitando el *weaning*. 2. Se necesitan estudios prospectivos para corroborar estos resultados.

887. EXPERIENCIA CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Macarena Lovera Picotto, Toni Marín Muñiz, Roxana Chirinos Guevara, Irene Aldas Criado, Marina Galdeano Lozano, Adriana Martín Pascual, Mónica Matute Matute, Santiago Menjura Gómez, Jorge Abad Capa y Antoni Rosell

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: En nuestro centro, en el que existe una UCRI desde 2010, a partir de enero del 2023 se aprobó el uso de la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en planta de hospitalización convencional. Esto ofrece la opción del uso de esta terapia en pacientes con insuficiencia respiratoria grave pero que por las comorbilidades concomitantes (valoradas según índice de Charlson) y/o la fragilidad (Clinical Frailty Score (CFS)) no son tributarios de ingreso en UCRI/UCI; adecuando así la intervención a cada paciente.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Hospital Germans Trias i Pujol durante el periodo de 10 meses (febrero a noviembre 2023) por insuficiencia respiratoria hipoxémica de diversas causas y necesidad de altas concentraciones de oxígeno ($\text{FiO}_2 > 35\%$). Se registró lugar de ingreso, frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (Sat) y sensación de disnea, previa y post a la instauración de OAF; si se pudo retirar el dispositivo por mejoría de la insuficiencia respiratoria (éxito) o no (fracaso) y complicaciones de la terapia.

Resultados: De los 15 pacientes evaluados, todos realizaron OAF en planta de hospitalización siendo este su techo terapéutico, salvo uno que a las 24 h se trasladó a UCRI y 2 pacientes que continuaron con la terapia al alta de UCRI. Como complicaciones un paciente presentó epistaxis y en otro se retiró el soporte por intolerancia. La edad media fue 70,2 años, el 40% mujeres. Las comorbilidades más comunes son neoplasias (40%) y enfermedades respiratorias crónicas (33%). El CFS medio de 4,06 y índice de Charlson medio de 6,4. La causa de insuficiencia respiratoria más frecuente fue la infección respiratoria (66,7%) (fig. 1). La PaFi media inicial 163,3. La media de días de uso del OAF fue de 9 días, FR media pre y pos-OAF de 23,5 y 18,2 rpm respectivamente, saturación media pre-OAF 93% y pos-OAF 95,5%. Se obtuvo un éxito de la terapia en el 60% de los casos. Un 33% se retiró por *exitus*, pese a presentar mejoría clínica.

Indicació
15 respostes

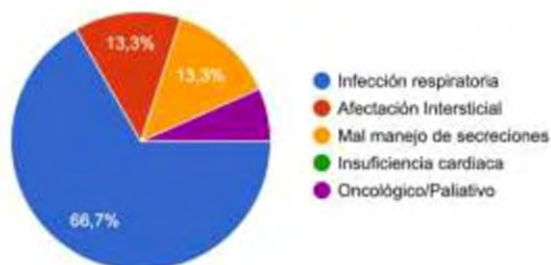


Figura 1. Porcentaje de indicaciones.

Conclusiones: En nuestra observación, pacientes con alto grado de fragilidad y/o comorbilidad o en situaciones de mal pronóstico a corto plazo han presentado mejoría de parámetros clínicos, FR y saturación de oxígeno, y menor percepción de disnea con el uso de OAF. Con estos resultados consideramos que el OAF es un valor añadido en los cuidados de estos pacientes. No obstante, sería necesario estudios prospectivos comparativos con la oxigenoterapia convencional para confirmar su efectividad y eficiencia.

57. EXPERIENCIA EN UCRI. RELACIÓN DE CAUSA DE INGRESO Y COMORBILIDADES CON DESENLAJE DEL PACIENTE

María del Rosario Cabello Jabalquinto¹,
Alexander Ali Jiménez Romero¹,
María del Carmen Velasco Alcázar¹,
Francisco Campello Sánchez¹, Olga Meca Birlanga¹,
Desiré Lozano Vicente¹, Carlos Federico Álvarez Miranda¹,
Pedro García Torres¹, Marta Hernández Olivo¹,
Mercedes Guillamón Sánchez¹, José Javier Martínez Garcerán¹,
Carlos Castillo Quintanilla¹, Rocío Ibáñez Meléndez¹,
María del Mar Valdivia Salas¹, Javier Pérez Pallarés¹,
Francisco Javier Bravo Gutiérrez¹, María Salomé Ros Braquehais²
y Antonio Santa Cruz Siminiani¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

²Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca, España.

Introducción: Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) son áreas destinadas al seguimiento y atención especializada de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada que, sin precisar ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, presentan mayor gravedad y complejidad para ser tratados en hospitalización convencional. Objetivos: Describir características de los pacientes ingresados de manera no programada en UCRI en nuestro hospital. Valorar la relación entre patología causante de ingreso en UCRI y comorbilidades con el desenlace de los pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, incluyendo pacientes que ingresaron de manera no programada en UCRI del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena desde la implantación de esta unidad, en noviembre de 2022 hasta julio de 2023. Se recogen datos clínicos, analíticos y patología causante de ingreso en UCRI, relacionando la misma y las comorbilidades descritas con el desenlace del paciente, entendido como alta médica o *exitus*. Se realiza análisis estadístico en programa SPSS v23®.

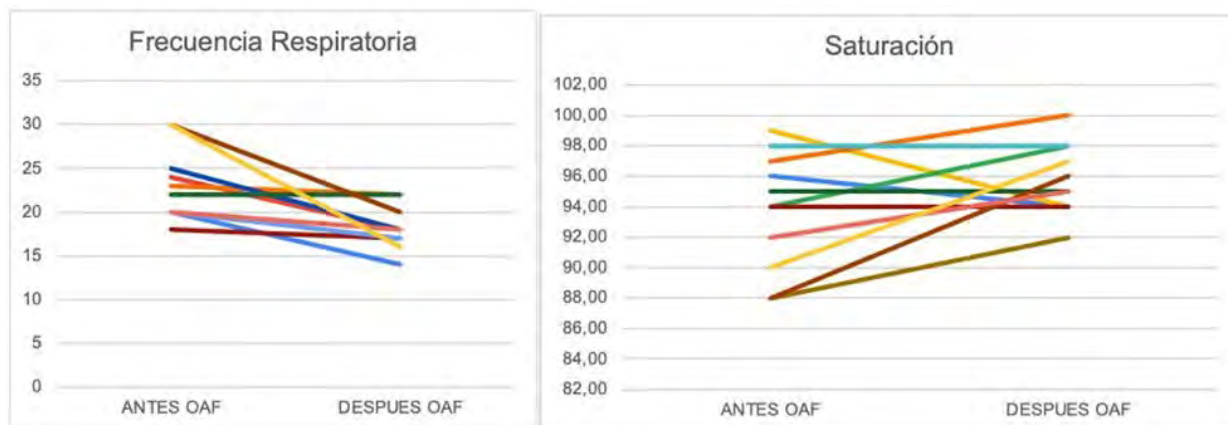


Figura 2. Comunicación 887. Parámetros clínicos pre y pos-OAF.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, predominando (64,6%) el sexo masculino. La edad media fue 70 ($\pm 13,75$) años, con un mínimo de 21 y máximo de 91 años. Comorbilidades en la tabla 1. Casi un tercio de los pacientes (27,8%) tenían soporte respiratorio domiciliario al ingreso. La estancia media de ingreso en UCRI fue 5,09 ($\pm 3,95$) días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 28. El principal soporte respiratorio empleado fue la ventilación no invasiva en 39 (49,4%), alto flujo en 14 (17,7%) y ambas terapias en 26 (32,9%) pacientes. Se estudió la influencia de la patología causante de ingreso en UCRI y comorbilidades con el desenlace de los pacientes. Resultados en tabla 2. Del total de ingresados en UCRI, 65 (85,5%) evolucionaron favorablemente siendo dados de alta, y 11 (14,5%) fallecieron durante su ingreso.

Comorbilidad	N (%)
Tabaquismo	
Fumador activo	32 (41,6%)
Exfumador	27 (35,1%)
Nunca fumador	17 (22,1%)
IMC	
Bajo peso	6 (8,2%)
Normopeso	13 (17,8%)
Sobrepeso	22 (30,1%)
Obesidad	32 (43,8%)
EPOC	39 (49,4%)
HTA	53 (67,1%)
Diabetes	26 (32,9%)
Dislipemia	36 (45,6%)
Enfermedad cardiovascular	22 (27,8%)
AP cáncer sólido	12 (15,2%)
AP cáncer hematológico	4 (5,1%)

IMC: índice de masa corporal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; AP: antecedente personal.

Desenlace según comorbilidades y patología condicionante de ingreso			
Comorbilidades	Alta, N (%)	Exitus, N (%)	p
Tabaquismo activo	30 (47,6%)	1 (9,1%)	0,5
Exfumador	22 (34,9%)	4 (36,4%)	
Nunca fumador	10 (15,9%)	6 (54,5%)	
Bajo peso	6 (9,7%)	0 (0%)	0,2
Normopeso	12 (19,4%)	1 (11,1%)	
Sobrepeso	19 (30,6%)	3 (33,3%)	
Obesidad	25 (40,3%)	5 (55,6%)	
Usuario de VMD	19 (29,2%)	2 (18,2%)	0,3
HTA	42 (64,6%)	9 (81,8%)	0,2
Diabetes	22 (33,8%)	3 (27,3%)	0,8
Dislipemia	29 (44,6%)	5 (45,5%)	0,6
Enfermedad cardiovascular	16 (24,6%)	4 (36,4%)	0,3
AP cáncer sólido	9 (13,8%)	3 (27,3%)	0,2
AP cáncer hematológico	3 (4,6%)	1 (9,1%)	0,4
Condicionante de ingreso	Alta, N (%)	Exitus, N (%)	p
EPOC	35 (53,8%)	4 (36,4%)	0,2
IC	17 (26,2%)	6 (54,5%)	0,05
IC + Hipoxémico	7 (9,1%)	5 (45,5%)	0,006
SHO	4 (6,2%)	0 (0%)	0,6
AOS	17 (26,2%)	2 (18,2%)	0,4
Neuromuscular	1 (1,5%)	1 (9,1%)	0,27
Toracógeno	7 (10,8%)	0 (0%)	0,3
Hipoxémico	22 (33,8%)	4 (36,4%)	0,5
Neumonía	13 (20%)	2 (18,2%)	0,6
Fármacos	10 (15,4%)	1 (9,1%)	0,5
Hipercapnia	55 (84,6%)	9 (81,8%)	0,5
Acidosis respiratoria	37 (56,9%)	6 (54,5%)	0,5

VMD: ventilación mecánica domiciliar; HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; AP: antecedente personal; IC: insuficiencia cardíaca; SHO: síndrome de hipoventilación-obesidad; AOS: apnea obstructiva del sueño.

Conclusiones: Más de la mitad de los ingresados en UCRI eran varones, siendo su comorbilidad más prevalente la hipertensión arterial. Las comorbilidades de los pacientes no condicionaron diferencias estadísticamente significativas en su desenlace en la muestra del

estudio. Ingresados con insuficiencia cardíaca e hipoxemia fallecieron más que los que no la padecían. Las demás patologías causantes de ingreso analizadas no influyeron de forma estadísticamente significativa en el desenlace de los pacientes. La gran mayoría de pacientes que precisaron ingreso en UCRI evolucionaron de forma favorable.

877. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS (UCRI) DE NUEVA IMPLEMENTACIÓN

Marta Andreu Casas¹, Cristina Aljama Vizcarra¹, Arianna Andrade Bustamante¹, Daniel Ramos Chávez¹, Juan José Chiriboga Heredia¹, Joan Ignasi García Rubio², Adoración Nieto Ruiz², Patricia Launois³, Mariel Rojas Lora⁴, Júlia Sampol Sirvent¹, David Clofent Alarcón¹, Marta Arjona Peris¹, Almudena Felipe Montiel¹, Sergi Martí Beltrán¹, Berta Saez Gimenez⁵, Galo David Granados Rosales⁶, Mercedes Pallero Castillo y Miriam Barrecheguren Fernández⁶

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ³Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁴Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁵Servicio de Neumología, Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁶Servicio de Neumología, UCRI, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: El papel de las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) abarca un importante espectro de patologías respiratorias de alta complejidad, que requieren una monitorización estrecha y un manejo multidisciplinar. Durante la pandemia COVID-19 se implementaron nuevas unidades como parte de plan estratégico debido al gran número de casos, que posteriormente se han mantenido. El objetivo de nuestro trabajo fue describir las características clínicas de nuestros pacientes de la UCRI durante los 2 últimos años de pandemia y analizar los cambios tras el fin de la misma.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCRI del Hospital Vall d'Hebron del 01/01/2022 al 1/11/2023. Se analizaron las características demográficas, antecedentes clínicos y factores relacionados con el ingreso y se compararon los pacientes del año 2022 y del 2023.

Resultados: Se incluyeron 397 pacientes con una edad media de 61,1 (DE 13,4) años, 57% eran varones y 76,3% tenían antecedentes neumológicos previos. En la tabla 1 se recogen los datos demográficos, comorbilidades y procedencia antes del ingreso en la UCRI. Al comparar los dos periodos, en el 2022 observamos pacientes más jóvenes (60 vs. 63 años, $p = 0,56$), un índice de Charlson más bajo (4,05 vs. 4,8, $p = 0,006$) y menos frecuencia de patología respiratoria previa (73,5 vs. 81,1%, $p = 0,086$). En ese año destaca un mayor porcentaje de ingresos por COVID-19 (38,8 vs. 7,4%), mientras que en 2023 predominaron los ingresos por: neumonías bacterianas (13,7 vs. 35,8), hemoptisis amenazante (9,2 vs. 12,2%) y masas pulmonares (0,8 vs. 6,8%), $p < 0,001$ para todas las comparaciones. La necesidad de derivación a UCI disminuyó entre los dos periodos (5,6 vs. 4,1%), así como los reingresos en la UCRI (5,2 vs. 1,4%, $p = 0,047$). La estancia media disminuyó de 6,52 (6,22) a 5,45 días (4,36), $p = 0,049$; la mortalidad global durante el ingreso fue de 22 (5,6) y se redujo de 19% (7,6) al 3% (2) (tabla 2).

Conclusiones: El perfil de pacientes que requiere ingreso en UCRI ha cambiado en los últimos 2 años. Tras la pandemia las UCRI siguen siendo un recurso esencial en el manejo de la patología respiratoria.

Variables	N total = 397	Año 2022 (n= 249)	Año 2023 (n= 148)	Valor P
Edad, años	61,1 (13,43)	60,6 (13,3)	63,3 (13,6)	0,056
Sexo, Varón; n(%)	226 (56,9)	143 (57,4)	83 (56,1)	0,793
IMC	26,3 (5,97)	26,97 (6,28)	25,18 (5,26)	0,0042
Bajo peso (n, %)	24 (6)	12 (5,1)	12 (8,1)	
Normopeso (n, %)	174 (43,8)	98 (41,4)	76 (51,4)	
Sobrepeso (n, %)	93 (23,4)	62 (26,2)	31 (20,9)	
Obesidad Grado 1 (n, %)	55 (13,9)	37 (15,6)	18 (12,2)	
Obesidad Grado 2 (n, %)	27 (6,8)	21 (8,9)	6 (4,1)	
Obesidad Grado 3 (n, %)	8 (2)	7 (3)	1 (0,7)	
Tabaquismo; n (%)				0,072
No fumador	150 (37,9)	104 (41,8)	46 (31,3)	
Fumador activo	84 (21,2)	46 (18,5)	38 (25,9)	
Exfumador	162 (40,9)	99 (39,8)	63 (42,9)	
Índice paquetes/año	43,5 (25,37)	46,34 (24,84)	39,96 (25,69)	0,339
Índice de Charlson	4,33 (2,67)	4,05 (2,51)	4,8 (2,87)	0,0065
Inmunodeprimidos; n (%)	160 (40,3)	109 (44,1)	51 (34,7)	0,053
Antecedentes neumológicos; n(%)	303 (76,3)	183 (73,5)	120 (81,1)	0,086
EPOC	85 (28,5)	51 (27,86)	34 (28,33)	0,558
Asma	28 (9,2)	17 (9,3)	11 (9,2)	0,820
AOS	46 (1,51)	30 (16,4)	16 (13,3)	0,710
T- NM y CT	19 (6,3)	8 (4,4)	11 (9,2)	0,057
BQ, FQ	23 (7,5)	13 (7,1)	10 (8,3)	0,516
EPID	36 (11,88)	20 (10,9)	16 (13,3)	0,351
UDRP	31 (10,23)	15 (8,2)	16 (13,3)	0,086
HTP	23 (7,6)	15 (8,2)	8 (6,6)	0,799
TEP	28 (9,2)	20 (10,9)	8 (6,6)	0,323
Tuberculosis	19 (6,27)	14 (7,6)	5 (4,2)	0,311
Lista activa de trasplante pulmonar	20 (6,6)	12 (6,5)	8 (6,6)	0,796
Trasplante pulmonar	88 (29,04)	65 (35,5)	23 (19,2)	0,014
Otros	14 (4,62)	8 (4,3)	6 (5)	0,393
Procedencia	p=0,195			
Urgencias	207 (52,1)	127 (51)	80 (54,1)	
Unidad de Cuidados Intensivos	80 (20,2)	58 (23,3)	22 (14,9)	
Planta de neumología	38 (9,6)	25 (10)	13 (8,8)	
Otros Servicios clínicos	32 (8,1)	20 (8)	12 (8,1)	
Servicios quirúrgicos	7 (1,8)	5 (2)	2 (1,4)	
Traslado desde otros hospitales	16 (4)	6 (2,4)	10 (6,8)	
Ingreso programado	6 (1,5)	4 (1,6)	2 (1,4)	
Post-intervenciones: bronoscopias, embolizaciones, drenaje torácico	11 (2,8)	4 (1,6)	7 (4,7)	

Tabla 1. Comunicación 877. IMC: índice de masa corporal; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; AOS: apneas obstructivas del sueño; T- NM y CT: trastornos neuromusculares y de caja torácica; BQ: bronquiectasias; FQ: fibrosis quística; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; UDRP: Unidad de Diagnóstico Rápido Pulmonar; HTP: hipertensión pulmonar; TEP: tromboembolismo pulmonar. **Los datos se muestran como media (DE) salvo especificación.

139. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI). PERFIL CLÍNICO Y FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD

Almudena González Montaos, Mar Mosteiro Añón, María Torres Durán, María José Muñoz Martínez, Luis Pazos Area, Irene Lojo Rodríguez, Fernando Vargas Ursúa, Ignacio Fernández Granda y Alberto Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Introducción: La pandemia SARS-CoV-2 y el aumento en la demanda de soporte respiratorio potenciaron el desarrollo de las UCRI. Estas unidades suponen un avance en el tratamiento de pacientes que requieren ventilación no invasiva (VNI) u oxigenoterapia de alto flujo (OAF) dado que ofrecen mejor equipamiento y ratio de personal con menor coste económico que una Unidad de Cuidados Intensivos. Para mejorar los cuidados respiratorios sería de gran utilidad conocer las características de los pacientes ingresados y los factores aso-

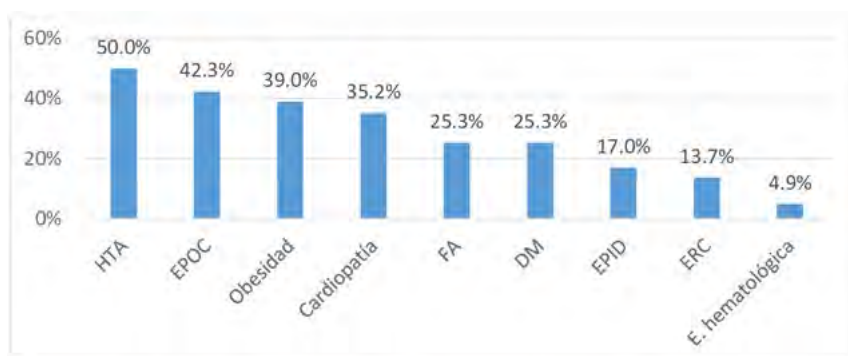
ciados a mortalidad, con el fin de desarrollar escalas pronósticas específicas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en los primeros 6 meses de una UCRI (noviembre 2022-mayo 2023). Se describieron variables clínicas como comorbilidades, parámetros del ingreso y mortalidad. Para el análisis de variables cualitativas se emplearon frecuencia y chi-cuadrado, para variables cuantitativas media, desviación típica y t-Student.

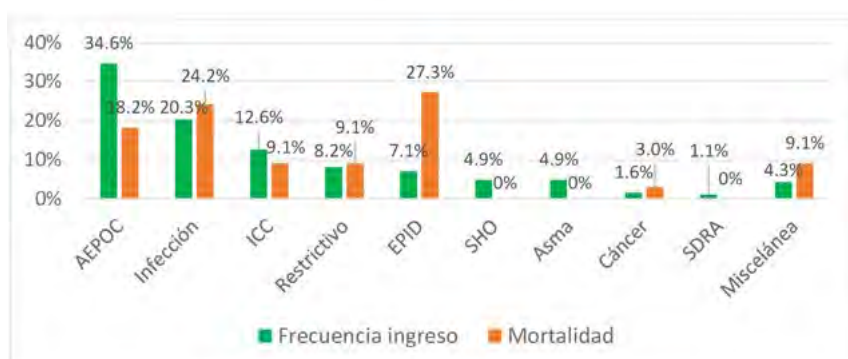
Resultados: Se incluyeron 182 pacientes, 119 varones (65,4%), edad media 70 ± 13 años. 55 (30,2%) presentaban alguna dependencia para actividades básicas y 13 (7,1%) deterioro cognitivo. Entre los antecedentes destacaron HTA (50%), EPOC (42,3%) y obesidad (39%). 78 (42,9%) habían ingresado al menos una vez en el año previo. Los motivos de ingreso más habituales fueron agudización de EPOC (AEPOC) (34,6%), infección (20,3%) e insuficiencia cardiaca descompensada (IC) (12,6%). 94 (51,6%) presentaban acidosis respiratoria, con pCO_2 media 79 ± 16 mmHg. 146 (80,2%) recibieron soporte con

Variables		N total = 397	Año 2022 (n= 249)	Año 2023 (n= 148)	Valor P
Diagnóstico principal					P<0,001
	Neumonía/infecciones por SARS-CoV2	110 (27,7)	99 (39,8)	11 (7,4)	
	Neumonía/infección por otros virus respiratorios	22 (5,5)	15 (6)	7 (4,7)	
	Neumonía/infección bacteriana	87 (21,9)	34 (13,7)	53 (35,8)	
	Hemoptisis amenazante	41 (10,3)	23 (9,2)	18 (12,2)	
	EPID agudizada	17 (4,3)	9 (3,6)	8 (5,4)	
	Broncoespasmo agudo	25 (6,3)	14 (5,6)	11 (7,4)	
	Insuficiencia cardíaca descompensada	13 (3,3)	8 (3,2)	5 (3,4)	
	Rechazo del injerto (A/C)	10 (2,5)	8 (3,2)	1 (0,7)	
	FAV pulmonares	4 (1)	3 (1,2)	1 (0,7)	
	TEP	16 (4)	7 (2,8)	9 (6,1)	
	Masa pulmonar (complicaciones)	12 (3)	2 (0,8)	10 (6,8)	
	Otros	40 (10,1)	27 (10,8)	13 (8,8)	
Situación respiratoria					p=0,332
	Sin fallo respiratorio	48 (12,1)	27 (10,8)	21 (14,2)	
	FRA hipoxémico	235 (59,2)	149 (59,8)	86 (58,1)	
	FRA global	37 (9,3)	23 (9,2)	18 (12,2)	
	FRC- agudizado	37 (9,3)	28 (11,2)	9 (6,1)	
	FRC-agudizado y acidosis hipercápnica	40 (10,1)	22 (8,8)	18 (12,2)	
Soporte respiratorio máximo					p=0,085
	Ninguno	45 (11,34)	24 (9,6)	19 (12,8)	
	Bajos flujos (VMK, gafas nasales)	48 (12,1)	27 (10,8)	21 (14,2)	
	ONAF	189 (47,6)	121 (48,6)	68 (45,9)	
	VMNI/CPAP	189 (47,6)	55 (22,1)	34 (23)	
	IOT-VMI (urgente)	12 (3,02)	8 (3,2)	4 (2,7)	
	VMI por traqueostomía	6 (1,51)	6 (2,4)	1 (0,7)	
	AF por traqueostomía	8 (2,02)	8 (3,2)	1 (0,7)	
FiO2 máxima		43,6 (21,4)	46,78 (21,61)	39,45 (18,32)	p=0,0002
Requerimiento de aislamiento		148 (37,3)	116 (46,6)	2 (21,6)	P<0,001
Tipo de aislamiento					P<0,001
	Aislamiento de contacto	38 (9,97)	25 (21,6)	13 (8,8)	
	Aislamiento respiratorio	110 (27,7)	91 (78,4)	19 (12,8)	
Requerimientos nutricionales					P<0,002
	Ninguno	305 (76,8)	179 (71,9)	126 (85,1)	
	Suplementos nutricionales	35 (8,82)	30 (12)	5 (3,4)	
	Nutrición enteral por SNG	35 (8,8)	21 (8,4)	14 (9,5)	
	Nutrición enteral por PEG	6 (1,51)	4 (1,6)	2 (1,4)	
	Nutrición parenteral	16 (4,03)	15 (6)	1 (0,7)	
Grado de rehabilitación realizada					P<0,001
	Pausa		6 (2,4)	1 (0,7)	
	Grado 1	7 (1,8)	24 (9,6)	21 (14,2)	
	Grado 2	45 (11,3)	82 (32,9)	25 (16,9)	
	Grado 3	107 (27)	122 (49)	90 (60,8)	
	Grado 4	212 (53,4)	15 (6)	11 (7,4)	
Procedimientos realizados					0,015
	Embolización	25 (6,3)	12 (4,8)	13 (8,8)	
	Broncoscopia	11 (3)	5 (2)	6 (4,05)	
	Drenaje torácico	6 (1,5)	2 (0,8)	4 (2,7)	
	BAG pulmonar	6 (1,5)	2 (0,8)	4 (2,7)	
	BAG extrapulmonar	3 (0,75)	2 (0,8)	1 (0,7)	
	Trombectomía	3 (0,75)	1 (0,4)	2 (1,35)	
	Weaning-TQ	19 (8)	17 (6,8)	2 (1,35)	
Evolución					0,068
	Alta con evolución favorable	354 (89,2)	215 (86,34)	139 (93,91)	
	Ingreso en UCI	20 (5,05)	14 (5,6)	6 (4,1)	
	Fallecidos en la UCRI	22 (5,6)	19 (7,6)	3 (2)	
	Reingreso a UCRI	15 (3,83)	13 (5,2)	2 (1,4)	0,047
	Fallecidos durante la hospitalización posterior al alta de UCRI	52 (13,47)	36 (14,5)	16 (10,8)	0,314
	Estancia Hospitalaria en semicríticos de NML (m; DE)	6,12 (5,6)	6,52 (6,22)	5,45 (4,36)	0,0496

Tabla 2. Comunicación 877. SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; (A/C): agudo/crónico; FAV: fístula arteriovenosa; TEP: tromboembolismo pulmonar; FRA: fracaso respiratorio agudo; FRC: fracaso respiratorio crónico; VMK: ventimask; ONAF: oxigenoterapia nasal de alto flujo; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; CPAP: presión continua vía aérea; IOT: intubación orotraqueal; VMI: ventilación mecánica invasiva; AF: alto flujo; SNG: sonda nasogástrica; PEG: gastrostomía percutánea; BAG: biopsia aguja gruesa; TQ: traqueostomía; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; UCRI: Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios. **Los datos se muestran como media (DE) salvo especificación.



Comorbilidades. HTA: hipertensión arterial, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, FA: fibrilación auricular, DM: diabetes mellitus, EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa, ERC: enfermedad renal crónica.



Motivo principal de ingreso en UCRI y mortalidad. AEPOC: agudización de EPOC, ICC: insuficiencia cardiaca descompensada, SHO: síndrome de hipoventilación-obesidad, SDRA: síndrome de distrés respiratorio del adulto.

Figura 1. Comunicación 139.

VNI, 23 (12,6%) OAF exclusivamente y 13 (7,1%) oxigenoterapia convencional. La estancia media fue de $5,3 \pm 4$ días. La mortalidad en el ingreso fue del 18,1%. Fueron factores de riesgo el sexo masculino (81,8% de los fallecidos, $p = 0,03$), la edad (75 vs. 69 años, $p = 0,02$, 39,4% mortalidad ≥ 80 años vs. 19,9% en < 80 años, $p < 0,01$), el antecedente de EPID (51,5% de los fallecidos, $p < 0,01$) y mayor pCO_2 en acidosis respiratoria (88,7 vs. 78,1 mmHg, $p = 0,047$). La mortalidad fue menor en AEPOC e IC donde la evidencia de la VNI es mayor (10,5 vs. 25%, $p = 0,01$). La mortalidad a 3 meses fue del 28,6%.

Conclusiones: El perfil de pacientes en UCRI es variado, siendo menor la mortalidad en AEPOC e IC, mientras que son factores de riesgo el sexo masculino, la edad avanzada, la EPID y la pCO_2 en acidosis respiratoria. Por ello, estas variables deberían ser incluidas en futuras escalas pronósticas para pacientes respiratorios.

180. ¿INFLUYE LA OBESIDAD EN LA UCRI?

María Alejandra Arias Hualpa, Marta Cristeto Porras, Alejandra Roncero Lázaro, Paula Rodríguez Martínez, Dolores del Puerto García, María de la Fuente Grijalvo, Rodrigo Mayor Dell'Innocenti, Alba Velasco Moyano, Mariola Bretón Ruiz, María Dolores Ramírez Martínez, María Torres Muga y Carlos Ruiz Martínez

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Introducción: La obesidad en España afecta cerca del 16% de la población adulta. Esta patología genera un aumento del gasto sanitario anual alrededor de un 9,7%. El objetivo de nuestro estudio es comparar si existen diferencias entre los pacientes que ingresan en UCRI con obesidad frente a los que no la padecen.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye pacientes ingresados en nuestra UCRI desde noviembre 2022 hasta noviembre 2023. Se dividieron a los pacientes en dos grupos en función de su IMC. Se realizó un estudio comparativo entre ambos grupos, estudiándose variables demográficas, clínicas y asociadas a su estancia en UCRI.

	No obesidad	Obesidad	P
N	71	46	
Edad al ingreso (años)	74,5 (62,25-86,7)	71,5 (59,25-83,7)	0,8
Patología			
- EPOC	18 (25,35%)	5 (10,86%)	
- ICC	1 (1,4%)	0 (0%)	
- EPID	3 (4,22%)	2 (4,34%)	
- Neumonía	15 (21,13%)	9 (19,56%)	
- Asma	3 (4,22%)	1 (2,17%)	
- Neuromuscular	2 (2,81%)	1 (2,17%)	
- TEP	11 (15,49%)	12 (26,08%)	
- Decanulación	2 (2,81%)	3 (6,52%)	
- SHO	0 (0%)	3 (6,52%)	
- Hemoptisis	9 (12,67%)	1 (2,17%)	
- Infección respiratoria	1 (1,4%)	1 (2,17%)	
- IR de causa no respiratoria ni cardiaca	2 (2,81%)	3 (6,53%)	
- Otros	4 (5,63%)	5 (10,86%)	
Estancia en UCRI (días)	5,5	8	1
Inicio de VMNI	30 (42,25%)	26 (56,5%)	0,1
Tiempo con VMNI (días hasta el alta)	5	7,5	0,2
PH al ingreso	7,35	7,33	0,77
PCO2 al ingreso	50	61	0,21
Bicarbonato	30	32	0,6
Ingreso en UCI o éxito	4 (5,63%)	4 (8,69%)	0,8
Terapia respiratoria al alta	29 (40%)	25 (54%)	0,2

Datos comparativos de los pacientes ingresados en nuestra UCRI entre el grupo con obesidad y sin obesidad.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes, de los cuales 71 (61%) no asociaban obesidad y 46 (39%) sí la padecían. La mediana de edad al ingreso fue de 74,5 años en la población sin obesidad y de 71,5 años en la población con obesidad ($p = 0,84$). Las causas más frecuentes de ingreso en pacientes sin obesidad fueron la EPOC (25,35%), la neumonía (21,13%) y el TEP (15,49%). En cambio, las causas más frecuentes en pacientes con obesidad fueron el TEP (26,1%), la neumonía (19,56%) y otras causas que exacerbaban su insuficiencia respiratoria de causa no cardíaca ni respiratoria (10,86%). La población con obesidad presentó una estancia en UCRI de 8 días vs. 5,5 días de la población sin obesidad. Se inició VMNI al 56,5% en población con obesidad respecto al 42,25% en población no obesa. El tiempo que precisaron nuestros pacientes con VMNI en días hasta el alta fue de 5 días en los que no asociaban obesidad y 7 días en los que sí la padecían con una $p < 0,16$. El pH al ingreso (7,33 vs. 7,35), la PCO₂ (61 vs. 50) y el bicarbonato (32 vs. 30) fue algo más acidótico y elevado en la población obesa. El empeoramiento mostrado como ingreso en UCI o fallecimiento no mostró diferencias significativas (8,69% en obesidad vs. 5,63%). Al alta los pacientes obesos precisaron terapia respiratoria en un 54 vs. 40% de la población no obesa. Los datos de los diferentes grupos están recogidos en la figura.

Conclusiones: No hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con obesidad y sin obesidad ingresados en UCRI. Sin embargo, un mayor tamaño poblacional podría arrojar luz en esta hipótesis. Existe probablemente un mayor gasto sanitario en pacientes con obesidad que ingresan en UCRI. Se necesitan más estudios para poder sacar conclusiones más precisas.

592. MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA NO INVASIVA EN PACIENTES CON SHOCK EN UCRI

Laura Lago Lagunas, Sara González Castro, María Patricia Mercado Fleitas, Carmen Rodríguez Calle, Esther Barbero Herranz, José Andrés Tenes Mayén, Winnifer Yaralis Briceño Franquiz, Edwin Yong Portugal, Ana Victoria Castillo Durán, Ignacio Jara Alonso, Juan Manuel Velasco Martín y Diego Ceballos Gómez-Barreda

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio de Neumología, Madrid, España.

Introducción: Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) han experimentado una mejora en su dotación e infraestructura lo que ha llevado a un incremento en la complejidad de los casos tratados, como el ingreso de pacientes en estado de *shock*. Esta condición, de elevada morbilidad, requiere una gestión precisa de la fluidoterapia. Aunque las pautas actuales para el *shock* séptico recomiendan la administración inicial de 30 ml/kg de cristaloides, esta cantidad puede no ser universalmente apropiada, pudiendo derivar en sobrecarga hídrica o en una reanimación insuficiente. Las últimas guías sugieren la implementación de medidas dinámicas para guiar la administración de fluidos, siendo la elevación pasiva de piernas la opción más viable en las UCRI dado su carácter no invasivo. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados de la evaluación dinámica de la respuesta a fluidos en pacientes en estado de *shock* en la UCRI del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo recogiendo los datos del monitor no invasivo Starling disponible en el Servicio de Urgencias y en la UCRI de Neumología. Este monitor mide el gasto cardíaco mediante biorreactancia, de manera que estima el cambio del índice de volumen sistólico tras la realización de una elevación pasiva de piernas o la infusión de una pequeña cantidad de fluido. Se recogieron parámetros antropométricos, comorbilidades, causa del *shock*, parámetros hemodinámicos antes y después de la evaluación de la respuesta a fluidos y tipo de terapia respiratoria. Se analizó la proporción de pacientes respondedores, la terapia admi-

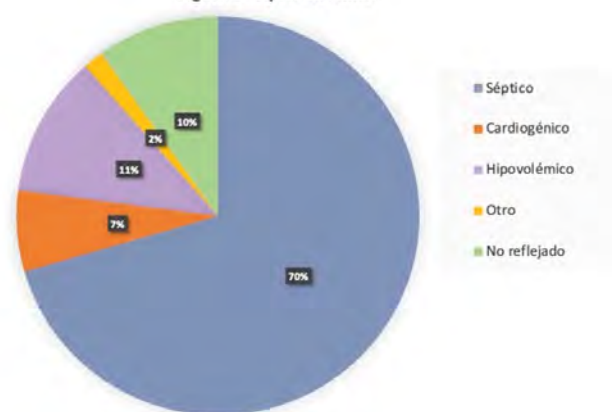
nistrada y la mortalidad hospitalaria por todas las causas y por el propio *shock*.

Resultados: Se recogieron 61 pacientes en estado de *shock* a los que se les había realizado una evaluación dinámica de la respuesta a fluidos. Aproximadamente la mitad de los pacientes analizados no respondieron a fluidoterapia. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla. El tipo más frecuente de *shock* era el séptico (70%), seguido del hipovolémico (11%). Las distribuciones de las causas del *shock* se muestran en la figura. La mortalidad global por todas las causas fue del 29,5%, y entre ellas el 83% era secundaria al *shock* séptico.

Características basales de los pacientes en estado de *shock*

	Pacientes (N = 61)	
	No respondedores (n = 30)	Sí respondedores (n = 31)
Hombre, n (%)	19 (63,3)	20 (64,5)
Edad, media (DE)	80 (9)	80 (11)
Cardiopatía previa, n (%)	19 (63,3)	23 (74,2)
Arritmia, n (%)	5 (16,7)	10 (32,3)
IAM previo, n (%)	1 (3,3)	4 (12,9)
IC, n (%)	13 (43,3)	7 (22,6)
Otros, n (%)	0 (0)	2 (6,5)
Comorbilidades, n (%)		
AOS, n (%)	1 (3,3)	0 (0)
Asma, n (%)	1 (3,3)	0 (0)
Cáncer, n (%)	1 (3,3)	1 (3,2)
EPID, n (%)	4 (13,3)	4 (12,9)
EPOC, n (%)	3 (10)	3 (9,7)
ETEV previa, n (%)	4 (13,3)	4 (12,9)
Terapia respiratoria no invasiva, n (%)	5 (16,7)	5 (16,1)
GNAF, n (%)	3 (10)	4 (12,9)
VMNI, n (%)	1 (3,3)	1 (3,2)
VMNI + GNAF, n (%)	1 (3,3)	0 (0)

Figura 1. Tipos de *shock*



Conclusiones: En nuestro estudio, únicamente la mitad de los pacientes que presentan un cuadro de *shock* son respondedores a volumen. La monitorización hemodinámica puede ser útil para guiar la fluidoterapia en este tipo de pacientes.

590. PREVALENCIA DE PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIO EN EL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA CON SOSPECHA DE NEUMONÍA ASPIRATIVA Y TEST DE DISFAGIA PATOLÓGICO

Marina Pérez Sayago, Rossana Isabel Barón López, Dania Beatriz Barbera Colina, Javier Navarro Estévez, Amando Márquez Sixto y Erika Lorenzo Ramos

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

Introducción: La neumonía aspirativa (NA) es una entidad frecuente en aquellos pacientes con disfagia orofaríngea, con una mayor prevalencia en personas ancianas o con enfermedades neurológicas que conlleven una alteración en la deglución. Se produce por la aspiración de partículas procedentes de la orofaringe o contenido gastroesofágico cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos y/o radiológicos. El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia de disfagia en paciente con sospecha de NA ingresados en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) de nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de los pacientes ingresados en la UCRI desde enero de 2021 hasta junio de 2023. Se seleccionaron aquellos pacientes a los cuales se les solicitó valoración de la deglución con interconsulta al buzón de enfermería para realizar el test de disfagia método exploratorio clínico volumen-viscosidad (MECV-V) a pie de cama ante la sospecha clínica y/o radiológica de neumonía aspirativa. El test consistía en administrar 3 texturas a distinta viscosidad "néctar, líquido y pudding" y 3 volúmenes crecientes de 5 cc, 10 cc y 20 cc, valorando alteraciones en la seguridad (tos, cambio del tono de voz y/o desaturación de oxígeno) y eficacia (deglución fraccionada, sello labial, residuo oral y/residuo faríngeo).

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes ingresados en la UCRI, con una media de edad de 65 años, de ellos el 52,2% (n = 132) fueron varones. Se realizó test de disfagia MECV-V en el 20,16% (n = 51) de los pacientes. El MECV-V resultó patológico en el 63%. De los 51 pacientes en los que se realizó el MECV-V, el 78,4% requirió oxigenoterapia y un 21,6% OAF. Un 62,7% presentó signos clínicos y/o radiológicos de neumonía aspirativa, de ellos el 60,8% precisó antibioterapia desde el inicio del ingreso.

Conclusiones: Disponer de métodos de cribaje a pie de cama como el test de disfagia método exploratorio clínico volumen-viscosidad permite identificar precozmente a los pacientes con disfagia orofaríngea que presentan alteraciones en la eficacia/seguridad de la deglución con alto riesgo de microaspiraciones y neumonías aspirativas. Es recomendable realizar el test de disfagia MECV-V a todo enfermo con ingreso hospitalario, requerimiento de oxígeno y hallazgos radiológicos que puedan hacer sospechar disfagia orofaríngea y/o trastorno de deglución, con el objetivo de evitar reingresos hospitalarios, así como disminuir las tasas de morbimortalidad.

709. RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL DE LA ACTIVIDAD DE UNA UCRI TRAS SU PUESTA EN MARCHA

Juan Manuel Mejía Romero¹, María Luisa González Vicente¹, Elena Lesaga López¹, Marta Domínguez Gómez¹, Francisco Navarro Muñoz¹, Alicia Saavedra Villafruela¹, Elena González Najarro¹, Francisco Javier Lamas Fernández¹, Cristina Muñoz Coroto¹, Antonio Requejo Jiménez¹, Roberto Martín de León¹ y Natalia Pascual Martínez²

¹Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ²UGC Neumología Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España.

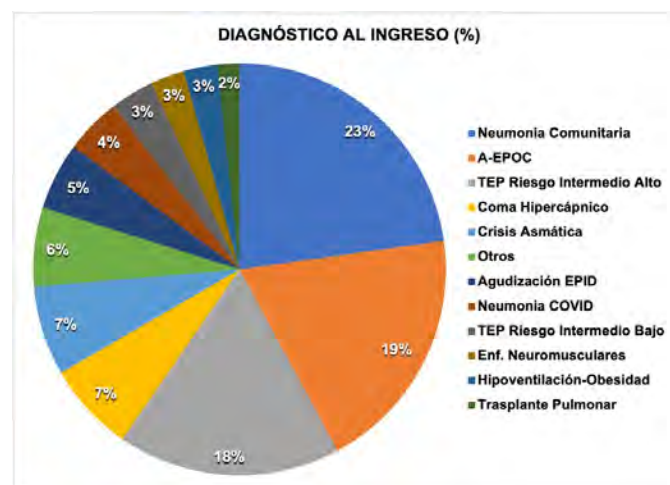
Introducción: Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) son estructuras eficientes que mejoran la calidad asistencial y supervivencia de los pacientes que precisan soporte respiratorio no invasivo (SRNI) como eje principal de su tratamiento. El objetivo del estudio es describir el perfil clínico de los pacientes admitidos en UCRI, así como los resultados en calidad asistencial y mortalidad en los primeros meses de su puesta en marcha.

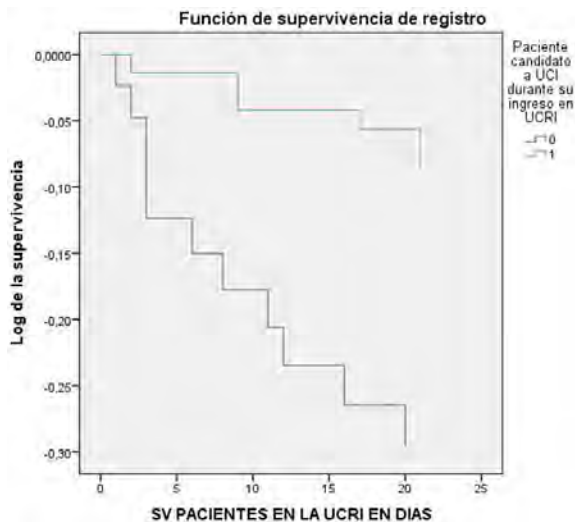
Material y métodos: Estudio observacional descriptivo con secuencia temporal transversal y retrospectivo en el que se han recogido los principales datos clínicos de pacientes admitidos en la UCRI

del Hospital Reina Sofía de Córdoba desde el 01/03/2023 al 01/11/2023. Se ha realizado el análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Se recogen un total de 116 pacientes, con una edad media de 62,97 ± 13,99 años, siendo un 55,2% varones. La estancia media es de 4,5 días. El índice de Charlson medio: 3,53 ± 2,48. Del total de pacientes, un 62,9% eran candidatos a UCI. Al ingreso en UCRI, el fallo respiratorio hipoxémico ha sido el de mayor frecuencia con 56,9%. Los diagnósticos más frecuentes: neumonía comunitaria (22,4%), A-EPOC (19%) y TEP (17,2%). El 71,6% ha precisado SRNI: 49% VNI, 39,7% OAF, y 17,2% combinación VNI/OAF. Los parámetros medios en VNI al ingreso son: PS: 10,4 ± 3,36, PEEP: 7,45 ± 1,37, FiO2: 45% ± 23; en OAF: Flujo medio: 44,55% ± 12,79, FiO2 media: 57% ± 22. En relación a los valores gasométricos al ingreso: pH medio: 7,40 ± 0,1, pCO2 medio: 50,74 ± 22,10, láctico medio: 1,6 ± 1,2; PAFI media: 222 ± 105,02. Un 13,8% han precisado traslado a UCI. Los reingresos en UCRI se han producido en el 1,7%. La mortalidad intra-UCRI ha sido del 8,6% y a los 30 días de 14,7%. La presencia de comorbilidades (p < 0,012) y los pacientes con techo de tratamiento (p < 0,008) están relacionados significativamente con la mortalidad. El fallo respiratorio hipoxémico respecto al hipercápnico tiene menor supervivencia intra-UCRI y a los 30 días, pero sin significación estadística. Los procedimientos más frecuentes realizados aparte del SRNI, han sido la ecoscopia cardiaca, PICC y fibrobroncoscopia terapéutica.

Características de pacientes ingresados en UCRI	
N. total de ingresos	116
Edad media	62,97 ± 13,99 años
Sexo	55,2% varones, 44,8% mujeres
Diagnóstico al ingreso	23% neumonía comunitaria 19% A-EPOC 18% TEP riesgo intermedio alto 7% coma hipercápnico 7% crisis asmática 6% otros 5% agudización EPID 4% neumonía COVID 3% TEP riesgo intermedio bajo 3% enf. neuromusculares 3% hipoventilación-obesidad 2% trasplante pulmonar
Índice de Charlson medio	3,53 ± 2,48
Fallo respiratorio	56,9% FR hipoxémica 33,6% FR hipercápnica 9,5% No FR
SRNI	El 71,6% ha precisado SRNI: 49% VNI 39,7% OAF 17,2% combinación VNI/OAF
Estancia media en UCRI	4,5 días
Mortalidad	Intra-UCRI 8,6% A los 30 días 14,7%





Conclusiones: A pesar de ser una unidad de reciente creación, los resultados en calidad asistencial, referentes a la mortalidad y reintegro, no difieren de las series publicadas en la literatura. En nuestra muestra, el índice de comorbilidad y el techo de tratamiento se relacionan significativamente con la mortalidad.

318. UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI): DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA VIDA REAL Y TASA DE MORTALIDAD EN COMPARACIÓN CON SCORE DE GRAVEDAD SAPS II

Elena Prina, Imanol González, Pablo Flórez Solarana, Cristina Lalmolda Puyol, Daniela Yamunaqué Camperón, Juan José Arrieta Rodríguez y Manuel Luján Torné

Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

Introducción: Tras la pandemia de COVID-19, se ha observado un aumento en la creación de Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) dirigidas por neumólogos. Aunque se han realizado numerosos estudios sobre pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), escasos estudios han valorado las características de la población admitida en la UCRI y la mortalidad específica. El presente estudio tiene como objetivos principales: 1) Describir las características de los pacientes ingresados en nuestra UCRI, incluyendo diagnósticos, soporte respiratorio y desenlaces clínicos. 2) Comparar la mortalidad de nuestra población con la predicha por el Sistema de Puntuación Simplificado II (SAPS II), un marcador pronóstico utilizado en UCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó datos de pacientes ingresados en la UCRI del Hospital Taulí, desde junio de 2022 hasta enero de 2023.

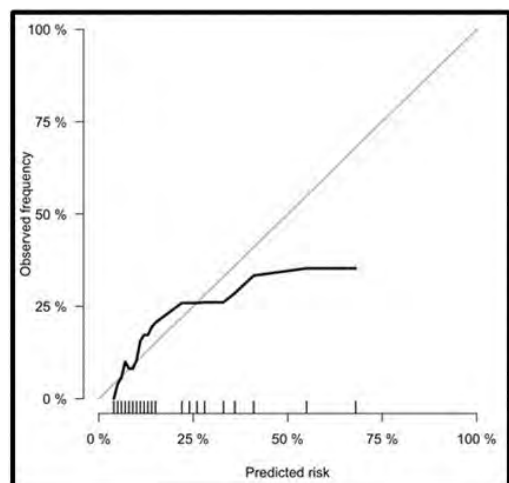
Resultados: De un total de 295 pacientes ingresados durante un año, se presentan datos preliminares correspondientes a 64 pacientes. Las principales características de los pacientes se detallan en la tabla 1. La causa principal de ingreso fue la exacerbación de EPOC (37%), seguida de neumonía adquirida en la comunidad (34%) (tabla 2). El 87% de los pacientes (56 pacientes) requirió soporte ventilatorio no invasivo. De estos, el 50% necesitó terapia nasal de alto flujo, el 19% ventilación mecánica no invasiva y un paciente CPAP. Un total de 16 pacientes (28%) recibieron una combinación de soporte ventilatorio. Se registró una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 14% (9 pacientes). El número de muertes esperadas según el SAPS II era de 13 pacientes, lo que se traduce en un índice de mortalidad estandarizado de 0,68 (IC del 95%, 0,36-1,28) como se muestra en la figura.

Tabla 1. Características principales de los pacientes ingresado en la UCRI

Características principales	N (%)
Edad media	67
Hombres	40 (62)
Fumador	48 (75)
EPOC	32 (50)
Hipertensión	36 (56)
Diabetes	19 (30)
Obesos	20 (31)
Cardiopatía	27 (42)
Hipertensión pulmonar	11 (17)
AOS	15 (23)
Neuromuscular	4 (6)
Disfunción diafragmática	4 (6)
Psicofármacos	15 (23)
Inmunosuprimido	16 (25)
Neoplasia localizada	3 (5)
Neoplasia metastásica	5 (8)
Neoplasia hematológica	3 (5)
Neoplasia previa	6 (9)
Hepatopatía	8 (12)
Limitado para UCI	26 (41)

Tabla 2

Diagnóstico al ingreso	N (%)
IRA global con acidosis	21 (33)
IRA hipoxémica	36 (56)
Hemoptisis	4 (6)
Neuromuscular miastenia	1 (1)
Traqueostomía	1 (1)
Hipercapnia sin acidosis	1 (1)
Causa principal de ingreso	
Exacerbación EPOC	24 (37)
NAC	22 (34)
Neumonía nosocomial	4 (6)
TEP	3 (5)
Hemoptisis	3 (5)
ICC o EAP	3 (5)
Exacerbación asma	2 (3)
Exacerbación EPID	1 (1)
Broncoaspiración	1 (1)
Neuromuscular	1 (1)
Desenlaces clínicos	
Estancias media UCRI, días	7
Estancias medias hospitalaria, días	23
Ingresos UCI	2 (3)
IOT	2 (3)
Mortalidad UCRI	4 (6)
Mortalidad intrahospitalaria	9 (14)
Soporte respiratorio recibido	
Oxigenoterapia convencional	8 (12)
Soporte ventilatorio	56 (87)
OAF	28 (50)
CPAP	1 (1)
VMNI	11 (19)
OAF + CPAP	4 (7)
OAF + VMNI	8 (14)
OAF + CPAP + VMNI	4 (7)



Conclusiones: En nuestra de UCRI, la mayoría de los pacientes ingresados presentaban comorbilidades respiratorias, factores de riesgo cardiovascular y requerían soporte ventilatorio. Se observó que la escala SAPS II sobreestimó la mortalidad en aquellos pacientes con puntajes más altos. Este estudio preliminar evidencia la necesidad de desarrollar nuevos índices pronósticos específicos para pacientes admitidos en UCRI, dado que esta población presenta características distintas a las usualmente ingresadas en la UCI.

603. USO DE CÁNULA DE MONTGOMERY EN LA DECANULACIÓN DE PACIENTES CON WEANING PROLONGADO

Ana Pardessus Otero, Paula Pujal Montaña, Albert Rafecas Codern, Carolina Panadero Paz, Carme Puy Rion, Patricia Peñacoba Toribio, Macarena Segura Medina y Antonio Antón Albisu

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

Introducción: A pesar de las implicaciones favorables que supone el uso de la cánula Montgomery en el proceso de decanulación, no está presente en ningún protocolo publicado hasta el momento. **Objetivo:** Analizar las características de los pacientes y los resultados obtenidos con el uso de la cánula Montgomery en los primeros casos realizados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes a los que se les colocó una cánula de Montgomery durante el proceso de decanulación desde diciembre de 2018 hasta octubre de 2023 en el Servicio de Neumología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. La indicación de Montgomery fue establecida tras valoración por el equipo de Neumología especializado en el manejo del paciente con necesidades de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Su colocación se realizó cuando el paciente cumplía criterios de decanulación (48 h con la cánula tapada). El procedimiento se llevó a cabo con visión por fibrobroncoscopia y sedación superficial.



Cánula Montgomery.

Resultados: Se estudiaron 39 pacientes (71,8% varones), con una media de 64 años (DE 12,58) y un IMC medio de 25,85 Kg/m² (DE 5,34). Los antecedentes respiratorios predominantes fueron limitación crónica al flujo aéreo y enfermedad neuromuscular. En el 30,8% de los casos el motivo de intubación orotraqueal (IOT) fue multifactorial. El motivo de traqueostomía (TM) en el 56,4% de los casos fue miopatía. La necesidad de ventilación mecánica invasiva fue de 56 días de media (DE 70,56) y 5 días (DE 13,92) de VMNI. En la mayoría de los casos la cánula inicial tenía un diámetro interno de 8 mm (Tracoe®). Se realizó cambio de cánula en el 60,5% de los pacientes y fibrobroncoscopia previa sin hallazgos patológicos en el 84,6%. El tiempo desde la IOT hasta la TM fue de 40 días de media y 16 días (DE 18,23) de pausa previa colocación de Montgomery. Solo en el 20,5% de los pacientes se continuó la VMNI. Los pacientes estuvieron una media de 21 días con la Montgomery. Su uso evitó la reintubación por fallo de decanulación en los pacientes reanulados (17%). La causa de

reanulación en la mayoría de los casos fue mal manejo de secreciones. Dos pacientes fallecieron antes del alta y el 36,8% altados a domicilio con la cánula. Al año de la colocación del Montgomery habían fallecido 12 pacientes y 4 permanecieron con necesidad de VMNI.



Cánula Montgomery colocada visión endoscópica.

Conclusiones: El uso de la cánula de Montgomery como paso intermedio en el proceso de decanulación para pacientes con *weaning* prolongado es una técnica segura que permite la decanulación definitiva en la mayoría de los casos.

553. USO DE LA HEMICÁNULA EN PACIENTES CON ELEVADO RIESGO DE RECANULACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

Alba Fernández Boza, María Barca Hernando, Demetrio González Vergara, Álvaro Romero Valera, Celia Zurita Castañeda y Sergio López Ruz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: Los pacientes con destete prolongado de la ventilación mecánica invasiva (VMI) y con alto riesgo al fallo de la decanulación son un desafío para los clínicos en las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI). Las hemicánulas son dispositivos que permiten mantener el estoma de la traqueostomía permeable permitiendo evitar una posible reanulación, reintegro en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o reintubación y a la vez posibilitan el uso de la ventilación mecánica no invasiva. A pesar de sus ventajas, la evidencia de este tipo de dispositivos usados en el proceso de la decanulación aún es muy limitada. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la incidencia y las complicaciones asociadas a las hemicánulas en el destete de la VMI y decanulación en nuestra UCRI.

Material y métodos: Cohorte de pacientes consecutivos ingresados desde noviembre de 2022 a noviembre de 2023 en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios a los que se había colocado una hemicánula en su proceso de decanulación. Se realizó un análisis descriptivo tanto de variables clínicas como sociodemográficas y se estudió como variable principal la proporción de pacientes con necesidad de reanulación tras la colocación de la hemicánula.

Resultados: Desde noviembre de 2022 a noviembre de 2023 se incluyeron 9 pacientes con hemicánula, de los cuales el 56% fueron hombres y con una edad media de 65 años. Casi la mitad (44% del total) ingresaron en UCRI por causa infecciosa y todos ellos presentaban polineuropatía del paciente crítico en el momento del ingreso. La mediana de tiempo en UCRI fue de 52 días, la mediana de tiempo de traqueostomía fue de 105 días y la mediana de tiempo de ventilación mecánica invasiva fue de 81 días. El 11% del total de la muestra (1 paciente) precisó de reanulación posterior a la colocación de hemicánula. No se objetivó mortalidad a los 30 días durante todo el seguimiento. Hasta un 56% del tamaño muestral precisó de ventilación mecánica no invasiva posterior a su decanulación.

	n: 9 pacientes
Sexo hombre, n (%)	5 (56%)
Edad, años (media $\pm$ DT)	65 ($\pm$ 9,5)
Diagnóstico principal (%)	Infeccioso 44% Neurocirugía 22% Otra cirugía 11% Respiratorio 11% Otra causa médica 11%
Polineuropatía al ingreso, n (%)	9 (100%)
Necesidad de reintubación o reanulación previa, n (%)	5 (56%)
Numero de reanulaciones/reintubaciones previas, media ($\pm$ DT)	1,2 ($\pm$ 1,3)
Tiempo ingreso UCRI, días (mediana, p25-75)	52 (29-138)
Tiempo traqueostomía, días (mediana, p25-75)	105 (53-136)
Tiempo ventilación mecánica invasiva, días (mediana, p25-75)	81 (32-118)
Reanulación tras colocación de hemicánula, n (%)	1 (11%)
Necesidad de ventilación mecánica no invasiva, n (%)	5 (56%)
Mortalidad a 30 días, n (%)	0 (0%)

Conclusiones: El uso de la hemicánula en el progreso de la decanulación es un método seguro con tasas de reanulación comparables a otras series publicadas.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

126. ALTERACIONES DEL SUEÑO EN UNA TRIPULACIÓN FEMENINA (HYPATIA I) DURANTE UNA MISIÓN ANÁLOGA A MARTE

Anna Núñez Condominas¹, Carla Conejo González²,
Aida Muñoz Ferrer¹, Georgina Company Se¹,
Ignacio Vicente Causarano¹ y Jorge Abad Capa¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

²Hypatia Mars Association, Barcelona, España.

Introducción: Las misiones análogas buscan reproducir de manera controlada condiciones similares al espacio para ayudar a los astronautas a prepararse para misiones reales. Estudiar los patrones de sueño durante misiones análogas es esencial para garantizar la salud, el rendimiento y el bienestar general de los tripulantes y contribuir al éxito de las misiones espaciales a largo plazo. Existen estudios previos en tripulaciones masculinas, pero la representación femenina es muy escasa.

Material y métodos: Se estudió el patrón de sueño de las integrantes de la misión Hypatia I durante una misión análoga en la Mars

Desert Research Station (MDRS) en el desierto de Utah (EUA) en abril de 2023. La tripulación estaba compuesta por un equipo multidisciplinar de 7 mujeres (36,8 años, rango 28-48 años). Se definieron 2 periodos de estudio; simulación y basal (tabla 1). Los datos de sueño se obtuvieron a través de un dispositivo portátil de muñeca del modelo Fitbit Sense 2 de Google (Fitbit Inc, San Francisco, CA, EE. UU.).

Resultados: Encontramos diferencias significativas entre en tiempo total de sueño, vigilia y descanso entre simulación y periodo basal (fig. 1). En simulación durmieron menos, pasaban menos tiempo despiertas en cama y tenían menos tiempo de descanso durante el día. Las participantes tuvieron menos tiempo de sueño REM en simulación (fig. 2).

Definición de los periodos de estudio. En simulación se definen 2 periodos de adaptación pre y posmisión

Simulación	Basal
First Night Pre-SIM	12-13 abril
Last Night Pre-SIM	15-16 abril
Night Early-SIM	16-17 abril
First Night SIM	17-18 abril
Pre-Weekend Night SIM	21-22 abril
Post-Weekend Night SIM	23-24 abril
Last Night SIM	27-28 abril
Night Late-SIM	28-29 abril
First Night Post-SIM*	29-30 abril
Last Night Post-SIM	03-04 mayo
	Night Early-BASE
	First Night BASE
	Pre-Weekend Night BASE
	Post-Weekend Night BASE
	Last Night BASE
	Night Late-BASE
	28-29 mayo
	29-30 mayo
	02-03 junio
	04-05 junio
	08-09 junio
	09-10 junio

*Noche de vuelo internacional sin datos de sueño.

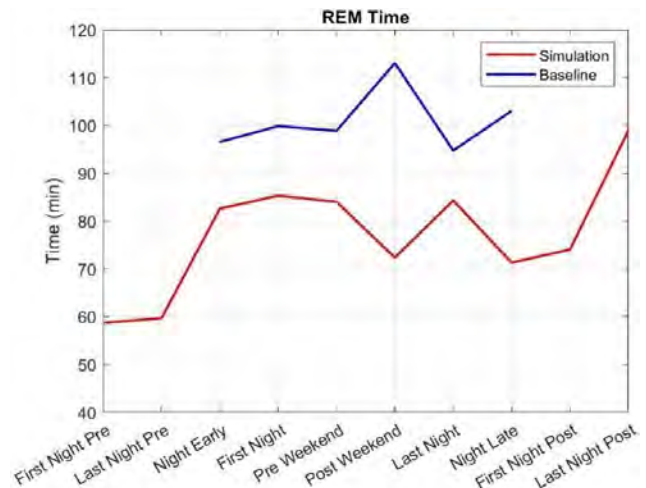


Figura 2. Resultados tiempo de sueño REM.

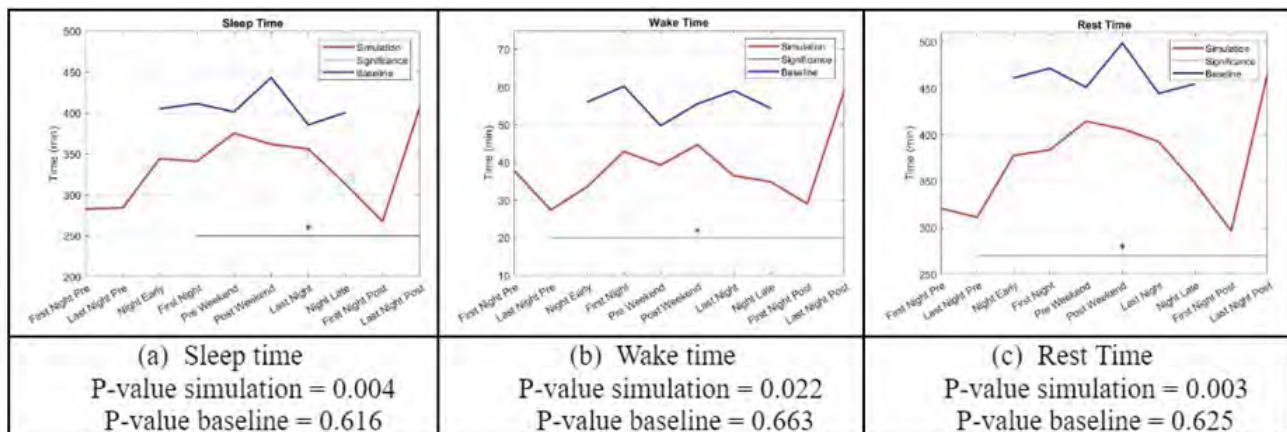


Figura 1. Comunicación 126. Resultados de tiempo total de sueño, tiempo de vigilia y tiempo de descanso.

Conclusiones: Las tripulantes de la misión Hypatia I presentaron alteraciones en la cantidad y la calidad del sueño. Estas alteraciones pueden tener consecuencias a nivel de salud de las participantes y también en el desarrollo de la misión. El uso de nuevas tecnologías que permitan la monitorización de señales biológicas de manera remota y en tiempo real será fundamental para este tipo de misiones en el futuro.

675. ANÁLISIS DE LA ALBÚMINA MODIFICADA POR ISQUEMIA (IMA) COMO POSIBLE BIOMARCADOR DE DAÑO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Pilar Resano Barrio¹, Esther Solano Pérez¹, Carlota Coso Serrano¹, Carolina Cubillos Zapata², Sofía Romero Peralta¹, Esther Viejo Ayuso¹, Laura Silgado Martínez¹, Leticia Álvarez Balado¹, María Castillo García¹, Francisco García Río², Manuel Sánchez de la Torre³ y Olga Mediano San Andrés¹

¹Hospital de Guadalajara, Guadalajara, España. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³IRB Lleida, Lleida, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) condiciona un mayor riesgo de alteración cardiovascular (CV), incluida la hipertensión arterial (HTA), enfermedad arterial coronaria, arritmias, especialmente la fibrilación auricular (FA), accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca (ICC) y mortalidad CV por todas las causas. La albúmina es la proteína con mayor concentración plasmática, y entre sus funciones se encuentra el transporte de iones metálicos en su región amino terminal (N-terminal). En condiciones de isquemia, se produce un cambio en el extremo N-terminal dando lugar a la albúmina modificada por isquemia (IMA). IMA se ha identificado como un biomarcador CV específico.

Material y métodos: El objetivo de este estudio fue evaluar el papel de IMA como biomarcador potencial para determinar el impacto de la AOS en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Estudio anidado en el proyecto ISAACC: "Impacto del síndrome de apneas-hipopneas del sueño en la evolución del síndrome coronario agudo. Efecto de la intervención con presión positiva continua en la vía aérea". Se evaluaron, de manera consecutiva, un total de 925 muestras biológicas de pacientes con diagnóstico de SCA. Para establecer el diagnóstico de AOS, a todos los pacientes se les realizó una poligrafía respiratoria en las primeras 24 a 72 h después del ingreso.

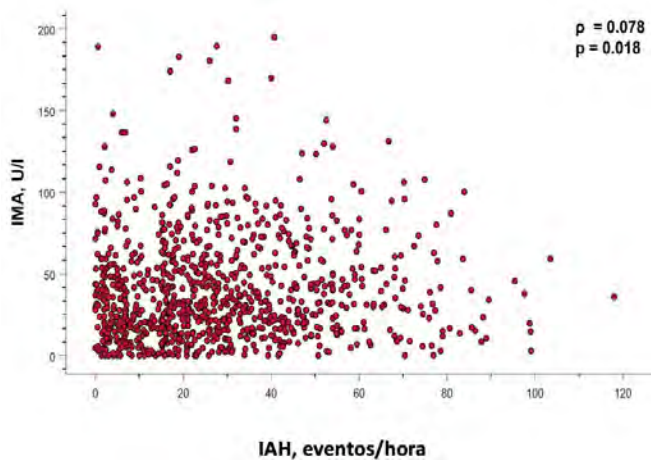
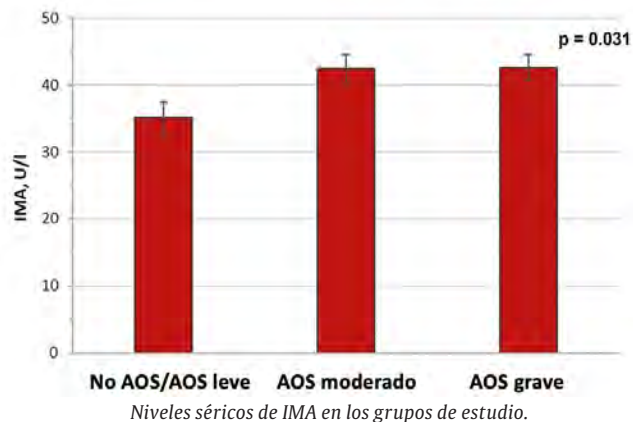
Tabla 1. Comunicación 675

Características generales y parámetros del estudio de sueño de los participantes, clasificados por la gravedad de la AOS					
Parámetros	No AOS/AOS leve (n = 255)	AOS moderado (n = 300)	AOS grave (n = 370)	Total (n = 925)	p
Características generales					
Mujeres	38 (14,9%)	56 (18,7%)	49 (13,2%)	143 (15,5%)	0,149
Edad, años	58 ± 12	59 ± 10	60 ± 10	59 ± 10	0,199
IMC, kg/m ²	27,0 ± 3,9	28,4 ± 4,0	30,5 ± 4,8	28,8 ± 4,6	< 0,001*
Circunferencia del cuello, cm	40 ± 4	40 ± 4	41 ± 3	41 ± 4	< 0,001*
Índice cintura-cadera	0,98 ± 0,07	0,98 ± 0,10	0,99 ± 0,07	0,99 ± 0,08	0,048*
Parámetros de sueño					
ESE	5 ± 3	5 ± 2	5 ± 2	5 ± 3	< 0,001*
Duración estudio, min	414,40 ± 58,45	406,78 ± 51,24	408,14 ± 56,42	409,42 ± 55,40	0,232
IAH (eventos/h)	6,11 ± 3,97	21,38 ± 4,50	49,70 ± 17,42	28,50 ± 21,61	< 0,001*
ODI 4%	9,06 ± 15,34	19,99 ± 14,03	46,76 ± 39,83	27,65 ± 31,96	< 0,001*
SpO2 media, %	92,55 ± 8,42	92,29 ± 7,66	91,92 ± 6,72	92,22 ± 7,52	0,586
SpO2 mínima, %	85,05 ± 10,61	82,93 ± 8,55	80,14 ± 9,34	82,40 ± 9,66	< 0,001*
Historia médica					
HTA	107 (42,0%)	160 (53,3%)	217 (58,6%)	484 (52,3%)	< 0,001*
Diabetes	55 (21,6%)	73 (24,3%)	91 (24,6%)	219 (23,7%)	0,647
Dislipidemia	134 (52,5%)	179 (59,7%)	213 (57,6%)	526 (56,9%)	0,226
Enfermedad CV	56 (22,0%)	59 (19,7%)	71 (19,2%)	186 (20,1%)	0,679
Enfermedad cerebrovascular	9 (3,5%)	8 (2,7%)	10 (2,7%)	27 (2,9%)	0,793
Enfermedad respiratoria	17 (6,7%)	12 (4,0%)	25 (6,8%)	54 (5,8%)	0,255
Enfermedad neurológica	18 (7,1%)	14 (4,7%)	13 (3,5%)	45 (4,9%)	0,126

Tabla 2. Comunicación 675

Parámetros cardiovasculares relacionados con la gravedad del síndrome coronario agudo en función de la gravedad de la AOS					
Parámetros	No AOS/AOS leve (n = 255)	AOS moderado (n = 300)	AOS grave (n = 370)	Total (n = 925)	p
Parámetros del SCA					
FEV1, %	57,51 ± 9,36	53,21 ± 10,81	54,59 ± 9,70	54,94 ± 10,11	< 0,001*
Número de vasos coronarios, media	1,66 ± 0,91	1,77 ± 0,87	1,79 ± 0,95	1,75 ± 0,92	0,201
Obstrucción vascular, %	86,78 ± 20,90	86,48 ± 18,41	87,77 ± 20,80	87,10 ± 20,17	0,753
Stent, % de pacientes	215 (84,3%)	261 (87,0%)	311 (84,1%)	787 (85,1%)	0,523
Número de stents, media	1,35 ± 1,12	1,40 ± 1,08	1,45 ± 1,21	1,41 ± 1,14	0,563
Cirugía, % de pacientes	6 (2,4%)	16 (5,4%)	21 (5,8%)	43 (4,7%)	0,111
Estancia hospitalaria, días	5,98 ± 2,87	7,01 ± 5,17	6,66 ± 4,29	6,59 ± 4,29	0,017*
Estancia en UCI, días	2,06 ± 1,32	2,36 ± 2,00	2,19 ± 1,81	2,21 ± 1,76	0,127
Primer episodio de SCA	215 (84,6%)	255 (85,0%)	320 (86,5%)	790 (85,5%)	0,779
Complicaciones, % de pacientes	18 (7,1%)	38 (12,7%)	41 (11,1%)	97 (10,5%)	0,088
Escala NYHA					
n	190	130	179	499	0,417
0	179 (94,2%)	125 (96,2%)	164 (91,6%)	468 (93,8%)	
1	9 (4,7%)	4 (3,1%)	12 (6,7%)	25 (5,0%)	
2	2 (1,1%)	1 (0,8%)	1 (0,6%)	4 (0,8%)	
3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)	2 (0,4%)	
Killip					
n	242	287	354	883	0,095
I	226 (93,4%)	262 (91,3%)	312 (88,1%)	800 (90,6%)	
II	15 (6,2%)	24 (8,4%)	34 (9,6%)	73 (8,3%)	
III	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (1,4%)	5 (0,6%)	
IV	1 (0,4%)	1 (0,3%)	3 (0,8%)	5 (0,6%)	

Para identificar los valores de IMA, se realizó una analítica de sangre a la mañana siguiente del estudio del sueño.



Relación entre los niveles séricos de IMA y el índice de apnea-hipopnea (IAH).

Resultados: En la muestra de sujetos se encontraron niveles de IMA más altos en pacientes con AOS grave (mediana [RIQ], 33,7 (17,2-60,3) U/L) o AOS moderada (32,8 [16,9-58,8] U/L) en comparación con pacientes sin AOS/AOS leve (27,7 (11,8-48,6) U/L) ($p = 0,002$) (fig. 1a) en el análisis no ajustado. Cuando se realizó el análisis de los valores

de IMA ajustados por sexo, edad, IMC, circunferencia del cuello y relación cintura/cadera, los niveles se mantuvieron más altos en pacientes con AOS grave (media ajustada $\pm$ error estándar de la media [EEM], $42,6 \pm 1,9$ U/L) o moderada ($42,4 \pm 2,1$ U/L) versus pacientes sin AOS/AOS leve ($35,1 \pm 2,4$ U/L) ($p = 0,031$) (fig. 1b). Los niveles de IMA presentan una correlación débil, pero estadísticamente significativa con el IAH ($\rho = 0,078$, $p < 0,018$) (fig. 2).

Conclusiones: IMA emerge como un biomarcador que contribuiría a identificar un menor efecto CV deletéreo de la AOS cuando hay SCA.

237. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP DURANTE LAS OLAS DE SARS-CoV-2

Julio Israel Merino Oviedo, Francisco Javier Agustín Martínez, Fátima Moreno Sánchez, Ana Díaz-Cordovés Menéndez, Rafael Sánchez Baillo, Juan Andrés Abad Gómez, Nazaret Gómez Sánchez, Raúl Godoy Mayoral y Raúl Hidalgo Carvajal
Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España.

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo conocido para la gravedad de la neumonía por SARS-CoV-2. Debido a la alta prevalencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) en este grupo de pacientes, hemos realizado este trabajo para analizar la mortalidad de los pacientes con AOS en tratamiento con CPAP durante las diferentes oleadas de COVID-19 durante los años 2020 y 2021.

Material y métodos: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo, de pacientes en las que la empresa suministradora de terapias con CPAP nos ha comunicado su baja de tratamiento. La muestra comprende desde enero del 2018 hasta diciembre del 2021. De las 1.481 bajas de tratamiento, 437 fueron por defunción. Siguiendo aproximadamente las estadísticas proporcionadas por el Instituto de Salud Carlos III hemos definido las fechas de las diferentes oleadas de la siguiente manera: 1ª oleada marzo 2020, 2ª oleada octubre 2020, 3ª oleada enero 2021, 4ª mayo 2021, 5ª oleada julio 2021 y 6ª oleada diciembre 2021.

Resultados: La $n = 437$ pacientes de los cuales 30,69% fueron mujeres y 69,30% hombres. La edad media fue de 77 años (desviación estándar 12). Durante el año 2018 se produjeron 89 bajas de tratamiento secundarias al fallecimiento del paciente, durante el 2019 fueron 119, durante el 2020 fueron 120 y durante el 2021 fueron 109. El mes que más defunciones hubo fue en septiembre del 2019. Se lleva a cabo un análisis de ANOVA de dos vías para evaluar posibles

Gráfico 1. Evolución de la defunción de pacientes en tratamiento con CPAP 2018-2021



Figura 1. Comunicación 237.

diferencias en la mortalidad entre los años y meses, y los resultados indican que la estadística de prueba es para las filas (años) de F 1,83 (p 0,16) y para las columnas (meses) de F 1,37 (p 0,231), sugiriendo que no existen diferencias significativas entre los años y meses en términos de mortalidad. En la figura se observa con detalle la evolución de las defunciones de pacientes con CPAP y marcado con flecha roja una oleada de SARS-CoV-2.

Conclusiones: A pesar de que existen múltiples limitaciones en la metodología realizada en este estudio al basar exclusivamente los datos de defunción a la información suministrada por la empresa de terapias, podemos concluir que no han existido diferencias significativas respecto a la mortalidad en pacientes con apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP.

254. APNEA DEL SUEÑO EN MAYORES DE 75 AÑOS: COMPARATIVA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y POLIGRÁFICAS EN RELACIÓN A PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS

Manuel Pintos Louro, Mar Mosteiro Añón, Almudena González Montaos, Eva Gómez Corredoira, María Torres Durán, María José Muñoz Martínez, Luis Alberto Pazos Area y José Alberto Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Introducción: Con el envejecimiento de la población hay una demanda creciente de estudios de apnea del sueño en pacientes (pcts) ancianos mayores de 75 años, mientras que las recomendaciones derivan de estudios en grupos de menor edad. **Objetivo:** Conocer las características clínicas, la gravedad de IAH y perfil de prescripción de CPAP en nuestros pacientes > 75 años y compararlos con los de < 65 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos recogidos de forma protocolizada en la base de datos de la unidad de sueño entre febrero-2013 y octubre-2023. Se agrupan los datos clínicos y poligráficos según grupo de edad < 65 y > 7 años. Se utiliza χ^2 cuadrado para variables categóricas, y t-Student para variables continuas.

Características de AOS en menores 65 años y mayores de 75 años			
	< 65 años	> 75 años	p
Sexo (% varón)	61%	65,4%	0,02
IMC	33,11 (7,2)	32,5 (6,06)	0,03
Cuello	49,7 (7)	41,9(4)	0,36
Epworth	11,55 (5,9)	9,9 (5,5)	0,000
HTA	27,5 %	38%	0,000
Cardiopatía isquémica	2%	5,5%	0,000
Antidepresivos, hipnóticos	7,6%	7,2%	0,770
Benzodiazepinas	4,8%	4,7%	0,880
IAH	28,6 (24)	35 (19)	0,000
IAH supino	38,4 (28)	41 (22)	0,051
TC90	15 (22)%	30 (29)%	0,000
Hipopneas ^a	60%	59%	0,88
Apneas obstructivas y mixtas ^a	34%	36%	0,81
Apneas centrales ^a	5,5%	4,8%	087
^a % del total de eventos			

Resultados: De 6.534 pcts, 5240 (80%) son < 65 años, 485 (7,4%) > 75 años. Las características de ambos grupos se muestran en la tabla. Las diferencias significativas son que los ancianos tienen menor Epworth (9,9 vs. 11,5), mayor prevalencia de HTA (38 vs. 27,5%), de cardiopatía isquémica (5,1 vs. 2%). Mayor % de varones (65,4 vs. 60,7%). El IAH promedio es mayor (35 vs. 28,6) con un% de pacientes con IAH en rango grave y muy grave (35% y 21,4%) más alto que en los < 65 años (18,4% y 16,4%). La prescripción de CPAP es menor en ancianos en rango de IAH leve-moderado e incluso graves, pero no en muy graves.

Conclusiones: Los ancianos de > 75 años son el 7,4% de los pacientes estudiados por sospecha de AOS; a pesar de percibir menos somnolencia, tienen una apnea más grave que los < 65 años; y la probabilidad de prescripción de CPAP en este grupo es mucho menor en caso de IAH leve y moderado, e incluso en IAH entre 30 y 50.

214. APNEA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR DE LENTA EVOLUCIÓN (ENMLE)

Patricia Álvarez Álvarez, Gemma Rubinos Cuadrado, María José Vázquez López, Ramón Fernández Álvarez, Claudia Madrid de Hidalgo, Pablo Lozano Cuesta, Inés Ruiz Álvarez, Ina Guerassimova Iordanova, Marta Íscar Urrutia, Juan Francisco Nieves Salceda, Laura Abad Chamorro, Eduardo Sánchez Vázquez, María Rodil Riera, Isabel Martínez González-Posada, Claudia Mañana Valdés, Marina Acebo Castro y Marta María García Clemente

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: Las ENM constituyen un grupo heterogéneo de entidades caracterizado por la presencia de debilidad muscular progresiva. Podemos diferenciarlas en aquellas que cursan con evolución rápida a insuficiencia respiratoria (ELA) y el resto que muestran una evolución generalmente más lenta hacia el fracaso respiratorio. La existencia de compromiso muscular lleva a una mayor probabilidad de padecer trastornos respiratorios durante el sueño (TRS), aunque la relación entre ambas situaciones no está claramente establecida. De los TRS la apnea obstructiva (AOS) es el más prevalente. Según el IAH la AOS se clasifica en leve (IAH 5-14), moderada (IAH 15-29) y grave (IAH $\geq$ 30). Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de AOS en pacientes con ENMLE y su posible relación con la debilidad muscular.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Incluimos pacientes con diagnóstico de ENMLE a los que se les realizó una poligrafía respiratoria domiciliaria (PRD) y pruebas de función pulmonar (PFP). Variables recogidas: Edad, género, IMC, IAH, T90, pO₂, pCO₂, FEV1, FVC, FEV1/FVC%, caída FVC en decúbito, PIM, PEM y MVV, somnolencia diurna por puntuación en test de Epworth. Las variables cualitativas se muestran como porcentajes y las cuantitativas como media y DS. El estudio analítico se realizó mediante el contraste de medias (t de Student). Consideramos significativo un valor de p < 0,05.

Tabla 2. Comunicación 254

Gravedad de IAH y prescripción de CPAP según grupo de edad

Grupo edad	Leve		Moderado		Grave		Muy grave	
	< 65	> 75	< 65	> 75	< 65	> 75	< 65	> 75
N (% grupo edad)	1215 (23%)	58 (12%)	1287 (24,5%)	105 (21,6%)	964 (18,4%)	171 (35%)	861 (16,4%)	104 (21,4%)
Indicación CPAP*	578 (47,6%)	9 (15,5%)	896 (71%)	59 (56%)	919 (95%)	142 (83%)	840 (97,5%)	104 (95%)
p*		0,000		0,000		0,045		0,578

*Prueba chi-cuadrado para prescripción de CPAP según gravedad IAH y por grupos de edad.

Resultados: Incluimos 50 pacientes, 28 hombres (56%), edad media 51 ($\pm$ 16) a. La patología más frecuente fue miastenia gravis (8), distrofia miotónica (7), distrofia de cinturas (5), distrofia facio-escápulo-humeral (4) y parálisis diafragmática (4), 22 sujetos tenían otras ENMLE de diversa naturaleza. La PRD mostró un IAH > 5/h en el 72%, 18 (36%) tenían AOS moderada-grave. En la tabla adjunta se muestran las diferencias en la función pulmonar entre los pacientes con AOS moderado-grave y el resto de casos.

	AOS moderado/grave	AOS leve/NO AOS	p
Edad	52 (11)	49 (18)	NS
IMC	34 (7)	27 (6)	0,034
pO ₂	77 (13)	88 (11)	0,008
HCO ₃ ⁻	26 (2)	25 (1)	NS
pCO ₂	42 (6)	39 (3)	NS
FEV ₁	75 (17)	77 (24)	NS
FVC	73 (16)	79 (18)	NS
Caída FVC decúbito	10 (2)	8 (2)	NS
MVV	29 (39)	10 (18)	NS
PIM	33 (36)	24 (30)	NS
PEM	45 (54)	29 (37)	NS
IAH	30 (18)	5 (3)	0,0001
T90	35 (34)	7 (15)	0,004
Epworth	6 (4)	5 (2)	NS

Conclusiones: 1. En nuestra serie encontramos un 72% de sujetos con AOS, 36% moderada-grave. 2. La presencia de hipersomnia diurna es poco frecuente en ENMLE. 3. La debilidad de la musculatura respiratoria no se relacionó con la gravedad del AOS. 4. En el perfil del paciente con ENMLE y AOS destacan la hipoxemia diurna y nocturna y la obesidad. 5. En este tipo de pacientes es necesario mantener un elevado índice de sospecha para el diagnóstico de TRS.

778. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO POSICIONAL. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

Karla Margarita Cordero Camacho¹, Fernando Gil Diez¹, Claudia Beigveder Durante¹, Ángela Álvarez Suárez¹, Carmen Ainhoa Arroyo Domingo¹, Tomás Ruiz Albi¹, Daniel Álvarez González², Fernando Moreno Torrero¹, Gonzalo Gutiérrez Tobal², Fernando Vaquerizo Villar², Roberto Hornero Sánchez² y Félix del Campo Matías¹

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ²Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: La apnea posicional es uno de los fenotipos más prevalentes dentro de la apnea obstructiva del sueño (POSA). Sin embargo, la diversidad de criterios a la hora de su definición dificulta su caracterización. Recientemente se ha introducido una nueva clasificación denominada "Amsterdam Positional OSA Classification" (APOC), con objeto de identificar a aquellos pacientes que más se beneficiarían de una terapia posicional. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de apnea obstructiva del sueño posicional de acuerdo a la clasificación APOC, así como su caracterización.

Material y métodos: Se incluyen 409 pacientes remitidos de forma consecutiva a la consulta de sueño del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid entre julio de 2016 y abril de 2018. A todos los pacientes se les realizó una polisomnografía domiciliar. Para la valoración de la apnea posicional se empleó la clasificación de APOC, por lo que los pacientes deberían presentar un IAH > 5 y más de un 10% tanto en posición de decúbito supino como no supino. Se valoró las características clínicas, polisomnográficas, la somnolencia, calidad de sueño y calidad de vida mediante los cuestionarios Epworth, Pittsburg y EuroQoL-5D de los pacientes en función de la clasificación APOC. Se incluyeron en el estudio a las polisomnografías válidas, así como aquellos pacientes que presentaban un IAH > 5 y más de un 10% del tiempo en posición de decúbito supino.

Resultados: Finalmente se incluyeron 233 pacientes. Un 55,4% de los pacientes fueron considerados POSA positivos. De ellos, un 28,6% se clasificaron como APOC I, 59,6% como APOC II y un 11,8% como APOC III. Los pacientes POSA comparados con los noPOSA presentaron menor IMC: 27,7 vs. 29,8, $p < 0,05$, un menor porcentaje de N1, menor IAH en fase REM y en no supino, un menor CT90 y mayor saturación mínima. No hubo diferencias con respecto a la somnolencia y calidad de sueño, pero sí en cuanto a la calidad de vida en el módulo de ansiedad. El tiempo en decúbito supino se incrementó en las formas más graves de APOC. Hubo diferencias estadísticamente significativas en el IAH según la clasificación APOC, presentando valores más bajos los pacientes APOC I (IAH 11,3 APOC I, IAH 28,8 APOC II, IAH 53,8 APOC III).

Conclusiones: La prevalencia de apnea sueño posicional fue elevada de acuerdo a los criterios APOC. Un tercio de los pacientes posicionales fueron estrictamente posicionales (APOC I). Un 50% de los pacientes podrían beneficiarse de tratamiento posicional.

328. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA, ¿DOS ENTIDADES UNIDAS POR EL AZAR?

Carlos Carrera Cueva¹, Antonio Javier Vallejo Vaz², Elva María Mendoza Zambrano¹, Adela Berenice Brown Arreola¹, Verónica Sánchez López², Francisco Javier Medrano Ortega³, Enrique José Calderón Sandubete³, Candelaria Caballero Eraso⁴ y Remedios Otero Candelera⁴

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Sevilla, España. ³Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Sevilla, España. ⁴Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio contribuyente a la aparición de patología cardiovascular. Las apneas obstructivas repetidas producen un patrón de hipoxia intermitente que origina una miríada de vías de señalización que pueden contribuir a un estado sostenido de hipercoagulabilidad. Por esto, los pacientes con AOS están predispuestos a presentar enfermedad tromboembólica venosa (ETE). Dada la evidencia emergente que sugiere una posible interacción entre la AOS y la ETE, se vuelve esencial determinar la prevalencia precisa de AOS en pacientes con ETE.

Material y métodos: Realizamos una revisión sistemática y metaanálisis incluyendo estudios que arrojan datos sobre prevalencia de AOS en pacientes con ETE aguda. La búsqueda se condujo a través de bases de datos electrónicas PubMed, Cochrane y Embase desde su inicio hasta abril de 2023. Se diseñó una estrategia de búsqueda utilizando términos MeSH, Emtree y términos libres relacionados con AOS y ETE. Se evaluó la calidad de la evidencia mediante una herramienta de evaluación adaptada para estudios de prevalencia. Para el metaanálisis, se empleó un modelo de efectos aleatorios para estimar la prevalencia general de AOS en la población con ETE.

Resultados: De 3.289 artículos obtenidos por nuestra estrategia de búsqueda, 7 artículos fueron incluidos. Estos incluyen 2.784 pacientes con ETE de los cuales 380 presentaron AOS (IAH $\geq$ 5). La polisomnografía con un índice de apnea-hipopnea (IAH) $\geq$ 5 fue el método diagnóstico más frecuente. La calidad de la evidencia fue baja con frecuencia y para todos los estudios, fundamentalmente en relación con los criterios de validación externa y la heterogeneidad entre estudios fue elevada. La prevalencia de AOS varió entre

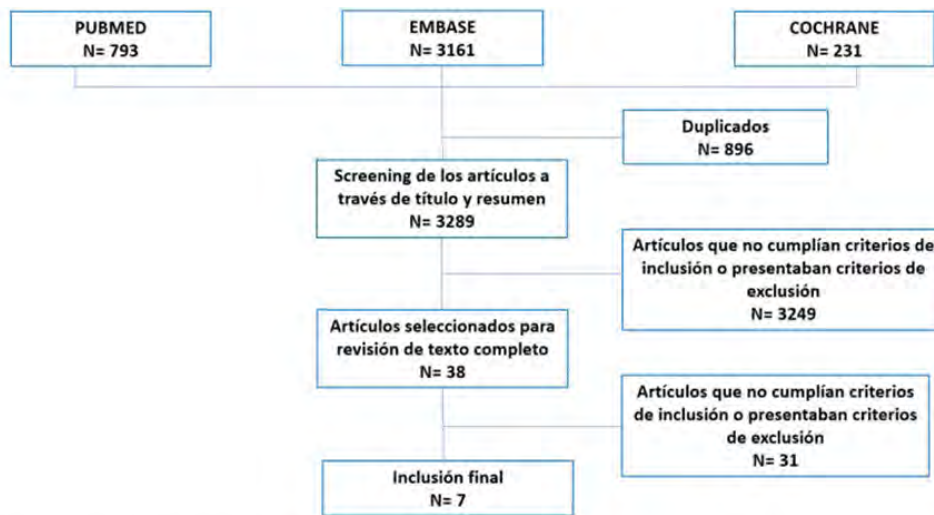


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de estudios

Figura 1. Comunicación 328.

Figura 2. Metaanálisis de prevalencia de apnea del sueño definida como IAH ≥ 5 en pacientes con ETEV (EP y/o TVP).

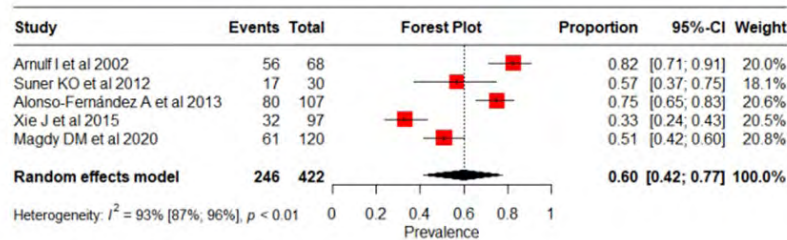
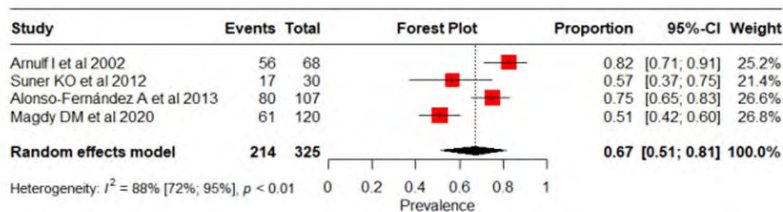
Figura 2 (2.A): Todos los estudios que reportan prevalencia para IAH ≥ 5 .

Figura (2.B): Todos los estudios que reportan prevalencia para IAH ≥ 5 excluyendo estudio de Xie et al 2015 (reporta prevalencia para AHI ≥ 5 a < 15 + síntomas diurnos o AHI ≥ 15).

Figura 2. Comunicación 328.

26,67% (1:3,7) a un 82,36% (1:1,2); prevalencia global (metaanálisis): 67% (IC95% 51;81); la prevalencia aplicando criterios de AOS según IAH ≥ 15 varió entre 26,67% (1:3,7) y un 63,24% (1:1,6); prevalencia global (metaanálisis) 35% (IC95% 13:61). Se observó una tendencia a mayor prevalencia de AOS en presencia de enfermedad cerebrovascular.

Conclusiones: La AOS parece posicionarse como una patología con elevada prevalencia entre los pacientes con ETEV, sin diferencias por sexo y posiblemente mayor en aquellos pacientes con ciertas comorbilidades asociadas. Dada la escasa evidencia actual sobre datos de prevalencia en enfermedad tromboembólica, se necesitan más estudios que arrojen datos claros, robustos y precisos sobre la misma.

185. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: UNA MIRADA INTEGRAL A LA CLÍNICA DEL SUEÑO

María de la Fuente Grijalvo, Marta Cristeto Porras, Rodrigo Mayor Dell'Innocenti, M. Alejandra Arias Hualpa, Alba Velasco Moyano, Alejandra Roncero Lázaro, Paula Rodríguez Rodríguez, María Torres Muga, M. Dolores Ramírez Martínez, Mariola Bretón Ruiz, Denahi Portillo Caldera, María Fernando Moreno, Guillermo Samuel Loscertales Vaca, Raquel García Hernández y Carlos Ruiz Martínez

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Introducción: Numerosos estudios han demostrado que la apnea obstructiva del sueño (AOS) y las enfermedades respiratorias crónicas pueden coexistir y agravarse mutuamente. La presencia de asma puede aumentar la probabilidad de desarrollar AOS, mientras que los pacientes con AOS pueden experimentar un empeoramiento de los síntomas de asma y EPOC. El objetivo del estudio es evaluar, en la primera consulta de sueño, la prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en relación con la gravedad de AOS y parámetros de oxigenación nocturna.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye pacientes de la primera consulta de la Unidad de Sueño de nuestro centro de los que se dispone de estudio de sueño (poligrafía o polisomnografía) entre el periodo de 01/12/2020 y 24/01/2023. Se recogieron datos demográficos, prevalencia de enfermedades respiratorias y parámetros de oxigenación nocturna (tabla 1). Para analizar la prevalencia de enfermedades respiratorias, se crearon 4 grupos: según la presencia o no de AOS (IAH ≥ 15), el diagnóstico de insuficiencia respiratoria (CT90 $\geq 20\%$) y saturación media de oxígeno $< 90\%$.

Resultados: Se incluyeron 915 pacientes, de los cuales fueron 649 hombres (70,9%), con una mediana de edad de 59 años (48-68,5). En la primera consulta, ya existía diagnóstico de asma en 37 (4%) pacientes y de EPOC en 43 (4,7%). Un CT90 $\geq 20\%$ se objetivó en 337 pacientes de la muestra, es decir un 36,8% padecía insuficiencia respiratoria. De los pacientes con asma, el 67,5% se diagnosticó de AOS (IAH ≥ 15), el 32,4% padecía insuficiencia respiratoria y el 16,2% tenía una SpO2 media $< 90\%$. De los pacientes con EPOC, el 90,8% se diagnosticó de AOS (IAH ≥ 15), el 67,4% presentaba insuficiencia respiratoria y el 62,8% tenía una SpO2 $< 90\%$. El 100% de los pacientes con EPOC grave tuvo un diagnóstico de AOS (IAH ≥ 15). En EPOC moderado, el 72,7% sufría insuficiencia respiratoria y el 68,2% tenía una SpO2 media $< 90\%$ (tabla 2).

N	915
Género	
- Hombres	649 (70,9%)
- Mujeres	266 (29,1%)
Edad (años)	
	59 (48-68,5)
IAH	
- Leve (5-14,99)	130 (14,21%)
- Moderado (15-29,99)	220 (24,04%)
- Grave (≥ 30)	506 (55,30%)
Parámetros de oxigenación	
Insuficiencia respiratoria (CT90 $\geq 20\%$)	337 (36,8%)
Saturación media de O2 $< 90\%$	211 (23,1%)
Patología respiratoria:	
Asma	37 (4%)
EPOC	43 (4,7%)
- Leve (FEV1 $\geq 80\%$)	14 (32,5%)
- Moderado (FEV1 50-80%)	22 (51,2%)
- Grave (FEV1 $< 50\%$)	7 (16,3%)

Tabla 1

Conclusiones: Los pacientes con EPOC y sintomatología de AOS tienen más probabilidades de tener una prueba positiva de sueño. Existe alta prevalencia de insuficiencia respiratoria en los pacientes estudiados. Esto sugiere que podrían existir en estos pacientes más enfermedades respiratorias no diagnosticadas previo a su derivación a la Unidad de Sueño. Es importante evaluar, para un manejo clínico óptimo, tanto la probabilidad de AOS como comorbilidad en pacien-

tes con asma y EPOC, como la probabilidad de existencia de EPOC y asma en los pacientes con AOS.

339. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

Amaranta Ortiz Bermúdez, Francisco Luis Gil Muñoz, Sofía Pimentelvisseau Diniz, Luis Asencio Monteagudo, Gonzalo José González Mendoza, Daniel del Castillo Otero, Pilar Lobato de la Sierra, Álvaro Cabeza Serrano, Carmen Maza Ortega, Antonio Vargas Puerto y Mercedes Sánchez Benítez

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) presenta una prevalencia importante y está infradiagnosticada. Está asociada a factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y enfermedad cardiovascular (ECV). El objetivo es conocer el perfil de factores externos favorecedores (FEF), FRCV y ECV en hombres y mujeres según el grado de índice de apneas/hipopneas (IAH) de las poligrafías realizadas (PG).

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo PG realizadas entre Ene/20 y Sep/23. Se clasificó a los pacientes en función del IAH (no AOS; AOS ligero/moderado/grave/muy grave) diferenciando entre hombres y mujeres. De ellos se analizaron los FEF (tabaco, alcohol y BZD), FRCV (IMC, HTA, dislipemia y DM) y la ECV (CI, arritmias, IC e ictus).

Resultados: Se realizaron 1.718 PG (67,4% hombres y 32,6% mujeres). La prevalencia más frecuente de IAH fue AOS ligero 30,1%, no AOS 25%, AOS moderado 21%, graves 13,8% y muy graves 9,9%, con predominio masculino en todos los niveles. El uso de BZD fue más frecuente en AOS moderada. El tabaquismo fue más frecuente en hombres que en mujeres, el mayor consumo se dio en AOS muy grave (9,9%), en el grupo de mujeres el consumo se comporta inversamente proporcional al grado de IAH. La obesidad estaba presente en más del 50% en todos los grados de AOS, siendo directamente proporcional al grado de IAH. En relación con la HTA, DLP y DM, los porcentajes en el grupo hombre aumentan proporcionalmente al grado de gravedad de la enfermedad. Sin embargo, en el grupo mujer, estos valores se comportan inversamente proporcional a medida que aumenta el IAH del AOS. Respecto a la ECV la más asociada con la AOS fue la arritmia. Se presentó en las mujeres con más frecuencia en AOS ligero (9,2%) mientras que en los hombres fue en AOS grave (18%). La segunda ECV más prevalente fue el ictus, siendo más frecuente en mujeres con AOS ligero (4%) y en hombres con AOS moderado (5,26%).

Conclusiones: Prácticamente el 55% no presentaban una AOS en grado relevante. Poligrafía a todos dado el alto infradiagnóstico o mejor cribado de solicitud de poligrafías. Entre los factores externos favorecedores el más frecuente es el uso de BZD (con más % en AOS moderado) seguido de tabaquismo. La obesidad es el FRCV más frecuente, está presente en $> 50\%$ de todos los grados de AOS y es directamente proporcional al grado de IAH. La ECV más asociada a AOS fue la arritmia, no siendo directamente proporcional al grado de IAH.

	No AOS + AOS leve	AOS (IAH ≥ 15)	Ins. Respiratoria	SpO2 media $< 90\%$
Asma (N=37)	12 (32,4%)	25 (67,5%)	12 (32,4%)	6 (16,2%)
EPOC (N=43)	4 (9,3%)	39 (90,8%)	29 (67,4%)	27 (62,8%)
- Leve (N=14)	2 (14,2%)	12 (85,7%)	8 (57,1%)	8 (57,1%)
- Moderado (N=22)	2 (9,1%)	20 (91%)	16 (72,7%)	15 (68,2%)
- Grave (N=7)	0 (0%)	7 (100%)	5 (71,4%)	4 (57,1%)

Tabla 2. Comunicación 185.

19. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: RIESGO AL VOLANTE

Santiago Antonio Juarros Martínez¹, Rocío Gil García², Susana Calderón Martínez¹, Carmen San José García¹, Soraya Fernández Gay¹, Celia Rodríguez Dupuy¹, Rosa Sedano Gutiérrez³, Laura Fernández Prieto³, Susana Sevillano Ordax¹ y María Isabel Muñoz Díez⁴

¹Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ²Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, Valladolid, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ⁴UAADC, GAPVAE, Valladolid, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología prevalente que representa un alto riesgo de accidentes de tráfico si no está bien controlada. Una valoración inadecuada durante la renovación del permiso de conducir puede fomentar ese riesgo. Nuestro objetivo ha sido explorar el grado de supervisión en pacientes durante la renovación de su permiso para estimar su potencial riesgo al volante.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal a conductores con AOS en tratamiento con CPAP seguidos en nuestra Unidad de Sueño. Se han registrado datos de filiación, antropometría, nivel de estudios, higiene del sueño, uso de hipnóticos, somnolencia diurna (Epworth), control y cumplimiento del tratamiento con CPAP. Se interrogó sobre la supervisión de su AOS realizada en el centro de reconocimiento para renovar el permiso de conducir. Análisis estadístico comparativo de variables cualitativas (chi-cuadrado) y cuantitativas (t-Student, U Mann-Whitney). Se han utilizado modelos de regresión logística multivariante para buscar factores de riesgo. Paquete estadístico SPSS-Windows v20. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Encuesta a 100 pacientes. Edad media 53 años, 91% varones. IMC medio 30,4 kg/m². Estudios secundarios-universitarios: 61%. AOS grave-muy grave: 71,1%. Mala higiene del sueño: 10% y sueño insuficiente (< 7 h): 24%. Consumo hipnóticos: 16%. Epworth > 10 : 15%. El 20,4% estarían mal controlados (IAHr > 5) y un 24% con cumplimiento insuficiente de CPAP (< 4 h), serían potenciales pacientes de riesgo para tener accidentes. El 55% declaró renovar su permiso cada 10 años. Al 77% no se les preguntó por su somnolencia diurna en el reconocimiento (trabajadores activos, $p 0,018$). No se solicitó informe sobre su AOS al 81% de los casos. El 17% declaró somnolencia conduciendo y el 35% haber tenido un accidente de tráfico (cualquier gravedad) relacionado con somnolencia. Un 56,4% de los accidentes se declaró en pacientes con IAHr > 5 ($p 0,053$). Los modelos de regresión no encontraron factores de riesgo de accidentabilidad en la higiene de sueño, somnolencia, control y cumplimiento de CPAP.

Conclusiones: Asumiendo el sesgo de selección, según su declaración, en más del 50% de los encuestados no se cumplió la legislación sobre periodicidad de renovación del permiso de conducir. Un gran número refirió somnolencia y siniestralidad, sobre todo si mal control terapéutico. Es importante una supervisión adecuada en los centros de reconocimiento, para prevenir accidentes de tráfico en pacientes AOS con CPAP.

51. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Susana Calderón Martínez, María del Carmen San José García, Nuria Barón Salvador, Susana Sevillano Ordax, Mónica Santos Arranz, Rocío Alegre Molero, Silvia Arribas Santos, Soraya Fernández Gay, Celia Rodríguez Dupuy y Santiago Antonio Juarros Martínez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) aumenta el riesgo de accidentabilidad laboral y de tráfico, se asocia a la HTA, a la DM2, a los trastornos metabólicos, a la enfermedad coronaria y a la depresión; aumenta el riesgo de tener un ictus y puede condicionar un mayor deterioro funcional y cognitivo. Este estudio tiene como objetivo describir el perfil de los pacientes que acuden a la Unidad de los Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS) a realizarse una poligrafía cardiorrespiratoria e identificar sus hábitos para diseñar intervenciones educativas y mejorar su descanso nocturno.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre datos recogidos a 248 pacientes adultos derivados a la UTRS del Hospital Clínico Universitario de Valladolid con sospecha de AOS. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, antropométricas y hábitos de la muestra. La somnolencia diurna se valoró con la escala Epworth. Los criterios de exclusión fueron pacientes con deterioro cognitivo, dependientes para las actividades básicas de la vida diaria y aquellos con datos incompletos en la historia clínica.

Resultados: El 67% de la muestra son hombres ($p 0,001$). El 11% tiene menos de 40 años, el 53% entre 40 y 60 años y el 36% tiene más de 60 años ($p 0,720$). El 10,9% de la población tiene una profesión de riesgo ($p 0,002$). El 13,6% de las mujeres presenta cefalea frente al 3% de los hombres ($p 0,001$). El 9,9% de todas las mujeres presenta depresión, frente al 1,8% de todos los hombres ($p 0,007$). El 16% de las mujeres presenta ansiedad frente al 4,2% de los hombres ($p 0,001$). El 19,8% de las mujeres presenta hipotiroidismo frente al 6% de los hombres ($p 0,001$). El 36,7% de la población está en normopeso, el 14,90 en bajo peso, el 35,5% presenta sobrepeso, y el 11,9% obesidad ($p 0,037$). El 91% de la muestra ronca ($p 0,409$). El 31,5% de la muestra presenta excesiva somnolencia diurna ($p 0,009$). El 19% de la población es fumadora ($p 0,000$). El 47,17% de la población no realiza ejercicio físico ($p 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes que acuden a la unidad son en su mayoría hombres, entre 40 y 60 años, roncadores y que realizan poco ejercicio físico. Esta enfermedad está infravalorada e infradiagnosticada, por lo que habría que diseñar intervenciones de educación para la salud para mejorar el descanso nocturno y valorar la derivación de los pacientes a las Unidades del Sueño para su diagnóstico y tratamiento.

514. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CPAP DESDE HACE 20 AÑOS DE UNA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Ana Ferrer Pons, Pilar Bañuls Polo, Julia Tarrasó Castillo y Jaime Signes Costa

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El tratamiento con presión positiva en la vía aérea (CPAP) se ha empleado de forma sistemática para la apnea obstructiva del sueño (AOS) en las últimas cuatro décadas. Su uso a largo plazo presenta problemas de adherencia y el conocimiento acerca de las consecuencias son limitadas. El propósito del estudio es conocer las características de los pacientes supervivientes y portadores desde hace 20 años de terapia con CPAP y las diferencias existentes en estos en presencia de eventos cardiovasculares (ECV).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes de nuestra Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño que continúan en tratamiento activo con CPAP en octubre de 2023, tras haber iniciado la terapia entre el año 1999 y 2003. Se incluyen variables demográficas y antropométricas, escala de somnolencia de Epworth al diagnóstico, gravedad de AOS: índice de apneas e hipopneas por hora (IAH), índice de desaturaciones mayores del 4% por hora (ODI4%) y porcentaje del tiempo de la prueba con SpO₂ menor del 90% (Tc90%); hipertensión arterial (HTA), ECV y horas de cumplimiento al día recogido por el contador del dispositivo en los últimos 6 meses.

Resultados: Se recogen 292 pacientes siendo 49 mujeres (16,78%), edad al diagnóstico de $53,57 \pm 8,80$ años y en octubre de 2023 de $74,25 \pm 8,67$ años. Se disponen de datos de poligrafía respiratoria de 242 pacientes y de oximetría de 50. Los datos antropométricos y de prueba diagnóstica se adjuntan en la tabla 1. La escala de somnolencia de Epworth de la muestra presenta una somnolencia aumentada ($11,06 \pm 5,23$) al diagnóstico, la mayor parte de los pacientes tenían AOS grave IAH: $38,74 (\pm 22,30)$. El tiempo de uso de CPAP medio fue de 5,45 horas ($\pm 3,16$) con una mediana de 6,24 h. El 66,63% tienen un cumplimiento mayor de 4 h/día. Destaca la alta prevalencia de HTA (63,20%) como la de eventos cardiovasculares (33,40%). En el grupo de pacientes que han presentado ECV se observan diferencias estadísticamente significativas, con una edad mayor, sin relevancia clínica, y con menor tasa de uso mayor a 4 h de CPAP (tabla 2).

	Pacientes en tratamiento con CPAP(n=292)
Edad al diagnóstico	53,57 ($\pm 8,80$)
Edad 2023	74,25 ($\pm 8,67$)
Hombres (%)	83,22%
Talla (m)	1,67 ($\pm 8,8$)
Peso al diagnóstico (Kg)	89,49 ($\pm 16,27$)
IMC al diagnóstico (kg/m ²)	31,66 ($\pm 5,08$)
IMC 2023 (kg/m ²)	31,90 ($\pm 5,10$)
ECV	33,40%
HTA	63,20%
Epworth al diagnóstico	11,06($\pm 5,23$)
IAH (evento/h)	38,74 ($\pm 22,3$)
ODI(evento/h)	35,95 ($\pm 21,9$)
TC90 mediana (rango)	7,50
Tiempo de uso > 4h	66,63%

Tabla 1.

	Evento cardiovascular (n=194)	Ausencia de evento cardiovascular (n=98)	P valor
Edad en octubre 2023	75,82 años	72,28 años	0,001
Sexo	83% hombres	85% hombres	0,620
Epworth al diagnóstico	11,05/h ($\pm 5,39$ /h)	11,08/h ($\pm 5,23$ /h)	0,450
IAH	38,58/h ($\pm 17,44$ /h)	39,08 ($\pm 20,13$ /h)	0,069
ODI	35,87/h ($\pm 20,39$ /h)	36,12/h($\pm 23,64$ /h)	0,058
TC90 mediana (rango)	7,52	7,47	0,314
Tiempo de uso de CPAP (>4h)	63,3%	73,25%	0,047

Tabla 2.

Conclusiones: En nuestra muestra se ha observado que los pacientes que han presentado ECV tienen una tasa menor de uso de CPAP por encima de 4 h.

607. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y POLISOMNOGRÁFICAS DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO. IDENTIFICANDO EL FENOTIPO PEDIÁTRICO. KIDS TRIAL STUDY

Sonia López Monzoni¹, Genoveva del Río Camacho², Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga³, Sofía Romero Peralta¹, Alejandra Roncero Lázaro⁴, Carolina Díaz García⁵, Esther Viejo Ayuso¹, Laura Silgado Martínez¹ y Olga Mediano San Andrés¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

²Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ³Hospital Araba, Vitoria,

España. ⁴Hospital San Pedro, la Rioja, España. ⁵Hospital de Santa

Lucía, Murcia, España.

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en niños son una entidad clínica diferenciada de la del adulto y suponen un problema de salud global por su elevada prevalencia y potenciales efectos deletéreos en el desarrollo. Aunque las bases fisiopatológicas son comunes, el perfil del niño con AOS difiere notablemente del adulto. Nuestro objetivo es analizar las variables epidemiológicas, físicas, clínicas y de polisomnografía (PSG) en niños con TRS.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional en el que se incluyeron 284 niños de 4 a 18 años remitidos de forma consecutiva por sospecha de TRS. Se realizó una recogida sistemática de los datos clínicos y se pasó a los padres el cuestionario de Chervin para la recogida de síntomas de TRS. Se realizó exploración física por parte de otorrinolaringología (ORL) que incluía videolaringoscopia. Para el diagnóstico de TRS se realizó PSG hospitalaria completa.

Tabla 1. Resultados de cuestionario simplificado de Chervin

Variable	Estadístico descriptivo	N válida
¿Quién cumplimenta el cuestionario?		
Madre	129 (78,2%)	80
¿Ronca más de la mitad del tiempo?, n (%):		
Sí	165 (58,9%)	280
¿Ronca siempre?, n (%):		
Sí	139 (49,5%)	281
¿Ronca de forma ruidosa?, n (%):		
Sí	217 (77,5%)	280
¿Tiene una respiración ruidosa o profunda?, n (%):		
Sí	218 (77,9%)	280
¿Tiene problemas o dificultad para respirar?, n (%):		
Sí	124 (44,4%)	280
¿Ha visto a su hijo parar de respirar por la noche?, n (%):		
Sí	153 (54,8%)	279
¿Tiene tendencia a respirar con la boca abierta durante el día?, n (%):		
Sí	170 (60,9%)	279
¿Tiene la boca seca cuando se despierta por las mañanas?, n (%):		
Sí	195 (69,9%)	279
¿De vez en cuando moja la cama?, n (%):		
Sí	81 (28,9%)	280
¿Se despierta cansado por las mañanas?, n (%):		
Sí	145 (51,6%)	281
¿Se va durmiendo durante el día?, n (%):		
No	231 (82,2%)	281
¿Su profesor o cualquier otro cuidador le ha comentado alguna vez que su hijo parece que esté dormido durante el día?, n (%):		
No	238 (84,7%)	281
¿Le cuesta despertar a su hijo por las mañanas?, n (%):		
Sí	161 (57,5%)	280
¿Su hijo se queja de dolor de cabeza por las mañanas cuando se despierta?, n (%):		
No	226 (80,7%)	280
¿Alguna vez su hijo, desde que nació, ha tenido un parón en su crecimiento?, n (%):		
Sí	22 (7,86%)	280
¿Su hijo tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad)?, n (%):		
No	225 (80,4%)	280
Resultado del PSQ de Chervin (recalculado), n (%):		
Positivo (anormal)	115 (43,2,5%)	266
No parece escuchar lo que se le dice, n (%):		
Muchas veces/casi siempre	75 (26,7%)	280
Tiene dificultad para organizar sus actividades, n (%):		
Muchas veces/casi siempre	55 (19,6%)	279
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes, n (%):		
Muchas veces/casi siempre	99 (35,6%)	278
Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado, n (%):		
Muchas veces/casi siempre	88 (31%)	280
Está permanentemente en marcha como si tuviera un motor, n (%):		
Muchas veces/casi siempre	124 (44,4%)	279
Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás, n (%):		
Muchas veces/casi siempre	90 (32,2%)	280

Resultados: Se incluyeron 285 pacientes, con una edad media de 6 años, de los que 117 eran niñas, mostrando una prevalencia ligera-

Tabla 2. Comunicación 607

Resultados de polisomnografía		
Variable	Estadístico descriptivo	N válida
Tiempo total de sueño (TTS) [min], mediana (P25, P75)	430 (400, 464)	273
Eficiencia de sueño [% de TTS sobre el total], mediana (P25, P75)	91 (85,2, 95,2)	273
Latencia a NREM [min], mediana (P25, P75)	9,5 (3, 20)	273
Latencia a REM [min], mediana (P25, P75)	106 (70,5, 150)	269
Tiempo de vigilia intrasueño [min], mediana (P25, P75)	28,2 (13,4, 54,1)	264
Tiempo de sueño NREM [%], mediana (P25, P75)	79 (74,9, 83,9)	264
Tiempo de sueño N1 [% sobre TTS], mediana (P25, P75)	2,45 (0,4, 83,9)	264
Tiempo de sueño N2 [% sobre TTS], mediana (P25, P75)	32,8 (19,8, 42)	272
Tiempo de sueño N3 [% sobre TTS], mediana (P25, P75)	43,8 (33,5, 54,5)	272
Tiempo de sueño REM [% sobre TTS], mediana (P25, P75)	21,1 (16,5, 25)	272
Índice de arousals totales, mediana (P25, P75)	94 (63, 138)	270
Índice de MPP, mediana (P25, P75)	2,8 (1, 10,8)	271
IAH /h, mediana (P25, P75)	6,1 (3,3, 10,3)	273
Grupos de riesgo de AOS, n (%):		273
Grupo I: TRS	56 (20,5%)	
Grupo II: IAH $\geq$ 3/h	54 (19,8%)	
Grupo III: IAH $\geq$ 5/h	90 (33%)	
Grupo IV: IAH $\geq$ 10/h	73 (26,7%)	

mente mayor en varones (58,7%). En relación a las variables antropométricas estas se encontraban dentro de los percentiles de normalidad (perímetro de cuello: 27 cm; peso 51 y de IMC 48). Las medidas de presión arterial (PA) en consulta fueron normales (PAS: 102 mmHg; PAD 65,2 mmHg). En relación a la exploración ORL lo más frecuente fue el hallazgo de hipertrofia adenoamigdal (HA), en la que el 72,5% de los niños presentaban al menos un grado III-IV sobre IV y el 76,7% presentaba Mallampati II/III. El resto de malformaciones craneofaciales fueron poco frecuentes. En relación a los síntomas el más frecuente fue la roncopatía (77,5%) con escasa presencia de hipersomnolencia diurna (HSD) (14,9%) y cefalea (14,6%). Más característicos fueron los síntomas de hiperactividad (45%) y déficits de atención (36%). El cuestionario de Chervin mostró un resultado positivo en el 43%. En relación a los datos de PSG la arquitectura de sueño estaba conservada y el 33% presentaron AOS moderada y el 26,7% AOS grave. En la tabla 1 se recoge en detalle los síntomas y en la tabla 2 los datos de PSG.

Conclusiones: La distribución por sexos en niños es más homogénea que en el adulto. Las medidas antropométricas se encuentran dentro de la normalidad, siendo el hallazgo más frecuente la HA. El ronquido es tan frecuente como en adulto, pero son poco frecuentes los síntomas de HSD o cefalea. Destacan síntomas de déficit de atención e hiperreactividad no presentes en adultos.

652. CARACTERIZACIÓN DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN EL HOSPITAL RÍO CARRIÓN DE PALENCIA

Manuela Valencia Salinas, Javier Sánchez Masa, Inés Salazar Lozano, Ana Pérez Dublang, Esther Alonso Sastre, Ana María Andrés Porras, Ignacio Lobato Astiárraga, Alba Daniela García Molina, María Irene Alaejos Pascua, María Beatriz Cartón Sánchez, Francisco Javier Pagán Buzo, María Covadonga Alonso Payo, Ana Isabel García Gonzalo y Andrea Crespo Sedano

Hospital Río Carrión, Palencia, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) definida por la obstrucción intermitente y recurrente de la vía aérea superior, es un diagnóstico frecuente en la infancia, con un incremento significativo en su prevalencia en los últimos años, observándose hasta en el 6% de la población en edad escolar. El objetivo de este estudio es caracterizar la población infantil con sospecha diagnóstica de AOS en una consulta del sueño.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, analizando variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas obtenidas mediante la revisión del historial clínico y cuestionarios en la población infantil con sospecha de AOS atendida en la Unidad del Sueño del Hospital Río Carrión de Palencia, en el periodo de un año.

Resultados: Se estudió un total de 29 pacientes con una media de edad de 7,8 años; 16 hombres (55%) y 13 mujeres (45%). El 17,2% tuvo antecedente de trastorno de déficit de atención, 13,7% de prematuridad y 10,3% de asma. El ronquido (85,7%), las apneas observadas (71,4%) y el sueño no reparador (57,1%) fueron los síntomas más frecuentes. El 86,2% padecía patología otorrinolaringológica (ORL) e hipertrofia amigdal y adenoidea grado III-IV en el 34,4%; observándose una correlación entre hipertrofia adenoamigdal grave y AOS grave del 70%. Se diagnosticó AOS en el 89,6% de la muestra, siendo el índice de apnea hipopnea (IAH) medio de 13,2: con diagnóstico de AOS grave en el 51,7% de los pacientes, moderado en 31% y leve en 6,8%. El 65,5% presentó predominio de hipopneas, 10,3% de apnea obstructiva y 13,7% de apnea central. Se realizó tratamiento quirúrgico en el 55,1% de los pacientes tras diagnosticar AOS con IAH medio de 18,3, requiriendo posteriormente 1 de ellos tratamiento conservador, 2 postural y 3 con CPAP; se realizó polisomnografía (PSG) de control en 3 de estos niños, con un seguimiento a los 11,3 meses de media, y un IAH medio posterior de 7,6.

Frecuencia de AOS en niños con ronquidos, pausas al dormir, sueño no reparador, hipertrofia amigdal y adenoidea			
	Total	AOS	No AOS
Ronquidos, n (%)	25 (85,7%)	23 (92%)	2 (8%)
Pausas al dormir, n (%)	21 (71,4%)	19 (90,47%)	2 (9,6%)
Sueño no reparador, n (%)	17 (57,1%)	14 (82,35%)	3 (17,65%)
HA, n (%)	24 (82,7%)	21 (87,5%)	3 (12,5%)
HA III y IV n (%)	12 (41,3%)	12 (100%)	0 (0%)
Had, n (%)	22 (75,8%)	19 (86,3%)	3 (13,7%)

AOS: apnea obstructiva del sueño; HA: hipertrofia amigdal; Had: hipertrofia adenoidea.

Conclusiones: Los pacientes pediátricos con sospecha de AOS de nuestra muestra tienen un cuestionario de síntomas clínicos positivos, siendo el ronquido, las apneas observadas y el sueño no reparador los síntomas más prevalentes. La mayor parte de la población tenía un AOS grave con predominio de hipopneas. Se observó una disminución del IAH en los sometidos a intervención quirúrgica que se les realizó PSG de control.

481. COMPARACIÓN DE DISTINTAS ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON AOS EN TRATAMIENTO CON CPAP Y SU IMPACTO EN EL CUMPLIMIENTO

Concepción Ruiz Sánchez¹, Francisca Croxatto Delgado², Xavier Alsina Restoy¹, Lidia López Escuredo¹, Miranda Albert Ribera¹, Cristina Embid López³, Esther Sánchez Guerra¹, Clara Gadea Reñé², Carmen Larralde Quiroba² y Mireia Dalmases Cleries⁴

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ²Esteve Teijin, Barcelona, España. ³Hospital de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España. ⁴Hospital de Barcelona, IDIBAPS, CIBERES, Barcelona, España.

Introducción: El tratamiento más efectivo para la apnea obstructiva del sueño (AOS) es el tratamiento con presión positiva continua en vía aérea (CPAP). Un aspecto importante en el tratamiento con CPAP es su cumplimiento, hecho que requiere de un seguimiento intenso especialmente los primeros meses y supone una carga asistencial notable. En consecuencia, disponer de nuevos modelos de seguimiento incorporando a la empresa proveedora de terapias (EP) es fundamental. El objetivo de este estudio es comparar el cumplimiento en dos modelos de seguimiento: 1) Estándar (control presencial con enfermería) y 2) Estándar + soporte telemático (TLM) por parte de EP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 112 pacientes; 56 con seguimiento estándar y 56 pacientes con seguimiento estándar + telemático. Se analizó el cumplimiento a 1 mes del inicio del tratamiento en los diferentes modelos de seguimiento.

Resultados: Los pacientes incluidos eran el 69% hombres, tenían una edad media de $62,4 \pm 11,9$ años, un IMC de $32,1 \pm 6,18$ kg/m² y la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial. El IAH medio fue de $48,79 \pm 22,9$, la puntuación en la escala de somnolencia de Epworth de $10,5 \pm 5,0$ y la presión media de CPAP de $9,44 \pm 1,62$ cmH₂O. En global, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento entre ambos modelos de seguimiento ($5,2 \pm 2,3$ horas vs. $5,8 \pm 1,9$ horas, $p = 0,11$). Sin embargo, si nos fijamos en los pacientes con menor complejidad (< 2 comorbi-

dades), el grupo en seguimiento estándar + TLM presentó mayor cumplimiento que aquellos con seguimiento estándar ($5,0 \pm 2,1$ horas vs. $5,9 \pm 1,7$ horas, $p = 0,01$).

Conclusiones: La incorporación de la empresa proveedora de terapias con herramientas de telemonitorización en el seguimiento de los pacientes con CPAP podría ayudar a mejorar el cumplimiento, especialmente en aquellos pacientes de menor complejidad.

206. CORRELACIÓN DE UN SISTEMA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (SOMNOLYZER) Y LA CORRECCIÓN MANUAL POR EXPERTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) CON POLIGRAFÍAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

Sofía Acero Capella, Aida Muñoz Ferrer, Ignasi García Olivé, Ignacio Vicente Causarano, Judith Boiza Rizos, Laura Aguilar Polo y Susana Pou Serramià

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: La inteligencia artificial hace referencia a la capacidad de los sistemas informáticos para usar algoritmos, aprender de los datos y tomar decisiones como hacen los humanos. En el campo de la medicina del sueño, se han desarrollado diversos algoritmos informatizados para la lectura automática de los estudios. Somnolyzer 24 × 7 (Philips Respironics, Murrysville, PA, EUA) es un sistema de puntuación y estadificación automático validado clínicamente que ha demostrado un alto grado de concordancia con la puntuación manual de la polisomnografía (PSG) pero no hay estudios con poligrafías respiratorias domiciliarias (PRD).

Material y métodos: Se analizaron de forma prospectiva 202 PRD de pacientes mayores de 18 años con sospecha de AOS derivados a la consulta de la Unidad de Trastornos del Sueño del HUGTiP. La lectura manual fue realizada indistintamente por 2 neumólogos expertos en medicina del sueño. Posteriormente, se realizó la puntuación automatizada mediante Somnolyzer.

Resultados: El grado de concordancia entre la lectura manual y la automatizada fue muy buena tal y como se demuestra en el gráfico

VARIABLE	Total (n=112)	Seguimiento estándar (n=56)	Seguimiento estándar + TLM (n=56)	p
Sexo, hombre	77 (69%)	37 (66%)	40 (71%)	ns
Edad, años	62.4 ± 11.9	62.8 ± 12.5	62.0 ± 11.43	ns
IMC, Kg/m ²	32.1 ± 6.18	31.5 ± 6.37	32.6 ± 5.9	ns
Hipertensión arterial	57 (52%)	37 (68%)	20 (35%)	0.01
Dislipemia	30 (27%)	16 (29%)	14 (25%)	ns
EPOC	7 (6%)	3 (6%)	4 (7%)	Ns
Asma	4 (3%)	4 (8%)	0 (0%)	ns
Cardiopatía isquémica	25 (25%)	11 (20%)	14 (30%)	ns
<2 comorbilidades	82 (73%)	38 (68%)	44 (78%)	ns
IAH total, eventos/h	48.79 ± 22.9	44.18 ± 20.8	53.41 ± 24.2	0.03
CT90 %	21.65 ± 22.0	19.59 ± 20.2	23.68 ± 23.6	ns
IDH, eventos/h	49.73 ± 25.6	45.2 ± 24.7	54.7 ± 25.9	ns
EES, puntos	10.5 ± 5.0	11.5 ± 5.2	9.8 ± 4.8	ns
Presión media, cmH ₂ O	9.44 ± 1.62	9.33 ± 1.6	9.6 ± 1.6	ns
IAH residual, eventos/h	3.87 ± 5.23	5.1 ± 6.5	2.45 ± 2.54	<0.01
Fugas totales, L/min	11.8 ± 11.9	13.5 ± 8.4	9.8 ± 14.8	ns
Cumplimiento global	5.46 ± 2.14	5.2 ± 2.3	5.8 ± 1.9	ns
Cumplimiento en pacientes con < 2 comorbilidades	5.47 ± 1.9	5.0 ± 2.1	5.9 ± 1.7	0.01

Tabla 1. Comunicación 481.

de Bland-Altman (fig.). El cálculo del coeficiente de correlación kappa mostró una concordancia casi perfecta con un valor de 0,81. Los 2 métodos de lectura no mostraron diferencias significativas en el número total de eventos contabilizados. Hubo diferencias significativas en los valores del IAH y el tiempo total de sueño (tabla). Las discrepancias en tiempo e IAH eran esperables ya que Somnolyzer es capaz de determinar de manera fiable tiempo de sueño, mientras que en la poligrafía respiratoria domiciliar se tiene en cuenta tiempo de registro.

Valores de IAH, eventos totales y tiempo de sueño según los 2 métodos de lectura			
N = 202	Somnolyzer	Análisis manual	p
Número total de eventos	147,67	134,74	0,36
IAH	26,38	18,58	0,013
Tiempo total de sueño/Tiempo de registro	369,23	453,30	< 0,001

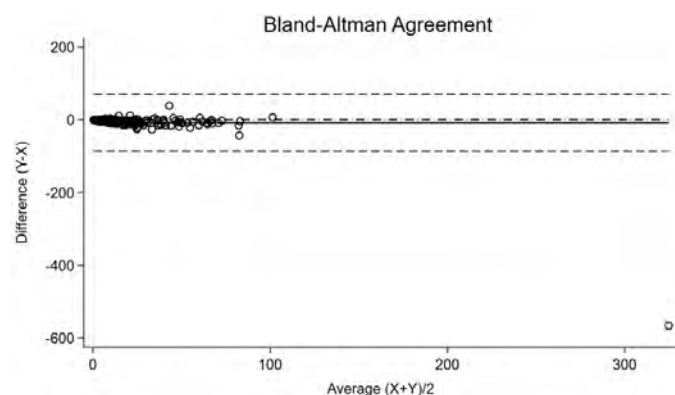


Gráfico de Bland-Altman que muestra una muy buena correlación entre la lectura automática con Somnolyzer y la lectura manual realizada por expertos en sueño.

Conclusiones: El sistema de inteligencia artificial Somnolyzer mostró una buena concordancia con la lectura manual realizada por expertos. La inteligencia artificial aplicada a la lectura de las pruebas de sueño mejora la eficiencia diagnóstica al analizar los datos de manera rápida y precisa, facilitando la detección temprana y permitiendo realizar un diagnóstico equivalente al de un experto por personal no experto.

805. CORRELACIÓN ENTRE LA CARGA HIPÓXICA Y LOS VALORES HABITUALES DE POLIGRAFÍA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS)

Vera M. Lugo Arrua, Inés Podzamczar Valls, Marta Aguilera Molina, 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 carga hipóxica (HB), definida como el área total bajo la curva de saturación de oxígeno a partir de una desaturación inicial previa al evento, se postula como una medida útil en la identificación de pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) y como posible predictor de riesgo cardiovascular en estos pacientes. Nuestro objetivo fue medir el HB en pacientes con sospecha de AOS y valorar su asociación con parámetros poligráficos.

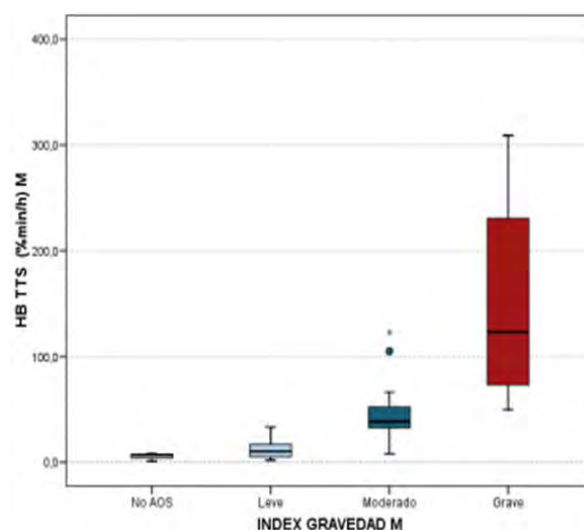
Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se analizaron variables clínicas y parámetros derivados de la lectura manual de

Poligrafías Respiratorias domiciliarias (PR) en pacientes con sospecha de AOS mediante el equipo Alice NightOne (Phillips®).

Resultados: Se analizaron las PR de 40 pacientes (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%). El IAH medio fue de 31,9 ± 22,9/h, la Sat. O₂ media de 93,4 ± 3,1% y el CT90% medio de 11,0 ± 18,9% (mediana 2,4). El valor medio de HB (%min/h) fue de 77,7 (IQR: 32,3-106,9). Se observó una alta correlación del HB con el IAH global (r 0,89; p < 0,001) y CT90% (r 0,74; p < 0,001) y moderada con Sat. O₂% (r 0,58; p < 0,001). Respecto a la HTA, no se encontró correlación significativa (tabla). Así mismo, se observaron diferencias significativas entre los valores del HB y los diferentes niveles de gravedad de AOS (p < 0,001) (fig.).

Distribución de HB según factores independientes	
IMC	r = 0,34; p = 0,030
Obesidad	0,016* (MW)
HTA	0,146 (MW)
Epworth	r = -0,11; p = 0,526
IAH	r = 0,89; p < 0,001
Gravedad IAH	< 0,001
IAH supino	r = 0,55; p < 0,001
IAH no supino	r = 0,56; p < 0,001
SatO ₂	r = -0,58; p < 0,001
CT90	r = 0,74; p < 0,001***

Resultados test de Mann-Whitney (MW), Kruskal-Wallis (KW) y correlación de Spearman (r). *p < 0,05.



Correlación entre HB y gravedad de AOS.

Conclusiones: El HB podría ser una medida alternativa y/o complementaria para estratificar mejor los pacientes con sospecha de AOS grave. La incorporación de esta medida en las Unidades de Sueño permitiría ahondar en su utilidad como posible predictor de riesgo cardiovascular y de respuesta al tratamiento con CPAP.

791. CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH Y EL ÍNDICE DE APNEAS E HIPOAPNEAS EN MUJERES CON SOSPECHA DE AOS

Lía Alonso Tomás, Pablo Catalán Serra, Cristina Miralles Saavedra, Rafael Peris Cardells, Cristina Rosario Martín, Marta Solé Delgado, María Villagrasa Guarch y Sara Atarés López

Servicio de Neumología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue estudiar la relación entre la escala de somnolencia de Epworth (ESS) y el índice de apneas e hipopneas (IAH) en mujeres derivadas por sospecha clínica de apnea obstructiva del sueño (AOS), evaluando su capacidad para discriminar su presencia (IAH $\geq$ 5/h) y gravedad (IAH $\geq$ 30/h).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado entre junio del 2022 y julio del 2023 (13 meses) en una cohorte de mujeres remitidas por sospecha de AOS. Los registros de poligrafía respiratoria (PR) se tomaron en domicilio una noche con técnica de autocolocación. Se correlacionaron con datos antropométricos, clínicos y la ESS. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística, tomando como variable dependiente la presencia de un IAH $\geq$ 5 eventos/hora. Se evaluaron diferentes puntos de corte de ESS como predictor independiente. Adicionalmente, se realizó un análisis adicional de regresión logística para predicción de AOS grave (IAH $\geq$ 30/h).

Resultados: Se incluyeron 144 mujeres, con una edad media (DE) fue de 55 (12) años. En 73 (50,7%) se encontró un IAH $>$ 5/hora. De ellas, 17 (23,3%) tenían un IAH $\geq$ 30/h. Un tercio de las participantes mostraron un índice de masa corporal (IMC) y 36 (25%) tuvieron ESS $>$ 12 puntos. El análisis de predictores independientes de un IAH $>$ 5/hora, el ESS no objetivó significación. Sin embargo, en el grupo de pacientes con un IAH $>$ 5/hora, el análisis mostró significación para IMC $>$ 30 Kg/m² ($p = 0,001$), edad $>$ 50 años ($p = 0,03$), presencia de hipertensión arterial ($p = 0,03$), depresión ($p = 0,05$) y dislipemia ($p = 0,02$). En este grupo, ESS $>$ 8 obtuvo un *odds ratio* (OR) de; 7,200 (CI; 1,471-35,245), $p = 0,150$ en el análisis univariado. ESS $>$ 10 y ESS $>$ 12 no obtuvieron significación. El análisis multivariado corregido por edad, obesidad, hipertensión arterial o dislipemia mostró un valor predictor de ESS $>$ 8 con OR; 6,345 (CI; 0,940-42,833, $p = 0,05$) para IAH $\geq$ 30/h.

Conclusiones: En nuestra población de mujeres con sospecha de AOS, ESS no se correlaciona con la presencia de IAH $\geq$ 5/h. Sin embargo, una puntuación de ESS $>$ 8 es un buen predictor de AOS grave (IAH $\geq$ 30/h).

70. DIFERENCIAS DE PERFIL CLÍNICO ENTRE HOMBRES Y MUJERES DIAGNOSTICADOS DE AOS Y EN TRATAMIENTO CON CPAP

Nuria Roger Casals¹, Xavier Batalla Batalla², Emma Puigoriol Juvanteny³, Anna María Muñoz Fernández⁴, Candela Serra⁵, Santi Balmes Estrada⁵, Fernando Ruíz Mori⁵, Imma Casademunt Codina⁵ y Joan Serra Batlle⁵

¹Consortori Hospitalari de Vic/Facultat de Medicina UVic-UCC/Grup C3GR, Vic, España. ²Servei d'Emergències Mèdiques de Catalunya (SEM), Barcelona, España. ³Consortori Hospitalari de Vic/Facultat de Ciències de la Salut UVic-UCC/Grup MIRG, Vic, España. ⁴Consortori Hospitalari de Vic/Facultat de Medicina UVic-UCC/Grup MIRG, Vic, España. ⁵Consortori Hospitalari de Vic, Vic, España.

Introducción: Las apneas obstructivas del sueño (AOS) engloban una amplia sintomatología. La presentación clásica en los varones es: mediana edad, sobrepeso u obesidad, ronquidos intensos, apneas observadas, somnolencia diurna y patología cardiovascular. Diferentes estudios refieren que la sintomatología en las mujeres puede ser diferente, presentando síntomas menos típicos que pueden llevar a un infradiagnóstico como: ansiedad, depresión, cefalea, fatiga e insomnio. Los ronquidos y las apneas no son los principales motivos de consulta. En el año 2021 se observó que en el ámbito del Hospital Universitario de Vic, el número de varones diagnosticados de AOS en tratamiento con CPAP era tres veces superior al de mujeres. Esto nos codujo a evaluar las diferencias en el perfil clínico de acuerdo con el género entre pacientes diagnosticados de AOS que reciben tratamiento con CPAP en un hospital de referencia de una población de 160.000 habitantes.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de AOS a los que se prescribió tratamiento con CPAP durante los primeros 4 meses del año 2022. Se recogieron variables referentes a los síntomas de la enfermedad (ronquidos, apneas objetivadas, crisis asfícticas, nicturia, sensación de mal descanso, cefalea matutina, test de Epworth) datos físicos (IMC; Mallampati), comorbilidades y tratamientos concomitantes. Se analizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS 28, realizándose un análisis descriptivo y de las diferencias (test de chi-cuadrado, y t-Student), y definiéndose un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se analizaron 87 pacientes (61% hombres, 39% mujeres) edad media de 61 $\pm$ 12 años. Se objetivaron diferencias significativas con valores superiores en las mujeres en las variables: edad, sensación de mal descanso, cefalea matutina, diagnósticos de ansiedad y depresión, insomnio, uso de benzodiazepinas y antidepresivos. En los hombres se objetivaron mayor número de apneas observadas.

T1 DESCRIPTIVA				
Genero	Home	Dona		
	53 (60,9%)	34 (39,1%)		
Origen	Espanyol	Marroc	Rumania	Senegal
	83 (95,4%)	2 (2,3%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)
Ronquidos	No	Si		
	3 (3,8%)	77 (96,3%)		
Apneas objetivadas	No	Si		
	21 (27,3%)	56 (72,7%)		
Crisis asfícticas	No	Si		
	43 (57,3%)	32 (42,7%)		
Nictúria	No	Si		
	25 (32,5%)	52 (67,5%)		
Sensación de mal descanso	No	Si		
	32 (42,1%)	44 (57,9%)		
Sueño fragmentado	No	Si		
	36 (45,6%)	43 (54,4%)		
Somniloquia	No	Si		
	41 (97,6%)	1 (2,4%)		
Movimiento de piernas	No	Si		
	60 (92,3%)	5 (7,7%)		
IAH	No	Si		
	2 (2,4%)	83 (97,6%)		
CT90	No	Si		
	8 (9,4%)	77 (90,6%)		
Bruxismo	No	Si		
	41 (89,1%)	5 (10,9%)		
Micrognatia	No	Si		
	64 (94,1%)	4 (5,9%)		
Mallampati	1	2	3	4
	12 (23,5%)	11 (21,6%)	22 (43,1%)	6 (11,8%)
HTA	No	Si		
	40 (46%)	47 (54%)		
Diabetes mellitus	No	Si		
	74 (85,1%)	13 (14,9%)		
Ansiedad	No	Si		
	71 (81,6%)	16 (18,4%)		
Depresión	No	Si		
	65 (74,7%)	22 (25,3%)		
Insomnio	No	Si		
	71 (81,6%)	16 (18,4%)		
Benzodiazepinas	No	Si		
	71 (81,6%)	16 (18,4%)		
Opiaceos	No	Si		
	78 (89,7%)	9 (10,3%)		

Tabla 1. Descripción de la muestra.

Conclusiones: El número de mujeres diagnosticadas de AOS y en tratamiento con CPAP fue alrededor de 1,5 veces inferior al de varones. El fenotipo clínico que presentaron fue diferente al de los hombres. Esto sugiere que puede haber un infradiagnóstico en las mujeres y que es necesario plantear una estrategia diagnóstica que incluya el análisis de las variables detectadas como significativas.

T2 COMPARATIVA		HOME	DONA	P	*Chi ** Fisher
Ronquidos	NO	0 (0,0%)	3 (9,4%)	0,06**	
	SI	48 (100%)	29 (90,6%)		
Apneas Obstructivas	NO	8 (16,7%)	13 (44,8%)	0,007*	
	SI	40 (83,3%)	16 (55,2%)		
Crisis asfícticas	NO	27 (57,4%)	16 (57,1%)	0,979*	
	SI	20 (42,6%)	12 (42,9%)		
Nictúria	NO	15 (30,6%)	10 (35,7%)	0,646*	
	SI	34 (69,4%)	18 (64,3%)		
Sensación de mal descanso	NO	25 (51%)	7 (25,9%)	0,034*	
	SI	24 (49%)	20 (74,1%)		
Cefalea matutina	NO	42 (85,7%)	14 (58,3%)	0,009*	
	SI	7 (14,3%)	10 (41,7%)		
Sueño fragmentado	NO	23 (46,9%)	13 (43,3%)	0,755*	
	SI	26 (53,1%)	17 (56,7%)		
Movimiento de piernas	NO	40 (93,0%)	0 (0,0%)	1,000**	
	SI	0 (0,0%)	1 (100%)		
IAH	NO	1 (2,0%)	1 (2,9%)	1,000**	
	SI	50 (98,0%)	33 (97,1%)		
CT90	NO	6 (11,8%)	2 (5,9%)	0,467**	
	SI	45 (88,2%)	32 (94,1%)		
BRUXISMO	NO	41 (89,1%)	41 (89,1%)		
	SI	5 (10,9%)	5 (10,9)		
MICROGNATIA	NO	49 (92,5%)	15 (100%)	0,569**	
	SI	4 (7,5%)	0 (0,0%)		
MALLAMPATI	1	6 (20,7%)	6 (27,3%)		
	2	3 (10,3%)	8 (37,4%)		
	3	15 (51,7%)	7 (31,8%)		
	4	5 (17,2%)	1 (4,5%)		
HTA	NO	24 (45,3%)	16 (47,1%)	0,871*	
	SI	29 (54,7%)	18 (52,9%)		
DIABETES MELLITUS	NO	47 (88,7%)	27 (79,4%)	0,237*	
	SI	6 (11,3%)	7 (20,6%)		
ANSIEDAD	NO	50 (94,3%)	21 (61,8%)	<0,001*	
	SI	3 (5,7%)	13 (38,2%)		
DEPRESIÓN	NO	48 (90,6%)	17 (50,0%)	<0,001*	
	SI	5 (9,4%)	17 (50,0%)		
INSOMNIO	NO	49 (92,5%)	21 (63,6%)	<0,001*	
	SI	4 (7,5%)	12 (36,4%)		
Benzodiazepinas	NO	47 (88,7%)	24 (70,6%)	0,034*	
	SI	6 (11,3%)	10 (29,4%)		
Antidepresivos	NO	48 (90,6%)	18 (52,9%)	<0,001*	
	SI	5 (9,4%)	16 (47,1%)		

Tabla 2. Datos comparativos entre los datos clínicos por sexos.

596. DIFERENCIAS ENTRE VARONES Y MUJERES EN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, ESTUDIO DE SUEÑO Y PRESIÓN DE CPAP ESTIMADA POR FÓRMULA

Francisco Campello Sánchez, María del Rosario Cabello Jabalquinto, Alexander Ali Jiménez Romero, María del Carmen Velasco Alcázar, Olga Meca Birlanga, Marta Hernández Olivo, Carlos Federico Álvarez Miranda, Pedro García Torres, Desiré Lozano Vicente, Mercedes Guillamón Sánchez, José Javier Martínez Garcerán, Rocío Ibáñez Meléndez, Carlos Castillo Quintanilla, María del Mar Valdivia Salas, Javier Pérez Pallarés, Francisco Javier Bravo Gutiérrez, María Salomé Ros Braquehais y Antonio Santa Cruz Siminiani

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un problema de salud común en la población general. El principal tratamiento es el uso de CPAP nocturna. El objetivo de este estudio es evaluar la posible diferencia entre hombres y mujeres en datos antropométricos (IMC y circunferencia del cuello), somnolencia medida mediante escala de Epworth, IAH, desaturación nocturna (CT90 y ODI 3), en la presión empírica inicial de CPAP calculada mediante fórmulas (Hoffstein y Series).

Material y métodos: Estudio analítico retrospectivo que incluye a los pacientes valorados como visita inicial en la Unidad de Sueño de

Neumología del Hospital General Santa Lucía de Cartagena entre octubre de 2021 y octubre 2022. Se recogen valores antropométricos y cálculo de presión empírica mediante las fórmulas de series y de Hoffstein. Se realiza análisis estadístico con SPSS® v.26.

Resultados: Se incluyeron un total de 621 pacientes, de los cuales 418 (67,3%) eran hombres y 203 (32,7%), mujeres. La edad media fue de 51 (± 14) años. Al analizar las diferentes variables en hombres y mujeres, se observó mayor circunferencia de cuello en hombres con media de 43,26 ($\pm 3,85$ cm), con respecto a mujeres con media de 37,61 ($\pm 3,90$ cm), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,00$). Se obtuvo mayor IAH en hombres, con un valor medio de 33,64 ($\pm 24,75$), con respecto a mujeres, con un valor medio de 23,44 ($\pm 21,63$), con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00$). En ODI 3 también se obtuvieron resultados mayores en hombres, siendo el valor medio en estos de 30,61 ($\pm 25,80$), en comparación con las mujeres 20,38 ($\pm 22,99$), con significación estadística ($p = 0,00$). En cuanto a la presión inicial empírica calculada por fórmula de Hoffstein fue superior en hombres con un valor medio de 6,98 ($\pm 2,07$), respecto a las mujeres 5,89 ($\pm 1,99$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,00$). Utilizando la presión series también tuvo un valor superior en hombres con media de 8,96 ($\pm 1,45$) con respecto a mujeres 8,65 ($\pm 1,75$), siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p = 0,02$). El resto de variables estudiadas se muestran en la tabla.

	Hombres X ($\pm$ DE)	Mujeres X ($\pm$ DE)	p
IMC	32,06 ($\pm 6,08$)	32,84 ($\pm 7,95$)	0,18
Cuello (cm)	43,26 ($\pm 3,85$)	37,61 ($\pm 3,90$)	0,00
Epworth	10,72 ($\pm 5,90$)	11,69 ($\pm 6,30$)	0,06
IAH	33,64 ($\pm 24,75$)	23,44 ($\pm 21,63$)	0,00
CT90	13,24 ($\pm 21,25$)	12,31 ($\pm 12,93$)	0,61
ODI 3	30,61 ($\pm 25,80$)	20,38 ($\pm 22,99$)	0,00
Presión por fórmula de Hoffstein	6,98 ($\pm 2,07$)	5,89 ($\pm 1,99$)	0,00
Presión series	8,96 ($\pm 1,45$)	8,65 ($\pm 1,75$)	0,02

Conclusiones: Los hombres valorados en la consulta inicial de nuestra Unidad de Sueño presentaron mayor circunferencia de cuello, mayor IAH, mayor ODI 3, mayor presión inicial por fórmula empírica de Hoffstein y mayor presión empírica por fórmula series que las mujeres. No hubo diferencias entre sexos en IMC, Epworth y CT90.

6. DISCRIMINACIÓN DEL EFECTO VASCULAR RETINIANO DE LA CPAP EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y RETINOPATÍA DIABÉTICA NO PROLIFERATIVA

Aldara García Sánchez¹, Isabel Villalaín Rodas², Ana Jaureguizar Oriol¹, Ester Zamarrón de Lucas³, Jesús García Martínez², Mónica Asencio Durán² y Francisco García Río³

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ²Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: La diabetes puede afectar al calibre de las arteriolas o vénulas retinianas, lo que tiene una distinta repercusión en la progresión de la retinopatía diabética. Objetivo: Evaluar el efecto de 52 semanas de tratamiento con CPAP sobre la relación arteriola-vénula (AVR) retinianas en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) y retinopatía diabética no proliferativa (RDNP).

Material y métodos: En un ensayo clínico aleatorizado, *open-label* y de grupos paralelos, pacientes con RDNP leve-moderada y AOS (IAH > 10) fueron asignados a tratamiento convencional o tratamiento convencional y CPAP durante 52 semanas (NCT02874313). Antes de la aleatorización y a los 6 y 12 meses, se tomaron imágenes de ambos ojos con una cámara de fundus Topcon TRC-50IX, en los campos F1M, F2 y F3, realizando fotografías de 35° no estereoscópicas,

que fueron procesadas con el *software* Sirius® para medir el grosor arteriolar y venular y calcular el AVR.

Resultados: De un total de 138 pacientes con RDNP y AOS valorados para elegibilidad, se aleatorizaron 83 pacientes a tratamiento convencional [control] (n = 40) o tratamiento convencional y CPAP [CPAP] (n = 43). Un total de 32 pacientes en cada grupo completaron los 12 meses de intervención y, en el grupo asignado a tratamiento con CPAP, se alcanzó una adecuada adherencia (> 4 horas de uso/noche) en el 60,5% de los casos. A los 12 meses de tratamiento, el análisis por intención de tratar muestra un incremento del diámetro arteriolar asociado al tratamiento con CPAP (2,00 [0,13 a 3,87] μm , $p = 0,036$), sin cambios significativos en el diámetro venular ni en el AVR. Sin embargo, el análisis por protocolo confirma el incremento después de 12 meses de tratamiento con CPAP del diámetro arteriolar (2,38 [0,20 a 4,57] μm , $p = 0,033$) y del AVR (0,09 [0,01 a 0,17], $p = 0,035$), con una reducción casi significativa del diámetro venular (-2,37 [-4,75 a 0,01] μm , $p = 0,051$). En el grupo tratado con CPAP, los incrementos del diámetro arteriolar y del AVR se relacionaron de forma directamente positiva con el índice cintura-cadera basal, el IAH en supino y la resistencia basal a la insulina evaluada mediante el índice HOMA-IR.

Conclusiones: En pacientes con AOS y RDNP leve-moderada, el efecto del tratamiento con CPAP sobre la enfermedad retiniana parece

mediado por una reversión del estrechamiento arteriolar que contribuye a incrementar la relación arteriola-vénula de los vasos retinianos.

Financiada parcialmente por PI16-00201 y SEPAR (020-2017).

99. DISEÑO Y DESARROLLO DE UN SISTEMA INTELIGENTE DE SOPORTE A LA DECISIÓN APLICADO EN LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO BASADO EN REDES NEURONALES CONVOLUCIONALES

Manuel Casal Guisande¹, María Torres Durán², Mar Mosteiro Añón², María José Muñoz Martínez³, Almudena González Montaos³, Helena Santamaría López³, Alberto Comesaña Campos⁴ y Alberto Fernández Villar²

¹IISGS, Universidade de Vigo, Vigo, España. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, IISGS, Vigo, España. ³Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ⁴Universidade de Vigo, Vigo, España.

Introducción: En los últimos años se han observado avances significativos en el campo de la inteligencia artificial, que han revolucionado el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, presen-

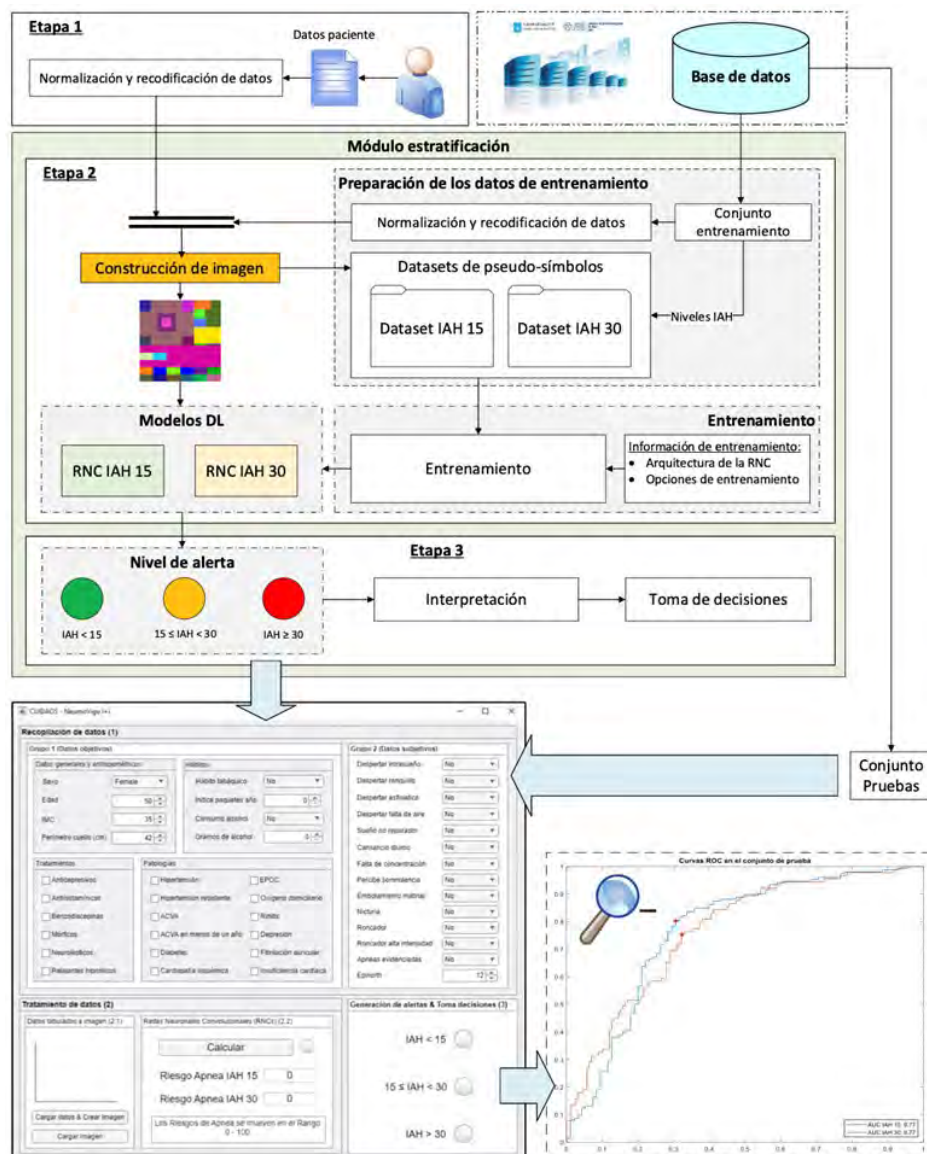


Figura 1. Comunicación 99.

tando nuevas oportunidades para una atención más personalizada y eficiente. El objetivo de este trabajo es el diseño de un sistema inteligente de soporte a la decisión (SISD) aplicado en el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño (AOS) que permita estratificar a los pacientes en grupos de riesgo asociados al índice de apnea-hipopnea (IAH) estimado.

Material y métodos: El sistema propuesto consta de 3 etapas (fig.). Primero se lleva a cabo la recopilación de la información del paciente. Tras ello, en la etapa 2 se aborda su procesamiento. El proceso diagnóstico de la AOS presenta una gran dimensionalidad y no se conoce con certeza la influencia de las variables involucradas, por lo que el uso de algoritmos de aprendizaje convencional no es conveniente. Se propone emplear como motores del SISD modelos de *deep learning*, más en concreto, redes neuronales convolucionales (RNC). Las RNC presentan capacidades sobresalientes para tratar imágenes, siendo capaces de determinar automáticamente las zonas más relevantes de las mismas. Así, previo a la inferencia, se aborda la transformación de la información de partida en una imagen, una nueva formalización. Este proceso también se llevó a cabo sobre la base de datos de partida de forma previa al entrenamiento de las RNC. La base de datos empleada proviene de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, y contiene 2.472 pacientes, recopilados entre 2015 y 2022. De estos, se guardó un 10% para pruebas. Tras ello, ante un nuevo paciente, a la salida de las RNC se obtienen distintos indicadores, que, tras ser interpretados, en la etapa 3, permiten estimar el IAH, y estratificar a los pacientes ($IAH < 15$, $15 \leq IAH < 30$, $IAH \geq 30$).

Resultados: Se abordó la implementación del SISD en un artefacto *software* (fig.) en MATLAB (R2023a). Por otro lado, en los análisis en el conjunto de prueba, se reflejan valores de AUC y sensibilidad cercanos a 0,8, con especificidades superiores a 0,7 en las distintas RNCs en el punto de funcionamiento óptimo.

Conclusiones: Los SISD pueden ser de gran utilidad en los procesos diagnósticos. En el caso de la AOS, su aplicación permitiría estimar el riesgo de AOS de un individuo, y de esta manera priorizar la realización de estudios en casos de riesgo elevado o evitar pruebas como PGR/PSG en casos de bajo riesgo.

320. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ADHERENCIA A CPAP EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Patricia Montero Sanz¹, Ana María Martín Almagro², Álvaro Macías López², Andrea Vera Pila¹, Desirée Fagundo Ruz² y Francisco Campos Rodríguez¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España. ²Vivisol, Sevilla, España.

Introducción: La presión positiva continua (CPAP) es el tratamiento de elección en la apnea obstructiva del sueño (AOS), pero la adherencia a esta terapia es subóptimo. El objetivo de este trabajo es analizar si una intervención psicológica puede mejorar el cumplimiento de CPAP.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo y cuasi experimental de grupos paralelos. Se incluyeron todos los pacientes entre 18-80 años diagnosticados de AOS con indicación de CPAP entre febrero-junio 2022. Los pacientes se asignaron al grupo de intervención (CPAP + apoyo psicológico durante el seguimiento) o grupo control (solo CPAP) de forma consecutiva tras la indicación de CPAP y disponibilidad de agenda en las escuelas de CPAP, sin participación de los investigadores. El objetivo principal fue la adherencia a CPAP tras 90 días de seguimiento, analizada tanto como variable continua (horas/día) como categórica (> 3 horas/día vs. < 3 horas/día). Como objetivo secundario se analizaron los cambios

intergrupos en otras variables de interés clínico como la motivación para uso de CPAP, calidad de vida (escala analógica visual), somnolencia diurna (Epworth) y estado de ánimo (escala HAD de ansiedad y depresión).

Resultados: Se incluyeron 219 pacientes (grupo intervención 107, grupo control 112), con 147 (67,1%) hombres, y media (DE) de edad 52 (11) años, IAH 38 (23), IMC 32 (7), Epworth 12 (5,5), y presión CPAP 8,1 (1,0). No existieron diferencias en las características basales entre ambos grupos. No existieron diferencias en la adherencia considerada como variable continua entre el grupo intervención y control [$4,5 \pm 2,1$ h/d vs. $4,1 \pm 2,1$ h/d; $p = 0,11$]. Sin embargo, el grupo intervención sí alcanzó una proporción de pacientes significativamente superior con adherencia > 3 h/d, respecto al grupo control [86/107 (80,3%) vs. 77/112 (68,7%), $p = 0,049$]. En el análisis multivariado, las variables asociadas de forma independiente a una adherencia < 3 horas fueron la intervención psicológica (HR 0,45, IC95% 0,23-0,89; $p = 0,023$), el uso de fármacos sedantes o antidepresivos (HR 0,35, IC95% 0,17-0,73; $p = 0,005$), y el índice apnea-hipopnea (HR 1,02, IC95% 1,00-1,04; $p = 0,007$). En cuanto al objetivo secundario, no hubo diferencias en los cambios de los diferentes test realizados entre ambos grupos.

Conclusiones: En pacientes con AOS, una intervención psicológica durante los 3 primeros meses puede mejorar el nivel de adherencia a CPAP, pero no afecta a la calidad de vida, estado de ánimo o somnolencia.

920. EFECTO DE LAS APNEAS DURANTE EL EMBARAZO EN EL DESARROLLO FETAL: PERFIL DE EXPRESIÓN GÉNICA EN MUESTRAS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Laura Canaves Gómez¹, Aarne Fleischer¹, Josep Muncunill Farreny¹, Paloma Giménez Carrero¹, Amanda Iglesias Coma¹, Ainoa Álvarez Ruiz de Larrinaga², Andrés Sánchez Barón³, Mercedes Codina Marcet⁴, Mónica de la Peña Bravo⁴, Daniel Morell García¹, José Peña Zarza¹, Concepción Piñas Cebrián⁴, Susana García Fernández⁴ y Alberto Alonso Fernández⁴

¹IdISBa, Palma de Mallorca, España. ²Hospital Universitario de Araba, Vitoria, España. ³Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ⁴Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: La AOS es frecuente durante el embarazo y se asocia a consecuencias perinatales adversas, pero se desconoce si también puede modular los procesos de desarrollo fetal. Estudiamos el impacto de la AOS y de la hipoxia nocturna materna mediante el análisis de la expresión génica en muestras de sangre de cordón umbilical.

Material y métodos: Se incluyeron 5 mujeres gestantes en el 3^{er} trimestre con AOS y 5 sin AOS y se analizó la expresión del ARN de la sangre del cordón umbilical mediante *microarrays*. Mediante el análisis de expresión diferencial se identificaron los genes diferencialmente expresados (DEG) (p corregido por FDR $> 0,05$). El enriquecimiento funcional se realizó mediante el análisis GSEA en GO. La confirmación de los DEG se realizó mediante q-PCR con una muestra ampliada (7 AOS y 13 sin AOS).

Resultados: Tras normalizar los datos, detectamos 3.238 genes diferencialmente expresados entre casos y controles de forma significativa, con 2.690 genes sobreexpresados y 548 genes infra expresados. Los procesos biológicos más destacados tras el análisis de GSEA fueron: respuesta al estrés oxidativo y a la hipoxia, respuesta y secreción de la insulina, desarrollo de la placenta y migración de células endoteliales. La confirmación mediante qPCR mostró genes diferencialmente expresados en pacientes con AOS, siendo estos

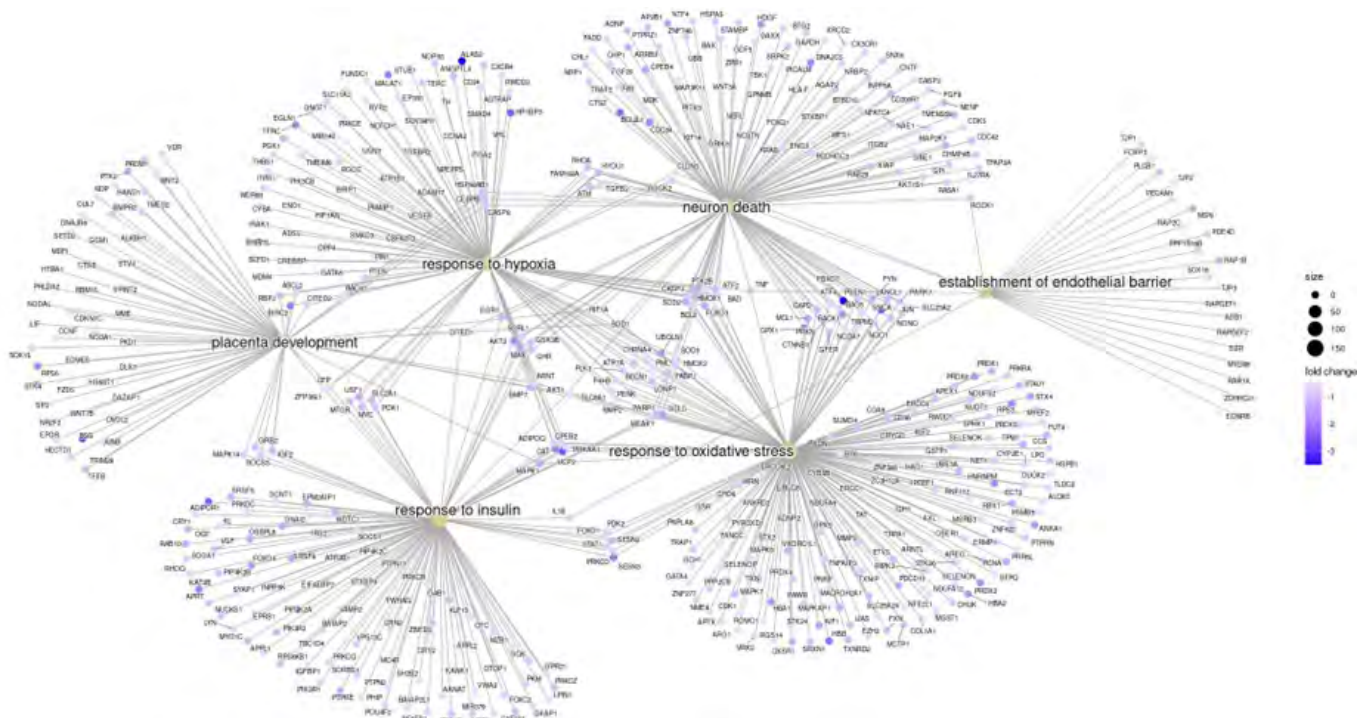


Figura 1. Comunicación 920.

EGR1, *PFN1* y *PRKARIA*. La expresión de *PFN1*, *UBA52*, *EGR1*, *STX4*, *MYC*, *JUNB* y *MAPKAP1* fue significativamente diferente según procediesen de madres con o sin AOS durante la fase REM. Estos genes, en conjunto, se ven implicados en la respuesta al estrés oxidativo y a la hipoxia, respuesta y secreción de la insulina, y desarrollo placentario.

Conclusiones: Las muestras de sangre fetal presentan un cambio en el perfil de expresión génica en función de la presencia de AOS y AOS durante el REM en sus madres en el tercer trimestre del embarazo, que potencialmente podría tener influencia negativa en varios procesos biológicos durante el desarrollo fetal.

284. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA INCIDENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Grace Oscullo Yepetz¹, José Daniel Gómez Olivás¹, Marina Inglés Azorn², Sergio Mompeán Rodríguez², Rosalía Martínez Pérez², Thais Beaupertuy Levy³, Amina Bekki⁴, Alberto García Ortega⁵, Consuelo López Fornas² y Miguel Ángel Martínez García²

¹Neumología, Hospital La Fe, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España. ²Neumología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ³Neumología, Hospital General de Requena, Valencia, España. ⁴Neumología, Hospital Vithas 9 de Octubre, Valencia, España. ⁵Neumología, Hospital Dr. Peset, Valencia, España.

Introducción: Más de la mitad de los pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) presentan hipertensión arterial (HTA) y hasta un 30% de los hipertensos padecen AOS. La AOS ha demostrado producir un mayor descontrol de las cifras tensionales, sin embargo, no se conoce si se relaciona con una mayor incidencia de crisis hipertensivas (CrHTA) y si el tratamiento con CPAP protege de las mismas, todo lo cual son los objetivos del presente estudio.

Material y métodos: Estudio unicéntrico y prospectivo en el que fueron incluidos pacientes consecutivos por sospecha clínica de AOS.

Fueron divididos en tres grupos: no AOS-AOS ligero (IAH < 15) sin CPAP, AOS con CPAP y AOS moderado-grave sin CPAP (o mal tolerada definida por utilización media inferior a 4 horas). El *outcome* principal fue la incidencia de CrHTA definidas como una visita médica con clínica aguda compatible y cifras tensionales por encima de 180/110 mmHg. Mediante análisis de supervivencia de Cox se analizaron las variables independientes asociadas a la incidencia de CrHTA.

Resultados: Fueron incluidos 752 pacientes (edad media 55,2 años; 62% varones). 46% fueron hipertensos. De ellos 262 (34,8%) presentaron un IAH < 15 sin CPAP; 156 (20,7%) AOS moderado-grave con CPAP, y 334 fueron AOS moderados-grave sin CPAP o mala tolerancia (44,5%). El seguimiento mediano fue de 15 (IQR: 13-17) meses. Fueron diagnosticadas 48 CrHTA incidentes. Se introdujeron en el análisis de Cox: HTA previa, edad, sexo, índice de masa corporal, número de fármacos antihipertensivos y los grupos de AOS-CPAP. En la tabla se observa que la presencia de HTA previa, el sexo femenino, una mayor edad y padecer un AOS moderado-grave no tratado con CPAP (o con mala adherencia) fueron factores de riesgo de una CrHTA incidente. Sin embargo, el tratamiento con CPAP con buena adherencia normalizó el riesgo en pacientes con AOS moderado-grave.

Variable	HR	IC95%	p
HTA previa	2,85	1,31-6,12	0,007
Edad	1,03	1,0-1,05	0,045
Sexo (femenino)	1,89	1,07-3,37	0,030
Grupos AOS			
AOS<15	-	-	-
AOS>15 con CPAP	0,79	0,26-2,46	0,681
AOS>15 sin CPAP	1,97	1,19-5,89	0,015

Análisis de regresión de Cox, variables independientes asociadas a la presencia de CrHTA incidentes.

Conclusiones: Además de la edad, el sexo femenino y la HTA previa, la presencia de un AOS moderado-grave es un factor de riesgo de una CrHTA futura, mientras que un tratamiento correcto con CPAP normaliza este exceso de riesgo en estos pacientes.

401. EFICACIA DE UN TALLER GRUPAL EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO Y BAJO CUMPLIMIENTO DE CPAP

María del Puerto Cano Aguirre¹, Naomi Daniela Rus¹, Alba Esperanza Barrios¹, Andrea Vivian Albuja Hidalgo¹, William Alejandro Desueza Flórez¹, Susana Jahel Sánchez Luizaga¹, Ángel Rodríguez Solares², Alejandro Bermejo Manso², Cristina Antón Rodríguez³ y Soledad Alonso Viteri¹

¹Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España.

²Vivisol, Torrejón de Ardoz, España. ³Universidad Francisco Vitoria, Madrid, España.

Introducción: La CPAP es el tratamiento más frecuentemente empleado en pacientes con apnea del sueño, y aunque es efectivo en el control de síntomas, se estima que gran parte de ellos tiene una adherencia subóptima (menos de 4 horas/noche). Por este motivo, en el Hospital Universitario de Torrejón se realizan talleres grupales formativos para pacientes con baja adherencia, siendo el objetivo de este estudio, valorar el impacto de estos en la adherencia a la CPAP.

Material y métodos: Se recogieron los datos de una cohorte de pacientes que acudieron al taller grupal de pacientes con apnea del sueño y bajo cumplimiento constatado de CPAP (< 4 horas/noche), entre febrero/2022 y mayo/2023. Se registraron variables sociodemográficas y antropométricas, factores de riesgo cardiovascular, test de Epworth, datos del estudio de sueño diagnóstico, motivos referidos de la baja adherencia, meses previos en tratamiento con CPAP y uso de CPAP. Después de la asistencia al taller, se recoge nuevamente el cumplimiento y la evolución (retirada de CPAP, continuidad o alternativas planteadas).

Resultados: Se incluyeron un total de 107 pacientes con 60 (11,6) años de edad media, de los cuales, 65 eran hombres (61%), con IMC medio: 31,2 (6,2) kg/m². Llevaban 35,9 (32,7) meses de media con CPAP, con un uso medio de 1,48 (1,5) horas/día y 33 (33%) desempeñaban una profesión de riesgo. El estudio de sueño diagnóstico (poligrafía domiciliaria en el 52% de los casos) mostraba un IAH medio: 40 (25,8) eventos/h y CT90: 16,8% (22,4). Las comorbilidades más frecuentes se muestran en la figura. Los motivos de incumplimiento referidos más frecuentes fueron problemas con la mascarilla (67,5%), sequedad (26,2%) y dificultad para conciliar el sueño (18,7%). Debido a esto, se realizó un cambio de interfase en el 57% de los pacientes, se pautó humidificador al 34,5% y se trató de mejorar la concienciación/motivación sobre la enfermedad y su tratamiento en el 34,6%. Con nuestra intervención se logró que el 48,6% (52) de pacientes superase las 4 h de uso al día de la CPAP. Se retiró finalmente la CPAP a 24 de los 54 pacientes que continuaron con bajo uso, ofreciéndoles principalmente como alternativas: pérdida de peso, cirugía ORL y ortognática.

Conclusiones: Nuestra intervención mejora la adherencia a la CPAP en casi mitad de los pacientes que inicialmente la usaban me-

nos de 4 horas/día. Además, se han retirado tratamientos en pacientes incumplidores de larga data, tras un seguimiento estrecho después del taller, planteando otras alternativas terapéuticas.

407. ¿ES EFICAZ Y EFICIENTE LA TELEMONITORIZACIÓN EN LA APNEA DEL SUEÑO? SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE EN CONSULTA MONOGRÁFICA

José Antonio Delgado Torralbo, Javier Díez Sierra y Concepción Romero Muñoz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: La telemonitorización supone una opción cada vez más presente en las unidades de sueño, debido a la alta prevalencia de la enfermedad y la necesidad de optimizar recursos en favor de la adherencia del paciente al tratamiento. Existen discrepancias en la literatura acerca de sus resultados.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de serie de casos en el que se incluyeron pacientes seleccionados aleatoriamente según la disponibilidad del material, en los que se realizó un seguimiento mínimo de 9 meses; tiempo en el que se llevó a cabo seguimiento durante 3 meses a través del sistema de telemonitorización y 6 meses adicionales del sistema convencional. Se determinó como variable principal la adherencia al final del programa y a los 6 meses y se estimó el ahorro que supuso en consultas. Como variables secundarias se midieron variables epidemiológicas, comorbilidades y de registros de cada visita virtual.

Resultados: Participaron 99 pacientes, 68,7% hombres, con AOS moderado-grave (90,9%), CT90 moderado (16,42 ± 21,61), elevada somnolencia (ESS: 9,7 ± 4,9), HTA (46,5%), obesidad (75,8%), contacto con tabaco (59,6%), sin otras enfermedades respiratorias asociadas. La tasa de cumplidores al final de la telemonitorización fue del 80,43% con una ratio (RT) 5,4 ± 2,68. La tasa de abandono de CPAP fue 21,8% (n = 21). A los 6 meses completaron seguimiento 53 pacientes con una tasa de cumplimiento similar con una RT 5,09 ± 1,91 sin diferencias estadísticamente significativas. Se realizó un modelo multivariante que reflejó la relación del cumplimiento con el Epworth inicial (p = 0,034) y con la adherencia inicial (p < 0,01). Se estimó un ahorro de 252 visitas respecto a la fórmula convencional. La media de la presión inicial programada fue 8 ± 1,5, consiguiendo óptima ratio 5,45 ± 2,92 desde el inicio con parámetros de fuga bajos 22,67 ± 20,45 y un IAH residual 3,58 ± 6,17, que se mantuvieron similares en las 6 visitas virtuales.

Conclusiones: La telemonitorización es una medida eficaz en la gestión de los pacientes con AOS durante el proceso de adaptación al tratamiento. La telemonitorización es un procedimiento eficiente en el ahorro de visitas presenciales y evita desplazamientos innecesarios del paciente.

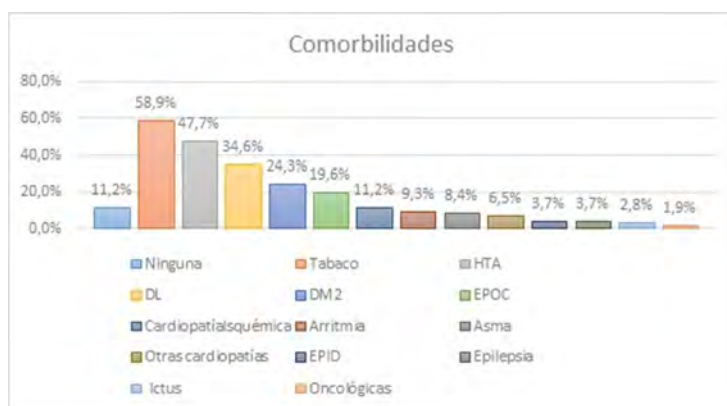


Figura 1. Comunicación 401. Comorbilidades presentes en nuestros pacientes.

642. ¿ES LA SOMNOSCOPIA UN PROCEDIMIENTO ÚTIL EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

Ignacio Jara Alonso, Ana Victoria Castillo Durán, Sara González Castro, Winnifer Briceño Franquiz, Edwin Yong Portugal, Laura Lago Lagunas, María Angélica Yáñez Quintero, Diego Ceballos Gómez-Barreda, Juan Manuel Velasco Martín, Rafael Barberá Durán, Laura del Río Arroyo, Alberto Carreño Alejandre, Antonio Pedrera Mazarro, Laura Pozuelo Sánchez, María Parra Jarque, Aldara García Sánchez, Irene Cano Pumarega y Eva Mañas Baena

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: La somnoscopia (endoscopia con sueño inducido (DISE)) proporciona información dinámica sobre la obstrucción de la vía aérea. Esta técnica puede considerarse imprescindible en el futuro para el manejo terapéutico en determinados pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). El objetivo principal de este estudio fue evaluar la aportación del DISE en el manejo de la AOS. Como objetivos secundarios se describieron las principales indicaciones del procedimiento y su seguridad.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo analizando las características de los pacientes sometidos a DISE, la actitud previa al procedimiento y el manejo posterior. Las variables cuantitativas se describen como media $\pm$ desviación estándar y las variables categóricas como frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Entre junio 2018 y noviembre 2023 se realizó DISE a 66 pacientes en nuestro centro que fueron incluidos en el estudio. Las características de la población se describen en la tabla. Las principales indicaciones fueron la intolerancia a la CPAP, fracaso de tratamientos previos o posible indicación quirúrgica (fig. 1). No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento. En un 86,3% (57), el DISE aportó información relevante respecto al tratamiento de la AOS, ofreciendo nuevas alternativas terapéuticas y un manejo más personalizado (fig. 2). Solo en un 13,6% (9) no supuso ningún cambio en el abordaje terapéutico.

Principales características de la población	
Edad	47,35 años (DE 12,7)
Sexo	
Hombres	78,8% (52)
Mujeres	21,4% (14)
IMC	27,5 kg/m ² (DE 4,7)
Epworth	9,4 (DE 6)
Índice apnea hipopnea (IAH)	41,3/hora (DE 35,4)
IAH > 30/hora	56,1% (37)
Colapso total evidenciado por DISE	
Velo del paladar	86,4% (57)
Orofaringe	50% (33)
Lengua	43,9% (29)
Epiglotis	40,9% (27)
Hipogloso	10,6% (7)

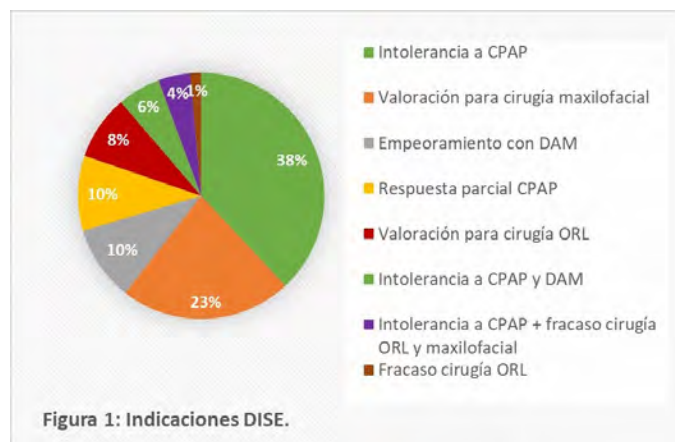


Figura 1: Indicaciones DISE.

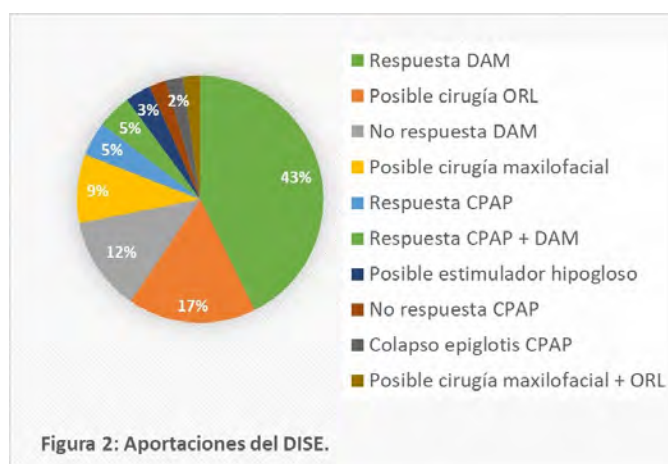


Figura 2: Aportaciones del DISE.

Conclusiones: En la AOS con mala respuesta a tratamiento o posible indicación quirúrgica, el DISE se posiciona como un procedimiento seguro y útil, que facilita el abordaje multinivel y multidisciplinar de nuestros pacientes dando un paso más hacia la medicina personalizada.

586. ¿ES ÚTIL LA OSCILOMETRÍA EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

Adriana Rodríguez Perojo¹, Cristina López Riobobos¹, Leonardo Saldaña Pérez¹, Cristina Matesanz López², José María Díaz García¹, Sonia Pascual García¹, Jorge Mora Pinilla¹, Alejandro García García¹ y Araceli Abad Fernández¹

¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: La oscilometría es una prueba de función pulmonar que mide la impedancia (Z) del sistema respiratorio, que depende de la resistencia (R) y la reactancia (X). En la actualidad, esta técnica está desarrollada en las patologías obstructivas. Hasta la fecha, existen escasos estudios que describan su utilidad en la apnea obstructiva del sueño (AOS). El objetivo del estudio fue determinar la relación existente entre los valores de la oscilometría y la AOS.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional y analítico. Se reclutaron un total de 60 pacientes con edad entre 18-75 años, 30 con diagnóstico de AOS y 30 sin AOS, confirmados con poligrafía respiratoria. Todos los pacientes tenían espirometría normal. Se excluyeron los pacientes con IMC > 30, fumadores o exfumadores con índice paquete-año ≥ 10 y con enfermedades respiratorias concomitantes. Se les realizó oscilometría según las recomendaciones de la ERS 2020, utilizando los valores de referencia de Oostveen, con el equipo Resmon PRO V3M.

Resultados: De los 60 pacientes analizados, 52% eran hombres, con una mediana de edad de 48 años (37-63). De los pacientes con AOS, 10 eran leves (IAH 5-15), 10 moderados (IAH 15-30) y 10 graves (IAH > 30). En el grupo de pacientes con AOS: el IMC fue 27,5 kg/m² (24-29), el perímetro de cuello 38,3 cm ($\pm 3,8$), el 53% tenían Mallampati I/IV y en la escala de Epworth tenían una mediana de 10 puntos (4-14); entre las comorbilidades más frecuentes se encontraron la HTA (27%) y la dislipemia (30%) (tabla 1). En cuanto a los resultados obtenidos con la oscilometría, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reactancia a 5 Hz a expensas del componente inspiratorio, siendo menor en los pacientes con AOS. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de parámetros de la oscilometría (tabla 2).

	AOS (n=30)	No AOS (n=30)	p-value
Edad	55,4 (+/- 15,9)	43,73 (+/-15,1)	p=0,0067
Sexo	hombres (57%) mujeres (43%)	mujeres (53%) hombres (47%)	
IMC (Kg/m2)	27,54 (24,3-28,71)	24,17 (23-26,5)	p=0,0135
Perímetro de cuello (cm)	38,3 (+/- 3,8)	35,9(+/- 3,2)	p=0,0091
Perímetro de abdomen (cm)	95,7 (+/- 11,7)	85,3 (+/-12,6)	p=0,0016
Mallampati (I-IV)	I (53%) II (23%) III (13%) IV (10%)	I (63%) II (23%) III (10%) IV (3%)	
Comorbilidades	HTA 26,7% DM 0% DL 30% Ictus 3,3% FA 3,33% IAM 3,33%	HTA 10 % DM 2 % DL 10 % Ictus 0 % FA 0 % IAM 0 %	p=0,024
Escala de Epworth (puntos)	10 (4-14)	5 (0-11)	p=0,0256
FEV1 (ml)	3,20 (+/-0,83)	3,32 (+/-0,77)	p=0,5644
FEV1 (%)	105% (+/-14,23)	98,3% (+/-9,75)	p=0,0877
CVF (ml)	3,99 (+/-1,11)	4,09 (+/-0,92)	p=0,7400
CVF (%)	103% (+/-17,81)	100% (+/-15,41)	p=0,5296
FEV1%/CVF (%)	79,26% (+/-4,33)	80,65 % (+/-5,86)	p=0,2991

Tabla 1. Características clínicas y funcionales (espirometría).

	AOS	NO AOS	p-value
R5 Hz (cmH2O/(L/S)	3,32 (+/- 1,13)	2,98 (+/-0,99)	p=0,2203
R5 Hz (%)	109% (80-134)	101% (77-116)	p=0,4553
R 19 Hz (cmH2O/(L/S)	2,96 (+/- 0,82)	2,72 (+/- 0,76)	p=0,2488
R19 Hz (%)	101% (80-122)	93 % (76-108)	p=0,1914
R5-R19	0,25 (0,15-0,48)	0,23 (0,1-0,51)	p=0,5641
X5 Hz inspiratoria (cmH2O/(L/S)	-0,82 (-1,08, -0,52)	-0,85 (-1,16, -0,68)	p=0,2088
X5 Hz inspiratoria (%)	67% (+/- 31)	83% (+/- 25)	p=0,0301
X5 Hz espiratoria (cmH2O/(L/S)	-0,8 (-1,15 -0,5)	-0,83 (-1 -0,53)	p=0,8187
X5 Hz espiratoria (%)	64 % (45-98)	79 % (56-97)	p=0,3593
X5 Hz total (cmH2O/(L/S)	-0,84 (-1,05 -0,55)	-0,84 (-1,05 -0,62)	p=0,6151
X5 Hz total (%)	69% (43-88)	82% (60-91)	p=0,1580
Delta de reactancia (deltaX)	-0,04 (-0,21 0,33)	-0,11 (-0,26 0,04)	p=0,2518

Tabla 2. Resultados obtenidos con oscilometría. Se expresan con la media $\pm$ desviación estándar o la mediana con rango intercuartílico, según proceda. R = resistencia; X = reactancia.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la mayoría de los parámetros medidos por oscilometría no son de utilidad en la AOS sin obesidad. En estudios previos, se encontraron diferencias en las resistencias a diferentes frecuencias y reactancia a 5 Hz, sin embargo, la población estudiada tenía obesidad. No obstante, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la reactancia a 5 Hz a expensas del componente inspiratorio. Por lo que habría que seguir realizando más estudios para confirmar estos datos.

788. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS COMORBILIDADES Y SÍNTOMAS QUE SE ASOCIAN A LA PRESENCIA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN HOMBRES Y EN MUJERES

María Villagrasa Guarch, Pablo Catalán Serra, Cristina Miralles Saavedra, Rafael Peris Cardells, Cristina Rosario Martín, Marta Solé Delgado, Lía Alonso Tomás y Sara Atarés López

Servicio de Neumología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es el trastorno respiratorio más común relacionado con el sueño y se relaciona con múltiples enfermedades. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto del género en los síntomas y comorbilidades en una cohorte de pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS), y estudiar cuáles de estas se asocian con la AOS.

Material y métodos: Este estudio observacional prospectivo llevado a cabo en 441 pacientes consecutivos remitidos a una Consulta de Sueño de un hospital de segundo nivel de la Comunidad Valenciana entre junio del 2022 y julio del 2023. Se recogieron variables clínicas y la presencia de comorbilidades, y se sometió a los pacientes a un estudio del sueño mediante poligrafía respiratoria domiciliaria. Se definió AOS como la presencia de un IAH ≥ 15 /h predominantemente obstructivas, o un IAH ≥ 5 /h en presencia de excesiva somnolencia diurna, sueño no reparador, cansancio excesivo o deterioro de la calidad de vida relacionada con el sueño. Se compara el perfil clínico y poligráfico de hombres y mujeres mediante un análisis bivariado. Mediante regresión logística multivariante se estudiaron los factores asociados a la presencia de AOS.

Resultados: En total, 441 pacientes (134 mujeres) cumplieron con los criterios de inclusión. Se diagnosticó AOS en 235 pacientes (62%). Las mujeres eran mayores que los hombres (55 ± 12 versus 51 ± 12 años) y tenían un IAH más bajo ($18,7 \pm 19,1$ versus $24 \pm 20,3$ eventos/h). En el grupo de AOS, las mujeres eran mayores (56 ± 11 versus 52 ± 10 años) y más obesas (IMC $30,8$ versus $30,1$ kg/m²). Las mujeres con AOS se quejaron más de cansancio ($66,1$ versus $46,9\%$), cefalea ($41,4$ versus $23,9\%$) e insomnio ($47,9$ versus $32,2\%$), en comparación con los hombres (todos los valores de $p < 0,05$). Se observaron más comorbilidades en mujeres que en hombres en relación al trastorno del ánimo ($36,2$ versus $19,6\%$), ansiedad ($38,8$ versus $21,8\%$) y depresión ($26,9$ versus $10,5\%$). En el análisis multivariante, el IMC > 30 kg/m² (OR $14,52$, $p < 0,05$) fue significativamente predictivo para la AOS en hombres.

Conclusiones: El cansancio, la cefalea y el insomnio se observan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres con AOS. La ansiedad y la depresión son más frecuentes en mujeres. La obesidad en hombres se ha identificado como factor predictivo para AOS.

500. ESTUDIO COMPARATIVO DEL VALOR PRONÓSTICO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES INCIDENTES DE LA CARGA HIPÓXICA RESPECTO A OTROS PARÁMETROS POLIGRÁFICOS EN PACIENTES CON APNEA DE SUEÑO

Thais Beauperthuy Levy¹, Grace Oscullo Yepéz², José Daniel Gómez Olivas², Marina Inglés Azorín¹, Sergio Mompeán Rodríguez¹, Rosalía Martínez Pérez¹, Alberto García Ortega³, Amina Bekki⁴, Manuel Sánchez de la Torre⁵ y Miguel Ángel Martínez García²

¹Neumología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ²Neumología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España. ³Neumología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ⁴Neumología, Hospital Vithas 9 de Octubre, Valencia, España. ⁵Precision Medicine in Chronic Diseases, IRB, Lleida, España.

Introducción: Diversos estudios retrospectivos, generalmente de base poblacional, han observado que la carga hipóxica (HB) presenta un valor pronóstico de eventos cardiovasculares (ECV) superior al índice de apneas-hipopneas (IAH) o al índice de desaturaciones (ODI) clásicos en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). El objetivo de nuestro estudio es comparar, en el primer estudio prospectivo de vida real, el valor pronóstico para ECV incidentes de la carga

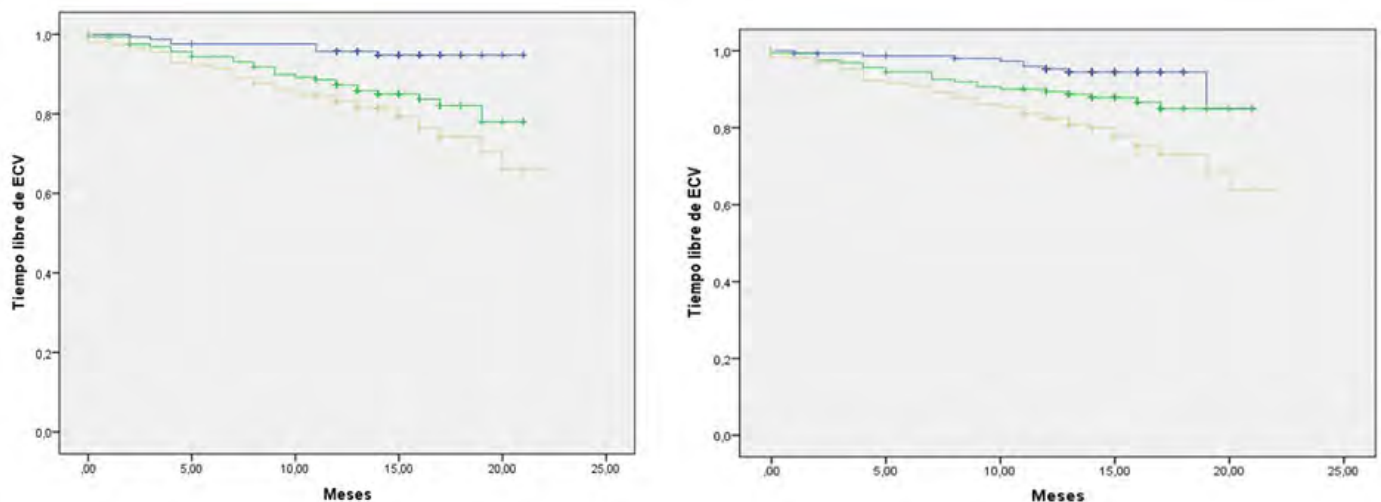


Figura 1. Comunicación 500. Kaplan-Meier para HB y CT90 (1T: línea azul; 2T: línea verde; 3T: línea marrón).

hipóxica en relación al resto de parámetros poligráficos comúnmente usados (IAH, ODI y CT90%).

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos enviados por sospecha de AOS. Se excluyeron los pacientes con buena adherencia a la CPAP (al menos 4 horas). El estudio de sueño fue realizado por poligrafía respiratoria con un *software* añadido para la medición del HB definido como el área bajo la curva de desaturación (número, longitud y profundidad) relacionada con eventos respiratorios. Los parámetros a comparar (HB, IAH, ODI y CT90%) fueron divididos en terciles. El *outcome* incidente principal fue un composite compuesto por cardiopatía isquémica, ictus, embolia pulmonar, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular (FA) y crisis hipertensiva (todas ellas mortales o no mortales). La capacidad pronóstica por separado de cada variable se valoró mediante análisis de supervivencia de Cox con ajuste por edad, sexo, índice de masa corporal, ECV previos, hipertensión arterial y diabetes (HR, IC95%). El tamaño muestral mínimo de ECV fue calculado en 80. Se siguió a los pacientes hasta alcanzar el tamaño muestral de ECV necesarios.

Resultados: De los 752 pacientes iniciales, 74 no fueron AOS (AHI < 5), 22 fueron excluidos por otras razones y 167 se excluyeron por buena adherencia a la CPAP. Fueron finalmente incluidos 489 pacientes. Durante 15 (IQR: 12-17) meses, se produjeron 80 ECV (36 crisis hipertensivas, 15 insuficiencia cardíaca, 10 cardiopatía isquémica, 13 FA, 2 embolias pulmonares y 4 ictus). En la tabla se muestra la capacidad pronóstica ajustada de las diferentes variables poligráficas y las correspondientes figuras de Kaplan-Meier para HB y CT90% (1T: línea azul; 2T: línea verde; 3T: línea marrón),

Capacidad pronóstica ajustada de las diferentes variables poligráficas determinada mediante análisis de supervivencia de Cox			
	Terciles (T)	HR (IC95%)	p
Carga hipóxica (%min/hora)	1T (< 26,6)	Control	--
	2T (26,7-65,1)	1,7 (0,8-3,8)	0,18
	3T (> 65,1)	3,1 (1,5-6,4)	0,003
IAH (eventos/h)	1T (< 14,5)	Control	--
	2T (14,6-26,6)	1,2 (0,7-4,7)	0,34
	3T (> 26,6)	1,6 (0,8-4,9)	0,18
ID3% (eventos/h)	1T (< 13,3)	Control	--
	2T (13,4-29,8)	1,4 (0,8-4,6)	0,24
	3T (> 29,8)	1,9 (0,9-4,8)	0,09
Ts90% (%)	1T (< 0,5)	Control	--
	2T (0,6-5,4)	1,9 (0,9-4,5)	0,10
	3T (> 5,4)	2,7 (1,2-6,1)	0,013

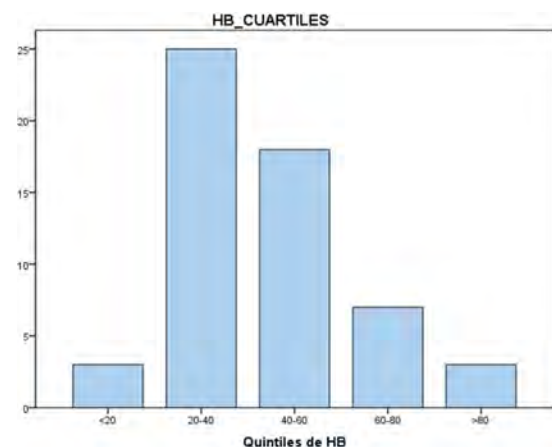
Conclusiones: La carga hipóxica y el valor del CT90% nocturno son mejores predictores que el IAH y el ODI3% para eventos cardiovasculares incidentes en pacientes con AOS.

839. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CARGA HIPÓXICA EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO MODERADA

Daniela Yamunaqué Camperón, Andrea Grau Freixinet, Toni Zapata Comas, Marta Bonet Lario, Dani Ross Monserrate Mitchell y Laura Vigil Giménez

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona, España.

Introducción: El índice de apnea-hipopnea (IAH) es hoy en día la métrica universal para establecer la gravedad de apnea obstructiva del sueño (AOS). Sin embargo, no capta debidamente la heterogeneidad de la enfermedad. Por ello, se han desarrollado nuevas métricas como la carga hipóxica o "Hypoxic burden" (HB), expresado en %min/h. El HB está diseñada para cuantificar la frecuencia, duración y profundidad de la desaturación del evento respiratorio, siendo potencialmente un mejor indicador de gravedad y pronóstico del AOS (sobre todo en relación a los eventos cardiovasculares). El objetivo de este estudio es describir el HB en pacientes con AOS moderado según el IAH y corroborar si los quintiles más altos iniciaron tratamiento con presión positiva continua en vía aérea superior (CPAP).



Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, que incluye a todos los pacientes de > 18 años con AOS moderado según IAH, reclutados entre marzo y octubre del 2023. Se incluyeron variables demográficas (edad, sexo e índice de masa corporal (IMC)), comorbilidades (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y accidente cerebrovascular), inicio de tratamiento con CPAP y el HB, clasificado en sus quintiles.

Tabla 1. Comunicación 839

Distribución de las comorbilidades cardiovasculares en función de los quintiles del HB

Características de la población	Total, n = 56	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
		> 20	20-40	40-60	60-80	> 80
Hipertensión n (%)	16 (29%)	0	11 (69%)	4 (25%)	0	1 (6%)
Dislipemia n (%)	22 (39%)	0	14 (64%)	6 (27%)	2 (9%)	0
Diabetes n (%)	8 (14%)	0	4 (50%)	4 (50%)	0	0
Insuficiencia cardíaca n (%)	2 (4%)	0	0	2 (100%)	0	0
Enfermedad coronaria n (%)	3 (5%)	0	1 (33%)	2 (67%)	0	0
Fibrilación auricular n (%)	2 (4%)	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0
Accidente cerebrovascular n (%)	2 (4%)	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0
Carga hipóxica (% min/h)	43.9 ± 2.3 DE % min/h	3 (5%)	25 (45%)	18 (32%)	7 (12%)	3 (5%)
Tratamiento con CPAP						
Sí	15 (27%)	2 (13%)	4 (27%)	4 (27%)	2 (13%)	3 (20%)
No	32 (57%)	1 (3%)	17 (53%)	11 (34%)	3 (10%)	0

Resultados: Se incluyeron a 56 pacientes (55% hombres), con una edad media $54 \pm 12,3$ y un índice de masa corporal (IMC) medio de $30,21 \pm 7,9$ (kg/m²). Respecto a las variables de las pruebas del sueño: el IAH medio fue de $21,1 \pm 4,32$ /h, con un CT90 medio de $4,9 \pm 7,3\%$ y un Epworth medio de $11 \pm 4,8$. El HB medio fue de $43,9 \pm 23\%$ min/h. En la tabla se describen las comorbilidades en función de los quintiles del Hb. La comorbilidad más frecuente fue dislipemia (39%). Las distribuciones de los pacientes según los quintiles del HB se observan en la figura. El 77% de los pacientes se ubican entre los quintiles 2 y 3. Sin embargo, hay un 17,9% en los quintiles más elevados (4 y 5), siendo estos los quintiles asociados a mayor gravedad. De los 15 pacientes con AOS moderado según IAH que recibieron CPAP, el 60% pertenecía a quintiles 3, 4 y 5 del HB, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,04^*$).

Conclusiones: Se inició CPAP en la mayoría de pacientes clasificados en los quintiles más altos de forma estadísticamente significativa, por lo que sería necesario más estudios basados en el HB como ayuda en la toma de decisión para decidir el manejo terapéutico, en pacientes con AOS moderada.

862. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APNEA DEL SUEÑO?

Sofía Romero Peralta, Cristina Rubio Bernardo, María Castillo García, Pilar Resano Barrio, Miguel Alonso Rodríguez, Esther Solano Pérez, Carlota Coso Serrano, Laura Silgado Martínez, Esther Viejo Ayuso, Leticia Álvarez Balado y Olga Mediano San Andrés

Sleep Unit, Pneumology Department, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Introducción: La AOS pediátrica afecta entre 1 y el 5% de los niños con comorbilidades relevantes a nivel metabólico, cardiovascular (CV) y neurológico. Al igual que existe una clara caracterización de la AOS en la mujer, no existe dicha evidencia en la niña, objetivo de este trabajo.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional en 284 niños (4-18 años) con sospecha de AOS. Se excluyeron: 1) enfermedad CV; 2) enfermedades genéticas; 3) insomnio crónico y/o síndrome depresivo; 4) síndrome malformativo; 5) síndrome de Down; o 6) neuromusculares. Se incluyeron 89 niñas y 127 niños. Se recogieron variables clínicas y antropométricas. Se realizó estudio de sueño (PSG) y monitorización de PA 24 h (MAPA). La comparación por sexo se realizó por medio de la prueba de la χ^2 para las variables categóricas, y la prueba t o la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas.

Resultados: No hubo diferencias en exploración física: percentil de talla, media (P25,P75) = 53, IC95% = [26-79] en niñas vs. 55, IC95% = [0,987] en niños ($p = 0,987$); percentil de peso, media (P25, P75) = 57, IC95% = [32-87] en niñas vs. 49, IC95% = [27-78] en niños ($p = 0-336$). Tampoco hubo diferencias en el tamaño amigdalario: grado 4 = 25 (28,4%) en niñas vs. 35 (28%) en niños ($p = 0,338$); sintomáticamente los niños con AOS presentaron más dificultad para organizarse con sus actividades frente a las niñas con AOS 83 (65,84%) vs. 45 (50,55%), $p = 0,014$ y se distrajeran más fácilmente con estímulos irrelevantes que las niñas 102 (82,2%) vs. 69 (77,5%), $p = 0,034$. Respecto a los parámetros de PSG no hubo diferencias en el porcentaje de fases, ni en la gravedad de la AOS IAH = 7,70/hora, IC95% = [4,80-13] en niñas vs. 7,50 IC95% = [5,05-12] en niños ($p = 0,982$) (tabla 1). Respecto MAPA, no se encontraron diferencias en la PAM = 75, IC95% = [73-78] en niñas vs. 75, IC95% = [71-80] en niños ($p = 0,681$), ni PAM media nocturna = 70, IC95% = [65-73] en niñas vs. 69, IC95% = [65-74] en niños ($p = 0,818$), ni en el hallazgo de patrón non dipper = 37 (45,7%) vs. 55 (45,5%) en niños ($p > 0,99$) (tabla 2).

Variable	Mujer	Hombre	Valor p	N válida
	N=89	N=127		
IAH /h, Mediana (P25,P75)	7.70 (4.80, 13.0)	7.50 (5.05, 12.0)	0.982	216
Grupo de riesgo de SAHS, n (%):			0.968	216
Grupo II: IAH ≥ 3 /h	23 (25.8%)	31 (24.4%)		
Grupo III: IAH ≥ 5 /h	36 (40.4%)	53 (41.7%)		
Grupo IV: IAH ≥ 10 /h	30 (33.7%)	43 (33.9%)		
IAH supino /h, Mediana (P25,P75)	7.45 (5.27, 16.9)	7.65 (4.88, 13.3)	0.783	200
IAH no supino /h, Mediana (P25,P75)	5.92 (3.44, 10.1)	6.22 (3.28, 10.8)	0.933	202
IAH central /h, Mediana (P25,P75)	1.00 (0.40, 1.72)	0.90 (0.40, 1.70)	0.862	212
IAH obstructivo /h, Mediana (P25,P75)	5.90 (3.75, 10.4)	6.45 (3.92, 10.1)	0.547	209

IAH: índice de apnea-hipoapnea; TRS: trastorno respiratorio del sueño.

Tabla 1. Comunicación 862. Diferencias entre los parámetros respiratorios de la polisomnografía entre niños y niñas con apnea obstructiva del sueño.

Variable	Mujer	Hombre	Valor p	N válida
	N=84	N=123		
PAS media diurna [mmHg], Mediana (P25,P75)	102 (97.8,108)	102 (96.0,111)	0.676	207
PAD media diurna [mmHg], Mediana (P25,P75)	68.0 (63.0,71.2)	67.0 (63.0,71.5)	0.527	207
PAM media diurna [mmHg], Mediana (P25,P75)	79.0 (76.0,81.0)	78.0 (74.0,83.0)	0.769	202
PAS media nocturna [mmHg], Mediana (P25,P75)	91.5 (86.8,97.2)	92.0 (85.5,101)	0.426	207
PAD media nocturna [mmHg], Mediana (P25,P75)	59.0 (52.8,62.0)	57.0 (54.0,61.0)	0.765	207
PAM media nocturna [mmHg], Mediana (P25,P75)	70.0 (65.0,73.0)	69.0 (65.0,74.0)	0.818	202
Bajada de la PAM, Mediana (P25,P75)	11.2 (7.89,14.5)	10.8 (6.67,15.8)	0.902	202
Patrón non-dipper, n (%):			>0.999	202
No	44 (54.3%)	66 (54.5%)		
Si	37 (45.7%)	55 (45.5%)		
Grado MAPA, n (%):			>0.999	194
Normal	75 (93.8%)	106 (93.0%)		
Alto normal	3 (3.75%)	4 (3.51%)		
Hipertensión	2 (2.50%)	4 (3.51%)		

PAD: presión arterial diastólica; PAM: presión arterial media; PAS: presión arterial sistólica.

Tabla 2. Comunicación 862. Diferencias entre los hallazgos de la monitorización ambulatoria de la presión arterial entre niños y niñas con apnea obstructiva del sueño.

Conclusiones: Los niños con AOS presentan más dificultad para organizarse con sus actividades distrayéndose más fácilmente con estímulos irrelevantes que las niñas. No se encontraron otras diferencias relevantes en la presentación clínica, polisomnográfica ni de comorbilidades para este rango de edad. Se necesitan más estudios para el tratamiento de la AOS en la población pediátrica de forma personalizada.

495. EXPERIENCIA CON UN HOLTER-POLÍGRAFO EN NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA. MOTIVOS DE INDICACIÓN DE LA PRUEBA, PERFIL DE PACIENTES Y EFICACIA DE LA PRUEBA

Sara Sánchez Martín, Belén Gómez Rodríguez,
Lorena Piñel Jiménez y José Luis Velasco Jiménez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es considerado un potencial factor de riesgo y peor pronóstico para la enfermedad cardiovascular. Ante el creciente número de pacientes con esta patología comenzamos a utilizar un dispositivo que permitiera realizar las pruebas de holter y poligrafía en una sola sesión.

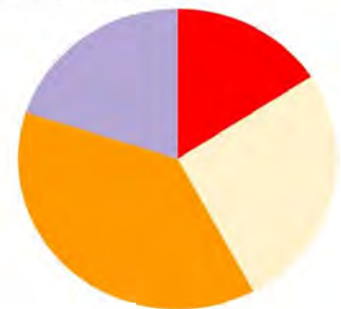
Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo donde se analizaron los motivos que llevaron a la indicación de la prueba, comorbilidades y sintomatología de los pacientes, índice de apneas e hipoapneas y fallos en la realización del estudio de los pacientes en aquellos realizados durante el año 2023 en nuestro centro.

Resultados: Fueron un total de 97 pacientes, con una edad media de 59 años, de los cuales 67 (69%) eran hombres. La mayoría (83%) eran derivados para realización de *screening* por sus factores de riesgo, de entre estos solo 13 (13,4%) manifestaron expresamente presentar ronquidos y 9 (9%) apneas observadas. La puntuación media del cuestionario Epworth fue de 5,53. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular 24 (24,7%) eran fumadores, 24 (24,7%) exfumadores y 49 (50,5%) nunca habían sido fumadores. 48 (49,5%) presentaban HTA, 13 (13,4%) eran diabéticos y 34 (35%) presentaban dislipemia. La media de IMC era de 29. Entre la patología cardíaca 85 (87%) presentaban arritmias, 16 (16,5%) insuficiencia cardíaca, 13

(13,4%) valvulopatías y 6 (6,1%) cardiopatía isquémica. Respecto a los resultados del estudio 15 (15,46%) fueron negativos, 25 (25,77%) presentaron un AOS leve, 36 (37,11%) moderado y 19 (19,58%) grave. 2 pacientes estaban pendientes de repetir estudio. En total 80 (82,47%) presentaron un estudio patológico. La media de apneas obstructivas fue 43,89, centrales 6,63, mixtas 1,86 e hipoapneas 73,96. El CT90% medio fue de 11,20%. Se repitió el estudio en 8 (8,2%) casos, 7 de ellos fueron por fallo de alguno de los canales del registro y 1 porque el paciente no durmió la noche del estudio.

Resultados Poligrafía Respiratoria

● Negativo
● AOS leve
● AOS moderado
● AOS grave



N= 97 PACIENTES		
Patología cardíaca	FRCV	Habito tabáquico
85 arritmias	48 HTA	24 Fumadores
16 insuficiencia cardíaca	13 DM	24 Exfumadores
13 valvulopatías	34 Dislipemia	49 Niegan
6 cardiopatía isquémica		

Comorbilidades.

Conclusiones: Entre los pacientes con cardiopatía existe una importante prevalencia de AOS cuyo tratamiento y control es importante sobre todo en arritmias. Dado el elevado porcentaje de pacientes con cardiopatía que presenta un resultado positivo a pesar de una puntuación baja en la escala de Epworth consideramos que la realización de un estudio de *screening* estaría justificado en este perfil de pacientes de riesgo. El dispositivo que combina holter y poligrafía presenta un porcentaje bajo de fallos y repeticiones por lo que muestra su utilidad en el diagnóstico.

256. EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON LA TERAPIA CON PRESIÓN POSITIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Paula Bordallo Vázquez¹, Mikel Azpiazu Blocona², David Díez Fuente², Camila Belén García López¹, Álvaro Javier Zoco Gallardo¹ y Carlos Javier Egea Santaolalla¹

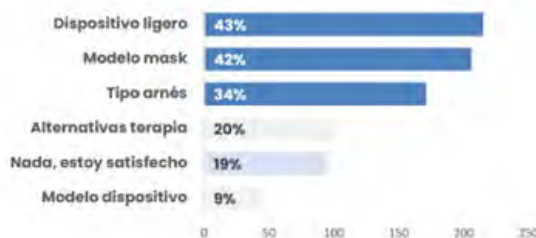
¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ²Unidad Funcional del Sueño, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, España.

Introducción: La terapia con presión positiva (CPAP) se considera la primera opción de tratamiento de la apnea obstructiva del sueño (AOS). Esta terapia suele presentar una baja adherencia, principal causa del fracaso terapéutico y abandono. Es el único tratamiento para la AOS financiado por el sistema público de salud y es contratado por concurso a una empresa de terapias respiratorias domiciliarias (TRD) que proporciona el servicio y ofrece un catálogo propio de dispositivos y mascarillas, conforme a los requisitos de contratación. La evidencia sobre la experiencia con el tratamiento CPAP desde la perspectiva del usuario es limitada. El objetivo en este proyecto es conocer la experiencia de nuestros pacientes con la terapia CPAP para poder identificar oportunidades de mejora en el servicio.

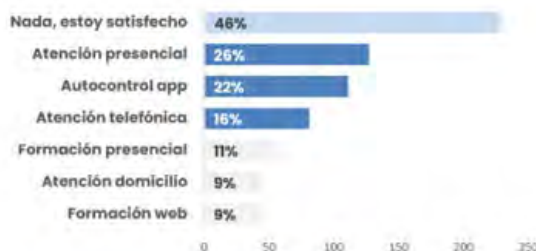
Material y métodos: Estudio observacional descriptivo poblacional unicéntrico en adultos diagnosticados de AOS en nuestra unidad, con inicio de terapia CPAP en el trienio 2020-22. Se envió un formulario electrónico (Google Forms®) anónimo mediante SMS o email, con preguntas en escala Likert (valoración de 1 a 5 puntos), sobre

experiencia/satisfacción con el tratamiento y el servicio de la empresa TRD, tolerancia al tratamiento y posibles oportunidades de mejora. Proyecto aprobado por el CEI Hospital Universitario Araba.

Oportunidades de mejora en Terapia



Oportunidades de mejora en Servicio TRD



Interés en servicios externos



Candidatos

1.800

pacientes con indicación CPAP
registrados entre 2020/2021/2022

68%
58,8 años

	2020	2021	2022	Total
Hombre	319	432	471	1.222
Mujer	191	230	197	578
Total	470	662	668	1.800



Respuestas

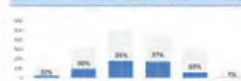
temperatura registrada: 2020/2021/2022

535

pacientes con indicación CPAP
registrados entre 2020/2021/2022

69%
57,2 años

	2020	2021	2022	Total
Hombre	319	432	471	1.222
Mujer	191	230	197	578
Total	470	662	668	1.800



Experiencia y satisfacción



★★★★ Optimo >= 4,0
★★★★ Satisfacción >= 3,5
★★★★ Satisfacción >= 3,0
★★★★ Satisfacción >= 2,5

Tolerancia a la terapia CPAP



★★★★ Optimo >= 4,0
★★★★ Satisfacción >= 3,5
★★★★ Satisfacción >= 3,0
★★★★ Satisfacción >= 2,5

Figura 1. Comunicación 256.

Resultados: Se incluyeron 1.800 pacientes (68% hombres, 58,6 años), obteniendo 535 respuestas (30%), 97% con terapia activa. Se muestran puntuaciones promedio con 5 como máximo control/satisfacción. Experiencia/satisfacción: control de síntomas (3,5), calidad del sueño (3,8), terapia CPAP (4,0), servicio empresa TRD (4,3). Un 61% referían un control de síntomas total/casi total. Tolerancia: general (4,0), a la mascarilla (3,7), a la presión suministrada (4,1), al ruido (3,8). Oportunidades de mejora (respuesta múltiple): 19% estaban totalmente satisfechos y no añadirían nada. La mayoría (42%) indicaron un dispositivo más ligero o un modelo mejor de mascarilla. Un 46% de los pacientes estaban totalmente satisfechos con el servicio de nuestra empresa TRD (Linde Healthcare). Interés en servicios externos a TRD con catálogo digital: 69% no mostraron ningún interés.

Conclusiones: Para nuestros pacientes, la satisfacción con la terapia CPAP y el servicio prestado por la empresa TRD ha sido considerado adecuado/óptimo. Hemos identificado que podemos mejorar en la oferta de mascarillas y dispositivos CPAP más ligeros. Por último, existe un escaso interés en servicios externos *online*.

491. EXPLORANDO ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: UN ENFOQUE CENTRADO EN EL MIRNOME

Thalía Belmonte García, Olga Mínguez Roure, María Aguilà Balastegui, Iván D. Benítez Iglesias, Lucía Pinilla Latorre, Marta Molinero García, Anna Moncusí Moix, Gerard Torres Cortada, Ferran Barbé Illa, Manuel Sánchez de la Torre y David de Gonzalo Calvo

IRBLleida, Lleida, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno del sueño común estrechamente asociado con una amplia gama de morbilidades y un mayor riesgo de causas de mortalidad. Explorar estrategias terapéuticas adicionales es esencial para mejorar el manejo del paciente. En este contexto, los microRNA (miRNA) han emergido como una herramienta prometedora para el desarrollo de posibles intervenciones. El objetivo del presente estudio fue identificar nuevas dianas terapéuticas para el tratamiento de la AOS mediante la combinación de perfiles de miRNA, *machine learning* (ML) y análisis bioinformáticos.

Material y métodos: Estudio multicéntrico que incluyó a 526 pacientes con sospecha de AOS. Se cuantificaron los miRNAs plasmáticos en una fase de *screening* (mediante secuenciación de RNA) y dos fases de validación (mediante RT-qPCR). Se combinaron tres métodos de ML de selección de variables (Boruta, SPLS y VSURF) y análisis bioinformáticos (bases de datos KEGG, GO, Reactome y Drug-Gene Interaction). La validación de los resultados se realizó mediante tres bases de datos transcriptómicas disponibles públicamente.

Resultados: En la fase de *screening*, 42 miRNAs mostraron diferencias estadísticas entre los pacientes con y sin AOS (n = 53). A continuación, once miRNAs, validados mediante RT-qPCR en la fase de validación técnica (n = 53), fueron cuantificados en la validación biológica (n = 473). La selección de variables de ML identificó los miRNA let-7d-5p, miR-15a-5p y miR-107 asociados a la AOS. Las dianas validadas experimentalmente de los tres miRNAs (299 genes) están relacionadas con rutas de senescencia celular, metabolismo y fibrosis. La validación externa subrayó la implicación de mecanismos asociados a la senescencia celular en la patogénesis de la AOS. Finalmente, se identificaron 18 fármacos aprobados por la FDA dirigidos a las dianas de los miRNAs.

Conclusiones: Nuestro estudio revela nuevos mecanismos fisiopatológicos asociados a la AOS, ofreciendo un enfoque prometedor para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

739. FACTORES INFLUYENTES EN LA ADHERENCIA A CPAP EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

Ana Rodríguez Cabrera, Irene Pacheco Carrillo, Javier Romero López y Jessica Ivana Hilarés Vera

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es considerada como una enfermedad infradiagnosticada entre las mujeres. Sus manifestaciones atípicas dificultan la sospecha clínica y el manejo terapéutico. Estudios previos relacionan la obesidad con una mejor adherencia a CPAP en varones, pero en mujeres hay poca literatura sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento. El objetivo del estudio fue identificar variables que puedan condicionar un buen o mal cumplimiento al tratamiento con CPAP en mujeres diagnosticadas de AOS.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye a 128 mujeres diagnosticadas de AOS con seguimiento en la Unidad de Sueño del Hospital Juan Ramón Jiménez, divididas en cumplidoras (> 4 h/día) y no cumplidoras (< 4 h/día) según las horas de uso de CPAP. Se recogieron antecedentes personales, clínica predominante, características del estudio diagnóstico y efectos adversos al tratamiento. El método estadístico para el análisis de variables cualitativas fue el chi-cuadrado, mientras que para cuantitativas se utilizó el Mann-Whitney.

Resultados: La edad media fue similar en ambos grupos (59 ± 11,4 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad (78,1%), hipertensión (62,5%), y el síndrome ansioso-depresivo (39,8%). La clínica predominante fueron los ronquidos (86,7%), la apnea (67,2%), y la astenia (53,1%). En el estudio poligráfico se obtuvo un índice de Epworth medio de 11,7 (DE 5,15), un IAH medio de 41,05 (DE 24) y un CT90% de 22,25 (DE 27,73). Entre los efectos adversos del uso de CPAP, predominaron la fuga aérea (11,7%), y la sequedad de mucosas (10,2%). En el análisis multivariante no se encontró ninguna variable que condicionara un buen o mal cumplimiento a la CPAP con significación estadística suficiente salvo el hipotiroidismo, que fue más prevalente en el grupo de no cumplidoras (30,5% frente al 15,2% en cumplidoras, p 0,03), pudiéndose relacionar dicha comorbilidad con una peor adherencia al tratamiento. Se objetivó una asociación significativa entre el cumplimiento y la presión de CPAP (p 0,003), presentando una correlación inversa (CR -0,267).

Conclusiones: No se ha observado ninguna variable relacionada con la clínica ni con el estudio diagnóstico que ayude a predecir la adherencia a CPAP en mujeres con AOS. El hipotiroidismo se asocia a una peor adherencia al tratamiento. Existe una correlación inversa entre la presión de CPAP y el cumplimiento del tratamiento.

527. ¿HAY ASOCIACIÓN LINEAL ENTRE POLIGLOBULIA SECUNDARIA Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

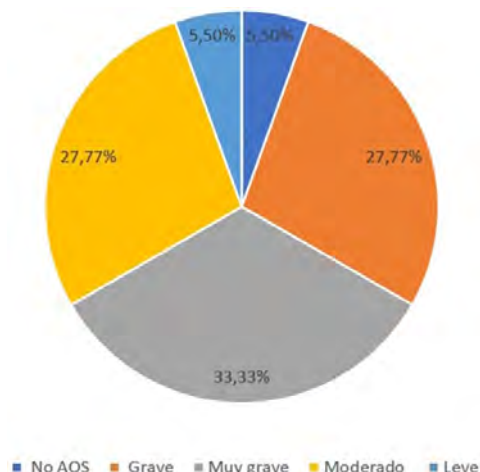
Natalia Calvente Vera, Pilar Barragán Reyes, Andrea María Mendoza Barrios, Eva Rubio Calvo y Alicia Conde Valero

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Introducción: La eritrocitosis, policitemia o poliglobulia, se define como el aumento de la masa eritrocitaria, la concentración de hemoglobina y/o hematocrito en la sangre periférica. La hipoxia crónica está dentro de las causas de poliglobulia secundaria al actuar como desencadenante de hiperproducción de eritropoyetina (EPO) y con ello la estimulación de la eritropoyesis. La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una de las causas de poliglobulia secundaria, aunque su implicación no está bien establecida y en la literatura hay poca evidencia. El objetivo del estudio es describir las características de pacientes valorados en la unidad del sueño con poliglobulia secundaria y determinar si la gravedad de AOS, CT90 e índice de desaturación (ID) como marcadores de hipoxemia se corresponden a valores de poliglobulia.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 18 pacientes valorados en la unidad del sueño derivados desde hematología por poliglobulia secundaria, entre enero 2021 y diciembre de 2022. Se analizaron las variables: edad, sexo, hemoglobina (Hb), hematocrito, tabaquismo, obesidad por IMC, comorbilidad respiratoria, IAH, CT90, ID, SpO2 mínima, promedio y en consulta. Análisis de regresión múltiple para determinar el grado de relación entre gravedad del AOS por IAH, ID y CT90 y los valores de poliglobulia.

Resultados: Incluimos 18 pacientes con poliglobulia secundaria: media de Hb de 19,17 mg/dl y hematocrito de 58,6%. Edad media 63 años, hombres el 83,3% (15), obesidad tipo 1 (IMC medio 32,87 kg/m²). El 100% presentaba comorbilidad de cualquier origen de las que el 33,3% correspondía a respiratoria y en concreto, a EPOC. El diagnóstico de AOS se hizo en 17 pacientes, con desglose por gravedad en la figura y se prescribió CPAP en el 88,8%. ID promedio 36,8 y CT90 con 1 paciente por debajo del 20% (tenía además AOS grave). La SpO2 en consulta en ningún caso fue menor al 95%. SpO2 mínima media de 69% con SpO2 promedio de 86%. Se realiza el análisis de regresión múltiple, utilizando como variable dependiente los niveles de Hb e independientes IAH, ID y CT90, obteniendo un coeficiente de correlación de 0,45.



Conclusiones: El 94% de los pacientes derivados por poliglobulia secundaria se diagnosticaron de AOS, con prescripción de CPAP en el 88,8% de ellos. Un único paciente presentó un CT90 igual a 0%, en el resto era superior al 20%, a pesar de SpO2 normal en consulta. En pacientes con AOS y poliglobulia secundaria no se pueden predecir los valores de Hb a partir de la gravedad del AOS por IAH, ID y CT90.

216. IMPACTO DE BIOMARCADORES PRONÓSTICOS Y APNEA DEL SUEÑO EN LA EVOLUCIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO

José Daniel Gómez Olivas¹, Carolina Cubillos Zapata², Grace Oscullo Yépez¹, Alberto García Ortega³, Thais Beauperthuy Levy⁴, Amina Levy⁵, Marina Inglés Azorín⁶, Francisco Campos Rodríguez⁷, Valentín Cabriada Nuño⁸, Eva María Arias Arias⁹, Olga Mediano San Andrés¹⁰, Manuel Sánchez de la Torre¹¹, Ana María Fortuna Gutiérrez¹², Irene Cano Pumarega¹³, Luis Hernández Blasco¹⁴, María Somoza González¹⁵, Eusebi Chiner Vives¹⁶, Jorge Abad Capa¹⁷, Francisco García Río² y Miguel Ángel Martínez García⁶

¹Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ²Investigación Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³Hospital Doctor Peset, Valencia, España. ⁴Hospital de Requena, Valencia, España. ⁵IMED, Valencia, España. ⁶Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ⁷Hospital de Valme, Sevilla, España. ⁸Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ⁹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ¹⁰Hospital Universitario General de Guadalajara, Guadalajara, España. ¹¹IRB Lleida, Lleida, España. ¹²Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ¹³Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ¹⁴Hospital Universitario Dr. Balmis, Alicante, España. ¹⁵Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, España. ¹⁶Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ¹⁷Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) se asocia a mayor agresividad y peor pronóstico del melanoma (MM) y también se ha demostrado cómo se produce una mejoría de este pronóstico con el tratamiento con CPAP. Sin embargo, no se ha analizado el impacto pronóstico de biomarcadores asociados tanto al MM como a AOS, lo cual será el objetivo principal del estudio junto a la construcción de un score multidimensional.

Material y métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes diagnosticados de MM de 30 centros en España entre 2012 y 2015. A todos se les realizó estudio de sueño, se les extrajo analítica sanguínea y se recogieron datos clínicos y de diagnóstico y tratamiento del MM. La variable final fue compuesta (muerte, recurrencia del MM o metástasis). Se formaron 4 grupos: No AOS (IAH < 10/h), AOS moderado-grave con buena adherencia a CPAP, AOS “moderado” con mala adherencia a CPAP e IAH entre 11-29 y AOS grave (IAH ≥ 30/h) con mala adherencia a CPAP. Se realizó la determi-

Análisis de Cox. Variables asociadas de forma independiente con el outcome principal tras dicotomización de las variables cuantitativas

DICOTOMIZACION DE VARIABLES				CONSTRUCCIÓN DEL SCORE PRONÓSTICO	
Variable	OR	IC95%	p	Variable	Valor (en puntos)
Falta de QT/RT (SI/NO)	2.3	1.5-5.2	0.001	Breslow > 2 mm	3
AOS moderado-grave sin CPAP (SI/no)	1.7	1.02-2.68	0.04	Falta de QT o RT	2
Índice de Breslow > 2 mm	2.8	1.5-3.9	0.0001	OSA moderado-grave sin CPAP	2
VEGF > 70 pg/ml	1.9	1.13-3.11	0.014	VEGF > 70 pg/ml	2
sPDL-1 > 70 pg/ml	1.1	1.04-1.9	0.04	sPDL1 > 70 pg/ml	1
				TOTAL	10 puntos

Obtención del mejor punto de corte de cada variable mediante curvas ROC

Figura 1. Comunicación 216.

Capacidad pronóstica de aparición del evento de cada variable del score y del valor total del mismo (Curvas ROC)

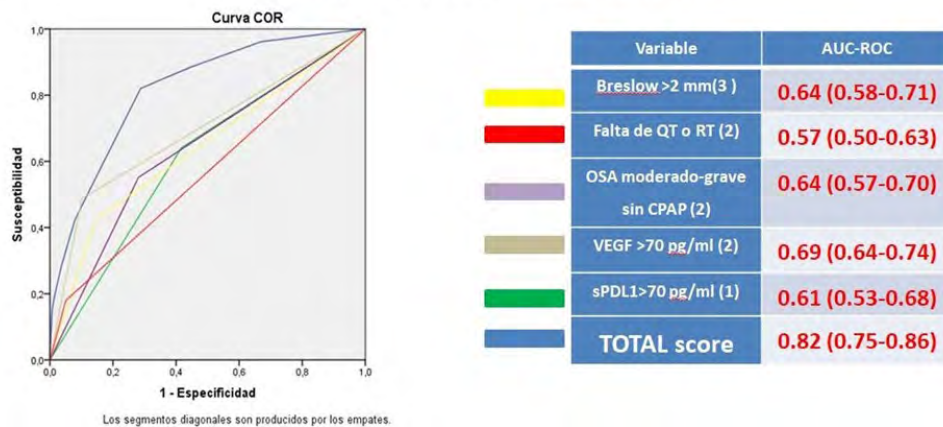


Figura 2. Comunicación 216.

nación de 10 biomarcadores asociados a AOS y cáncer (leptina, TGFb1, SMAD4, SMAD3, VEGF, MDK, sPDL-1, PSPC-1, MMP-2 y PgE2). Mediante análisis multivariado de Cox y curvas ROC se determinaron las variables clínicas y analíticas relacionadas con el pronóstico del melanoma y se construyó un score pronóstico.

Resultados: Incluidos 391 pacientes con datos completos. La edad media fue de $65,1 \pm 15,2$ años y el 49% fueron hombres. El IAH medio fue de $14,6 \pm 1,2$, el Epworth medio 6 (3-8) y Breslow medio $1,7 \pm 2,5$ mm. Por grupos: No AOS (n = 149), AOS moderado-grave con buena adherencia a CPAP (n = 78), AOS "moderado" con mala adherencia a CPAP (n = 124) y AOS grave con mala a CPAP (n = 50). Fueron seguidos una mediana de 60 (51-74) meses y se produjeron 116 eventos. SMAD4, VEGF y sPDL-1 estuvieron más elevados en aquellos pacientes que presentaron la composite pronóstica. Tras dicotomizar los valores cuantitativos, las variables asociadas a la composite aparecen en la figura 1: AOS moderado-grave sin CPAP (OR 1,7), VEGF > 70 pg/mL (OR 1,9) y sPDL-1 > 70 pg/mL (OR: 1,1), así como Breslow y falta de QT/RT. En la figura 2 se observa que el valor pronóstico del score final (fig. 1) es de 0,82 (IC95%: 0,75-0,86).

Conclusiones: Tanto la AOS moderada-grave con mala adherencia a CPAP como los biomarcadores VEGF y PDL1 se asociaron de forma independiente a un peor pronóstico del MM. Un score multidimensional que engloba datos de AOS, de tratamiento con CPAP, de melanoma y biomarcadores permite predecir adecuadamente el pronóstico en pacientes con MM.

630. IMPACTO DE LA TELEMONITORIZACIÓN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

Ana Rodríguez Cabrera¹, Irene Pacheco Carrillo¹, Jessica Ivana Hilares Vera¹, Ana Belén Rodríguez Gómez² y Javier Romero López¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. ²Sapio Life, Huelva, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología crónica y prevalente, cuyo tratamiento de elección es la presión continua en la vía aérea (CPAP). La CPAP ha demostrado ser eficaz y costo-efectiva, si bien la mala adherencia a la misma es un problema frecuente en esta enfermedad. La telemonitorización puede ser una herramienta útil para detectar de manera precoz pacientes no cumplidores, permitiéndonos actuar sobre ellos y mejorar así la adheren-

cia al tratamiento. El objetivo del estudio es analizar las diferencias en la adherencia al tratamiento entre los pacientes incluidos en un programa de telemonitorización y los pacientes en seguimiento convencional.

Material y métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado, en el que se incluyeron a 38 pacientes con AOS grave con indicación de CPAP, que fueron aleatorizados en dos grupos: 1) Seguimiento mediante telemonitorización y 2) Seguimiento convencional. Se recogieron variables descriptivas basales en ambos grupos, características del estudio diagnóstico, y uso medio de CPAP (horas/día) a los 3 meses de inicio de tratamiento. Se consideró no cumplidor de tratamiento si el uso medio era < 4 h/día. Se realizó el análisis mediante el test chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron un total de 38 pacientes con AOS grave, de los cuales 28 (73,7%) eran hombres, con una edad media de 56 años. El 63,2% (24) eran obesos y el 26,3% (10) fumadores. El IAH medio al diagnóstico fue de 55/h, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Del total de pacientes, 20 (52,6%) realizaron seguimiento convencional y 18 (47,4%) seguimiento mediante telemonitorización. A los 3 meses de inicio de tratamiento, el uso medio de CPAP en pacientes telemonitorizados fue de $5,08 \pm 2,95$ h/día, frente a $5,31 \pm 2,23$ h/día en pacientes en seguimiento convencional. El 66,7% de los pacientes telemonitorizados se consideraron cumplidores, frente al 80% de los pacientes en seguimiento convencional, sin observarse diferencias significativas entre ambos ($p = 0,468$). Tres pacientes (15%) del grupo de seguimiento estándar abandonaron el tratamiento, mientras que en el grupo de telemonitorización solo uno (6,25%) abandonó la terapia.

Conclusiones: En nuestro estudio, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la adherencia a CPAP a corto plazo en pacientes en seguimiento convencional frente a seguimiento mediante telemonitorización, si bien se necesitan estudios de mayor tamaño muestral y con un seguimiento más prolongado que contrasten estos resultados.

365. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN DE CPAP Y SU REPERCUSIÓN TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO

Marina Fernández Granja, Francisco José Ruiz López, Jennifer López Martínez, Elena Martínez Orenes, Laura Fernández Mula, Elena Solana Martínez y Herminia Lisbeth Buchelli Ramírez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: La CPAP es el tratamiento más eficiente en la apnea obstructiva del sueño (AOS), sin embargo, la baja adherencia al tratamiento reduce sus efectos beneficiosos. Se estima que la falta de adherencia a la CPAP oscila entre un 30-80%. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la implantación de un programa de telemonitorización al inicio de la terapia y su repercusión en el primer año de tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en una cohorte de 718 pacientes con AOS que iniciaron CPAP y que entraron en el protocolo de adherencia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se recogieron solo los pacientes que siguieron con CPAP al menos 6 meses o que abandonaron la misma en esos 6 primeros meses o al año, un total de 511 pacientes. Programa de telemonitorización: modo autoCPAP durante 7 días; si en 48 horas bajaba adherencia se realizaba intervención telefónica; posteriormente se calculaba p90 y se programaba ZStart 21 días; revisión al mes y 3 meses por técnico y a los 9 meses por facultativo. Se evaluaba la adherencia (uso de CPAP $\geq$ 4 horas al menos un 70% de las noches) a los 7 y 28 días y a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Muestra de 511 pacientes, la media de horas de uso a los 7 días fue 4,44. No hubo diferencias significativas ($p = 0,1051$) en el tiempo de uso de CPAP durante un año de seguimiento. Respecto a la adherencia, a los 7 días 374 pacientes (73,19%) cumplían; a los 30 días 384 (75,15%); a los 6 meses 327 (69,87%) y al año 233 (79,79%). Además, 43 pacientes (8,41%) abandonaron la terapia a los 6 meses mientras que solo 2 pacientes más abandonaron en los siguientes 6 meses. La adherencia en los primeros 7 días se correlaciona con la adherencia en los primeros 28 días ($n = 511$, χ^2 284,18; $p < 0,01$). La adherencia en los primeros 28 días se asocia con la adherencia en los primeros 6 meses ($n = 468$, χ^2 28,90; $p < 0,01$) y con la adherencia al año ($n = 292$, χ^2 4,50; $p < 0,05$). No obstante, la adherencia a los 7 días no se asocia con la adherencia al año ($n = 292$, χ^2 2,05; $p = 0,15$). Respecto a los que abandonaron la terapia, el 84,44% no tenían adherencia a los 7 días, el 77,78% no lo estuvieron a los 28 días y el 95,56% abandonaron en los primeros 6 meses de terapia.

Conclusiones: Un ambiente de apoyo y controlado como el programa de telemonitorización puede mejorar la adherencia de los pacientes que precisan terapia con CPAP, ya que las tasas de adherencia conseguidas en nuestra cohorte son similares o incluso superiores a otros estudios en vida real.

716. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Laura Mejía Cardona, Ane Martínez de las Fuentes, Carmen Monasterio Ponsa, Lluís Nogués Pujol, Enric Cisa Lluís, Eva Fontanilles Arbones, Eliseo Prado Gala, Raquel Rodrigo Pérez, Elena García Hornos y Neus Salord Oleo

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España.

Introducción: El tratamiento de referencia de la AOS moderada-grave es la CPAP. Sin embargo, en ocasiones es mal tolerada. La prin-

cipal indicación de tratamiento son los dispositivos de avance mandibular (DAM) en la AOS de cualquier gravedad que no se adaptan al tratamiento con CPAP. Adicionalmente, los DAM están indicados en casos de AOS leve o moderada sin indicación de CPAP. En este estudio se ha valorado la respuesta del tratamiento con DAM en pacientes con AOS con diferente grado de gravedad, valorados por el comité multidisciplinar, conformado por Neumología, Otorrinolaringología, Odontología y Cirugía Maxilofacial durante el periodo del 2019 hasta noviembre del 2023. En nuestro protocolo la Unidad de Sueño indica la DAM, el paciente es valorado por ORL. En caso de no existir contraindicación se remite al paciente a Odontología que revisa la idoneidad del tratamiento, realiza implementación y seguimiento. Una vez optimizado, se realiza una poligrafía respiratoria (PR) o una polisomnografía (PSG) con DAM para confirmar su eficacia.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes candidatos a DAM valorados por el comité multidisciplinar de un hospital universitario de tercer nivel en el periodo de 4 años 11 meses. Se recogieron variables clínicas y antropométricas, poligráficas o polisomnográficas y escala de Epworth basales y postratamiento con DAM. Se recogieron variables de tolerancia al tratamiento y grados de protrusión mandibular inicial y final.

Resultados: Se evaluaron 27 pacientes, 17 (63%) varones, edad media (DE) 60,7 (11) años IMC medio (DE) 28 (4), IAH medio (DE) 33 (14,4). La principal indicación de DAM fue la mala adaptación a la CPAP (21 pacientes, 78%), 6 pacientes (22%) pidieron otra terapia alternativa a la CPAP. En la tabla se describe la evolución de las principales variables antropométricas y respiratorias. La mayoría de efectos secundarios fueron transitorios y menores. 23 pacientes siguen actualmente con DAM, 3 de ellos utilizan la DAM y CPAP de forma alternativa, 4 pacientes están actualmente en tratamiento con CPAP. Un paciente está actualmente en tratamiento con DAM y VMNI simultánea dada la dificultad para corregir la AOS con un tratamiento.

Conclusiones: El protocolo multidisciplinar utilizado en nuestro centro es aplicable. La principal indicación en nuestra serie fue la mala tolerancia a la CPAP. La DAM es un tratamiento eficaz para el tratamiento de la AOS en nuestro ámbito.

748. IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) EN EL INICIO DE TRATAMIENTO CON CPAP

María Sáez López¹, Cristina Aljama Vizcarra², Marta Andreu Casas¹, Emmanuel Giménez García³, Yolima Cosío Gil³, Miriam Barrecheguren Fernández¹ y Júlia Sampol Sirvent¹

¹Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Servei de Pneumologia, Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, España. ³Sistemes de Informació i suport a la Gestió, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una patología muy prevalente que a menudo se diagnostica en pacientes

Tabla 1. Comunicación 716

Evolución con DAM					
Variables	N	Basal	Pos-DAM	Diferencias, media (DE)	p
PESO, kg, media (DE)	26	79,4 (14,2)	81 (14)	-1,7 (5,5)	p 0,136
IMC, kg/m ² , media (DE)	26	28,1 (4)	19,7 (3,1)	8,3 (3)	p < 0,001
IAH, eventos/h, media (DE)	27	33 (14,4)	9,8 (5,3-23)	16,6 (13)	p < 0,001
IAH supino, media (DE)	24	41 (18,2)	22,5 (17)	19,6 (20,7)	p < 0,001
IAH no supino, mediana (p25-p75)	24	13,6 (5-35)	5,1 (2-12)	11,1 (18,4)	p 0,010
SpO2 < 90%, mediana (p25-p75)	26	3 (0,3-7)	1,5 (0-3)	0,6 (6,5)	p 0,658
Epworth, mediana (p25-p75)	25	9 (7-15)	10 (4,5-13)	1,4 (4,4)	p 0,142

de edad avanzada y/o con comorbilidad significativa que presentan especial dificultad en el inicio de tratamiento con CPAP. Esto condiciona una mala adaptación a la terapia y una sobrecarga del sistema asistencial. La inteligencia artificial, en constante desarrollo, se postula como una herramienta para optimizar la gestión de circuitos asistenciales. Hipótesis: El uso de llamadas telefónicas de un asistente virtual (TUCUVI) basado en procesamiento natural del lenguaje en el circuito de inicio de tratamiento en pacientes de ≥ 65 con indicación de CPAP es comparable en eficiencia al circuito asistencial presencial convencional. Objetivo principal: Comparar el número de visitas necesarias, la adherencia y el cumplimiento de CPAP.

Material y métodos: Estudio aleatorizado de no inferioridad de pacientes de ≥ 65 años con diagnóstico reciente de AOS tributarios

de tratamiento con CPAP para iniciar la terapia con el circuito y seguimiento habitual presencial vs. telefónico con el asistente virtual TUCUVI durante 6 meses (fig.). Se han recogido datos sobre el diagnóstico y sintomatología de AOS, cumplimiento y efectos adversos de la CPAP y número de visitas presenciales durante el seguimiento. Se presentan datos de adherencia y cumplimiento a los 3 meses de seguimiento. A la finalización del seguimiento de 6 meses se realizará un análisis de costes, de ajuste de tratamiento y de grado de satisfacción.

Resultados: Se han incluido 51 pacientes, 26 en seguimiento telefónico con TUCUVI y 25 presencial, 56,9% varones, con una media de edad de 73,2 (DE 5,9) y un IAH medio al diagnóstico de 46,2/h (DE 16,3), sin diferencias entre grupos. Presentamos resultados parciales de 30 pacientes que han completado 3 meses de seguimiento (tabla).

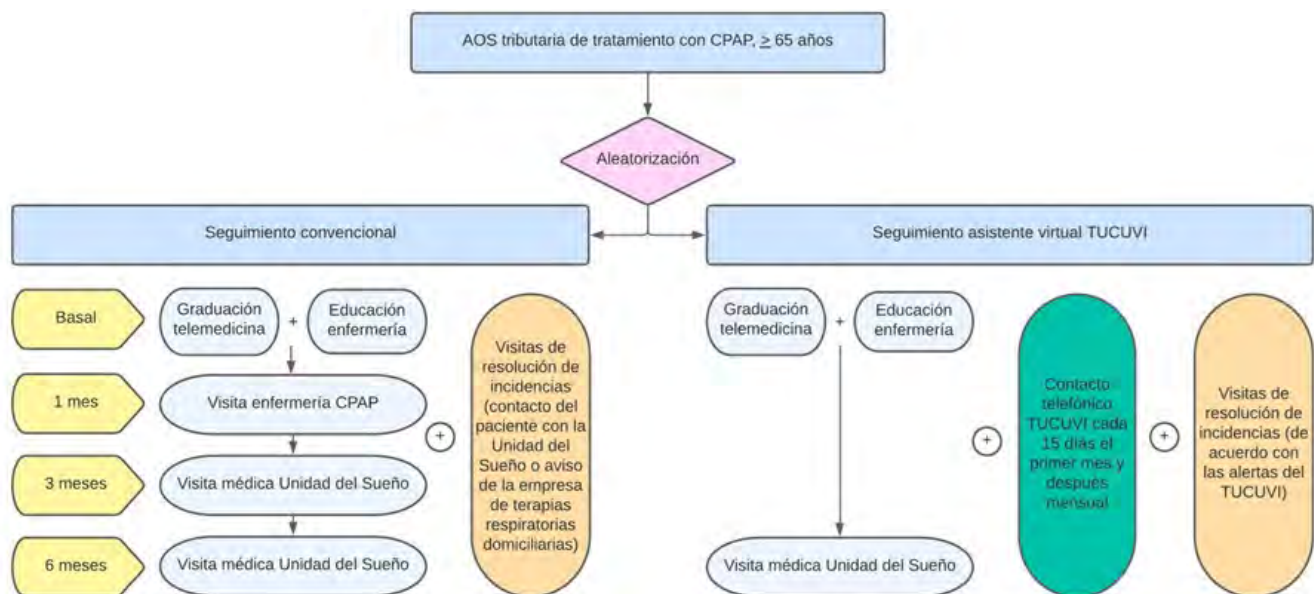


Diagrama de flujo del protocolo de estudio.

Tabla 1. Datos de seguimiento a los 3 meses.

Seguimiento a los 3 meses	PRESENCIAL (n=14)	TUCUVI (n=16)	
Adherencia (% días usado último mes)	100% (93-100)	100% (100-100)	NS
Cumplimiento (h/noche)	6.9 (6-7)	6 (5-7)	NS
Persistencia de sintomatología (n,%)	8 (57.1%)	8 (50%)	NS
Molestias con la CPAP (n,%)	5 (35.7%)	4 (25%)	NS
Abandono del tratamiento (n,%)	1 (7.1%)	2 (12.5%)	NS
Visitas presenciales previstas (n)	3	1	-
Tiempo por visita presencial (min)	24,5 (20-30)	25 (20-25)	NS
Llamadas TUCUVI previstas (n)	NA	4	-
Tiempo por llamada TUCUVI (min)	NA	4:44	-
Visitas presenciales adicionales (n)	0	0	NS
Llamadas de resolución de problemas (médico/enfermero) (n)	-	8	-

Los datos se presentan como mediana (p25-p75) o n (%). Las comparaciones se han realizado mediante tests no paramétricos: U de Mann-Whitney para datos cuantitativos, Chi2 para variables categóricas.

Conclusiones: El asistente virtual TUCUVI permite una correcta adaptación inicial a la CPAP de forma similar al control presencial convencional, sin incidencias significativas y sin requerimiento de visitas presenciales adicionales, en un análisis parcial a los 3 meses de seguimiento.

724. IMPORTANCIA DEL NEUMÓLOGO EN EL MANEJO Y CONTROL DE LAS TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

José Javier Vengoechea Aragoncillo¹, Soraya Fernández Gay¹, Estrella Zorita Tellez², Silvia Arribas Santos³, María Terán Sánchez¹, Carlos Martínez Padilla¹, Santiago Juarros Martínez⁴ y Carlos Disdier Vicente¹

¹Servicio del Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ²Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo, España. ³Oxigen Salud S.A., Valladolid, España. ⁴Unidad del sueño de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: Diversas patologías respiratorias como los trastornos del sueño, o la insuficiencia respiratoria provocada por neumo-patías, cardiopatías, entre muchas otras patologías, precisan, en ocasiones, de la indicación de terapias respiratorias domiciliarias (TRD) con el consiguiente impacto en el paciente y económico dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Material y métodos: En este estudio descriptivo, mostramos el manejo tras un año desde el inicio de la Consulta de Neumología en el Hospital de Medina del Campo, Valladolid, hospital sin Neumología, donde las TRD eran mayoritariamente pautadas por Medicina Interna. Y la empresa que suministra las TRD es OxigenSalud S.A. Pertenecientes a este hospital se encuentran 1.456 pacientes con TRD pautadas, de los cuales 151 portaban CPAP y OCD, 362 OCD, y de los 793 que portaban únicamente CPAP 148 eran mal cumplidores (< 1 h). Desde el 20/07/22 hasta 19/07/23 se realizaron 35 consultas valorando los 151 con CPAP y OCD, 195 OCD y los 148 incumplidores (< 1 h) y presencialmente, en consulta, a 116, 72 y 109, respectivamente (el resto de forma telemática confirmo correcta indicación y seguimiento).

Resultados: De los 116 pacientes con CPAP y OCD, se modificó el tratamiento tras realización de PCR o pulsioximetría nocturna en 37

(32%) y se retiraron 33 OCD y 9 CPAP (ahorro anual de 20.082,3 €). Pendientes de pruebas confirmatorias 34 (29%). De los 72 pacientes con OCD, se realizó si las saturaciones eran entre 88-92% una gasometría arterial (GSA) basal, retirando 19 OCD, 6 portátiles, y 4 nebulizadores (ahorro anual de 18.045,6 €). Solo 11 (15%) disponían de GSA basal en el momento de la indicación. Y 27 OCD (38%) fueron pautados durante un proceso agudo, sin control posterior por GSA, retirando 16 (59% de esos 27), tras 4,8 años de media pautados. De los 109 incumplidores, se retiraron 48 CPAP (ahorro anual de 13.315,2 €), continuando seguimiento del resto (para valorar retirada o confirmar diagnóstico). Concomitantemente en este año, y actualmente, se ha comenzado a realizar poligrafías domiciliarias, debido a que de los 225 pacientes con CPAP por AOS, 24 (11%) no conocemos técnica diagnóstica, y del resto (201), 114 (57%) se realizó el diagnóstico por pulsioximetría.

Conclusiones: El ahorro total anual tras la realización de 35 consultas supuso 51.443,1 €. El papel del neumólogo en el diagnóstico, pauta y seguimiento de patologías con indicación de TRD es vital para el paciente, así como para el uso eficiente de los recursos sanitarios y optimización del coste que estas terapias generan.

907. IMPORTANCIA DEL RITMO CIRCADIANO EN LA PRESIÓN ARTERIAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Esther Solano Pérez¹, Carlota Coso Serrano¹, Sofía Romero Peralta¹, Laura Silgado Martínez¹, María Esther Viejo Ayuso¹, Leticia Álvarez Balado¹, Laura Fildalgo Marrón¹, Ana López Dueñas¹, Ángel Rodríguez Paramás¹, Rosa Mediano San Andrés¹, Pilar Resano Barrio¹, Sonia López Monzoni¹, Miguel Alonso Rodríguez¹, Eduardo Laviña Soriano¹, Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga², Carolina Díaz García³, Genoveva del Río Camacho⁴, Alejandra Roncero Lázaro⁵, Irene Cano Pumarega⁶, Olga Mediano San Andrés¹ y María Castillo García¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. ²OSI Araba, Vitoria, España. ³Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ⁴Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

	n	Variables continuas
		Mediana (P25-P75)
Edad [años]	284	6,0 (5,8-8,0)
Percentil talla	280	57,0 (25,8-80,0)
Percentil peso	280	51,0 (28,8-85,2)
Presión arterial media sistólica [mmHg]	263	98,8 (93,0-105,0)
Presión arterial media diastólica [mmHg]	263	64,0 (61,0-67,0)
Presión arterial media global [mmHg]	263	75,0 (71,0-79,0)
Hipertrofia del ventrículo izquierdo [g/m ²]	146	64,1 (57,0-77,0)
Variables categóricas		
Sexo [niño], n (%)	283	166 (58,7 %)
Chervin, n (%)	266	
• Negativo (normal)		151 (56,8 %)
• Positivo (anormal)		115 (43,2 %)
Amígdalas, n (%)	277	
• I (0-25%)		13 (4,69 %)
• II (26-50%)		63 (22,7 %)
• III (51-75%)		127 (45,8 %)
• IV (76-100%)		74 (26,7 %)
Paladar, n (%)	274	
• Normal		186 (67,9 %)

Tabla 1. Comunicación 907. Descripción de la muestra.

	Grupo I IAH <3/h	Grupo II IAH ≥3/h <5/h	Grupo III IAH ≥ 5/h <10/h	Grupo IV IAH ≥10/h	Valor p
Medidas de presión arterial					
	Mediana (P25-P75)				
PAS global [mmHg]	98.0 (92.0-105)	97.0 (92.0-101)	98.5 (93.8-107)	100 (95.0-107)	0.077
PAD global [mmHg]	63.5 (60.0-67.0)	62.0 (60.0-67.0)	64.0 (59.0-68.0)	63.5 (62.0-68.0)	0.170
PA media global [mmHg]	74.0 (71.0-78.0)	74.0 (70.2-76.8)	76.0 (72.0-79.0)	76.0 (72.0-80.2)	0.045*
PAS diurna [mmHg]	102 (97.8-107)	100 (95.0-106)	102 (96.8-111)	103 (97.0-110)	0.332
PAD diurna [mmHg]	68.5 (63.0-71.0)	66.5 (63.0-70.8)	67.5 (62.0-71.0)	67.5 (64.0-72.0)	0.552
PA media diurna [mmHg]	78.5 (74.0-83.2)	77.0 (74.0-81.0)	79.0 (74.0-83.0)	79.0 (75.0-83.2)	0.192
PAS nocturna [mmHg]	90.5 (83.0-99.0)	90.0 (84.0-94.0)	91.0 (86.0-102)	94.5 (87.2-102)	0.008*

Tabla 2. Comunicación 907. Relación entre la gravedad de la apnea obstructiva del sueño y las distintas variables de presión arterial.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) produce un incremento de las cifras de presión arterial (PA) potencialmente reversible con tratamiento, que supone un incremento del riesgo cardiovascular. Esta relación bien estudiada en adultos ha sido poco descrita en la población pediátrica. Objetivo: Explorar la asociación entre la gravedad de AOS medida por el índice de apneas-hipopneas (IAH) y las cifras de PA medida por monitorización ambulatoria 24 h (MAPA) en niños (NCT03696654).

Material y métodos: Estudio prospectivo con 284 niños (4-18 años) con sospecha de AOS. Se recogieron variables clínico-antropométricas, se realizó polisomnografía para valorar la AOS estableciendo 4 grupos según la gravedad: No AOS: IAH < 3/h; AOS leve: ≥ 3/h < 5/h; AOS moderada: ≥ 5/h < 10/h; AOS grave: ≥ 10/h. Se analizaron PA media (PAM), PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) globales, diurnas y nocturnas y la caída de PAM global vigilia/sueño. Se analizó la relación de las variables de PA con los grupos de gravedad de AOS, se recogió la frecuencia de patrón non dipper en cada uno de los grupos y se exploró mediante análisis de tendencias la relación entre ambos. Se realizó un modelo logístico multivariable del patrón non dipper.

Resultados: La edad media de la población fue 6 años (59% niños). La distribución de grupos de gravedad de AOS: I) 20,5%; II) 19,8%; III) 33,0%; IV) 26,7% (tabla). En el análisis de la PA se observaron tendencias estadísticamente significativas en las siguientes variables de MAPA según la gravedad de la AOS: PAM global (p = 0,045); PAM nocturna (p = 0,003); PAS nocturna (p = 0,008) y PAD nocturna (p = 0,006). No se observaron dichas diferencias en los valores de PA diurnos. El 87,5% de PA alto-normal y todos los pacientes con HTA se encontraron en los grupos más graves de AOS. Se observaron tendencias significativas en función del IAH tanto en la bajada de PAM global (p = 0,019) como en la presencia de patrón non dipper (p = 0,007) (tabla 2). En el análisis multivariable se observaron diferencias significativas en la edad (OR = 0,86; p = 0,014) y en el grupo de mayor gravedad (vs. no AOS) (OR = 2,44; p = 0,024).

Conclusiones: Podría existir una relación entre la gravedad de AOS y las cifras de PA, afectando principalmente al incremento de PA nocturna (mayor frecuencia de patrón non dipper y menor bajada de PAM global). Este patrón podría tener mayor riesgo de aparición en pacientes de menor edad pero mayor IAH.

Financiación: ISCIII (PI18/00565 PI22/01653), SEPAR (535-2018 1073-2020 1425-2023), NEUMOMADRID y Laboratorios Menarini.

690. INFLUENCIA DE LA APNEA DEL SUEÑO EN LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

María Cerdà Moncadas¹, Oleksandr Serednytskyy Serednytskyy², Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga³, Andrés Sánchez Barón⁴, Mercedes Codina Marcat⁵, Mónica de la Peña Bravo⁶, Antonia Barceló Bennasar⁷, Amanda Iglesias Coma⁸, Daniel Morell García⁷, José Antonio Peña Zarza⁹, María Paloma Giménez Carrero⁸, María Concepción Piñas Cebrián¹⁰, Susana García Fernández¹⁰, Francisco García Río¹¹ y Alberto Alonso Fernández⁶

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

²Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Palma, España.

³Unidad del Sueño, Hospital Universitario de Araba, Instituto de Investigación BIOARABA, Vitoria-Gasteiz, Álava, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

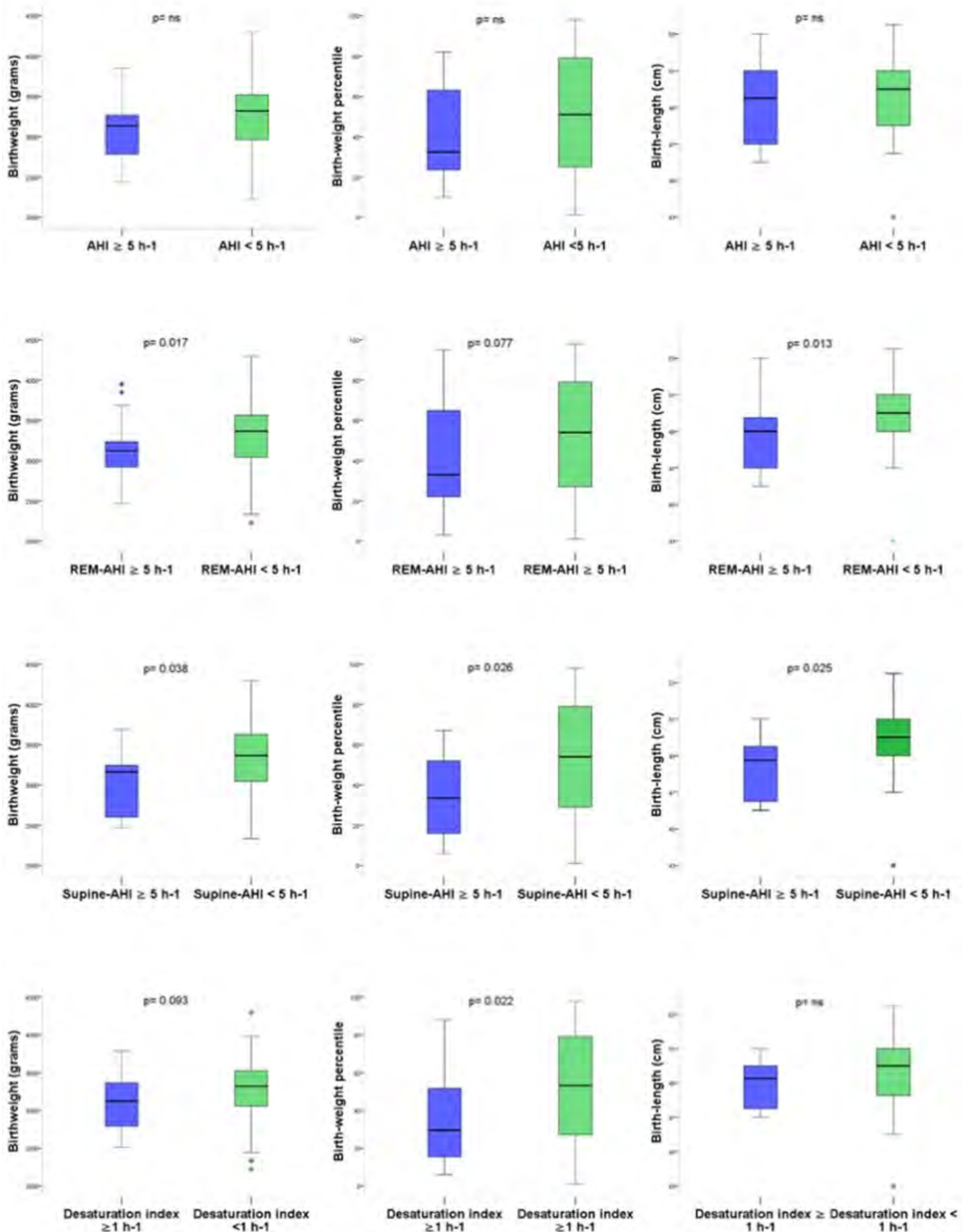
⁵Servicio de Endocrinología, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ⁶Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Servicio de Neumología, Hospital Universitari Son Espases, Facultad de Medicina, Universidad de las Islas Baleares, Palma, España.

⁷Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Servicio de Análisis Clínicos Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ⁸Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Palma, España.

⁹Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ¹⁰Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Servicio de Neumología, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España.

¹¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: La prevalencia de la apnea obstructiva del sueño (AOS) es mayor durante el embarazo y está relacionada con complicaciones perinatales y maternas como la diabetes mellitus gestacional (DMG), sin embargo, su impacto en las complicaciones materno-perinatales no está claro. Se pretendió determinar el efecto de la AOS y la hipoxia intermitente en las complicaciones perinatales en la DMG, así como en la resistencia y sensibilidad de la insulina, y en la concentración de biomarcadores. Como objetivo exploratorio, se analizó el papel de biomarcadores en la predicción de trastornos respiratorios del sueño (TRS).



Peso y talla del neonato ajustados según varios criterios de AOS e ID.

Material y métodos: Se incluyeron 89 mujeres con DMG. Se realizó polisomnografía, y se determinaron el índice de resistencia (HOMA-IR) y sensibilidad a la insulina (QUICKI) y biomarcadores por inmunoensayo.

Resultados: HOMA-IR fue mayor (2,71 (1,77-4,89) vs. 1,82 (1,19-2,67)) y QUICKI menor (0,33 (0,30-0,35) vs. 0,35 (0,33-0,37)) en pacientes con AOS. La concentración de IGF-1 fue superior en pacientes con AOS, AOS-REM y en mujeres con más hipoxia, sin embargo, los niveles de resistina fueron menores cuando el índice de desaturación (ID) era ≥ 1 h-1. No se objetivó relación entre AOS y complicaciones perinatales, sin embargo, las mujeres con AOS-REM, AOS-supino tuvieron hijos con menor peso y talla al nacer. Además, el percentil del peso neonatal fue menor cuando las madres tenían AOS-supino o un ID ≥ 1 h-1 (fig.). Los modelos de regresión múltiple mostraron una relación inversa del HOMA-IR con el tiempo total de sueño (TTS) ($B = -0,39$), mientras que el índice QUICKI la tuvo con el tiempo en REM ($B = 0,293$). IGF-1 mostró una relación directa con el IAH-supino y la duración media de las apneas obstructivas fue un predictor independiente del peso del neonato ($B = -0,568$). No se detectaron diferencias en endoglobulina soluble, galectina-3, ni en ácidos grasos libres. IGF-1 mostró áreas bajo la curva ROC significativas en la predicción de AOS, OSA-REM, OSA-supino, y de hipoxemia nocturna.

Conclusiones: En la DGM la AOS no tuvo un impacto negativo en consecuencias perinatales, mientras que la AOS-REM y en supino, y cuando ID ≥ 1 h-1 tuvieron efectos nocivos sobre peso y talla neonatales. Además, detectamos peor resistencia y sensibilidad a la insulina en AOS, que se relacionaron con el TTS y el tiempo en REM respectivamente. Finalmente, el IGF-1 estaba incrementado en AOS, REM-OSA y en aquellas mujeres con más hipoxemia, y podría ayudar en la predicción de TRS.

917. LA CAPNOGRAFÍA TRANSCUTÁNEA NOCTURNA EN RELACIÓN CON LA OBESIDAD

Ana Pérez Dublang, Javier Sánchez Masa, Inés Salazar Lozano, Manuela Valencia Salinas, Andrea Crespo Sedano, Irene Alaejos Pascua, Daniela García Molina, Beatriz Cartón Sánchez, Ana María Andrés Porras, Ignacio Lobato Astiarraga, Javier Pagán Buzo, María Rincón Villar, Jorge Rico López, María Ángeles Escobar Valero y Esther Alonso Sastre

CAUPA, Palencia, España.

Introducción: La capnografía transcutánea se utiliza para medir la presión parcial de CO₂. La pCO₂ que se obtiene por gasometría arterial se trata de una medición exacta en un momento puntual, mientras que la monitorización de pCO₂ mediante capnografía transcutánea permite observar la tendencia. El objetivo del estudio fue observar la pCO₂ nocturna en pacientes con obesidad y valorar la utilidad en el diagnóstico de síndrome obesidad-hipoventilación.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con IMC > 30 a los que se les realizó capnografía transcutánea nocturna durante polisomnografía hospitalaria en la Unidad del Sueño de Neumología del Hospital Río Carrión de Palencia, entre marzo 2022 y junio 2023. Se analizaron distintas variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular como HTA, dislipemia o cardiopatía y antecedentes respiratorios (tabaquismo y enfermedad obstructiva), así como la pCO₂ media obtenida en la capnografía transcutánea, siendo considerado hipoventilación un resultado > 45 mmHg.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, de los cuales se excluyeron 2 por no terminar la prueba. La edad media fue de 58 años y el IMC medio de 36,4. Exactamente el 50% (26) eran hombres y el otro 50% (26) mujeres. Se observó que casi el 60% (31) padecían hipertensión arterial y el 46% (24) dislipemia. El 40% (21) de los pacientes padecían algún tipo de cardiopatía y el 29% (15) diabetes mellitus. Respecto a los anteceden-

tes respiratorios, el 27% (14) eran fumadores, así como otro 27% (14) eran exfumadores, mientras que el 46% (24) no había fumado nunca. El 11% (6) de los pacientes padecían EPOC y el 6% (3) asma. Respecto a la capnografía, se observó que la pCO₂ media fue de 45,0 mmHg y, aunque se trata de un valor en límite alto, se apreció que únicamente el 13,4% (7) superaban pCO₂ > 45 mmHg, es decir, hipoventilaban.

Conclusiones: En este estudio, existe poca relación entre obesidad e hipoventilación. La capnografía transcutánea nocturna sirve para valorar la tendencia de pCO₂ pero en este estudio se necesitaría de la medición de pCO₂ durante el periodo de vigilia para concluir en el diagnóstico preciso del síndrome obesidad-hipoventilación, además de descartar otras causas de hipoventilación como enfermedades restrictivas. Sería interesante en un futuro estudiar la relación entre PaCO₂ y PtcCO₂. Otra conclusión es que la obesidad está ligada a factores de riesgo cardiovascular.

259. LA CARGA HIPÓXICA EN LA AOS, ¿ES LA MÉTRICA PROMETIDA?

Carmen Tejerina Sánchez¹, Sergio García Martín², Lucía Huidobro Bringas², Javier Zuazaga Fuentes², Patricia Druet Toquero², Josu Aguado Suquia¹, Pedro Muñoz Cacho³, Juan José Ruiz Cubillán², Teresa Díaz de Terán López², Marta Cabello Nájera² y Mónica González Martínez²

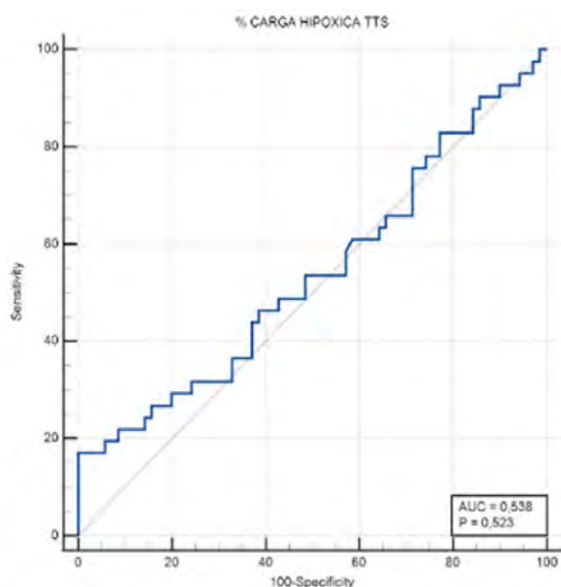
¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ³Gerencia de Atención Primaria de Salud de Cantabria, Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La carga hipóxica (CH) es una variable que nos permite medir de forma conjunta la frecuencia, la duración y la profundidad de las desaturaciones de oxígeno secundarias a la AOS, aportando una información más precisa sobre la gravedad y el pronóstico de esta patología. El objetivo del estudio fue establecer la relación entre la CH, antecedentes de importancia, factores de riesgo cardiovascular y sintomatología.

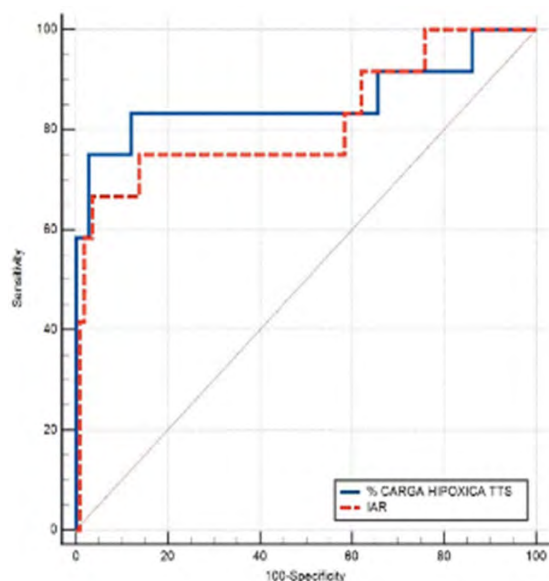
Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con AOS (IAH ≥ 15 /h), se evaluaron variables clínicas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes cardiológicos, neurológicos y neumológicos, excesiva somnolencia diurna (ESD) por escala Epworth y parámetros poligráficos. Los estudios se realizaron con el polígrafo Alice PDx y se analizaron por el software SleepwareG3. El análisis estadístico se llevó a cabo en función del tipo de variable utilizando los coeficientes de Spearman, test de Wald, U de Mann-Whitney y curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, de los cuales 70,8% hombres. El 30% eran fumadores activos, 43,4% hipertensos, 30,4% padecía FA, 25% tenía antecedentes de AIT, un 58,3% tenía EPOC. La puntuación media de somnolencia por Epworth fue 8,01. IAH medio 41,01 y la carga hipóxica media 113,58%. La correlación entre la CH y la ESD no fue significativa ($p = 0,5$); tampoco se encontró correlación con otros síntomas clínicos de AOS. Respecto a los antecedentes cardiológicos, cerebrovasculares y FRCV la CH no presentó mejor correlación con respecto al IAH. Aunque sí se observó que la CH > 60 aumentó 37% el riesgo de padecer HTA. Se halló relación estadísticamente significativa entre la CH y el IMC ($p = 0,008$). La correlación entre la CH y Ct90 y SatO₂ $< 88\%$ fue significativa no así para el IDO.

Conclusiones: La carga hipóxica presentó una mejor correlación que el IAH con la presencia de un IMC elevado y con una saturación media $< 88\%$, no mostrándose una relación significativa en cuanto a su relación con la sintomatología, los FRCV o la patología cardíaca y cerebrovascular, aunque sí nos permite afirmar que una CH más elevada aumenta el riesgo de padecer HTA. Por lo tanto, no podemos establecer una mayor capacidad de la CH como factor predictor de enfermedad frente a otros parámetros utilizados de forma tradicional.



Correlación entre CH e IAH y somnolencia medida con escala Epworth (curva ROC).



Comparación entre CH e IAH para saturación O₂ < 88%.

98. LA CPAP MEJORA LA FUNCIÓN RENAL EN ALGUNOS SUBGRUPOS DE PACIENTES CON AOS Y ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA

Elisabet Martínez Cerón, Raquel Casitas Mateo, Ester Zamarrón de Lucas, Raúl Galera Martínez, Teresa Lázaro Miguel y Francisco García Río

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Previamente, se ha demostrado que 12 meses de tratamiento con CPAP logran mejorar la relación albúmina/creatinina urinaria en pacientes con AOS, no se ha analizado el impacto de dicha intervención sobre la función glomerular. **Objetivo:** Evaluar la respuesta de la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) a 12 meses de tratamiento con CPAP en pacientes con AOS y enfermedad renal diabética estratificados por subgrupos

Material y métodos: Se presenta el análisis de un objetivo secundario del estudio DIANA (NCT02816762), que es un ensayo clínico mul-

ticéntrico, *open-label*, paralelo y aleatorizado en el que 185 pacientes con AOS y enfermedad renal diabética fueron aleatorizados a recibir durante 52 semanas CPAP + tratamiento convencional (n = 93) o exclusivamente tratamiento convencional (n = 92). Evalúa el efecto de la CPAP sobre la eGFR mediante análisis por intención de tratar utilizando análisis de varianza ajustado por UACR y eGFR basales, tanto de forma global como en los subgrupos determinados *a priori*: sexo (hombres/mujeres), edad (≥ 65 años vs. < 65 años), BMI (< 30 vs. ≥ 30), Epworth (< 7 vs. > 7), IAH (< 30 vs. ≥ 30), parámetros de saturación nocturna (valores mayores vs. menores de su media), tiempo desde el diagnóstico de enfermedad renal diabética (< 5 años vs. ≥ 5 años), valores basales UACR (30–300 vs. ≥ 300 mg/g), HbA1c (< 7 vs. $\geq 7\%$) y la existencia de hipertensión, retinopatía diabética o neuropatía diabética.

Resultados: Los dos grupos fueron homogéneos en sus características basales. El análisis por intención de tratar mostró un efecto global de la CPAP sobre la eGFR próximo al umbral de la significación estadística (p = 0,074). El análisis por subgrupos mostró una mejoría significativa en hombres (3,5, IC95% 0,1 a 7,2 ml/min/1,73 m², p = 0,047), sujetos de ≥ 65 años (3,4, IC95% 0,2 a 6,9 ml/min/1,73 m², p = 0,031), IAH > 30 (3,4, IC95% 0,1 a 7,4 ml/min/1,73 m², p = 0,049), índice de desaturación $\geq 37,8$ (5,8, IC95% 1,7 a 10,0 ml/min/1,73 m², p = 0,006), HbA1c ≥ 7 (p = 0,048) y diagnóstico de la enfermedad renal diabética < 5 años (p = 0,049).

Conclusiones: El efecto de 12 meses con CPAP sobre la función renal de pacientes con AOS y enfermedad renal diabética es relevante en varones, de edad avanzada, con AOS más grave, peor control diabético y menor tiempo de la enfermedad renal.

103. LA SINERGIA TABAQUISMO Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SU INFLUENCIA EN LA COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR Y PARÁMETROS DE OXIGENACIÓN

María de la Fuente Grijalvo, Marta Cristeto Porras, Rodrigo Mayor Dell'Innocenti, M. Alejandra Arias Hualpa, Alba Velasco Moyano, Alejandra Roncero Lázaro, Paula Rodríguez Rodríguez, María Torres Muga, M. Dolores Ramírez Martínez, Mariola Bretón Ruiz, Denahi Portillo Caldera, María Fernando Moreno, Guillermo Samuel Loscertales Vaca, Dolores del Puerto García y Carlos Ruiz Martínez

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Introducción: Tanto el tabaquismo como la apnea obstructiva del sueño (AOS) han demostrado de manera individual estar estrechamente relacionados con el aumento de la patología y la comorbilidad cardiovascular. Sin embargo, existen pocos estudios que relacionen ambas patologías de manera conjunta y si esto afecta en mayor medida a los problemas cardiovasculares. El objetivo del estudio es comparar si existen diferencias a nivel cardiovascular y de parámetros de oxigenación entre los pacientes con AOS con carga tabáquica añadida frente a los pacientes con AOS sin carga tabáquica significativa.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye pacientes diagnosticados de AOS (índice apnea-hipopnea > 15) en la consulta de la Unidad de Sueño de nuestro centro entre el periodo del 01/12/2020-14/01/2023. Se registraron datos demográficos, variables clínicas, patología cardiovascular asociada y parámetros de oxigenación nocturna. Se dividieron en dos grupos según la presencia de carga tabáquica significativa (índice paquetes-año ≥ 16). Se realizó un estudio comparativo de ambos grupos en relación con patología cardiovascular y parámetros de oxigenación nocturna.

Resultados: Se incluyeron 726 pacientes con AOS, de los cuales 540 (74,4%) eran hombres, con una mediana de edad de 60 (51-70) años. El 69,7% presentaba AOS grave y el 55,3% presentaba carga tabáquica significativa (tabla 1). La HTA, la DLP, la DM y la CI fueron más prevalentes en la población con carga tabáquica, siendo estos

resultados estadísticamente significativos. Los parámetros de oxigenación nocturna (CT90 $\geq$ 20% y SpO2 media $<$ 90%) se vieron más alterados en los fumadores con AOS frente a los pacientes sin carga tabáquica (48,4 vs. 40,7% p: 0,04 y 34,6 vs. 23,3%, $p <$ 0,001) (tabla 2).

N	726
Género	
- Hombres	540 (74,4%)
- Mujeres	186 (25,6%)
Edad (años)	60 (51-70)
IAH	
- Moderado (15-29,99)	220 (30,3%)
- Grave ($\geq$ 30)	506 (69,7%)
Tabaquismo (fumadores y exfumadores)	475 (65,4%)
- Leve (IPA $<$ 5)	58 (12,2%)
- Moderado (IPA 5-15)	111 (23,4%)
- Grave (IPA 15-25)	90 (9,8%)
- Muy grave (IPA $>$ 25)	216 (45,5%)
Comorbilidad cardiovascular	
Hipertensión arterial (HTA)	396 (54,5%)
Dislipemia (DLP)	291 (40,1%)
Diabetes mellitus (DM)	141 (19,4%)
Fibrilación auricular (FA)	101 (13,9%)
Cardiopatía isquémica (CI)	76 (10,5%)
Accidente cerebrovascular (ACV)	48 (6,6%)
Enfermedad renal crónica (ERC)	37 (5,1%)
Tromboembolismo pulmonar (TEP)	18 (2,5%)
Parámetros de oxigenación	
Insuficiencia respiratoria (CT90 $\geq$ 20%)	319 (43,9%)
Saturación de O2 media $<$ 90%	204 (28,1%)

Tabla 1

	AOS (IAH $\geq$ 15) N=420	AOS (IAH $\geq$ 15) + Tabaquismo (IPA $>$ 15) N=306	p*
COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES			
HTA	207 (49,3%)	189 (61,8%)	0,001
DLP	149 (35,5%)	142 (46,4%)	0,003
DM	63 (15%)	78 (25,5%)	$<$ 0,001
FA	66 (15,7%)	35 (11,4%)	0,1
CI	31 (7,4%)	45 (14,7%)	0,001
ACV	23 (5,5%)	25 (8,2%)	0,15
ERC	22 (5,2%)	15 (5%)	0,84
TEP	11 (2,6%)	7 (2,3%)	0,77
PARÁMETROS DE OXIGENACIÓN NOCTURNA (poligrafía o polisomnografía)			
Ins. Respiratoria	171 (40,7%)	148 (48,4%)	0,04
SpO2m $<$ 90%	98 (23,3%)	106 (34,6%)	0,001

*Test Chi cuadrado $p <$ 0,05

Tabla 2

Conclusiones: Existe una sinergia del tabaquismo y la AOS aumentando comorbilidades cardiovasculares y empeorando parámetros de oxigenación. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar conjuntamente el tabaquismo y la AOS para mejorar la salud cardiovascular y respiratoria de los pacientes.

893. LA TRAYECTORIA DE LA SALUD DEL SUEÑO TRAS LA ENFERMEDAD CRÍTICA: UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 24 MESES

Mario Henríquez Beltrán¹, Iván Benítez Iglesias², Rafaela Vaca Molina², Olga Mínguez Roure², Sally Santisteve Lostes², María Aguilà Balastegui², Anna Moncusí Moix², Clara Gort Paniello², Sulamita Brugger Carvalho³, Paula Rodríguez Ibáñez³, Paula González Casquet³, Jesús Caballero López³, Carme Barberà Realp³, Gerard Torres Cortada², Gonzalo Labarca Trucios⁴, Antoni Torres Martí⁵, Jessica González Gutiérrez², David de Gonzalo Calvo², Ferran Barbé Illa², Adriano Targa Dias Santos²

¹Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa Maria, Biomedical Research Institute of Lleida (IRBLleida); Núcleo de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Adventista de Chile, Lleida, España.

²Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa Maria, Biomedical Research Institute of Lleida (IRBLleida); CIBER of Respiratory diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Lleida, España. ³Intensive Care Department, Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. ⁴Division of Sleep and Circadian Disorders, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos. ⁵Servei de Pneumologia, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, IDIBAPS; CIBER of Respiratory diseases (CIBERES), Institute of Health Carlos III, Barcelona, España.

Introducción: Un alto porcentaje de supervivientes críticos presenta alteraciones del sueño tras el alta hospitalaria. Sin embargo, se desconoce hasta cuando dichas alteraciones persisten. El objetivo de este estudio fue determinar la trayectoria de la salud del sueño tras la fase aguda de la enfermedad crítica.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2 fueron reclutados durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. A los 3, 6, 12 y 24 meses tras el alta hospitalaria se evaluó la salud del sueño (Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh [PSQI] y actigrafía), la salud mental (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HADS]), la calidad de vida (Cuestionario de salud SF-12) y la función respiratoria (espirometría).

Resultados: La cohorte incluyó 196 pacientes (30,1% mujeres) con una mediana [p25;p75] de edad de 62,0 años. Según el PSQI, hubo una mejora en la salud del sueño de los 3 a los 24 meses (cambio medio [IC95%] de 0,91 [0,32-1,50]; $p = 0,001$), confirmada por evaluación objetiva. Se observaron dos perfiles de pacientes en cuanto a su trayectoria de la salud del sueño: i) pacientes con buena calidad del sueño a los 3 meses que mantuvieron dicho estado a lo largo del seguimiento; ii) pacientes con mala calidad del sueño a los 3 meses que demostraron una mejoría significativa a los 24 meses. Los análisis secundarios revelaron gran similitud entre la trayectoria de la salud del sueño (PSQI) y las trayectorias de otros factores considerados relevantes el contexto del síndrome poscuidados intensivos como la salud mental (HADS) y la calidad de vida (SF-12). Dicha similitud no se observó en relación a la evolución de la función respiratoria.

Conclusiones: La salud del sueño se restablece a los 24 meses posteriores a la fase aguda de la enfermedad crítica y parece estar asociada a una mejora de la salud mental. Estos hallazgos destacan la relevancia de la salud del sueño en el contexto del síndrome poscuidados intensivos.

277. OPTIMIZANDO LA ADHERENCIA Y LOS RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES AOS. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADHERENCIA (PMA) EN PACIENTES NO CUMPLIDORES A LA TERAPIA CON PAP (PRESIÓN POSITIVA EN LA VÍA RESPIRATORIA) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI DE LUGO

José Carlos Fernández Álvarez¹, Cristina Álvarez Carro¹, Marta Hernández González¹, Isabel Portela Ferreño¹ y José Luis Pérez de Llano²

¹VitalAire-Air Liquide Healthcare, España. ²Hospital Universitario Lucas Augusti, Lugo, España.

Introducción: El incumplimiento del tratamiento con PAP (presión positiva en la vía respiratoria) supone un reto en la atención del paciente con apnea obstructiva del sueño (AOS). En la zona sanitaria lucense partimos de un 22% de población AOS no adherentes, hacien-

do necesario ofrecer una estrategia asistencial específica para trabajar la resistencia individual al uso de la terapia. El objetivo de este estudio es valorar el impacto en salud, de un Plan de Mejora de la Adherencia (PMA), consensado entre el servicio prescriptor del Hospital Universitario Lucus Augusti y la empresa proveedora de terapias respiratorias domiciliarias.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con $\leq 1,5$ h/d de uso de PAP iniciada ≥ 1 año antes. El PMA consistió en 4 intervenciones: alta en el programa, una llamada de seguimiento a la semana, y visitas en el mes 2 y mes 4. El programa se centra en la educación y toma de conciencia sobre beneficios de la terapia, apoyo conductual positivo, autonomía asistencial (adaptación de interfase, instalación de humidificador, cambio a modo APAP según protocolo) planificación de objetivos y soporte personalizado con el fin de mejorar la adherencia y eficacia de la terapia, evitando así consultas médicas innecesarias. Se recogieron variables pre y pos-PMA respecto al uso de terapia de PAP, cuestionario Epworth, EVA (0-10) de calidad de vida y un cuestionario *ad hoc* de percepción del paciente sobre su calidad del sueño con 3 graduaciones (buena, mala y regular). Se realizó un análisis descriptivo, calculando las frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y media $\pm$ DE para las cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron 436 pacientes (75,23% varones, edad $63,3 \pm 13,51$). Completaron el PMA 247 (56,65%). El cumplimiento mejoró 1,85 h/d tras el PMA, y un 59,9% fueron adherentes según criterio contractual establecido ≥ 3 h/d. El cuestionario Epworth se redujo en $4,04 \pm 4,63$ puntos desde basal, pasando de un estado leve (8-9) a normal (0-7), mejorando en un 80,16% de los pacientes. La EVA aumentó $+1,17 \pm 1,36$ puntos pos-PMA. El 50,20% de los pacientes mejoraron su calidad del sueño subjetiva.

Conclusiones: El programa PMA logró mejoras notables en la adherencia a la terapia con PAP, la somnolencia, la calidad de vida y la calidad del sueño de los pacientes AOS. Estos resultados sugieren la efectividad del programa en mejorar la gestión de pacientes que no han incorporado el uso de la terapia a su rutina diaria y resaltan la importancia de un enfoque integral en su manejo.

132. PAPEL DE LA TELEMONTORIZACIÓN EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON AOS

Claudia Nebot Fernández¹, Teresa Díaz de Terán López², Marta Cabello Nájera², Juan José Ruiz Cubillán², Lucía Huidobro Bringas², Sergio García Martín² y Mónica González Martínez²

¹Oximesa SL, Santander, España. ²Unidad de Sueño y Ventilación, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La telemonitorización (TM) forma parte de nuestro proceso asistencial desde el año 2015. La cantidad ingente de datos que nos suministra esta herramienta hace necesario la aplicación de filtros que nos permitan la toma de decisiones a largo plazo (desconexión/intervención). Objetivo: Determinar el papel de la TM a largo plazo en nuestra consulta para valorar la eficacia de la terapia y establecer factores predictivos de eficacia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes adultos que llevaban al menos 7 años con TM. Se recogieron las variables: edad, sexo, modelo de máquina, presión, tipo de mascarilla, IAH residual, fuga y cumplimiento. Se realizó un análisis de regresión logística considerando la variable dependiente la eficacia (definida por IAH < 5 con fuga < 24 l/min y cumplimiento ≥ 4 h). Los datos de los pacientes han sido pseudoanonimizados mediante un código numérico.

Resultados: Se obtuvo un total de 1617 pacientes telemonitorizados con una edad media de $62,3 \pm 11,5$ años. El 24% eran mujeres. Estaban en tratamiento con presión fija el 69,3% de los pacientes, el

resto autoCPAP. La mascarilla nasal suponía el 89,4%, seguida de la buconasal (7,1%) y de las olivas nasales (3,5%). El 88,1% de nuestros pacientes presentaron un cumplimiento ≥ 4 . El 61,2% de los pacientes presentaban buen control de fuga. El 92,2% de los pacientes presentaron IAH < 5 residual. El 55,3% de las mujeres y el 53,2% de los hombres (NS) presentaron IAH < 10 . Si se consideraba un IAH < 5 residual, ser mujer era más eficaz que el hombre. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el modelo de mascarilla ni el uso de CPAP/autoCPAP por edad. En cuanto a la variable combinada eficacia, fue del 51,1%. No hubo diferencias en la eficacia entre hombres y mujeres. Si se encontraron diferencias en la eficacia según el modelo de máquina (más eficaz la CPAP) y el modelo de mascarilla (mejor la nasal). En el análisis multivariante se encontraron factores predictores independientes de eficacia la edad, el modelo de máquina y el tipo de mascarilla.

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con presión positiva en la vía aérea y con TM a largo plazo mostraron una eficacia del 51%. Los pacientes más jóvenes presentaron mayor eficacia de terapia por telemonitorización. La CPAP y la mascarilla nasal fueron también factores independientes de eficacia en nuestra serie.

87. PERSPECTIVA Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE RESPIRATORIO SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD QUE LE IMPORTAN MEJORAR CON SU TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA

Marta Hernández González, Virginia Moros Hernández e Isabel Portela Ferreño

VitalAire-Air Liquide Healthcare, España.

Introducción: Combinar *outcomes* (resultados en salud que importan a pacientes) e indicadores clínicos en la evaluación de las terapias respiratorias domiciliarias (TRD) permite tener una visión integral de la efectividad del tratamiento. Este programa para pacientes tiene como objetivo definir los *outcomes* más relevantes por TRD, viabilidad de cumplimentación y qué aportan en su evolución y seguimiento.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes con TRD del territorio nacional incluyendo a 1 por terapia de asociaciones de pacientes, que pudieran cumplimentar los cuestionarios PROM (resultados reportados por pacientes) y PREM (resultados de experiencia reportados por pacientes) propuestos para evaluar *outcomes*, con consentimiento electrónico. Se realizó una encuesta sobre su perfil, qué resultados de salud consideraba de mayor importancia y su experiencia en la atención asistencial con su proveedor de TRD. Se efectuaron 3 reuniones por terapia para compartir los resultados de la encuesta, explorar la aceptabilidad de la selección de estos *outcomes* e identificar los componentes clave de un programa de cuidados que los integre.

Resultados: Se realizaron 15 encuestas, 2 de cuidador. 20% con oxigenoterapia, 33,33% terapia PAP, y 46,67% VMD, de 53,4 (DE: 14,15) años de media, 60% varones, y con TRD desde 8,03 (DE: 6,68) años. 73,33% tenían prescrito 1 TRD, 26,66% ≥ 2 TRD. Todos los pacientes con VMD tenían cuidador. Los *outcomes* seleccionados de mayor importancia fueron: somnolencia y calidad del sueño en terapia PAP, calidad de vida general y disnea en oxigenoterapia, y movilidad y mucosidad de las vías respiratorias en VMD. Para experiencia se seleccionó la parte educativa y/o informativa y la organización. Al 66,66% le gustaría incluir las valoraciones de *outcomes* dentro de un plan de cuidados asistencial, indicando como motivos: entender mejor su evolución, toma de decisiones y tener objetivos realistas de mejora. Un 40% prefería cumplimentar PREM y PROM cada 3 meses, 20% cada 6, y realizarlos vía app. (33,33%), email 33,33%, 20% telefónica y presencial (13,33%). 86,66% querían conocer la evolución de sus *outcomes* a largo plazo. 26,67% compartiría estos resultados con el médico, 13,33% con médico y enfermera, 13,33% con la familia y/o entorno y el resto en combinación de estas opciones.

Conclusiones: Es fundamental integrar la perspectiva del paciente con TRD incluyendo los resultados de salud relevantes para ellos para crear planes de cuidados personalizados que mejoren su atención, de la forma más eficiente posible.

280. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PREVALENCIA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

Sara González Gutiérrez, Javier Romero López, Jessica Hilaes Vera y Roberto del Pozo Rivas

Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la enfermedad pulmonar intersticial fibrótica progresiva más frecuente y letal. Su tratamiento va dirigido a retrasar la progresión de la enfermedad y controlar la sintomatología generada por sus comorbilidades. Entre ellas se encuentra la apnea obstructiva del sueño (AOS), cuya prevalencia en pacientes con FPI es elevada, aunque su presentación clínica difiere, siendo menor en términos de sintomatología. Objetivo: Determinar la presentación clínica y prevalencia de AOS en pacientes diagnosticados de FPI en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Material y métodos: Mediante un estudio transversal y descriptivo hemos incluido a los pacientes con FPI en seguimiento en las consultas de Neumología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva en el año 2023 que, tras la firma del consentimiento informado, aceptaron participar en el estudio. Se recogieron sus principales comorbilidades, se les realizó una consulta orientada a descartar AOS y un estudio diagnóstico mediante poligrafía respiratoria domiciliaria, analizándose e interpretándose sus resultados.

Resultados: Se han reclutado 15 pacientes. El 93,3% eran varones exfumadores con una edad media de 66 años. La saturación basal de oxígeno media fue del 96%, con una FVC media del 80% y una DLCO del 57%. El IMC medio fue 30, destacando la DLP y RGE en un 46,7%, 40% HTA, 33,3% DM2, 26,7% coronariopatía, 13,3% arritmia, 6,7% AVC y 13,3% eran AOS diagnosticados previo al estudio. El 73,3% eran roncodores, 26,7% con evidencias de apneas y 20% despertares asfícticos. El 60% presentaba un sueño no reparador, asociando nicturia el 33,3% y cefalea matutina el 6,7%. La puntuación media en la escala de

Epworth fue de 8 puntos. Tras la realización de la poligrafía respiratoria domiciliaria el IAH medio fue de 21, con una SaO₂ media del 92% y un CT90 medio del 25%, presentando el 60% un CT90 > 10%. Tras analizar los criterios de gravedad, en el 20% se descartó AOS, presentando un 40% AOS leve, un 33,3% AOS moderado y un 6,7% AOS grave. Se inició tratamiento con CPAP en el 46,7%.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con FPI se confirma una alta prevalencia de AOS (80%) con importante alteración de la oximetría nocturna (CT90% > 10% en el 60%) a pesar de una sospecha pretest baja en base a sintomatología; resultados similares a los descritos en la literatura. Podría ser recomendable el despistaje de forma sistemática de AOS en pacientes con FPI aunque se necesitan estudios confirmatorios con un mayor tamaño muestral.

333. PREVALENCIA, PERFIL CLÍNICO Y POLIGRÁFICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE CARDIOLOGÍA POR SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Sonia Pascual García, Cristina López Riobobos, José María Díaz García, Adriana Rodríguez Perojo, Jorge Mora Pinilla, Alejandro García García y Araceli Abad Fernández

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad altamente prevalente. Se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular (CV), y su tratamiento se asocia a menor morbimortalidad de causa cardiológica. Asimismo, la patología CV mal controlada puede empeorar la situación respiratoria de los pacientes con AOS, por lo que es muy importante la sospecha y el tratamiento precoz. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia, características clínico-demográficas y el resultado de la poligrafía respiratoria de los pacientes derivados de la consulta de cardiología a la unidad de sueño de nuestro centro en el último año.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes consecutivos derivados desde el servicio de cardiología por sospecha de AOS, de octubre de 2022 a octubre de 2023. Se describen características clínicas, comorbilidades, sintomatología y resultados de la poligrafía respiratoria (PR). Los datos se presentan como media y desviación estándar.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (n, %)	HTA en tratamiento: 42 (70%) Diabetes Mellitus 2: 17 (28%) Dislipemia: 30 (50%)
PERFIL LIPÍDICO (m±DE)	Colesterol total: 171.9 mg/dL ±46.9 LDL: 95.3 mg/dL ±34.8 HDL: 49.7 mg/dL ±12.9 Triglicéridos: 147.0 mg/dL ±124.8.
HIPERTENSIÓN PULMONAR (n, %)	9 (15%). PAPm 38mmHg (9) (m±DE)
INSUFICIENCIA CARDIACA (n, %)	14 (23%) FEVI reducida: 9 (15%)
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (n, %)	13 (22%)
VALVULOPATÍA (n, %)	21 (35%)
FIBRILACIÓN AURICULAR (n, %)	29 (48%) Permanente: 17 (28%) Paroxística: 12 (20%)
MARCAPASOS (n, %)	3 (5%)
RESPIRATORIO (n, %)	EPOC: 4 (7%) EPID: 0 ASMA: 4 (7%)
PATOLOGÍA PROSTÁTICA (n, %)	9 (15%)

Figura 1. HTA: Hipertensión Arterial. PAPm: Presión Arterial Pulmonar media. FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. EPID: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.

Tabla 1. Comunicación 333.

Resultados: Se derivaron 60 pacientes, un 70% hombres (42). Edad 68 años $\pm$ 11. Un 42% (25) eran no fumadores, 58% (35) exfumadores activos. IPA 35 paquetes/año $\pm$ 19. IMC 32,33 $\pm$ 6,23. Perímetro de cuello 41,6 cm $\pm$ 3,53, con Mallampati 2 $\pm$ 1. El perfil lipídico, factores de riesgo CV y comorbilidades se describen en la tabla 1. Troponina 18,10 ng/L $\pm$ 6,26 y NT-PROBNP 1.150 pg/mL $\pm$ 584. Sin datos de hipercapnia, con pCO₂ de 39,8 mmHg $\pm$ 7,21 y HCO₃ 25,7 mmol/L $\pm$ 3,97, salvo 1 caso (2%) que cumplía criterios de síndrome de obesidad-hipoventilación. Solo 2 (3%) con oxigenoterapia domiciliaria. Un 13% (8) tomaba hipnóticos, de elección las benzodiacepinas en 5 casos (8%). La puntuación media en test de Epworth fue 8 $\pm$ 4. Un 78% de los pacientes (47) presentaban nicturia, con media de 2 episodios (1). Un 93% (56) eran roncadores habituales. El 78% (47) referían sueño fragmentado y el 63% (38) sueño no reparador. El 23% (14) dormía < 6 horas diarias. La PR fue diagnóstica en todos los casos. Los resultados se muestran en la tabla 2. Iniciaron tratamiento con CPAP 48 (80%) y con BIPAP 1 (2%).

IAH/h (m $\pm$ DE)	Global: 36/h (20.6/h) Supino: 44/h (24.7/h) No supino: 26/h (20.8/h)
APNEAS OBSTRUCTIVAS (IAH/h y n $^{\circ}$) (m $\pm$ DE)	15.7/h (15.2/h) 119 (111)
APNEAS CENTRALES (IAH/h y n $^{\circ}$) (m $\pm$ DE)	3.6/h (8.8/h) 20 (48)
APNEAS MIXTAS (IAH/h y n $^{\circ}$) (m $\pm$ DE)	1.5/h (3.7/h) 9 (22)
HIPOPNEAS (IAH/h y n $^{\circ}$) (m $\pm$ DE)	14.1/h (9.9/h) 14 (10)
FRECUENCIA RESPIRATORIA/ min (m $\pm$ DE)	16/min (3/min)
RONQUIDO (%) (m $\pm$ DE)	19.5% (8.4%)
ODI/h (m $\pm$ DE)	34.3% (19.8%)
SATURACIÓN (%) (m $\pm$ DE)	Promedio: 90.6% (2.5%) Mínima: 76.2% (9.3%) CT90: 29.4% (28.7%) CT85: 6% (11.3%)
PULSO (lpm) (m $\pm$ DE)	Promedio: 63 lpm (12.8lpm) Mínimo: 43 lpm (11lpm) Máximo: 103lpm (35lpm) Tiempo<40lpm: 3.8 min (16.9min) Tiempo >100lpm: 12.6 min (62.2min)

Figura 2. IAH: Índice de apneas e hipopneas. ODI: índice de desaturación de oxígeno.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes derivados desde Cardiología con sospecha de AOS, la comorbilidad cardiológica más frecuentemente asociada fue la HTA y la fibrilación auricular. Los síntomas clínicos más prevalentes fueron el ronquido, la nicturia y el sueño fragmentado. La PR fue diagnóstica en todos los casos, permitiendo iniciar en la mayoría de ellos un tratamiento con CPAP/BIPAP y favoreciendo así el buen control de los síntomas.

160. PSGL-1: UN NUEVO PUNTO DE CONTROL INMUNOLÓGICO QUE IMPULSA LA DISFUNCIÓN DE LAS CÉLULAS T EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Elena Díaz García¹, Aldara García Sánchez², Enrique Alfaro García¹, Cristina López Fernández¹, Eva Mañas Baena², Irene Cano Pumarega², Eduardo López Collazo³, Francisco García Río¹ y Carolina Cubillos Zapata¹

¹Respiratory Diseases Group, Respiratory Diseases Department, Hospital La Paz Institute for Health Research-IdiPAZ, Madrid, España.

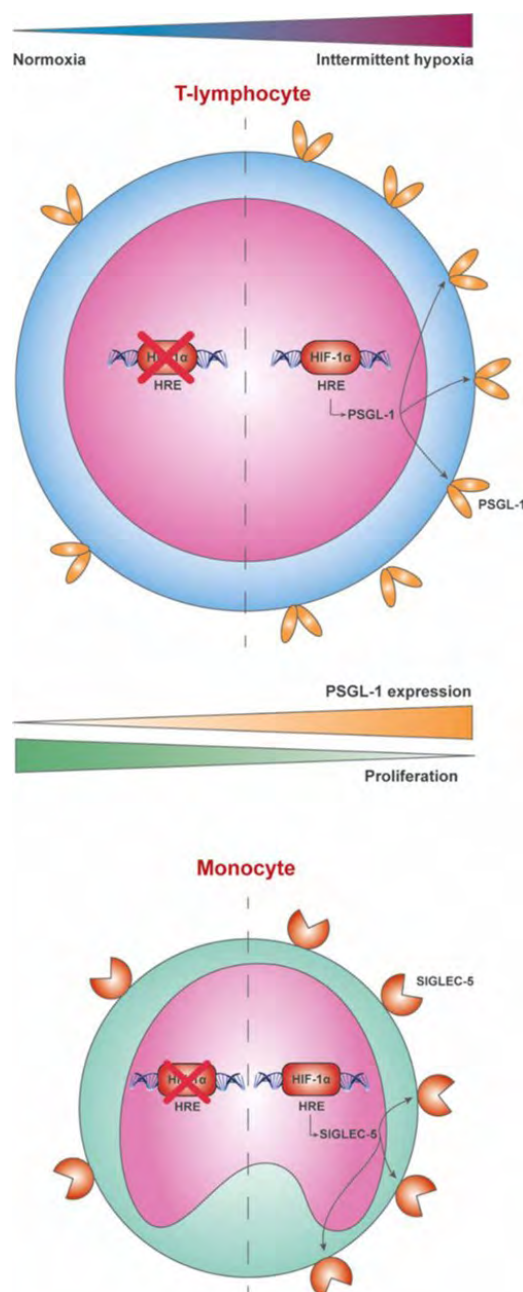
²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ³The Innate Immune Response Group, Hospital La Paz Institute for Health Research-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Diversos estudios han demostrado que los pacientes con apnea obstructiva del sueño (OSA) presentan un alto riesgo de desarrollar cáncer. Sin embargo, las vías moleculares que impulsan esta asociación aún no están completamente esclarecidas. En este sentido, recientemente se identificó al receptor de adhesión glicoproteína-1 de P-selectina (PSGL-1) como un nuevo punto de con-

trol inmunológico (llamados en inglés *immune-checkpoints*). Los *immune-checkpoints* representan un grupo de proteínas transmembrana responsables de la modulación del sistema inmune cuyo descubrimiento ha revolucionado la terapia contra el cáncer.

Material y métodos: En este estudio se evaluó la expresión de PSGL-1 y sus ligandos VISTA y SIGLEC-5 en los leucocitos de 120 pacientes con OSA y 60 sujetos control, explorando el papel de la hipoxia intermitente (HI) mediante modelos *in vitro*. Además, se evaluó el impacto de PSGL-1 en la función de las células T mediante modelos *ex vivo*.

Resultados: Los datos revelaron que la expresión de PSGL-1 está aumentada en los linfocitos T de pacientes con OSA grave. Además, la hipoxemia mediada por la hipoxia intermitente parece jugar un papel relevante en la sobre expresión de PSGL-1. Por otro lado, los datos sugieren que PSGL-1 contribuye a la disminución de la capacidad de proliferación de las células T de los pacientes OSA. Finalmente, la expresión de SIGLEC-5, pero no de VISTA, se encuentra aumentada en los monocitos de pacientes con OSA, por medio de la hipoxia intermitente.



Conclusiones: En conclusión, PSGL-1 podría constituir un nuevo *immune-checkpoint* que contribuye a la disfunción de las células T en pacientes con OSA, y por tanto a la alteración de la inmunovigilancia, lo que podría proporcionar plausibilidad biológica a la mayor incidencia y agresividad de varios tipos de tumores en estos pacientes.

58. RELACIÓN ENTRE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Ainoa Fanego Insua¹, Romina Abelleira París¹, Carlos Zamarrón Sanz¹, Vanessa Riveiro Blanco¹, Ana Casal Mourinho¹, María Elena Toubes Navarro¹, Carlos Rábade Castedo¹, Jorge Ricoy Gabaldón¹, Adriana Lama López¹, Nuria Rodríguez Núñez¹, Lucía Ferreiro Fernández², Juan Rodríguez Ozores¹ y Luis Valdés Cuadrado³

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico-Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España. ²Servicio de Neumología Hospital Clínico-Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; Grupo Interdisciplinar de Investigación en Neumología, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela, España. ³Servicio de Neumología Hospital Clínico-Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; Grupo Interdisciplinar de Investigación en Neumología, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela; Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: La asociación entre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y el metabolismo de la glucosa sigue siendo controvertida. Este estudio investiga la relación entre la AOS y la diabetes tipo 2 (DM) y prediabetes (preDM) incidentes, así como el efecto del tratamiento con CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) a largo plazo.

Material y métodos: Estudio de seguimiento en cohorte retrospectiva clínica de pacientes con AOS y controles seleccionados de manera aleatoria. Los datos sobre DM incidente y preDM, así como sobre la CPAP se obtuvieron de los registros hospitalarios. La relación entre AOS basal y la DM incidente se examinó utilizando modelos de regresión de Cox.

Resultados: 356 pacientes, 169 con AOS y 187 controles fueron seguidos una mediana de 98 meses; 47 enfermos (13,2%) desarrollaron DM y 43 (12,1%) preDM. La incidencia acumulada a los 5 años de DM fue de 10,7% (6,5-13,9%). Un 87% de los sujetos con preDM en la muestra basal evolucionan a DM incidente. Se demuestra que el índice de masa corporal (IMC), la hipoxia nocturna y el índice de apnea hipopnea (IAH) son factores de riesgo para el desarrollo de DM, y que la CPAP disminuye este riesgo.

Conclusiones: Los pacientes con AOS tienen mayor riesgo de desarrollar DM. Los factores de riesgo implicados son el IMC, la hipoxia nocturna y el IAH. El uso regular de CPAP a largo plazo se asoció con una disminución del riesgo.

423. RELACIÓN ENTRE POLIGLOBULIA Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Natalia Calvente Vera, Andrea María Mendoza Barrios, Pilar Barragán Reyes, Javier Santos Martínez y Alicia Conde Valero
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Introducción: La eritrocitosis, policitemia o poliglobulia, se define como el aumento de la masa eritrocitaria, la concentración de hemoglobina y/o hematocrito en la sangre periférica. La hipoxia crónica está dentro de las causas de poliglobulia secundaria al actuar

como desencadenante de hiperproducción de eritropoyetina (EPO) y con ello la estimulación de la eritropoyesis. El diagnóstico es a veces difícil por la falta de consenso de la normalidad para valores de EPO, hematocrito y hemoglobina. La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una de las causas de poliglobulia secundaria, aunque su implicación no está bien establecida y no hay evidencia firme en la literatura. Objetivo: Describir las características de pacientes valorados en la unidad del sueño con poliglobulia.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 41 pacientes valorados en la unidad del sueño derivados desde hematología por poliglobulia, entre enero 2021 y diciembre de 2022. Variables analizadas en la tabla.

Resultados: De los 41 pacientes, el 83,3% son hombres, con media de 62,21 años y obesidad tipo I (IMC medio 32,2 kg/m²). El 70,7% eran exfumadores o fumadores activos con IPA medio de 41. Tenían comorbilidades el 92,6%, con diagnóstico de EPOC el 28,9% y factores de riesgo cardiovascular el 76,3%. El consumo de benzodiacepinas diaria era del 29%. Media de hemoglobina de 18,68 mg/dl y valores patológicos de EPO en 18 (43,9%). Por otro lado, hay un 41,6% de pacientes con EPO normal y sin estudio en el 14,6%. Tras el estudio por poligrafía, el 19,51% del total no requirió tratamiento con CPAP por AOS leve o porque se descartó (en 2) y el 53,6% (22) tenía un grado de AOS grave-muy grave. En 33 pacientes el CT90 era > 5% y en el 48% de los pacientes, > 25%, lo que se estima como grave, con saturación mínima media del 75%.

Tabla 1.

Variables	n= 41
Edad media: 62.21 años (DE= 8.33)	
Grupos de edad	48- 58 años: 15
	59- 69 años: 17
	70- 80 años: 9
Sexo	Hombre: 35 (83.3%)
	Mujer: 6 (14.63%)
Fumador	No: 12 (29.2%)
	Si: 29 (70.7%)
	• Ex fumador 18; activo 11
Alcohol diario	• IPA medio: 41.58 (DE= 21.68)
	No: 35 (85.36%)
Tratamiento con benzodiacepinas	Si: 6 (14.6%)
	No: 29 (70.7%)
Comorbilidades / Antecedentes personales (AP)	Si: 12 (29.2%)
	No: 3 (7.3%)
	Si: 38 (92.68%)
IMC medio	• EPOC: 11 (28.9%)
	• FRCV: 29 (76.3%)
	• ERGE: 2
Hb media	32.29 kg/m ² (DE= 5.48)
Hematocrito medio	18.68 mg/dl (DE= 1.31)
Eritropoyetina	56.23 (DE= 4.86)
	Sin estudio: 5 (14.6%)
	Menor a 18 mU/ml: 17 (41.6%)
Estudio IAK2	Mayor a 18 mU/ml: 18 (43.9%). Mediana 23.4.
	Media 41.52
	Negativa: 25 (61%)
SpO2 en consulta media	Sin estudio: 16 (39%)
	97.2% (DE= 2.59)
	Se descarta: 2
Estudio de AOS	Leve: 5 (IAH media 10.6)
	Moderado: 12 (IAH media 22.6)
	Grave: 12 (IAH media 40.56)
CT90	Muy grave: 10 (IAH media 69)
	0-5%: 8 (19.5%)
	6-25%: 13 (31.7%)
SpO2 mínima media	> 25%: 20 (48.78%)
	75% (DE= 12.26)
	Índice de desaturación medio
SpO2 media durante el sueño	28.03 (DE= 22.9)
	86% (DE= 5.37)
	Si: 33 (80.48%)
Prescripción de CPAP	No: 8 (19.51%)

AOS: apnea obstructiva del sueño

FRCV: factores de riesgo cardiovascular. Se incluyen diabetes, HTA, dislipemia

ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico

Conclusiones: Las características de nuestra población son similares a las descritas en la población general de AOS: edad media de 62 años, hombres con obesidad tipo I y con comorbilidades predominantemente de riesgo cardiovascular. La prevalencia de AOS entre los pacientes con poliglobulia de nuestra cohorte es mayor que la descrita en la población general, llegando al 53,6% los AOS con índice grave-muy grave. El 41,6% de los pacientes derivados tenían poliglobulia con EPO normal y, por tanto, poliglobulia primaria. La comorbilidad respiratoria y en concreto la EPOC presente en el 29%, podría justificar en cierta medida la hipoxemia de los pacientes y los altos niveles de CT90.

86. RESULTADOS Y ESTRATEGIAS EFECTIVAS DEL PRIMER MES DE SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE ADHERENCIA Y RESULTADOS EN SALUD (PIMA ADVANCE) EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP

Ulysses Amaral Otero¹, Amanda García Suárez¹, Francisca Rodríguez Nuez¹, Isabel Portela Ferreño¹, Marta Hernández González¹, Clara Goñi Echevarría¹, Inés Vergara Lahuerta¹ y Fernando León Marrero²

¹VitalAire-Air Liquide Healthcare, España. ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Gran Canaria, España.

Introducción: Este estudio tiene como objetivo valorar el impacto en el uso de la terapia CPAP y los resultados en salud de un programa individualizado de mejora de la adherencia (PIMA Advance) en pacientes AOS consensuado entre el servicio prescriptor del Hospital Universitario Dr. Negrín y la empresa proveedora de terapias respiratorias domiciliarias.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 1 año de seguimiento, en pacientes que inician terapia con CPAP. Se realizó un plan integral adaptado al perfil del paciente, incluyendo telemonitorización y titulación durante el primer mes, refuerzo educacional digital y la autonomía asistencial para agilizar la atención y resolver incidencias, evitando visitas médicas innecesarias. Se comparó la adherencia respecto a una población retrospectiva de similares características y zona sanitaria. Se recogieron datos sociodemográficos, uso de terapia, cuestionario Epworth, EVA de calidad de vida (0-10), cuestionario *ad hoc* sobre percepción del paciente del estado de ánimo, actividad física y relaciones sociales con 3 graduaciones (bueno, normal, malo) e intervenciones correctivas realizadas para mejorar la eficacia terapéutica desde el inicio. Se realizó un análisis descriptivo en Microsoft Excel. Se presentan los resultados del primer mes de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 532 pacientes, 80,46% varones, edad media 59,62 (DE:13,01) años e IMC de 34,05. 8,27% eran AOS complejos, de ellos, 47,72% eran conductores profesionales. El promedio de adherencia al primer mes fue de 4,17 h/d (DE: 2,75) (n = 425) vs. la población retrospectiva (n = 379) de 3,37 h/d (DE: 1,78). Un 67,29% eran adherentes según el criterio de ≥ 3 h/d establecido, 41,4% presentan una adherencia ≥ 5 h/d. La tasa de abandono fue del 0,37%. Desde basal, el Epworth disminuyó 5,21 puntos y la calidad de vida aumentó en 1,48 puntos. El estado de ánimo percibido como bueno, aumenta en el 34,7%, la actividad física 32%, y las relaciones sociales en 25,3%. Se realizaron 991 intervenciones asistenciales relacionadas con intervenciones médicas evitadas; 9,7% fue cambio de mascarilla, 15,1% instalación de humidificador, 45,8% titulaciones, 29,3% cambio a CPAP básica, 1% cambio a autoCPAP y 70,6% continúan telemonitorizados.

Conclusiones: PIMA Advance demostró mejoras notables en adherencia, calidad de vida y somnolencia al primer mes. La autonomía asistencial fue fundamental para el éxito temprano del programa vinculadas a la reducción de visitas médicas no esenciales y abandono temprano de la terapia.

888. ¿SE PUEDE DIAGNOSTICAR LA APNEA DEL SUEÑO DURANTE EL EMBARAZO SIN POLISOMNOGRAFÍA?

Miguel Alonso Rodríguez¹, Ainhoa Álvarez Ruiz de Iarrinaga², Mercedes Codina Marcet³, María Paloma Giménez Carrero⁴, Mónica de la Peña Bravo⁴, María Cerdà Moncadas⁴, Lázaro Daniel Pascual Bojorque¹, Francisco García Río⁵, Olga Mediano San Andrés¹ y Alberto Alonso Fernández⁴

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. ²Hospital Universitario de Araba, Vitoria, España. ³Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ⁴Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Palma de Mallorca, España. ⁵Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España.

Introducción: La prevalencia de la apnea obstructiva del sueño (AOS) en el embarazo está incrementada debido a diferentes cambios fisiológicos y se relaciona con complicaciones obstétricas como la preeclampsia, diabetes gestacional y parto pretérmino. La prueba de elección sigue siendo la polisomnografía (PSG) hospitalaria, de difícil acceso y que requiere muchos recursos. La poligrafía respiratoria domiciliaria (PRD) puede ser de gran utilidad en el diagnóstico, pero la evidencia científica con este tipo de dispositivos en gestantes es muy escasa. El objetivo del estudio es evaluar la precisión de un dispositivo de PRD tipo III para detectar AOS en gestantes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 136 gestantes (34 $\pm$ 4 años) en el 3er trimestre (34 $\pm$ 3 semanas) a las que se les realizaron registros hospitalarios simultáneos de PRD (Alice PDX) y PSG.

Resultados: La PSG detectó AOS leve en 14 pacientes y un caso con AOS moderada. El índice de apnea hipopnea (IAH) fue de $2,1 \pm 3,6$ /h y de $1,4 \pm 2,6$ /h en la PSG y PRD respectivamente. Se detectó una correlación aceptable entre IAH ($r = 0,78$; $p < 0,001$) y el índice de desaturaciones (ID) ($r = 0,806$; $p < 0,001$). En el estudio con PRD, la sensibilidad y especificidad para un IAH ≥ 5 h-1 fueron del 57,1% y 99,2% respectivamente, con un valor predictivo positivo del 88,9% y un valor predictivo negativo del 95,3%. Se analizó una curva de "características operativas del receptor" (ROC) para predecir AOS (IAH ≥ 5 h-1 en PSG), encontrando un punto de corte de IAH = 2,25 h-1 con PRD. La sensibilidad y especificidad para este punto fueron de 85,7% y 88,5% respectivamente, con un valor predictivo positivo de 46,2% y un valor predictivo negativo de 98,2%. Además, se evaluó la concordancia entre dicho punto y la PSG (IAH ≥ 5 h-1), obteniendo un valor de kappa de 0,538.

Conclusiones: En ausencia de posibilidad de realizar PSG, la PRD podría ser una buena herramienta para el diagnóstico de AOS en mujeres embarazadas. Un punto de corte de 2,25 h-1 por PRD tendría una buena concordancia con un IAH ≥ 5 h-1 por PSG. Se precisa de más estudios para evaluar el rendimiento de la PRD en el domicilio de la paciente.

528. TELEMONITORIZACIÓN EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN AOS

Laura Martín Biel, Luisa Margarita Cabrera Pimentel, Teresa Martín Carpi, Isabel Jiménez Gonzalo, Cristina Alexandra Romero Espinosa, María Aguado Agudo, Sergio Alarcón Sisamón, Patricia Bayod Carbó, Sonia Zúñiga Quílez, Nuria Bernad Serrano, Javier Gutiérrez Baigorri, Irene Almudena Tesán Aznar y María Senar García

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: La telemonitorización surge por necesidad de asegurar la asistencia de pacientes con terapias respiratorias domiciliarias durante la pandemia COVID-19. Esta estrategia asistencial ha optimizado los recursos y la gestión del tiempo de sanitarios y pacientes, manteniendo una adecuada calidad asistencial. La CPAP es el tratamiento de elección en la apnea obstructiva del sueño (AOS) y en la mayoría de casos, su prescripción es indefinida, pero con fre-

cuencia presenta problemas de tolerancia. En ocasiones la adaptación a la autoCPAP utilizada en la titulación es buena, pero, al iniciar CPAP domiciliaria la tolerancia es peor.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo de pacientes con AOS incluidos en el programa de telemonitorización con autoCPAP para titulación del servicio de Neumología del Hospital Universitario Miguel Servet en 2023. El programa dura 3 meses en los que se titula con autoCPAP (Dream-station) y se revisa a los 7-30-60-90 días valorando variables de IAH residual, fugas y horas de uso. Se realiza un subanálisis comparando la tolerancia en pacientes que realizaron el programa, con los que se titularon durante 3 días con el mismo dispositivo. Los objetivos son determinar la adherencia en el programa de telemonitorización y comparar la tolerancia frente a pacientes que realizaron titulación con autoCPAP 3 días.

Resultados: Se recogieron 54 pacientes, 15 fueron mujeres (27,7%) y 39 hombres (72,2%), con una edad media de 57 años. El IMC medio fue de 35,46 y el perímetro medio del cuello de 42,56 cm. Todos los pacientes tenían diagnóstico de AOS, 5 leve, 14 moderado y 32 grave. Se consideraron cumplidores aquellos que usaron la autoCPAP ≥ 4 horas/día, y fueron el 64,8% (35), con una media de uso de 5,89 horas al día, fuga media de 7,2 e IAH residual < 5 en el 77,1% (27) de los casos y entre 5 y 10 en el 22,8% (8). El 35,2% (19) fueron no cumplidores por mala tolerancia. Se compara la tolerancia frente a 50 pacientes titulados con autoCPAP 3 días, con similares características en cuanto a edad (57,6 años) y gravedad del AOS (7 leves, 20 moderados y 23 graves). El 44% (22) presentaron mala tolerancia y el 56% (28) buena tolerancia.

Muestra telemonitorizada	54 pacientes	
Sexo	27,7% mujeres (15)	72,2% hombres (39)
IMC promedio	35,46 $\pm$ 5,02	
Edad media	57 $\pm$ 13 años	
Perímetro del cuello medio	42,56 $\pm$ 3,82	
IAH medio	39,78 $\pm$ 23,87	
Índice de desaturación medio	30,43 $\pm$ 22,53	
CT90 medio	25,11 $\pm$ 24,96	
Severidad del AOS	5 leves	14 moderados 32 severos
Cumplimiento	35 SI (64,8%)	19 NO (35,2%)

Imagen 1. Caracterización de la muestra incluida en el programa de telemonitorización.

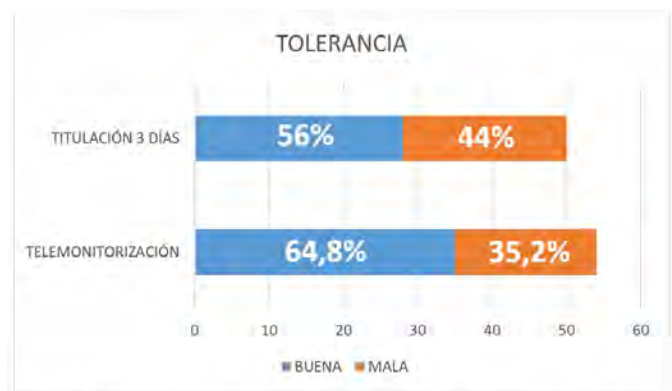


Imagen 2. Tolerancia de pacientes con titulación con AutoCPAP durante 3 días frente a 30 días.

Conclusiones: El programa de telemonitorización ofrece mayor adherencia a los dispositivos para el tratamiento del AOS. La titulación con autoCPAP durante 3 meses presenta mayor tolerancia que durante 3 días.

797. TELEMONITORIZACIÓN EN TRASTORNOS DEL SUEÑO

Andrea Yordi León, Iria Pérez Orbis, Roberto Larrosa Barrero, Leonardo Forero Naranjo, Guillermo Doblaré Higuera y Mercedes García Salmones

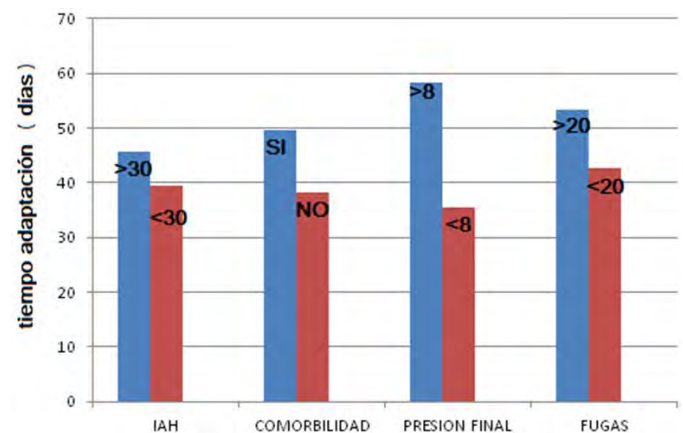
Hospital Infanta Elena, Valdemoro, España.

Introducción: La AOS es el trastorno respiratorio del sueño más prevalente, la frecuencia de la enfermedad ha ido aumentando y ocupa gran parte de las consultas diarias de Neumología. Su tratamiento de elección es la CPAP, la adherencia al tratamiento es de vital importancia para la mejora de los síntomas y comorbilidades asociadas. El objetivo de este estudio ha sido analizar los beneficios de la telemonitorización en adaptación al tratamiento con CPAP y en el número de consultas médicas.

Material y métodos: Se incluyeron 71 pacientes con diagnóstico de AOS mediante poligrafía domiciliaria en quienes se inició tratamiento con CPAP telemonitorizada entre septiembre de 2022 y mayo de 2023.

Tabla 1. Características generales de nuestros pacientes	
Edad	55
Sexo	Mujeres: 28% Hombres: 72%
IMC > 35	21%
Comorbilidades	HTA: 58% Enfermedad cardíaca: 15% Enfermedad cerebrovascular: 4%
Profesión de riesgo	11%
Hipnóticos	14%
IAH	57/h
CT90	39%

Tabla 2. Resultados telemonitorización	
Tiempo medio monitorización	48 días
Éxito adaptación	87%
Cambio interfaz	62%
Fuga	10,4 L/min
Presión inicial	7,13 cmH2O
Presión final	7,91 cmH2O
IAH residual	4,38 h



Resultados: De los 71 pacientes incluidos, el 72% fueron hombres y 28% mujeres, con una edad media de 55 años. El 21% con un IMC > 35 ; 58% presentaban comorbilidades (58% HTA, 15% enfermedad cardíaca, 4% enfermedad cerebrovascular); 11% presentaban profesión de riesgo; 14% tenían tratamiento con hipnóticos; la media en escala de Epworth 11 puntos. En cuanto al diagnóstico de AOS presentaron un IAH medio 57/h y TC90 39%. En todos los pacientes se inició tratamiento con CPAP telemonitorizada al momento del diagnóstico con una media de 48 días de telemonitorización, logrando la adaptación al tratamiento (> 4 horas de uso) en el 87% de los pacientes, sin necesidad de ser valorados en consulta médica ni de enfermería. Durante la telemonitorización se realizó cambio de interfaz al 62% de los pacientes, con una fuga media de 10,4 L/min. La presión inicial media fue de 7,13 cmH2O y presión final de 7,91 cmH2O, con un IAH residual de 4,38/h. El tiempo de adaptación fue menor en los pacientes que presentaban menor IAH, menor comorbilidad, menos fugas y que precisaron menor presión.

Conclusiones: El uso de la telemonitorización en el tratamiento con CPAP, mejora el proceso de adaptación en pacientes con AOS, además disminuye el número de consultas médicas.

90. TIEMPO DE USO DE CPAP REQUERIDO PARA OBTENER UN EFECTO HIPOPRESOR EN MUJERES HIPERTENSAS CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Raquel Casitas Mateo, Elisabet Martínez Cerón, Raúl Galera Martínez, María Torres Vargas, Paula Villaverde Rebenaque y Francisco García Río

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Resulta conocido que la reducción de la presión arterial (PA) mediante CPAP es dependiente de su tiempo de uso, aunque la mayoría de los estudios que han estimado puntos de corte han sido realizados predominantemente en varones. Objetivo: Determinar el tiempo de tratamiento con CPAP requerido para obtener una reducción de las distintas medidas de PA en mujeres hipertensas con AOS de reciente diagnóstico.

Material y métodos: Mediante un *pooled analysis* de distintos ensayos clínicos del grupo de investigación, de al menos 3 meses de duración, controlados frente a *sham* CPAP o práctica clínica cotidiana, se ha obtenido una submuestra de 108 mujeres hipertensas, sin cambios en su tratamiento farmacológico previo durante los 3 meses anteriores y con un reciente diagnóstico de AOS moderada-grave (IAH > 15). En todos los casos, fueron aleatorizadas a 3 meses de tratamiento con CPAP titulada mediante aPAP o control (*sham* CPAP o ausencia de CPAP), manteniendo en todos los casos el tratamiento farmacológico estable, según práctica clínica convencional. Se realizó MAPA de 24 horas antes de la aleatorización y a los 3 meses de la misma. La adherencia al tratamiento fue registrada mediante telemonitorización o lectura de tarjeta del equipo.

Resultados: Las 108 mujeres evaluadas tenían una edad media de 56 ± 12 años, BMI $30,5 \pm 5,4$ kg/m², ES 9 ± 3 , IAH 47 ± 24 h-1 y CT90 $18 \pm 20\%$. La presión media de CPAP prescrita fue 11 ± 1 cmH₂O y la adherencia media de $4,7 \pm 0,6$ horas/noche. Después de 3 meses de tratamiento con CPAP, se evidenció un registro significativo de la PA diastólica (PAD) nocturna, diurna y de 24 horas, así como de la PA sistólica (PAS) nocturna y de 24 horas. En todos los casos, la magnitud de la reducción se relacionó de forma directamente proporcional con el tiempo de uso de la CPAP. Una adherencia media de 3 horas/noche durante los 3 meses de seguimiento, resultó suficiente para reducir la PAD nocturna, diurna y de 24 horas. La PAS nocturna se redujo significativamente a partir de las 4 horas de uso nocturno, mientras que un descenso significativo de la PAS diurna y de 24 horas solo se evidenció en el subgrupo con un tiempo de uso de la CPAP de al menos 5 horas.

Conclusiones: En mujeres con AOS, el efecto de la CPAP sobre la PAD se evidencia a partir de las 3 horas de uso nocturno, mientras que para lograr una reducción de la PAS se requiere más tiempo de tratamiento, especialmente en el caso de la PAS diurna, que parece disminuir a partir de las 5 horas de tratamiento con CPAP.

100. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS DE FRAGMENTACIÓN DEL SUEÑO EN EL ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE SUEÑO

Celia Rodríguez Dupuy, Santiago Antonio Juarros Martínez, Vicente Roig Figueroa, Susana Calderón Martínez, Rocío Domínguez Peláez, Iván Viloria Sobrado, Andrea Martín Rojo, María del Pilar Zapatero Gutiérrez, Susana Sevillano Ordax y Soraya Fernández Gay

Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: Las Unidades de Sueño que realizan pruebas de polisomnografía (PSG) para el diagnóstico de la apnea obstructiva

del sueño (AOS) deben cumplir unos estándares para que el estudio sea fiable y reproducible. La existencia de factores externos puede influir en las características del sueño. Nuestro objetivo ha sido valorar la calidad del sueño percibida por los pacientes y su relación con la fragmentación del sueño.

Material y métodos: Se realizó una encuesta sobre calidad del sueño a 78 pacientes de junio de 2023 hasta octubre de 2023 que se sometían a una PSG por sospecha de AOS en nuestro laboratorio de sueño. Se analizó: edad, género, severidad de la AOS, parámetros del sueño (latencias al inicio del sueño, índice de microdespertares totales y espontáneos, eficiencia, eficacia, porcentaje de fases y número de ciclos). Se estableció un parámetro que evaluaba la fragmentación del sueño según los microdespertares espontáneos respecto a los totales, aquellos no explicados por causa respiratoria, y se consideró relevante > 35% (IME35). Análisis estadístico comparativo de variables cualitativas (χ^2) y cuantitativas según su relación con la normalidad (t-Student, U Mann-Whitney). Modelos de regresión logística multivariante para buscar variables que condicionen IME35 y curvas ROC. SPSS Winv20. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: El 67,9% eran varones, 12,8% eran a niños. El 42,3% refirió haber presentado un sueño no reparador. Respecto a los parámetros de sueño, se observó que las mujeres presentan de forma significativa más eficacia y más fase 3 que los hombres. En el caso de los niños, estos presentan más eficacia, menos fase 1 y fase 3 respecto a los adultos. Además, los niños tienen significativamente una mediana de ciclos de sueño mayor que los adultos. Las diferencias en los parámetros de sueño entre los pacientes con sueño reparador y no reparador no son significativas (tabla 1). Se objetivó un IME35 superior en niños y AOS menos graves. Los modelos de regresión han evidenciado que la AOS muy grave es factor independiente que previene de un IME35 (OR 0,014; $p < 0,001$). El IME35 no ha mostrado sensibilidad para determinar la sensación de sueño reparador (curvas ROC) (tabla 2).

VARIABLES	PARÁMETROS DEL SUEÑO (MEDIAS)
Género	Latencia no REM (min)(mediana): $p=0,43$
	• Masculino: 5,5 [2,5-13]
	• Femenino: 7,5 [3,25-24,75]
	Latencia REM (min) $p=0,73$
	• Masculino: 151.64 (sd 83,79)
	• Femenino: 158.64 (sd 96,86)
	Eficacia $p=0,02$
	• Masculino: 27.97 (sd 15,80)
	• Femenino: 36.16 (sd 12,32)
	Fase 1 (%) $p=0,12$
	• Masculino: 22.51 (sd 18,00)
	• Femenino: 16.434 (sd 11,24)
	Fase 2 (%) $p=0,39$
	• Masculino: 49.03 (sd 15,56)
	• Femenino: 45.80 (sd 15,37)
	Fase 3 (%) $p=0,02$
	• Masculino: 15.44 (sd 10,12)
	• Femenino: 20.58 (sd 8,01)
	Fase REM (%) $p=0,12$
	• Masculino: 12.52 (sd 8,39)
	• Femenino: 15.59 (sd 7,66)
	Ciclos de sueño (mediana): $p=0,97$
	• Masculino: 3.00 [2,00-4,00]
	• Femenino: 3.00 [2,00-3,00]

Edad	Latencia no REM (min){mediana):	p=0,07
	• Niño: 8,75 [4,00-40,25]	
	• Adulto: 5,00 [2,50-12,75]	
	Latencia REM (min)	p=0,06
	• Niño: 106.24 (sd 54,12)	
	• Adulto: 161.28 (90,01)	
	Eficacia	p=0,00
	• Niño: 106.24 (sd 14,74)	
	• Adulto: 161.28 (sd 14,30)	
	Fase 1 (%)	p=0,04
Sensación sueño reparador	• Niño: 106.24 (sd 10,12)	
	• Adulto: 161.28 (16,60)	
	Fase 2 (%)	p=0,44
	• Niño: 106.24 (sd 14,72)	
	• Adulto: 161.28 (sd 15,62)	
	Fase 3 (%)	p=0,00
	• Niño: 106.24 (sd 7,60)	
	• Adulto: 161.28 (sd 9,21)	
	Fase REM (%)	p=0,12
	• Niño: 106.24 (sd 9,06)	
	• Adulto: 161.28 (sd 8,04)	
Sensación sueño reparador	Ciclos de sueño (mediana):	p=0,00
	• Niños: 4.00 [3,00-5,25]	
	• Adulto: 2.00 [2,00-3,00]	
	Latencia no REM (min){mediana):	p=0,07
	• Si: 4,50 [2,00-11,00]	
	• No: 8,00 [4,00-19,00]	
	Latencia REM (min)	p=0,87
	• Si: 142.81 (sd 86,22)	
	• No: 167.95 (sd 89,09)	
	Eficacia	p=0,74
Sensación sueño reparador	• Si: 32.44 (sd14,37)	
	• No: 28.08 (sd 16,12)	
	Fase 1 (%)	p=0,02
	• Si: 17.58 (sd 11,49)	
	• No 24.63 (20,74)	
	Fase 2 (%)	p=0,84
	• Si: 49.09 (sd 14,88)	
	• No: 46.50 (sd 16,37)	
	Fase 3 (%)	p=0,94
	• Si: 18.87 (sd 9,30)	
	• No: 14.66 (sd9,95)	
Sensación sueño reparador	Fase REM (%)	p=0,74
	• Si: 13.55 (sd 8,50)	
	• No: 13.43 (sd 8,01)	
	Ciclos de sueño:	p=0,59
	• Si: 2.00	
	• No: 3.00	

Conclusiones: Los parámetros de sueño (PSG) no se han correlacionado con la percepción del descanso. El IME35 tampoco ha resultado útil para ello. En nuestra muestra los parámetros de sueño han sido más favorables en los niños. La AOS severa podría prevenir la fragmentación del sueño.

IME35	
Género	p=0,27
• Masculino: 50,9% (n=27)	
• Femenino: 64% (n=16)	
Edad	P=0,18
• Niños: 90% (n=9)	
• Adultos: 50% (n=34)	
AOS	p=0,00
• Leve: 93,3% (n=14)	
• Moderado: 84,2% (n=16)	
• Severo: 50% (n=9)	
• Muy severo: 15,4% (n=4)	
Sueño reparador	p=0,58
• Si: 51,5% (n=17)	
• No: 57,8% (n=26)	
*IME = microdespertares espontáneos / microdespertares totales	
**IME 35 = IME >35%	

794. UTILIDAD PREDICTIVA DEL CUESTIONARIO DE APNEA DEL SUEÑO STOP-BANG SEGÚN EL GÉNERO

Marta Solé Delgado, Pablo Catalán Serra, Cristina Miralles Saavedra, Rafael Peris Cardells, Cristina Rosario Martín, Lía Alonso Tomás, María Villagrasa Guarch y Sara Atarés Martín

Servicio de Neumología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la capacidad predictiva del cuestionario de sueño STOP-Bang según el género, para el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (AOS) en una cohorte de pacientes con sospecha de AOS, remitidos a una Consulta de Neumología desde Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo para determinar la utilidad diagnóstica del cuestionario de sueño STOP-Bang en una muestra consecutiva de pacientes remitidos entre junio del 2022 y julio del 2023 (13 meses) a una Consulta de Sueño desde Atención Primaria. Se evaluó la capacidad predictiva del cuestionario STOP-Bang para discriminar la presencia de un índice de apneas e hipopneas (IAH) ≥ 5 /h mediante poligrafía respiratoria (PR). Los registros de PR se tomaron en domicilio una noche con técnica de autocolocación. Se realizó el análisis de las curvas ROC para el cuestionario STOP-Bang en hombres y en mujeres por separado, y se determinaron los puntos de corte óptimos para el cuestionario por géneros.

Resultados: Se incluyen 441 pacientes (32,6% mujeres y 67,3% hombres). El área bajo la curva en la apnea del sueño (IAH ≥ 5) del STOP-Bang fue 0,770 (0,668-0,872) en hombres y 0,724 (0,582-0,866) en mujeres. El punto de corte óptimo en hombres fue de 7 en hombres y 5 en mujeres.

Conclusiones: El STOP-Bang tiene una utilidad diagnóstica buena en hombres y regular en mujeres para un IAH ≥ 5 en los pacientes remitidos desde Atención Primaria por sospecha de AOS, tanto en hombres como en mujeres. El punto de corte óptimo es más bajo en mujeres que en hombres.

322. VALIDEZ DE LA LECTURA AUTOMÁTICA DE POLISOMNOGRAFÍA MEDIANTE EL SISTEMA DE ANÁLISIS SOMNOLYZER

Anastasiya Torba Kordyukova, Ignacio Boira Enrique, Carly Celis Pereira, Violeta Esteban Ronda, Eusebi Chiner Vives, Esther Pastor Esplá, José Norberto Sancho Chust, Elia Gómez Merino, Carmen Castelló Faus y Anays Martínez Gómez

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

Parámetros	Diferencia media	IC 95%	Coefficiente correlación intraclase, IC 95%	Límite inferior de concordancia	Límite superior de concordancia
IAH	-2.57	-5.32, 0.17	0.71 (0.57-0.81)	-24.6	19.5
ODI	-2.6	-3.85, -1.29	0.55 (0.36 – 0.70)	-12.9	7.7
TC90 %	-0.032	-0.10, 0.36	0.78 (0.67 – 0.86)	-0.59	0.53
Eficiencia de sueño, %	2.54	0.97, 3.53	0.83 (0.73 – 0.89)	-12.5	8.2
Tiempo en fase N1, min	8.36	0.67, 16.06	0.80 (0.69 – 0.87)	-53.5	70.2
Tiempo en fase N2, min	22.67	3.72, 41.63	0.31 (0.07 – 0.50)	-129.6	175
Tiempo en fase N3, min	11.40	5.00, 18.00	0.73 (0.60 – 0.83)	-41.1	63.9
Tiempo en fase REM, min	-0.58	-5.40, 4.20	0.77 (0.65 – 0.85)	-39.1	37.9

Tabla 1. Comunicación 322. Resultados de análisis de concordancia entre lectura manual y automatizada mediante el sistema Somnolyzer.

Introducción: La polisomnografía es la prueba diagnóstica empleada para el diagnóstico y clasificación del síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS). Sin embargo, además del tiempo que consume su análisis manual puede existir variabilidad interindividual. Por lo tanto, los algoritmos computarizados capaces de leer polisomnografía (PSG) de manera automática como Somnolyzer (Phillips, versión 4.0) podrían acelerar el proceso de corrección de PSG y mejorar la gestión en las unidades de sueño. El objetivo de este estudio fue determinar la validez del sistema Somnolyzer respecto a la lectura manual de PSG.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado entre el 1 de junio de 2021 hasta el 20 de noviembre de 2023. Se incluyeron adultos con PSG realizada ante sospecha de AOS. Se analizaron variables demográficas, así como todas aquellas registradas en el estudio de sueño. Se analizó la concordancia entre la puntuación manual realizada por un neumólogo experto y la puntuación automática obtenida mediante el sistema Somnolyzer. Para evaluar la concordancia se empleó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el método de Bland y Altman.

los pacientes no padecieron AOS, 31% fue AOS leve, 31% moderado y 14% severo. La concordancia fue muy buena para TC90 (0,78), eficiencia de sueño (0,83), tiempo en fase N1 (0,8) y tiempo en fase REM (0,77). La concordancia fue buena para IAH (0,71) y tiempo en fase N3 (0,73). La concordancia fue suficiente para ODI (0,55) y tiempo total de sueño (0,47). Las diferencias medias y los límites de concordancia fueron: IAH: -2,57 (IC95% -24, 19,5), ODI: -2,6 (IC95% -12,9, 7,7), TC90: -0,032 (IC95% -0,59,0,53), eficiencia de sueño: 2,54 (IC95% -12,5, 8,2), tiempo en N1: 8,36 (IC95% -53,5, 70,2), tiempo en N2: 22,67 (IC95% -129,6, 175), tiempo en N3: 11,40 (IC95% -41,1, 63,9) y tiempo en REM: -0,58 (IC95% -39,1, 37,9). En la tabla y figura se muestran los CCI y los límites de la concordancia.

Conclusiones: El análisis automático mediante el sistema Somnolyzer proporciona resultados similares a los obtenidos mediante la corrección manual, por lo que podría ser un sistema útil que permitiría facilitar la revisión y análisis de los estudios de sueño.

734. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL REGISTRO NOCTURNO DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO FRENTE A LA POLISOMNOGRAFÍA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

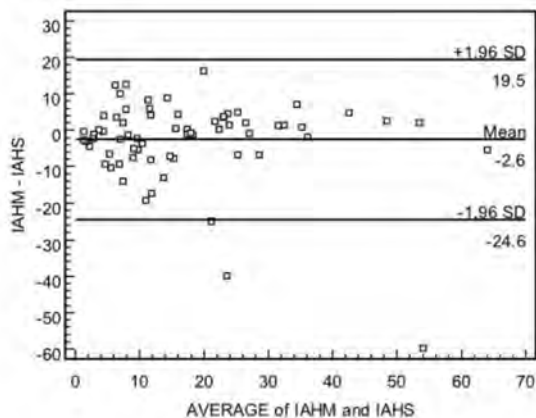
Cristina Muñoz Corroto¹, Elena Lesaga López², Juan Manuel Mejía Romero², Nuria Feu Collado¹ y Bernabé Jurado Gámez¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Córdoba, España.

²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Introducción: Determinar la correlación de la pulsioximetría de registro nocturno frente a los eventos respiratorios obtenidos en la polisomnografía ante la sospecha clínica de apnea obstructiva del sueño (AOS).

Material y métodos: Estudio prospectivo de comparación de test diagnósticos realizado en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS) de un hospital universitario. Fueron incluidos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, y ninguno de exclusión. Criterios inclusión: 1) sospecha clínica de AOS; 2) Edad entre 18



Análisis Bland y Altman del IAH.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes, 49% hombres y 51% mujeres, edad media de 51 ± 16 años, IMC 27 ± 4 kg/m². Del total, 24% de

y 75 años; 3) Firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión: 1) Enfermedad torácica o neuromuscular; 2) Insuficiencia respiratoria crónica; 3) Trastorno psicógeno; 4) Insomnio. A todos se les realizó una pulsioximetría y polisomnografía simultáneamente. Se registraron las señales neurológicas y respiratorias habituales. En estas últimas: índice de apneas-hipopneas (IAH), SpO₂ media y mínima alcanzada durante el sueño, porcentaje del tiempo de sueño con SpO₂ < 90% (T90), índice de desaturación de oxígeno > 3% (ID3) y

> 4% (ID4) definidos como el número de descensos por hora de sueño en la SpO₂ > 3% o al 4%, respectivamente. Se descartó AOS si la polisomnografía mostraba un IAH ≤ 5 h, y fue diagnóstica ante un IAH > 5 h. Los resultados de la pulsioximetría (Konika-Minolta Pulsox-300i) fueron analizadas según tiempo de registro. Se aplicó el estadístico de Pearson para analizar la correlación entre el IAH y los resultados de la SpO₂ en la pulsioximetría. Para valorar qué variables de la SpO₂ nocturna tienen mayor precisión diagnóstica en relación

Figura 1. Correlación entre las variables obtenidas en la pulsioximetría nocturna (ID3, ID4, T90 y SpO₂) con las cifras de IAH registradas en la polisomnografía.

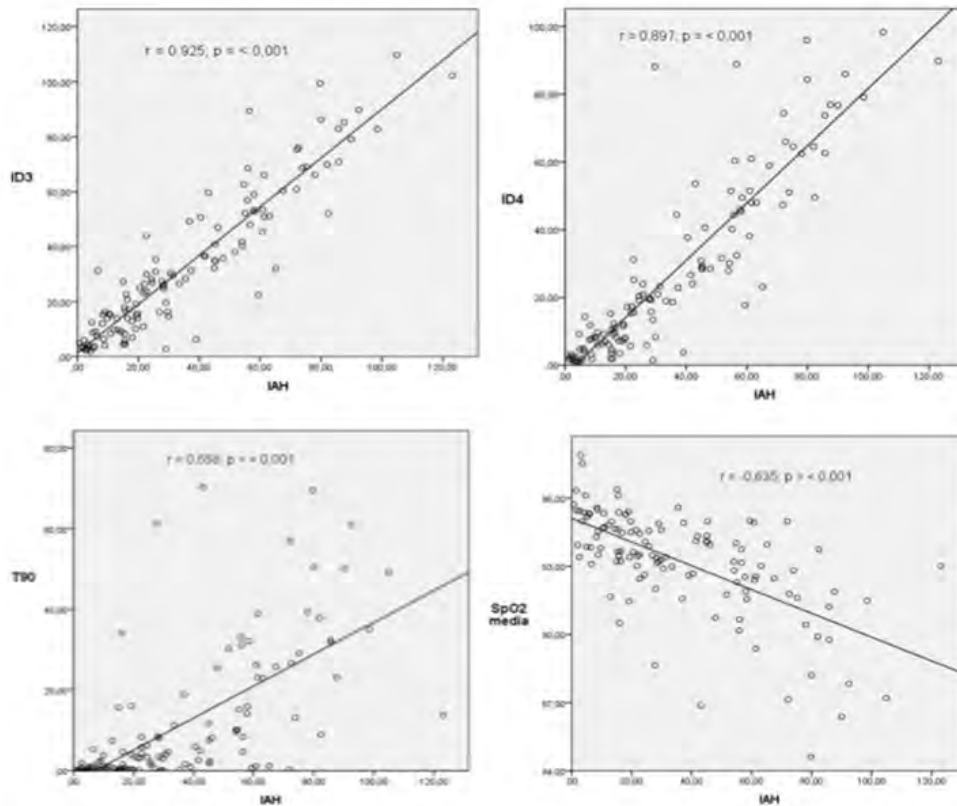
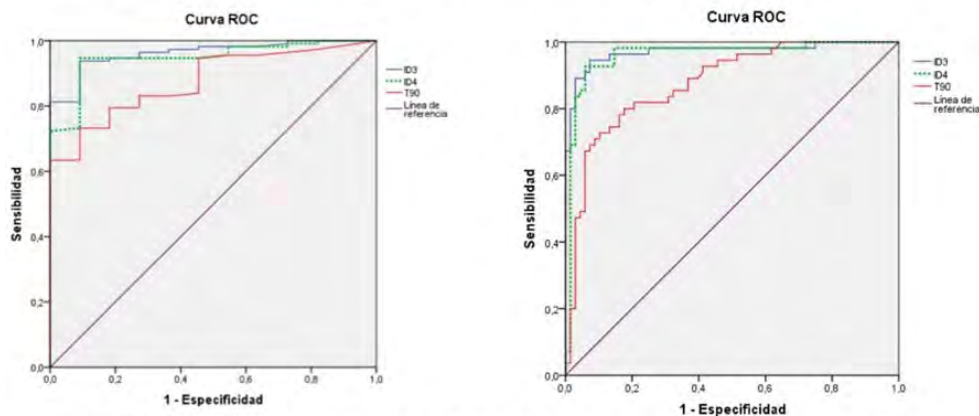


Figura 2. Curvas ROC para valores de la pulsioximetría respecto al diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (IAH > 5) y apnea obstructiva grave (IAH ≥ 30).



IAH: índice de apneas-hipopneas; ID3: índice de desaturación de oxígeno > 3%; ID4: índice de desaturación de oxígeno > 4%; T90: porcentaje del tiempo de sueño con SpO₂ < 90%.

con un IAH ≥ 5 y a un IAH ≥ 30 obtenidos en la polisomnografía se construyó una curva ROC (receiver operator characteristic).

Resultados: Se estudiaron 123 pacientes, 91,1% diagnosticados de AOS (44,7% con AOS grave). Se observó correlación significativa ($p < 0,001$) entre el IAH y el T90 ($r = 0,658$), ID3 ($r = 0,925$), ID4 ($r = 0,897$). En estas variables se calculó el área bajo la curva (AUC) observando que el mayor rendimiento diagnóstico (IAH > 5) fue para el ID3 con un valor en la AUC = 0,962 (IC95% = 0,924–1) y también para el diagnóstico de un SAOS grave (IAH ≥ 30) con una AUC = 0,971 (IC95% = 0,941–1).

Conclusiones: Existe buena correlación entre los resultados de la pulsioximetría nocturna y la polisomnografía. El ID3 presenta una mayor precisión para el diagnóstico y para la identificación de AOS grave. La pulsioximetría nocturna es una alternativa válida para priorizar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con AOS.

550. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA PULSIOXIMETRÍA NOCTURNA FRENTE A LA POLISOMNOGRAFÍA EN PACIENTES CON CLÍNICA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Pablo García Lovera¹, Pilar Cano Lucena¹, Yosainis Yanine Portillo Gutiérrez¹, María del Carmen Mata López¹, Concepción Garrido Rodríguez¹ y Bernabé Jurado Gámez²

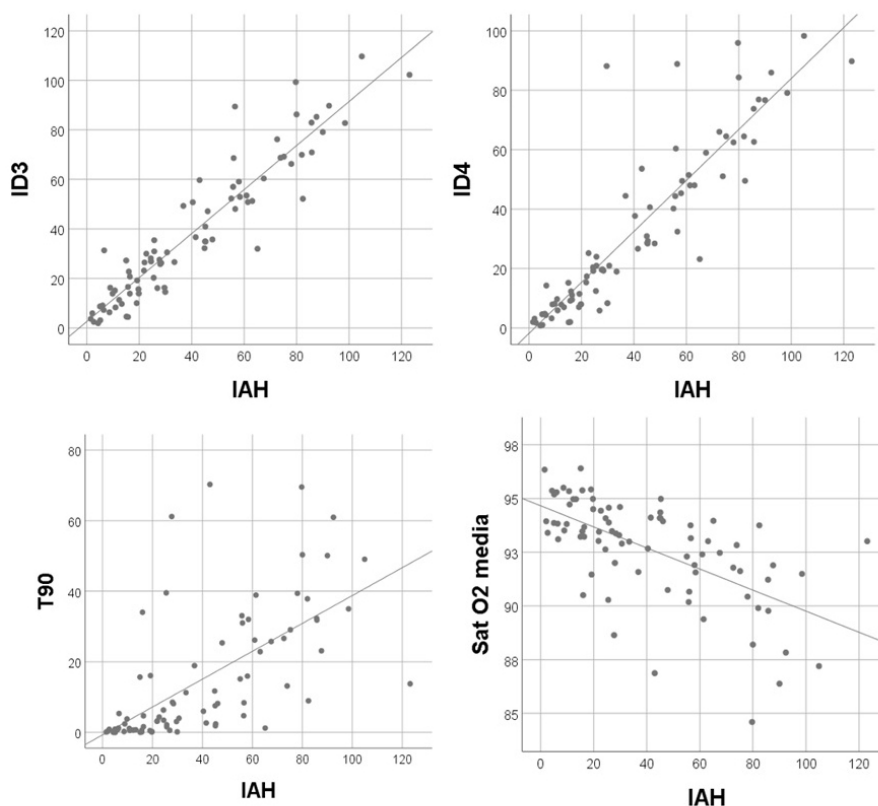
¹Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Introducción: El objetivo es determinar el valor diagnóstico de la pulsioximetría nocturna frente a la polisomnografía (PSG) en pacientes con clínica de apnea obstructiva del sueño (AOS).

Material y métodos: Se estudiaron individuos entre 18 y 75 años con clínica de AOS que cumplieran estos tres criterios: roncador, pausas de apneas y test de Epworth ≥ 10 . Fueron excluidos los pacientes con enfermedad neuromuscular, insuficiencia respiratoria crónica e insomnio. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Se realizó simultáneamente una pulsioximetría y PSG de noche completa. En la PSG se recogió el índice de apneas-hipopneas (IAH) y en la pulsioximetría nocturna se midió la saturación periférica de oxígeno (SpO₂) media, índice de desaturación de oxígeno $\geq 3\%$ (ID3) y $\geq 4\%$ (ID4) y el porcentaje del tiempo con SpO₂ $< 90\%$ (T90). Se relacionó la clínica sugestiva de AOS (roncador, apneas y test de Epworth ≥ 10) con el IAH y el diagnóstico de AOS mediante el test de U de Mann-Whitney y la prueba Ji-cuadrado. La correlación entre las variables de la pulsioximetría y el IAH se estableció por la r de Pearson. Finalmente, se determinó el valor diagnóstico de la pulsioximetría mediante el cálculo de curvas ROC, eligiendo el mejor punto de corte mediante el Índice de Youden. Se aceptó un valor $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Incluimos en el estudio 81 pacientes: 77 diagnosticados de AOS (95,1%), 66 hombres (81,5%), edad 55,57 ($\pm 10,91$) y test de Epworth de 13 ($\pm 1,98$). El IAH medio fue de 40,39 ($\pm 29,4$), ID3 38,46 ($\pm 27,91$), ID4 32,8 ($\pm 27,99$), T90 15,23 ($\pm 18,28$) y SpO₂ media 92,68 ($\pm 2,35$). Se observó relación significativa entre la presencia de clínica de AOS y el IAH ($p = 0,004$) y el diagnóstico de AOS ($p = 0,041$), así

Figura 1. Correlación entre las variables obtenidas en la pulsioximetría nocturna ID3, ID4, T90 y SpO₂ media con las cifras de IAH obtenida en la polisomnografía mediante el gráfico de nube de puntos.

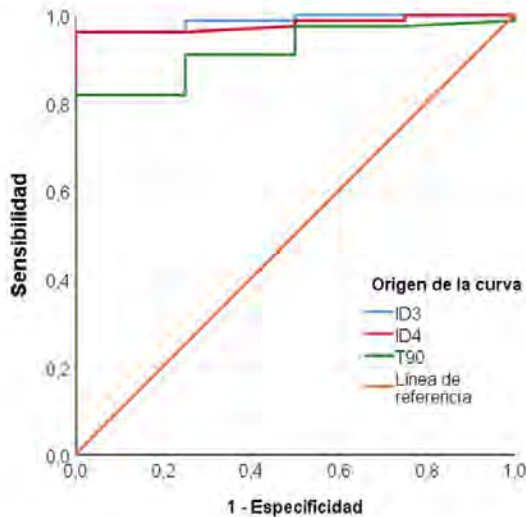


IAH índice de apneas-hipopneas; ID3 índice de desaturación de oxígeno $> 3\%$; ID4 índice de desaturación de oxígeno $> 4\%$; SpO₂ Media saturación media de oxígeno durante el sueño; T90 porcentaje del tiempo de sueño con SpO₂ $< 90\%$

Figura 1. Comunicación 550.

como una importante correlación entre el IAH de la PSG y los valores de ID3 ($r: 0,936, p < 0,001$), ID4 ($r: 0,901, p < 0,001$), T90 ($r: 0,635, p < 0,001$) y SpO2 media ($r: -0,613, p < 0,001$) de la pulsioximetría. Correlación representada en los gráficos de la figura 1. En la figura 2 se exponen las curvas ROC obtenidas junto con el área bajo la curva (AUC) que demuestran una gran capacidad diagnóstica de la pulsioximetría nocturna. El ID3 fue la variable con mayor grado de predicción diagnóstica, seguido de ID4 y T90. Finalmente, se determinó el mejor punto de corte de dichos índices que se pueden observar en la figura 2.

Figura 2. Área bajo la curva de ROC y mejor punto de corte de ID3, ID4 y T90 para el diagnóstico AOS (IAH ≥ 5)



AOS (IAH ≥ 5)	AUC	Error estándar	IC 95%	Valor p	Mejor punto corte (S y E)
ID3	0,987	0,012	0,963 - 1	< 0,001	6 (0,961 y 1)
ID4	0,979	0,016	0,948 - 1	< 0,001	3 (0,961 y 1)
T90	0,920	0,041	0,840 - 1	< 0,001	1 (0,818 y 1)

AOS apnea obstructiva del sueño; AUC área bajo la curva; E especificidad; IC 95% intervalo de confianza al 95%; ID3 índice de desaturación de oxígeno $> 3\%$; ID4 índice de desaturación de oxígeno $> 4\%$; S sensibilidad; T90 porcentaje del tiempo de sueño con SpO₂ $< 90\%$

Conclusiones: La pulsioximetría nocturna presenta gran validez diagnóstica y una correlación estadísticamente significativa en el diagnóstico de AOS en pacientes con clínica sugestiva de AOS.

278. VALORACIÓN DE LA CARGA HIPÓXICA COMO INDICADOR DIAGNÓSTICO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

Javier Romero López¹, Jessica Hilares Vera¹, Sara González Gutiérrez¹ y Ana Belén Rodríguez Gómez²

¹Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. ²Delegada Asistencial Sapio Life SAU, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: Las medidas diagnósticas y de cuantificación de gravedad de la apnea obstructiva del sueño (AOS) tienen limitaciones. Por ello están desarrollándose medidas alternativas que estratifiquen con mayor precisión la AOS. La carga hipóxica aparece como

un parámetro prometedor en la identificación de pacientes con alto riesgo de AOS y predictor del riesgo asociado a mortalidad por enfermedad cardiovascular. Pretende captar la cantidad total de hipoxemia relacionada con el evento respiratorio durante el sueño, midiendo la frecuencia, duración y profundidad de las desaturaciones de oxígeno secundarias a la AOS. Objetivo: Valorar la utilidad de la carga hipóxica como indicador diagnóstico de AOS.

Material y métodos: Mediante un estudio transversal y descriptivo hemos analizado a los pacientes diagnosticados de AOS en la consulta de sueño de Neumología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva en el año 2023, mediante poligrafía respiratoria domiciliar con polígrafos que presentaban el *software* Sleepware G3 que registra la carga hipóxica. Posteriormente se ha relacionado la carga hipóxica con los indicadores diagnósticos validados para la AOS usando la correlación Rho de Spearman.

Resultados: Se han analizado 83 pacientes que cumplían los criterios de inclusión mencionados previamente. De ellos, el 55,4% (46) eran varones con una edad media de 53 años, siendo el 34,9% (29) fumadores activos. Entre sus principales comorbilidades destacaban la obesidad con un 49,4% (41), HTA 48,2% (40), DLP 24,1% (20), DM2 8,4% (7) y cardiopatía isquémica 1,2% (1). La puntuación media en la escala de Epworth fue de 11,3. Respecto al estudio diagnóstico: el IAH medio fue de 33,6/h, con un CT90 medio de 13,3%, un ID3% de 30,6 y una carga hipóxica media de 85,06% min/h. Tras relacionar la carga hipóxica con los marcadores validados de AOS, hemos evidenciado una correlación positiva estadísticamente significativa ($p < 0,05\%$) con todos ellos, destacando una mayor fortaleza con el IAH (0,89) e ID3 (0,88) y menor con el CT90% (0,55).

Conclusiones: En nuestra cohorte existe una correlación positiva elevada (0,89 y 0,88) estadísticamente significativa entre la carga hipóxica y el IAH e ID3, siendo esta correlación más modesta con el CT90; datos similares al de otras cohortes descritas en la literatura. La carga hipóxica proporciona información adicional en la estratificación de la AOS, al aunar frecuencia, duración y profundidad de la hipoxemia intermitente relacionado con la AOS, aunque son necesarios más estudios para evaluar mejor su utilidad.

906. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL DAÑO ORGÁNICO SUBCLÍNICO REPRESENTADO POR LA ESTRUCTURA CARDIACA, FUNCIÓN RENAL Y PERFIL LIPÍDICO

Carlota Coso Serrano¹, Esther Solano Pérez¹, María Castillo García¹, Sofía Romero Peralta¹, Laura Silgado Martínez¹, María Esther Viejo Ayuso¹, Leticia Álvarez Balado¹, Laura Fidalgo Marrón¹, Ana López Dueñas¹, Ángel Rodríguez Paramás¹, Rosa Mediano San Andrés¹, Miguel Alonso Rodríguez¹, Eduardo Laviña Soriano¹, Sonia López Monzón¹, Alfonso Ortigado Matamala¹, Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga², Carolina Díaz García³, Genoveva del Río Camacho⁴, Alejandra Roncero Lázaro⁵, Irene Cano Pumarega⁶ y Olga Mediano San Andrés¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. ²OSI Araba, Vitoria, España. ³Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ⁴Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) tiene un impacto sobre diferentes órganos. Las alteraciones de la función cardiovascular (CV) se relacionan con la estructura cardíaca (hipertrofia del ventrículo izquierdo-HVI) y hemodinámica (biomarcadores sanguíneos). Además, se ha mostrado una relación bidireccional entre la enfermedad renal y AOS. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la AOS medido por el índice de apneas-hipopneas (IAH) y la función

CV medida por ecocardiografía (HVI) y analítica sanguínea (perfil lipídico) y función renal mediante analítica sanguínea (creatinina) y orina (filtrado glomerular, albuminuria y proteinuria).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, longitudinal y prospectivo. Se presentan los datos del Kids Trial study. Se incluyeron 284 niños de entre 4 y 18 años remitidos por sospecha de AOS. Se recogieron variables clínicas y antropométricas y se realizó polisomnografía de todos ellos, clasificándolos en los siguientes grupos de gravedad: 1. No AOS: IAH < 3/h; 2. AOS leve: IAH ≥ 3/h < 5/h; 3. AOS moderado: ≥ 5/h < 10/h; 4. AOS grave: ≥ 10/h. Las posibles diferencias de los valores de HVI, colesterol HDL, colesterol LDL, creatinina sérica, filtrado glomerular, proteinuria y albuminuria entre las distintas categorías de la AOS se analizaron mediante prueba de tendencias.

Resultados: Las características basales de la población y del estudio de sueño se muestran en la tabla 1. No se observaron tendencias significativas entre las medidas de HVI (g/m²) (p = 0,675) entre el grupo de no AOS vs. AOS, similar a los valores obtenidos de colesterol LDL (mg/dL) (p = 0,081), creatinina sérica (mg/dL) (p = 0,297), filtrado glomerular CKD-EPI (mL/min/1,73 m²) (p = 0,230), albuminuria (mg/dL) (p = 0,130) y proteinuria (mg/dL) (p = 0,370). Sin embargo, si se observaron diferencias significativas en los datos de colesterol HDL (mg/dL) (p = 0,002) en función de la gravedad de la AOS (tabla 2).

	Variables continuas	
	n	Mediana (P25-P75)
Edad [años]	284	6,0 (5,8-8,0)
Percentil talla	280	57,0 (25,8-80,0)
Percentil peso	280	51,0 (28,8-85,2)
Presión arterial media sistólica [mmHg]	263	98,8 (93,0-105,0)
Presión arterial media diastólica [mmHg]	263	64,0 (61,0-67,0)
Presión arterial media global [mmHg]	263	75,0 (71,0-79,0)
Hipertrofia del ventrículo izquierdo [g/m ²]	146	64,1 (57,0-77,0)
	Variables categóricas	
Sexo [niño], n (%)	283	166 (58,7 %)
Chervin, n (%)	266	
• Negativo (normal)		151 (56,8 %)
• Positivo (anormal)		115 (43,2 %)
Amígdalas, n (%)	277	
• I (0-25%)		13 (4,69 %)
• II (26-50%)		63 (22,7 %)
• III (51-75%)		127 (45,8 %)
• IV (76-100%)		74 (26,7 %)
Paladar, n (%)	274	
• Normal		186 (67,9 %)
• Ojival		88 (32,1 %)
Mandíbula, n (%)	278	
• Normal		230 (82,7 %)
• Anormal		48 (17,3 %)
Mordida, n (%)	87	
• Clase III		18 (20,7 %)
• Clase II		54 (62,1 %)
• Abierta		15 (17,2 %)
• Asimetría		0 (0,0 %)
Clasificación Mallampati	130	
• Clase I		28 (21,5%)
• Clase II		68 (52,3%)
• Clase III		29 (22,3%)
• Clase IV		5 (3,8%)
Gravedad AOS	273	
• Grupo I (no AOS)		56 (20,5 %)
• Grupo II (IAH ≥3/h <5/h)		54 (19,8 %)
• Grupo III (IAH ≥5/h <10/h)		90 (33,0 %)
• Grupo IV (IAH ≥10/h)		73 (26,7 %)

Tabla 1. Descripción de la muestra.

Gravedad AOS	N válida	Grupo I (no AOS)	Grupo II (IAH ≥3/h <5/h)	Grupo III (IAH ≥5/h <10/h)	Grupo IV (IAH ≥10/h)	Valor p
Función cardiovascular		No AOS N=34	AOS N=112			
HVI (g/m ²)	146	62,9 (57,3-77,3)	65,0 (56,9-76,9)			0,675
Hemodinámica		N=37	N=33	N=51	N=48	
Colesterol HDL (mg/dL)	90	54,0 (50,0-59,0)	56,5 (51,0-61,0)	55,5 (49,2-60,0)	41,0 (37,0-55,5)	0,002
Colesterol LDL (mg/dL)	89	100 (88,2-116)	87,5 (79,2-108)	99,0 (74,0-111)	81,0 (70,0-97,5)	0,081
Función renal		N=37	N=33	N=51	N=48	
Creatinina sérica (mg/dL)	166	0,53 (0,44-0,61)	0,44 (0,39-0,52)	0,56 (0,43-0,63)	0,49 (0,38-0,54)	0,297
Filtrado glomerular CKD-EPI (mL/min/1,73m ²)	163	154 (141-170)	170 (155-181)	152 (139-173)	169 (150-185)	0,230
Albuminuria (mg/dL)	165	0,60 (0,40-1,10)	0,50 (0,32-0,90)	0,72 (0,50-1,28)	0,75 (0,50-1,10)	0,130
Proteinuria (mg/dL)	164	12,4 (8,60-14,0)	9,70 (8,20-14,3)	12,8 (8,95-15,5)	11,6 (9,60-14,6)	0,370

Tabla 2. Relación entre la gravedad de la AOS y la función cardiovascular, hemodinámica y función renal.

Conclusiones: No parece existir un gran impacto en la función renal, CV y hemodinámica en los niños que sufren AOS. Teniendo en cuenta la evidencia en adultos, son necesarios más estudios en el que se incluyan más variables y una población más amplia para confirmarlo.

NCT03696654. Financiado por ISCIII (PI18/00565 y PI22/01653), SEPAR (535-2018, 1073-2020 y 1425/2023), colaboración no condicionada de Laboratorios Menarini y premiado por NEUMOMA-DRID.

265. VARIACIÓN DE LA FRECUENCIA DE PULSO NOCTURNO EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Sergio Alarcón Sisamón¹, David Sanz Rubio², Pablo Cubero Marín², Ana Victoria Gil Gómez², Ana Sánchez Azofra³, María Aguado Agudo¹, Isabel Jiménez Gonzalo¹, Cristina Alexandra Romero Espinosa¹, Laura Martín Biel¹, Patricia Bayod Carbó¹, Sonia Zúñiga Quílez¹, Nuria Bernad Serrano¹, Irene Almudena Tesán Aznar¹, Javier Gutiérrez Baigorri¹, María Senar García¹ y José María Marín Trigo¹

¹Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España. ²Unidad de Investigación Traslacional IIS Aragón, Zaragoza, España. ³University of California, San Diego, Estados Unidos.

Introducción: La variación de la frecuencia cardíaca (VFC) (o de pulso -VFP-) como respuesta a los eventos obstructivos está emergiendo como un potencial predictor de eventos cardiovasculares en los pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS). No se conocen los determinantes de esta variabilidad. Hipotetizamos que la VFC/VFP será dependiente del tipo de evento obstructivo (apnea vs. hipoapnea), de su duración y del grado de desaturación de O₂.

Material y métodos: Los pacientes incluidos en este estudio derivan de la cohorte EPIOSA (Epigenetics modifications and subclinical



Figura 1. Comunicación 265.

atherosclerosis in obstructive sleep apnea) (GovTrials, NCT01457542111). Se han revisado las primeras 133 poligrafías respiratorias, por el mismo especialista clínico, de pacientes con AOS. En cada registro se han seleccionado 5 eventos consecutivos y representativos de apnea y 5 eventos tipo hipoapnea en cada tercil del estudio. Se calculó en cada tercil la duración media de los eventos, la desaturación media de SpO₂ y la VFP media entendida como la diferencia de la VFP al final de la apnea/hipopnea menos la FP al inicio del evento. Finalmente se realizaron estos mismos cálculos para el total de 15 eventos tipo apnea y 15 tipo hipoapnea de cada estudio.

Resultados: Los pacientes de la muestra tenían una edad media de 45 años, un 85% fueron varones, tenían un IMC < 35 y no tenían otras comorbilidades. Los pacientes con AOS moderado-grave, IAH > 15, (n = 95) mostraron una duración media de las apneas inferior a la duración media de las hipoapneas (25 vs. 34 seg, p < 0,01), una mayor desaturación media por episodio (9,9 vs. 8,4%, p < 0,05) y mayor VFP (13 vs. 8 pulsaciones/min; p < 0,05). Sin embargo, no existió relación entre la duración media de las hipoapneas, de las apneas o de las apneas-hipopnea en su conjunto con la VFP. La VFP tampoco se relacionó con el grado de desaturación media durante las hipoapneas, apneas o apneas-hipopneas en su conjunto. Cuando el análisis se circunscribe al grupo de pacientes con AOS leve (IAH < 15) se evidencia que la duración media de las apneas y la desaturación media se reducen respecto al grupo con AOS grave, sin embargo, tampoco existe una relación entre estas variables y la VFP.

Conclusiones: En pacientes con AOS, la VFP, el grado de desaturación y la duración de los eventos tienen un comportamiento diferente según se trate de un evento tipo apnea o hipoapnea. Sin embargo, estas métricas obtenidas en la poligrafía de sueño, no se relacionan entre sí durante los eventos obstructivos.

324. VITORIA SLEEP SMART CITY: INTERVENCIÓN SOBRE HÁBITOS DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN MEDIANTE UN ASISTENTE VIRTUAL INTERACTIVO. ESTUDIO PILOTO

Camila Belén García López¹, Mireya González Malo¹, María Estrella Ordax Carbajo¹, Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga², Salvador Delis Gómez², María Mercedes Hernández Hernández², Carla Pia Martínez², Jorge Ullate Mora³, Javier González Cappa⁴, David Asín⁵, Ángel Orteu⁶, Julia Amaranta García Fuertes¹ y Carlos Javier Egea Santaolalla¹

¹Servicio de Neumología, OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ²Unidad de Sueño, Servicio de Neumología, OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ³Bioaraba, OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, España. ⁴Philips Iberia, Madrid, España. ⁵Linde Médica, Vitoria-Gasteiz, España. ⁶Asesor de investigación, Vitoria-Gasteiz, España.

Introducción: Es conocido que existe una elevada y creciente prevalencia de insuficiencia de sueño en la población general, con las consecuencias que ello conlleva a nivel sociosanitario. Esto se pudo objetivar en un análisis realizado en un seguimiento de 20 años de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en el que se estableció que el porcentaje de personas que dormían menos de 7 horas aumentaba hasta el 23,2%, con predominio en mujeres. Hasta el momento, la mayor parte de los datos son basados en cuestionarios y disponemos de escasa bibliografía en la que se emplee la actimetría para contrastar los datos. El objetivo es evaluar si es posible intervenir con recomendaciones de forma personalizada sobre un grupo para mejorar su insuficiencia de sueño.

Material y métodos: Se trata de un proyecto PII del Área de Sueño y Ventilación. Es un ensayo clínico aleatorizado y controlado, de gru-

Inicio del proyecto				Final del proyecto			
% de gente con < 7 horas de reposo diario	Grupo control	Grupo Intervención	Global	% de gente con < 7 horas de reposo diario	Grupo control	Grupo Intervención	Global
Laborables	37,3 %	48,0 %	42,5 %	Laborables	29,6 %	31,9 % (p=0,0052)	30,7 % (p=0,0015)
Festivos	16,2 %	16,2 %	16,2 %	Festivos	27,7 % (p=0,0192)	18,0 %	23,0 %
Total	24,5 %	26,3 %	25,4 %	Total	25,3 %	22,1 %	23,7 %

Tabla 1. Comunicación 324. Porcentaje de gente con menos de 7 horas de reposo diario al inicio y al final del proyecto.

Inicio del proyecto				Final del proyecto			
Tiempo de sueño medio (minutos)	Grupo control	Grupo Intervención	Global	Tiempo de sueño medio (minutos)	Grupo control	Grupo Intervención	Global
Laborables	392,3	386,5	389,4	Laborables	404,8 (p=0,0028)	399,2 (p=0,0016)	402,1 (p<0,0001)
Festivos	440,3	432,5	436,4	Festivos	430,4	438,9	434,6
Total	405,9	399,7	402,9	Total	412,3	409,6 (p=0,0047)	410,9 (p=0,0015)

Tabla 2. Comunicación 324. Tiempo de sueño medio en minutos al inicio y al final del proyecto.

pos paralelos, con obtención de datos entre los meses junio/2021-marzo/2022. La muestra está formada por trabajadores voluntarios del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, con 206 hombres y mujeres entre 18 y 65 años definidos como malos dormidores (> 5 puntos en escala Pittsburgh) y que no presenten patología de sueño previa, así como comorbilidades médicas graves. Se emplearon 3 elementos: una pulsera de actividad modelo Health Band de Philips para la monitorización objetiva de sueño, una aplicación móvil que recibía la información captada y un sistema live-chat que permitía al grupo intervención solicitar una cita telemática semanal con un profesional del área de Sueño.

Resultados: Como resultado principal, no hay diferencias sobre la insuficiencia de sueño entre los grupos control e intervención en términos absolutos, aunque el porcentaje de gente con menos de 7 horas de reposo diario mejora los días laborables en el grupo intervención y empeora los días festivos en el grupo control. Respecto al tiempo de sueño en minutos, se observa una clara mejoría en los días laborables, no siendo significativa entre grupos. El grupo intervención mejora su tiempo de sueño en términos absolutos.

Conclusiones: Podemos comprobar que resulta muy difícil modificar los horarios de la población a nivel general, debido principalmente a las cargas laborales, familiares y al ocio, entre otros. No obstante, se abre una ventana de oportunidad para intervenir ya que en los días laborables demostramos que es posible mejorar el tiempo de sueño de la población general con la intervención, mientras que los días festivos existe poco margen de mejora.

VENTILACIÓN MECÁNICA

582. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL DE DÍA DE VERANO DE UNA UNIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA

Gabriella Manzanares Cavin, José Daniel Cordero Márquez, Angélica Quito Parra, Juan Pablo Utrilla Marchand, Cristina Sánchez Fernández, Daniel López Padilla, Francisco Caballero Segura, Elena Ojeda Castillejo y Soledad López Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: La escasez de recurso humano en periodo estival, sobre todo de Enfermería, obliga a la readaptación de la actividad asistencial para no entorpecer el seguimiento de los pacientes. El objetivo del estudio fue describir las actividades realizadas con un protocolo simplificado de seguimiento de pacientes con ventilación mecánica no invasiva domiciliaria.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes consecutivos que acudieron a una habitación acondicionada como Hospital de Día “de verano” durante 3 semanas de julio de 2023 (fig. 1). Se incluyeron pacientes con al menos un año de tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) cuya etiología de insuficiencia respiratoria crónica era EPOC, caja torácica, obesidad o enfermedad neuromuscular no ELA. El protocolo incluyó: (1) constantes vitales no invasivas con monitor Bistos BT-740® (pulsioximetría, frecuencia cardíaca, saturación periférica con pulsioximetría); (2) capnografía transcutánea durante al menos una hora (SDMS, SenTec AG®); y (3) revisión del *software* interno del respirador. El recurso humano disponible fue una residente de Neumología de tercer año y un adjunto de la Unidad de Soporte Ventilatorio; la duración designada para cada revisión fue de 90 minutos. Los resultados se presentan con estadística descriptiva.

Resultados: Se revisaron un total de 24 pacientes, con edad media de $66,5 \pm 14,4$ años. Un total de 14 sujetos fueron hombres (58,3%). La mediana de tiempo de VMNI crónica acumulada previa fue de 68 meses (rango intercuartílico 48-115). La frecuencia por etiología tratada con VMNI se presenta en la figura 2. En 15 pacientes (62,5%) se detectaron problemas de la interfase o de fugas no controladas excesivas, y en 13 (54,2%) pacientes se modificaron los parámetros por fugas, eventos de vía aérea superior, asincronismo puro o hipoventilación detectada por capnografía transcutánea. Se presentaron dos complicaciones: (1) agudización de EPOC que se controló de forma ambulatoria y (2) crisis hipertensiva. En el seguimiento posterior, al momento de la realización de esta comunicación 2 pacientes EPOC en situación paliativa habían presentado eventos clínicos relevantes: una muerte y un ingreso hospitalario.

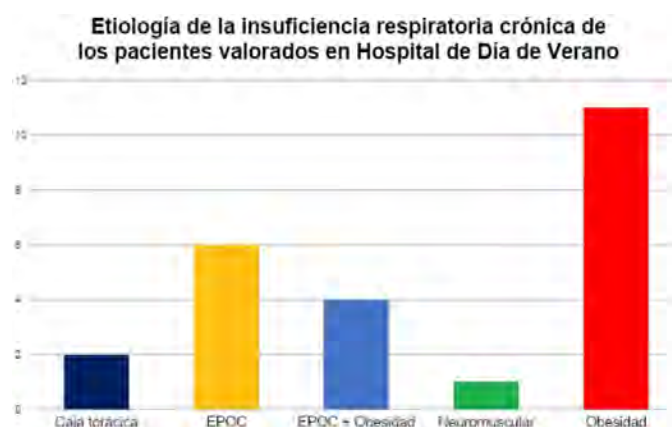


Figura 1

Conclusiones: Un protocolo de monitorización simplificada sin control gasométrico o funcional en pacientes con VMNI de larga data es viable. El paciente EPOC en fase terminal posiblemente precise de otro tipo de abordaje en este contexto.



Figura 2. Consulta de Hospital de Día “de verano”.

210. ACTIVIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL COMITÉ DE MOTONEURONA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DURANTE UN PERIODO DE 2 AÑOS

Anays Martínez Gómez¹, Violeta Esteban Ronda¹, Mar Luri Prieto², Nuria Fernández García³, Carlos Martín Estefanía⁴, Teresa Gavilá Lattur⁵, Carmen Ballesta Sánchez⁶, Irene Velázquez Pérez⁶, M^a Ángeles Bernabeu Martínez⁷, Rafael López Bas⁸, Susana Muñoz Parra⁹, Josefa Martínez Martínez² y Eusebi Chiner Vives¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ²Unidad de Enfermería Gestión de Casos Complejos, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

³Servicio de Rehabilitación Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ⁴Servicio de Neurología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ⁵Servicio de Neurofisiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ⁷Servicio de Farmacia, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ⁸Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ⁹Unidad de Trabajo Social, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Entre las enfermedades de motoneurona, la ELA es la más frecuente. Es una enfermedad neurodegenerativa que no tiene actualmente un tratamiento curativo. El manejo multidisciplinar de esta patología compleja y con mal pronóstico permite mejorar la calidad de vida de los afectados. El objetivo del estudio consiste en evaluar la actividad del comité integral de motoneurona (CIM) de nuestro hospital en la atención a pacientes con ELA, para tratar de mejorar la asistencia sanitaria que se presta.

Material y métodos: En el CIM de nuestro centro se realiza una reunión mensual donde se revisa el historial de los pacientes citados, con el objetivo de mejorar la dinámica de trabajo y ofrecer una mejor atención. Se intenta coordinar que los pacientes sean vistos por los distintos especialistas en un mismo día, con el fin de reducir los desplazamientos. Se revisaron retrospectivamente los pacientes con ELA atendidos en nuestro centro desde noviembre de 2021 a noviembre de 2023. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se atendieron 31 pacientes con ELA (45% hombres y 55% mujeres) con una edad media de 68 ± 14 años, de los cuales el 77,4% tenía afectación bulbar. Los resultados principales se recogen en la tabla 1. Se trataron con ventilación mecánica no invasiva 51,6% de pacientes, con asistente de la tos 48,4% de pacientes y únicamente en 3,2% se realizó traqueostomía. Al evaluar las visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios durante el periodo resultó llamativo que el 64,5% de los pacientes había acudido en algún momento de su enfermedad por caídas, presentando el 25,8% fracturas secundarias. El número de hospitalizaciones/año fue de 1 (0-1). Del total de pacientes, únicamente el 25,8% habían presentado las voluntades anticipadas.

Datos principales de los pacientes incluidos en el estudio (n = 31)	
Edad (años), media $\pm$ DE	68 $\pm$ 14 años
Sexo masculino, n (%)	14 (45,2%)
IMC, media $\pm$ DE	23,7 $\pm$ 4 kg/m ²
Tiempo desde el diagnóstico, media $\pm$ DE	23 $\pm$ 16 meses
Afectación bulbar, n (%)	24 (77,4%)
Norris bulbar subscore, media $\pm$ DE	23 $\pm$ 11 puntos
FVC (% predicho), media $\pm$ DE	71 $\pm$ 7,7 %
PIM (cmH ₂ O), media $\pm$ DE	54,94 $\pm$ 31,15
PEM (cmH ₂ O), media $\pm$ DE	59,71 $\pm$ 23,09
VMNI, n (%)	16 (51,6%)
Asistente de tos, n (%)	15 (48,4%)
Gastrostomía percutánea, n (%)	8 (25,8%)
Traqueostomía, n (%)	1 (3,2%)
Depresión, n (%)	9 (29%)
Demencia, n (%)	3 (9,7%)
Nivel de dependencia (Barthel)	
Independiente, n (%)	2 (6,5%)
Leve, n (%)	5 (16,1%)
Moderado, n (%)	8 (25,8%)
Grave, n (%)	5 (16,1%)
Dependencia total, n (%)	11 (35,5%)
ALSFRS-R, media $\pm$ DE	32 $\pm$ 11 puntos
Tratamiento con Riluzol	26 (83,9%)
Tratamiento con Sativex	3 (9,7%)
Visitas a Urgencias/año	2 (2-4)
Visitas a Urgencias por caídas	20 (64,5%)
Hospitalizaciones/año	1 (0-1)
Voluntades anticipadas presentadas, %	8 (25,8%)
Exitus, %	10 (32,3%)

Conclusiones: La asistencia multidisciplinar a pacientes con ELA permite ofrecer una atención centrada en la persona abordando cuestiones clínicas, éticas y psicosociales. El número de visitas a urgencias y hospitalizaciones de estos pacientes durante el periodo analizado fue bajo, posiblemente por el trabajo coordinado Mediante Enfermería Gestión de Casos y al apoyo en la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Posibles acciones de mejora serían reducir el número de caídas y aumentar la planificación anticipada de la atención al final de la vida.

118. ADAPTACIÓN A VMNI EN HOSPITAL DE DÍA. UNA OPCIÓN VÁLIDA Y ECONÓMICA

Patricia Álvarez Álvarez, Pablo Lozano Cuesta, Inés Ruiz Álvarez, Ramón Fernández Álvarez, Ina Guerassimova, María José Vázquez López, Gemma Rubinós Cuadrado, Juan Francisco Nieves Salceda, Laura Abad Chamorro, Marina Acebo Castro, María Rodil Riera, Claudia Mañana Valdés, Isabel Martínez González-Posada, Eduardo Sánchez Vázquez y Marta María García Clemente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: La ventilación mecánica domiciliaria (VMD) es esencial en el tratamiento de patologías respiratorias que cursan con insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica. Tradicionalmente el inicio de esta terapia se ha realizado mediante ingreso hospitalario. La hipótesis del estudio fue que el inicio de la VMD en un hospital de

día es efectivo y una alternativa al ingreso. El objetivo principal del estudio fue conseguir una buena adherencia nocturna al ventilador en la primera revisión tras la adaptación. Los objetivos secundarios: un buen control de fugas, un adecuado control de eventos respiratorios y una ventilación alveolar diurna adecuada.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo, incluyendo todos los pacientes a los que se realizó una adaptación a VMD en nuestro hospital de día entre junio de 2021 y septiembre de 2022. Se definió buena adherencia a VMD como un uso de más de 4 horas consecutivas durante la noche; buen control de eventos respiratorios como un IAH < 5 en el BIS (built in software) y buen control de fugas cuando las fugas mayores a 25 l/m se presentaban en menos del 20% del BIS. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS V.26. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 21 (51%) hombres, con una edad media de $66 \pm 10,1$ años. Las patologías más frecuentes fueron la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (44%), EPOC (26%) y síndrome de obesidad hipoventilación (SHO) (19%). Todos se adaptaron en modo ST, con mascarilla oronasal. La configuración más frecuente fue: IPAP de $15,9 \pm 2,5$ cmH₂O, EPAP de $7 \pm 1,2$ cmH₂O y FR de $12,1 \pm 1,5$ rpm. 10 pacientes (24%) presentaron alguna incidencia tras la adaptación. 6 (14%) no se adaptaron a la VMD, 3 (7%) no acudieron a revisión y 1 paciente fue *exitus*. 31 pacientes (76%) no presentaron incidencias tras la adaptación. De estos se consiguió una buena adherencia a VMD en 27 (87%), con una media de uso de $7,12 \pm 2$ horas, un buen control de fugas en el 91,3% y un IAH residual medio de $3,87 \pm 4,13$ eventos/hora. El 86% de los pacientes no presentaban asincronías relevantes. Los valores obtenidos en la gasometría arterial basal (GAB) al inicio de la VMD y en la revisión se muestra en la tabla.

	Media	IC 95%		p
		Límite inferior	Límite superior	
pO ₂ adaptación - pO ₂ revisión	+ 5,00	0,98	9,02	0,017
pCO ₂ adaptación - pCO ₂ revisión	- 3,44	1,41	5,48	0,02
HCO ₃ adaptación - HCO ₃ revisión	- 1,76	0,83	2,68	0,01
BE adaptación - BE revisión	- 1,95	1,01	2,90	0,00

Diferencias gasométricas antes de la adaptación y después.

Conclusiones: 1. Se consiguió una buena adherencia a VMD en el 87% de los pacientes. 2. En la mayoría se consigue un buen control de fugas, de eventos respiratorios y una mejoría de la ventilación alveolar. 3. Supone un ahorro económico respecto a las adaptaciones con ingreso hospitalario.

240. ADHERENCIA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Ana Quesada Quesada, María del Mar García Mullor, Judith Sánchez Álvarez y David Fole Vázquez

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Introducción: La adherencia terapéutica entendida como “contexto en el cual el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con su salud” toma al paciente como un ser autónomo que asume su autocuidado, cobra especial importancia si hablamos de pacientes con patología psiquiátrica que actúa como una importante comorbilidad a la hora de adoptar una correc-

ta adherencia a tratamientos y medidas crónicas como es la ventilación no invasiva. Además, es muy frecuente que estos pacientes tengan tratamiento con fármacos como benzodiacepinas y antipsicóticos que actúan como depresores del sistema nervioso central y pueden influir en el pronóstico. Nuestro objetivo es evaluar la adherencia terapéutica a la ventilación mecánica domiciliaria (VMD) en pacientes con trastornos psiquiátricos en seguimiento en consulta de Neumología.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Incluimos a los pacientes con VMD en seguimiento en consulta de Neumología del Hospital Universitario Torrecárdenas recogidos previamente desde el portal de terapias respiratorias de Air Liquide (punto PuntoVitalAire) hasta el 1/8/23 (343 pacientes). Se tuvieron en cuenta antecedentes de patología psiquiátrica, uso de tratamiento psiquiátrico y cumplimiento de la terapia ventilatoria medido en horas de uso. Se recogieron los datos de las historias clínicas y del portal de terapias. Empleamos SPSS v25 (IBM Corp.) para el análisis estadístico.

Resultados: Incluimos 226 pacientes, de los cuales 90 (40%) eran mujeres y 136 (60%) hombres. De estos pacientes 90 (40%) tenían un trastorno psiquiátrico diagnosticado y solo 16 de ellos (18%) se encontraba en seguimiento por Salud Mental en el momento de la entrevista. El trastorno más prevalente fue la depresión con 23 pacientes (26%), seguido del trastorno de ansiedad con 21 pacientes (24%). Todos ellos tenían tratamiento psiquiátrico, siendo lo más frecuente las benzodiacepinas en un total de 25 pacientes (28%). La prevalencia de mal cumplimiento (definido como < 4 h de uso diario) en pacientes con patología psiquiátrica fue del 23% frente al 19% de los pacientes sin trastorno mental conocido ($p > 0,05$).

Conclusiones: En nuestro estudio, 1 de cada 4 pacientes con VMD presentan patología psiquiátrica y solo el 18% de ellos se encuentran en seguimiento por la Unidad de Salud Mental. El hecho de presentar comorbilidad psiquiátrica no se asoció de manera estadísticamente significativa a una menor adherencia a la VMD en comparación con los pacientes sin trastorno mental asociado.

312. ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS PARA VALORACIÓN DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DE VALME

Patricia Montero Sanz¹, Jesús Vázquez Domínguez¹, Adriano Asuero Llanes², Andrea Vera Pila¹, Francisco Javier Gómez de Terreros¹ y Ángela Carmen Reina González¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es el tratamiento de la insuficiencia respiratoria por diferentes causas. En nuestro centro, al no haber guardias de neumología (NML), la VMNI se inicia en Urgencias (URG) o en planta de hospitalización por NML, Medicina Interna (MIN) o la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo del estudio es evaluar los resultados de este modelo asistencial en los pacientes en los que se nos ha solicitado valoración para VMNI durante su ingreso hospitalario en otros servicios.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron todas las interconsultas de VMNI realizadas al servicio de NML del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2022, con seguimiento hasta noviembre de 2023.

Resultados: Se analizaron 69 pacientes, que supusieron el 15,8% de las interconsultas realizadas a nuestro servicio. El 52,2% fueron mujeres con una mediana de edad de 77 años (P25 67, P75 82) y un IMC de $33,8$ ($29,5-39,1$) kg/m². Previo al ingreso, el 18,8% tenían

VMNI, el 8,7% CPAP y un 26% oxigenoterapia domiciliaria. El 51% de los pacientes tenían comorbilidades cardiorrespiratorias. El 76,8% estaban ingresados en MIN y un 42% ingresaron por insuficiencia cardiaca. Recibieron VMNI el 81,2%, iniciándose en un 30,6% en URG. En un 59% fue iniciada por MIN, el 37,5% por NML y el 3,6% por UCI. Solo el 43,5% tenían gasometría arterial (GSA). La mortalidad en el ingreso fue del 11,6%. El 50% precisaron VMNI domiciliaria al alta, de los cuales, el 75% acuden a revisión, el 35,7% reingresaron y 17,8% fallecieron durante el seguimiento. Del 50% sin VMNI al alta, el 29,3% reingresaron y 17,1% fallecen en el seguimiento.

Conclusiones: Una de cada seis interconsultas realizadas son para valoración de la VMNI. De un tercio de los pacientes que inician VMNI en urgencias, se mantiene la VMNI en planta de hospitalización por lo que sería conveniente la elaboración de un circuito para seguimiento estrecho por NML. La cifra de mortalidad y el número de reingresos en este perfil de pacientes a corto plazo es elevada.

233. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA (VMD) EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

María del Mar García Mullor, Ana Quesada Quesada, Judith Sánchez Álvarez y David Fole Vázquez

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Introducción: La VMD consiste en el uso intermitente o continuo de un sistema de ventilación administrado a través de una interfase o de traqueostomía y constituye un tratamiento establecido de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes con fallo respiratorio. La gestión de este proceso se debe sustentar en protocolos, guías clínicas y con el apoyo de las empresas del sector de la salud. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y datos relacionados con la ventilación de los pacientes con VMD en seguimiento en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes con VMD en seguimiento en el Servicio de Neumología de nuestro hospital. La cohorte de pacientes se obtuvo del portal de terapias respiratorias de Air Liquide (PuntoVitalAire), recogidos hasta el 1/8/23 (343 pacientes en total). Excluimos a los pacientes en seguimiento por Pediatría, usuarios de CPAP, *exitus*, abandonos en el seguimiento y pacientes pertenecientes a otra área de influencia. Se recogieron los datos de las historias clínicas y del portal de terapias. Utilizamos SPSS v22 (IBM Corp.) para el análisis de los datos. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar (DE) y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Finalmente incluimos 226 pacientes, 136 (60%) varones. La edad al inicio de VMD es 63 ± 15 años. Se inicia VMD durante un ingreso hospitalario en 175 (77%) pacientes, encontrándose en situación aguda 132 (75%) de ellos. Los grupos diagnósticos más frecuentes son: restrictivos tipo SHO 108 (48%), obstructivos 66 (29%) y neuromusculares 31 (14%). En consulta de terapias respiratorias se siguen 60 (27%) pacientes. Respecto a la modalidad, 222 (98%) están con VMNI. El modo ventilatorio más manejado es presión de soporte en 188 (83%) pacientes y la interfaz nasobucal es la más habitual, en 154 (68%) casos. La IPAP media es 16 ± 3 cmH₂O, la EPAP media 7 ± 2 cmH₂O y la frecuencia respiratoria de respaldo 12 ± 1 respiraciones por minuto (rpm). El cumplimiento medio es 7 ± 4 horas. En 110 (49%) de nuestros respiradores no es posible descargar el *software* para la lectura de curvas.

Conclusiones: Menos de la mitad de los pacientes con VMD se siguen exclusivamente en la consulta de terapias respiratorias. Casi el 50% de nuestros pacientes tienen respiradores que no permiten la descarga del *software* para la lectura de curvas. A pesar de todo, el cumplimiento medio es en torno a 7 horas al día.

856. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Ana María Santiago Recuerda¹, Antonia Gómez Mendieta¹, María Martínez Redondo¹, Michael Ignacio Álvarez Cedeño¹, Daniela Allocca Álvarez¹, María Varela Cerdeira¹, Alberto Alonso Babarro¹, Carlos Javier Carpio Segura¹, Yolanda Martínez Abad¹, Javier Mascías Cadavid¹, M. Rosario Urbez Mir¹, Pedro Díaz Blázquez¹, Carmen Delia Romera Cano¹, Miguel Valdazo Alonso², Pilar Carbajo Gullón¹, Yolanda Morán Benito¹, Francisco Javier Rodríguez de Rivera Garrido¹, Lucía Esteban Baloira¹ y Rodolfo Álvarez-Sala Walther¹

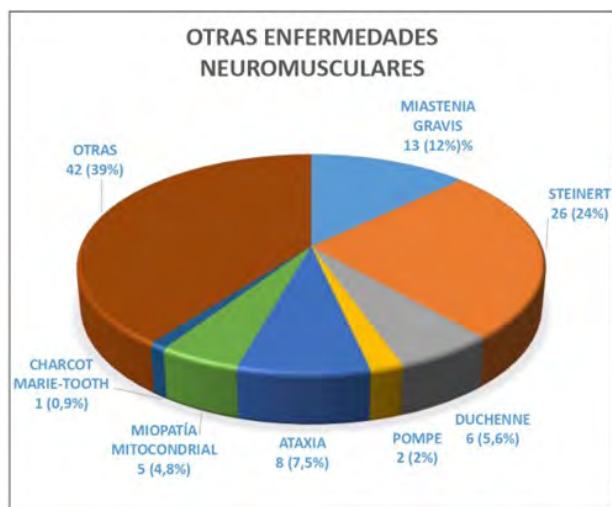
¹Hospital Universitario La Paz-Cantoblanco-Carlos III, Madrid, España. ²Oximesa Nippon Gases, Madrid, España.

Introducción: Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes valorados en la consulta de Neumología de Enfermedades Neuromusculares del Hospital La Paz-Cantoblanco-Carlos III en el último año (entre 1º octubre 2022 y 31 octubre 2023).

Material y métodos: Se recogieron datos demográficos, diagnósticos y relacionados con las terapias respiratorias (motivo de inicio, cumplimiento y retirada). Hemos estudiado ambos grupos por separado ya que la ELA tiene rápida evolución y peor pronóstico vital. El análisis se ha llevado a cabo mediante el programa estadístico SSPS (versión 25) (IBM SPSS, Chicago, IL).

Resultados: De un total de 282 pacientes, 175 (62,05%) tenían esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y 107 (37,94%) presentaban otras enfermedades neuromusculares (ENM) (tabla). Un 13,12% proceden de otras comunidades autónomas. Controlamos en domicilio 18 pacientes con traqueotomía y ventilación invasiva. De 107 pacientes con otras ENM: el 51,4% son mujeres, edad media de $49,86 \pm 19,85$ años. 72 pacientes (67,3%) tienen terapia respiratoria (BIPAP/CPAP). El modo ventilatorio predominante fue presión soporte en 52 (72,2%). 3 además utilizan pipeta. 11 (15,2%) utilizan CPAP. El cumplimiento medio fue de $7,17 \pm 6,09$ horas. El 50% tenía un uso medio de 5 horas. Se retiraron 3 terapias (4,1%) por intolerancia a la interfase. El resto de resultados en tabla. De 175 pacientes con ELA: el 44,6% son mujeres, edad media de $65,09 \pm 11,3$ años. Han fallecido 29 (16,6%): 5 por infección respiratoria, 2 por otras complicaciones y 22 por progresión de la enfermedad. 117 (66,9%) se encuentran con terapia respiratoria (BIPAP/CPAP). El modo ventilatorio predominante fue presión soporte en 102 (87,2%). 7 además utilizan pipeta y 2 utilizan CPAP. El cumplimiento medio fue de $9,63 \pm 8,12$ horas. El 50% tenía un uso medio de 7 horas. Se retiraron 6 terapias (5,1%). El tiempo medio desde inicio de VMNI hasta el fallecimiento es de 413 días (227-651). El tiempo de ventilación media hasta realización de traqueotomía es de 914 días (92-1400). El resto de resultados (tabla).

Análisis descriptivo consulta monográfica de enfermedades neuromusculares en último año		
	ELA (N y %)	Otras enf. neuromusculare (N y %)
Pacientes con terapia respiratoria	117 (66,9%)	72 (67,3%)
Motivo inicio VMNI		
Clínico	80 (68%)	28 (38,9%)
Funcional	26 (22,2%)	17 (23,6%)
Ingreso	3 (2,6%)	7 (9,7%)
Hipoventilación	5 (4,3%)	8 (11,1%)
AOS	1 (0,9%)	18 (25%)
BIPAP con batería interna	43 (36,7%)	26 (33,84%)
Soporte vital (> 16 horas/día)	26 (22,2%)	16 (22,2%)
Traqueotomía y VM invasiva	10 (8,5%)	8 (11,1%)
Uso de asistente de tos	78 (66,7%)	36 (33,64%)



Distribución de otras enfermedades neuromusculares.

Conclusiones: En la consulta de enfermedades neuromusculares, el grupo predominante pertenece a los enfermos con ELA, con mayor edad media y mortalidad respecto a las otras enfermedades neuromusculares analizadas. La principal causa de mortalidad objetivada en la ELA es la progresión rápida de la enfermedad, lo que condiciona que el empeoramiento clínico sea el principal motivo de inicio de terapia ventilatoria.

69. APRENDIZAJE EN VENTILACIÓN NO INVASIVA AGUDA MEDIANTE SIMULACIÓN: VENTISIM

Cristina Aljama Vizcarra¹, Galo David Granados Rosales¹, Sergi Martí Beltrán¹, Júlia Sampol Sirvent¹, Miriam Barrecheguren Fernández¹, Núria Rodés Serret¹, María del Mar Sevillano Lalinde¹, Raquel Sofía Contreras Medina², Gabriel Sampol Rubio¹ y Mercedes Pallero Castillo³

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Vall d'Hebron/Centro de simulación clínica avanzada, Hospital Universitario Vall d'Hebron, SIM-RADAR, Barcelona, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron/Centro de simulación clínica avanzada, Hospital Universitario Vall d'Hebron, SIM-RADAR, Barcelona, España.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una técnica terapéutica para la insuficiencia respiratoria, cuyo uso hospitalario está aumentando en los últimos años. El conocimiento y la aplicación de la VMNI forma parte del plan de formación de la especialidad de Neumología. La simulación como metodología de aprendizaje tiene como objetivo crear un entorno seguro para el aprendizaje de habilidades técnicas y no técnicas y ha demostrado ser útil en diferentes ámbitos hospitalarios. El objetivo del estudio fue valorar el grado de satisfacción y el aprendizaje mediante la simulación de la VMNI aguda.

Material y métodos: Se diseñó un curso de formación (VENTISIM), con docentes de la unidad de ventilación y sueño del servicio de Neumología del hospital Vall d'Hebron. Se incluyeron 6 alumnos, residentes de neumología de primer y segundo año. El curso se realizó en las aulas y en el box de críticos del escenario de simulación avanzada del Hospital Vall d'Hebron. Se organizaron 5 sesiones prácticas con aumento progresivo de la complejidad, de 2 horas cada una. Cada sesión disponía de un vídeo online a modo de cápsula de 20 minutos para explicar el contenido teórico. El curso finalizaba con un escenario de simulación con 2 casos clínicos en el box de críticos, con la estructura de *prebriefing*, escenario simulado y *debriefing*. Para la

parte de simulación se utilizó el simulador de pulmón ASL-5000TM y el ventilador V60® de Philips. Para medir los resultados se administró un cuestionario de conocimiento sobre VMNI previo al inicio del curso y el mismo cuestionario al finalizarlo con una puntuación de 0 a 10 y un test de satisfacción de 24 preguntas con una escala de Likert del 0-4 (siendo 0 nada satisfecho y 4 muy satisfecho).

Resultados: La nota media del cuestionario de conocimiento previo al curso fue de 8/10, aumentando en el test final a 8,8/10. Respecto al cuestionario de satisfacción, se obtuvo una media de 3,79, destacando una mayor puntuación (4/4) en aquellas preguntas relacionadas con el manejo práctico adquirido tras la sesión y su utilidad clínica diaria y con el material de simulación utilizado.

Conclusiones: La simulación en VMNI aguda como metodología de aprendizaje se plantea como una herramienta eficaz en adquirir conocimientos teóricos y prácticos para la práctica clínica diaria en un entorno seguro con un elevado grado de satisfacción por parte de los participantes.

448. CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS ATENDIDAS POR NUESTRO SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

María de la Cruz Rodríguez, Marta Jiménez Arroyo, Daniel Llorente Íñigo, Noel Reyes Mena, María Salud Estrada Pastor, Ángel Ortega González, América Gil Fuentes, Teresa Vargas Hidalgo, José Manuel Bravo Nieto, Francisco Guillermo Puig Sánchez, Marcos Leandro Lafarga Poyo, Mónica Vázquez Guerra, Miryam Artero Clemente y Diego Germán Rojas Tula

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

Introducción: Las interconsultas procedentes de otras especialidades constituyen una actividad habitual en la práctica clínica diaria en gran parte de los Servicios de Neumología. Su variabilidad y frecuencia suponen una carga de trabajo adicional que en ocasiones no es valorada a la hora de evaluar la labor asistencial desempeñada por estos servicios, y que además reflejan una mayor complejidad en la atención integral de nuestros pacientes en los últimos años.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo recogiendo datos de las interconsultas realizadas a Neumología desde julio hasta diciembre de 2022. Se recogieron variables como: servicio de procedencia, prioridad, tiempo de respuesta, tipo de valoración solicitada, así como características de los pacientes incluidos.

Resultados: Se recogieron datos de un total de 320 interconsultas solicitadas en un periodo de 6 meses. La edad media de los pacientes fue de 72 años, con un predominio de varones (205 varones, 64%). En cuanto al motivo de solicitud: el 43,75% fueron para una valoración clínica, el 20,9% para ventilación, 13,13% para procedimientos pleurales, 11,56% para valoración de AOS y un 10,63% para broncoscopia. El principal servicio solicitante fue Medicina Interna (123 interconsultas; 38,43%) seguido de: Cirugía General (10,31%), A. Digestivo (8,44%), Hematología (8,13%), Cardiología (6,25%), y Neurología (5,63%). Valorando el motivo de valoración según el servicio obtuvimos los siguientes resultados destacables: Medicina Interna un 39,83% para ventilación, y un 20,32% para procedimientos pleurales; Cirugía General un 69,7% para valoración clínica, y un 18,18% para procedimientos pleurales; Digestivo un 77,78% para valoración clínica y Hematología un 53,85% para valoración clínica.

Conclusiones: Las interconsultas suponen una importante carga asistencial en nuestra práctica clínica habitual. En comparación con otros estudios similares consultados de otros centros, hemos observado una cantidad mucho mayor de solicitudes a nuestro servicio. El principal servicio solicitante fue Medicina Interna (ventilación), seguido de Cirugía General y Aparato Digestivo. Nuestro tiempo hasta

la primera valoración fue en un 84% de los casos de menos de 24 horas, lo que refleja gran capacidad de respuesta de nuestro servicio. Debemos reflexionar y valorar posibles mejoras para agilizar el manejo de interconsultas sobre todo en cuanto a los criterios de derivación, prioridad de las mismas e indicaciones.

352. ¿CÓMO ES LA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ANDALUCÍA Y EXTREMADURA EN 2023?

Ángela C. Reina González¹, Concepción Romero Muñoz²
y José María Benítez Moya³

¹Unidad Gestión Clínica Neumología, Hospital de Valme, Grupo de Trabajo de Ventilación no Invasiva de NEUMOSUR, Sevilla, España.

²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena; Grupo de Trabajo de Ventilación no Invasiva de NEUMOSUR, Sevilla, España. ³Grupo de Trabajo de Ventilación no Invasiva de NEUMOSUR, Sevilla, España.

Introducción: La ELA es una enfermedad degenerativa progresiva. En el grupo de VMNI de NEUMOSUR nos propusimos conocer cuál era la situación sanitaria actual de los pacientes con ELA en Andalucía y Extremadura.

Material y métodos: Estudio observacional transversal tras la evaluación de los resultados de una encuesta con 20 ítems enviados a los neumólogos referentes de los 18 hospitales con consulta de ELA en las dos CC.AA.

Resultados: El número de pacientes con ELA fue de 605, con una prevalencia de 8,5/100.000 en Extremadura y 5,7/100.000 en Andalucía. Un 89% de los hospitales disponen de Consulta Multidisciplinar y un 27% no disponen de espacio único. Un 50,4% de los pacientes están con VMNI y un 5,6% con VMI. 34,3% de los pacientes disponen de dispositivo de asistente de la tos. Al 31% de los pacientes se les realizó gastrostomía, el 75% endoscópica y el 25% radiológica. Un 13,7% han recibido tratamiento con toxina botulínica. Un 24% se encuentran en seguimiento por Cuidados Paliativos, y un 24% tienen registro de Voluntades Anticipadas (VVAA).

Conclusiones: Se evidencia un aumento importante del número de consultas multidisciplinarias en los últimos años. Más del 50% de los pacientes se encuentran en tratamiento con soporte ventilatorio. La atención en un espacio único y la colaboración con Atención Primaria y Cuidados Paliativos deberían implementarse. Deberíamos fomentar el registro de VVAA en nuestros pacientes.

Agradecimientos: a todos los compañeros de los Hospitales que han participado en la encuesta.

781. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ELA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

Pilar Cano Lucena, Pablo García Lovera,
Yosainis Yanine Portillo Gutiérrez y Gerardo Pérez Chica

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Introducción: En el año 1999 se publicaron por primera vez los estándares de calidad que debían cumplirse en la atención clínica al paciente con ELA. La conclusión fue que la asistencia por un equipo multidisciplinar era la medida más eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal del funcionamiento de la consulta multidisciplinar de ELA en el Hospital Universitario de Jaén. Se realizó una revisión de los pacientes registrados en la base de datos incluyendo un conjunto de variables demográficas,

epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. Se obtuvieron los estadísticos de frecuencia mediante análisis con SPSS versión 21.

Resultados: Las especialidades que constituyen la consulta multidisciplinar a fecha de junio 2023 son Neurología, Neumología, Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición y Cuidados Paliativos. Los pacientes se atienden en un espacio único con 4 consultas, incluyendo la consulta de nuestra empresa de terapias respiratorias, en horario de tarde con citas programadas cada 3 meses. En el momento del estudio se atendía a 37 pacientes (prevalencia 2,5 por 10.000 habitantes e incidencia de 7,5 casos/100.000 habitantes/año), procedentes del área de salud de Jaén. El 50% son varones. El tiempo medio desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico es de 8 meses, siendo la edad media de diagnóstico 62 años. Respecto a las medidas invasivas de alimentación, de un total de 15 pacientes con gastronomía percutánea, 7 se colocaron mediante endoscopia y 8 mediante radiología intervencionista. Respecto a las terapias respiratorias se encontraban 5 pacientes traqueostomizados (4 por otorrino y 1 por la Unidad de Cuidados Intensivos) y 18 pacientes con ventilación mecánica no invasiva y 12 con asistentes de tos.

Conclusiones: Tenemos una elevada prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio. La consulta multidisciplinar es el entorno óptimo de trabajo para poder centrar nuestra atención evaluación funcional y el correcto seguimiento de las terapias respiratorias.

24. CONTROL DE LA VENTILACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA NORMALIZACIÓN DE LA PACO2 DIURNA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN SUJETOS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Eduardo Luis de Vito, Sergio Gabriel Monteiro
y Santiago Cruz Arce

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La hipoventilación alveolar crónica es común en pacientes con enfermedades neuromusculares (ENM) progresivas. La ventilación no invasiva (VNI) domiciliar disminuye la PaCO₂ diurna, pero se desconoce el mecanismo de este efecto. Una de las hipótesis propuestas es el restablecimiento de la quimiosensibilidad al CO₂ en relación con la normalización de la PaCO₂. ¿Qué impacto tiene la normalización de la PaCO₂ diurna sobre el control de la ventilación?

Material y métodos: Estudio prospectivo y longitudinal de sujetos con ENM remitidos para evaluar la hipoventilación crónica. El control de la ventilación se estudió mediante la respuesta de la presión de oclusión en los primeros 0,1 seg (P_{0,1}) a la reinhalación de CO₂ (método de Read, 1967). Las pendientes P_{0,1}/PCO₂ (cmH₂O/mmHg) se compararon con un grupo de control. El seguimiento previsto fue de 2 años. Se requirió hipoventilación alveolar inequívoca: PaCO₂ diurna igual o superior a 47 mmHg al menos en dos ocasiones. CEI #15102010.

Resultados: Los diagnósticos fueron: Steinert (n 5), Pompe (n 4), miastenia antiMusk (+) (n 4), miopatía mitocondrial (n 2), hipoventilación alveolar central (n 4) y distrofia de cintura tipo II (n 1). Se obtuvieron pendientes de P_{0,1}/PCO₂ en 20 adultos antes y luego de 6 (n 20) y 24 meses (n 8) de tratamiento con VNI. La edad del grupo ENM fue 43 ± 14 años. La FVC, PIMAX y PEMAX basales, a los 6 y 24 meses no fueron estadísticamente diferentes (tabla). La PaCO₂ basal fue 55,1 ± 8,2 mmHg y 6 meses pos-VNI: 42,1 ± 3,4 (p < 0,001). La pendiente P_{0,1}/PCO₂ basal fue de 0,011 (0,004-0,030 RIQ), 6 meses pos-VNI: 0,019 (0,009-0,059), p < 0,338. El tiempo de apnea voluntaria pre VNI estuvo prolongado en 17/20 pacientes y no cambió pos-VNI (p < 0,767). No hubo correlación entre los valores de bicarbonato y la pendiente de P_{0,1}/PCO₂ (r² 0,004 p < 0,089). En el grupo control (n 52), la mediana de la pendiente P_{0,1}/PCO₂ fue de 0,187

Tabla 1. Comunicación 24

Datos de función respiratoria, gases en sangre arterial y control de la ventilación antes y después de la VNI en sujetos con ENM. Valores presentados como media $\pm$ DE o mediana (RIQ 25%-75%)

	Basal (n 20)	6 meses (n 20)	24 meses (n 8)	p
FVC (Lts)	2,34 $\pm$ 0,77	2,31 $\pm$ 0,68	2,42 $\pm$ 0,51	0,948
FVC en %	56,76 $\pm$ 14,01	57,16 $\pm$ 12,84	56,17 $\pm$ 11,34	0,984
PIMAX (cmH2O)	47 (42-55)	46 (40-54)	40 (37-50)	0,419
PIMAX en %	52 (46-68)	52 (43-68)	42 (35-68)	0,565
PEMAX (cmH2O)	61 (45-97)	58 (51-87)	78 (42-101)	0,850
PEMAX en %	59 (40-77)	58 (42-78)	67 (32-112)	0,980
PaO2 (mmHg)	70,5 $\pm$ 7,4	83,1 $\pm$ 10,1	81,1 $\pm$ 7,3	< 0,001
PaCO2 (mmHg)	55,1 $\pm$ 8,2	42,1 $\pm$ 3,4	41,7 $\pm$ 2,6	< 0,001
pH	7,38 $\pm$ 0,03	7,39 $\pm$ 0,03	7,39 $\pm$ 0,03	0,169
Bicarbonato (mmol/L)	31,3 $\pm$ 3,2	25,8 $\pm$ 1,8	25,4 $\pm$ 2,4	< 0,001
(A-a) PO2	10,3 $\pm$ 6,3	13,9 $\pm$ 7,9	16,5 $\pm$ 6,5	0,082
BHT (segundos)	88 (65-106)	90 (65-110)	90 (72-123)	0,767
Pendiente P0,1/PetCO2 (cmH2O/mmHg)	0,011 (0,004-0,030)	0,019 (0,009-0,059)	0,013 (0,006-0,037)	0,338

FVC: capacidad vital forzada; PIMAX: Presión inspiratoria máxima; PEMAX: presión espiratoria máxima; BHT: tiempo de apnea voluntaria; PaO2 y PaCO2: valores arteriales diurnos (horas de la mañana); (A-a) PO2: diferencia alvéolo-arterial de PO2.

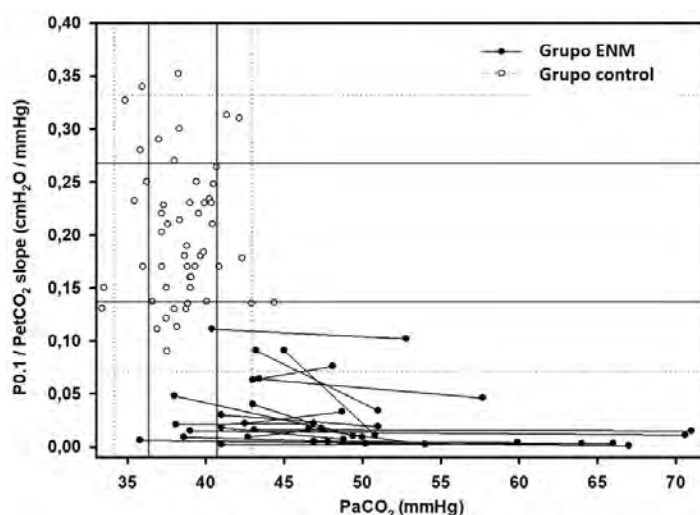


Figura 1. Comunicación 24. Relación entre la pendiente (slope) P0,1/PetCO2 y la PCO2 en los grupos control (círculos abiertos) y grupo ENM (círculos cerrados). Las líneas verticales y horizontales continuas y de puntos, respectivamente, que corren de eje a eje, representan el primer y segundo DS del grupo de control. Las líneas que conectan los círculos negros corresponden al mismo paciente antes y después de 6 meses de VNI. El desplazamiento hacia la izquierda de la PCO2 indica su normalización, mientras que la pendiente P0,1/PetCO2 no muestra cambios.

(0,150-0,244), $p < 0,001$ con grupo ENM. La normalización de la PaCO2 diurna ocurrió en ausencia de cambios en la pendiente P0,1/PCO2 (fig.).

Conclusiones: Este estudio confirma que la VNI mejora la PaCO2 diurna en este grupo de ENM. La pendiente P0,1/CO2 se mantuvo sin cambios, permaneció plana y por debajo del grupo de control. Nuestros resultados no respaldan la hipótesis según la cual la normalización de la PaCO2 diurna, observada después de VNI, está relacionada con la mejoría o restablecimiento del impulso respiratorio, medido en términos de quimiosensibilidad al CO2.

760. ¿DEBERÍA TENER EL HOSPITAL DE PALENCIA UNA UCRI? NUESTROS DATOS DE VENTILACIÓN

Inés Salazar Lozano, Andrea Crespo Sedano, Javier Sánchez Masa, Ana Pérez Dublang, Manuela Valencia Salinas, Esther Alonso Sastre, Irene Alaejos Pascual, Alba Daniela García Molina, Ignacio Lobato Astiarraga, Ana María Andrés Porras, Beatriz Cartón Sánchez y Javier Pagán Buzo

CAUPA, Palencia, España.

Introducción: Durante la pandemia del COVID-19 se vio la importancia de las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) en el manejo de pacientes respiratorios agudos, evitando muchos ingresos en la UCI, reduciendo la morbilidad y los costes. La SEPAR quiso dar un impulso a estas unidades creando el Año SEPAR de la UCRI, cuyo lema fue “ningún hospital sin UCRI”. El Hospital Río Carrión no dispone de esta unidad, pero realiza una asistencia médica de pacientes respiratorios agudos que precisan soporte ventilatorio en la planta, por lo que hemos querido describir las actuaciones actuales y la posibilidad de la creación de dicha unidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las características (asistenciales y clínicas) de los pacientes seguidos a través de interconsultas hospitalarias a Neumología por motivo de soporte ventilatorio. Se recogieron durante los meses enero a noviembre de 2023 un total de 96 pacientes provenientes de la planta de hospitalización del Río Carrión, independientemente de la especialidad solicitante. Se realizó una base de datos donde se recogieron variables como el diagnóstico, la duración del seguimiento, terapia aplicada, los cambios llevados a cabo, la realización de capnografía y oximetría y la necesidad de ventilación al alta. Los datos se analizaron con STATA15.

Resultados: Durante un periodo de 11 meses se recogieron 96 pacientes, de los cuales precisaron tratamiento de soporte respiratorio 83. Un 62,5% fueron mujeres, con una edad media de 74 años (rango entre 22-93). La duración media del seguimiento fue de 5 días (rango 0-25). Los datos referentes al motivo de solicitud, las diferentes variables analíticas y la terapia utilizada se describen en la tabla. Un 13,5% falleció durante el seguimiento. Un 2% mantuvo monitorización durante el seguimiento.

Tabla 1

Datos de los pacientes recopilados

	Mujeres	Varones	Total	Muestra (n=96)
Número pacientes	60 (63%)	36 (37%)	96	
Edad (años) [media ± DE]	74±17	75±10	74±15	
Estandarización (días) [media ± DE]	5	5	5	
Especialidad				
Cardiología, n (%)			5 (5.2%)	
Cirugía General y Digestivo, n (%)			3 (3.1%)	
Medicina Intensiva, n (%)			3 (3.1%)	
Medicina Interna, n (%)			43 (44.7%)	
Nefrología, n (%)			1 (1%)	
Neumología, n (%)			38 (39.5%)	
Oncología, n (%)			3 (3.1%)	
Motivo interconsulta				
AOS, n (%)	0 (0%)	5 (8%)	5	
AOS + SHO, n (%)	3 (5%)	1 (2%)	4	
EAP, n (%)	1 (2%)	7 (12%)	8	
Cor pulmonale, n (%)	0 (0%)	2 (3%)	2	
Enfermedad neuromuscular, n (%)	1 (2%)	1 (2%)	2	
EPOC + IR, n (%)	4 (7%)	5 (8%)	9	
Hipercapnia, n (%)	4 (7%)	0 (0%)	4	
Insuficiencia cardíaca descompensada, n (%)	16 (26%)	4 (7%)	20	
Insuficiencia respiratoria, n (%)	5 (8%)	3 (5%)	8	
Neumonía, n (%)	1 (2%)	1 (2%)	2	
Revisión/ ajuste, n (%)	2 (3%)	1 (2%)	3	
SDR, n (%)	1 (2%)	1 (2%)	2	
SHO, n (%)	21 (35%)	2 (3%)	23	
Somnolencia, n (%)	1 (2%)	1 (2%)	2	
Traqueostomía, n (%)	0 (0%)	2 (3%)	2	
Acidosis				
sí, n (%)	28 (29%)	21 (35%)	46	
no, n (%)	32 (33%)	15 (16%)	47	
Hipercapnia				
sí, n (%)	51 (53%)	25 (26%)	76	
no, n (%)	9 (9%)	11 (11%)	20	
Tipo de terapia respiratoria				
CPAP, n (%)	3 (5%)	11 (11%)	14	
BIPAP, n (%)	47 (49%)	19 (20%)	66	
ONAF, n (%)	1 (2%)	2 (3%)	3	
No precisa, n (%)	9 (9%)	4 (7%)	5	
Modificación				
BIPAP a CPAP, n (%)	1 (2%)	2 (3%)	3	
CPAP a BIPAP, n (%)	0 (0%)	4 (7%)	4	
Se retira, n (%)	14 (15%)	5 (8%)	19	
Sin cambios, n (%)	42 (44%)	24 (25%)	66	
Capnografía				
sí, n (%)	25 (26%)	15 (16%)	40	
no, n (%)	35 (36%)	21 (35%)	56	
Oximetría				
sí, n (%)	7 (12%)	33 (34%)	40	
no, n (%)	53 (55%)	3 (5%)	56	
Tratamiento al alta				
Mantiene parámetros	5 (8%)	3 (5%)	8	
No precisa	10 (10%)	9 (9%)	19	
Oxigenoterapia crónica domiciliar	3 (5%)	0 (0%)	3	
Se ajustan parámetros	4 (7%)	4 (7%)	8	
Se pauta BIPAP	20 (21%)	9 (9%)	28	
Se pauta CPAP	4 (7%)	2 (3%)	6	
Se retira	14 (15%)	9 (9%)	20	
Exitus				
sí, n (%)	6 (6%)	7 (12%)	13	
no, n (%)	54 (56%)	29 (30%)	83	

Conclusiones: La mortalidad es similar a otras muestras de UCRIS. La causa más frecuente de necesidad de ventilación es SHO.

En la mayoría de estos casos se presenta acidosis asociada. Se implementará un nuevo protocolo para identificar y adelantar las necesidades de estos pacientes. La capnografía transcutánea (técnica poco cruenta) se realizó en un 42% de los pacientes, cuando se observó hipercapnia en un 79%. Se deberá valorar su mayor implementación para monitorizar el seguimiento. Una vez finalizado el análisis de los datos observados, se mandará un informe a la dirección médica para valorar la posibilidad de ampliar los recursos y estudiar la creación de una UCRI en nuestro centro.

334. DESCRIPCIÓN DE UN PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN FASE AVANZADA

Julia Rodríguez Medina¹, Esther de Benito Zorrero¹, Carlos Carrera Cueva¹, Patricia Baez Peinado², María Isabel Asensio Cruz¹ y Candela Caballero Eraso³

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Empresa de Terapias Respiratorias, Vivisol, Sevilla, España. ³Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España.

Introducción: La complejidad en el tratamiento con soporte ventilatorio y la falta de autonomía de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) avanzada precisa garantizar la continuidad asistencial del paciente en el domicilio. El objetivo concreto de este trabajo es describir el programa de atención en domicilio de pacientes con ELA con afectación respiratoria en fases avanzadas, así como las características clínicas, socioeconómicas y de calidad de vida basal de los pacientes incluidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con ELA en tratamiento con VMNI o VMI y/o con dispositivos para asistencia de la tos en un proyecto en domicilio en seguimiento por la Unidad Multidisciplinar de ELA, con un periodo de inclusión desde enero-octubre de 2023. El abordaje en el domicilio se lleva a cabo por un neumólogo y un fisioterapeuta. Se valora: situación clínica del paciente; adaptación a la VMNI; estado de salud del paciente y del cuidador (ALSAQ-40, ALSFRS-R, Índice de Esfuerzo del Cuidador, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg). Mediciones objetivas: saturación de oxígeno mediante pulsioximetría (SpO₂), presión de dióxido de carbono mediante capnografía transcutánea (ptCO₂).

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes, 8(80%) mujeres y 2(20%) hombres. A la inclusión del estudio, 7 (70%) pacientes tenían VMNI. Del total de pacientes que precisaban VM 5 de ellos (71,42%) hacían uso diario de ella de 4-8 h, 1 paciente (14,29%) < 4 h (mala adaptación) y 1 (14,29%) > 16 h. 7 (70%) pacientes precisaban tos asistida mecánica. En cuanto a la escala de valoración funcional ALSFRS-R los pacientes presentaron una puntuación media de 25,60 (mínimo-máximo 9-34). En la escala de Goldberg el 44,44% no presentaba ni ansiedad ni depresión, en el 22,22% predominaba la ansiedad y en el 33,33% presentaban por igual ansiedad y depresión. En el Índice de Esfuerzo del Cuidador el 77,77% presentaron una puntuación que reflejaba un índice de esfuerzo bajo mientras que el 22,22% reflejaban un índice de esfuerzo alto. En cuanto al nivel socioeconómico, el 83,33% disponían de ingresos mensuales > 1.500 euros/mes, y el 16,66% < 800 euros/mes. El 100% presentaban el apoyo de un cuidador principal en el domicilio.

Conclusiones: Con el desarrollo de programas de atención domiciliar en pacientes con ELA se puede facilitar la continuidad de cuidados, favorecer y facilitar el soporte respiratorio y hacer un análisis de la situación socioeconómica y de calidad de vida de los pacientes.

Variables clínicas recogidas a la inclusión en el estudio	
Tipo de ELA al diagnóstico	
Espinal	4 (40%)
Bulbar	5 (50%)
Espinal + afectación respiratoria	1 (10%)
Medidas objetivas	
SpO2 (%)	Media (mínimo-máximo)
	94,60 (92 -97)
ptCO2 (mmHg)	42,17(29-55)
ELA: esclerosis lateral amiotrófica; spO2: saturación de oxígeno medido por pulsioximetría; ptCO2: presión de dióxido de carbono mediante capnografía transcutánea.	

511. EFECTO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA SOBRE EL ACOPLAMIENTO NEURORRESPIRATORIO DURANTE EL EJERCICIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA GRAVE

Miguel Jiménez Gómez¹, Cristina Lalmolda Puyol², Manel Luján Torné², Pablo Flórez Solarana², Ana Hernández Voth¹, Marta Corral Blanco¹, Laura González Ramos¹ y Javier Sayas Catalán¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, España.

Introducción: Existe evidencia de que la ventilación no invasiva (VNI) mejora la capacidad de ejercicio en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en esfuerzo, pero no se ha descrito su impacto sobre el acoplamiento del drive neural respiratorio (DNR) medido por electromiografía (EMG). Se desconoce, por su reciente uso, la eficacia al respecto del oxígeno de alto flujo (OAF) y frente a la VNI.

Material y métodos: Población: Pacientes con diagnóstico de EPOC, sin comorbilidades relevantes, con VNI domiciliar y en rehabilitación pretrasplante incluidos en lista. Se diseñó un protocolo de ejercicio de 4 sesiones basado en un test de esfuerzo incremental tipo "ramp test" para determinar la carga máxima tolerada

realizado en una primera visita. En la segunda, se realizó el protocolo a carga constante del 75% de la máxima durante 10 minutos con O2 necesario para mantener SpO2 > 92% con gafas nasales (GN) (condición 1). Tras al menos 5 min de recuperación, se tituló la VNI para el ejercicio. En la tercera se realizó el protocolo de ejercicio con la VNI ya titulada (condición 2) y en la cuarta con gafas nasales de OAF (40 lpm, 34 °C y FiO2 titulada para SpO2 > 92%, condición 3). Se monitorizó mediante neumotacógrafo externo y EMG conectado a polígrafo de señales (16SP Ads Instruments) analizadas con LabChart v8.0. Variable objetivo: Descenso del DNR calculado como el valor normalizado del *root mean square* (RMS) de la señal de EMG paraesternal y esternocleidomastoideo (SCM) multiplicado por la frecuencia respiratoria (μVFR); entre minutos y condiciones (fig. 1) (NCT04597606).

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes. La media de FEV1 fue $19,75 \pm 3,75\%$, del VR de $271,15 \pm 57,30\%$. La Pco2 basal media fue de 51,03 mmHg y la de PO2 de 59,52 mmHg. Se excluyeron del análisis las secuencias donde los pacientes realizaron paradas. Se encontraron diferencias significativas entre la intensidad de la señal RMS de EMG paraesternal y de SCM durante la progresión de la prueba bajo ejercicio intrasujeto entre los diferentes momentos de tiempo ($p < 0,01$); y entre sujetos y condiciones ($p < 0,05$) del pico máximo de la señal calculada en ambos grupos musculares (fig. 2).

Conclusiones: La VNI muestra mayor reducción y acoplamiento de DNR bajo ejercicio frente a OAF y la condición basal con GN en pacientes con EPOC grave y es recomendable utilizarla en RHB pretrasplante para mejora en la reducción de la disnea.

918. EFICACIA DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1

Carmen Lores Benavente, Ane Martínez de las Fuentes, Ana Córdoba Izquierdo, Mikel Sarasate Azkona, Enric Prats Soro, Salud Santos Pérez y Eva Farrero Muñoz

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.

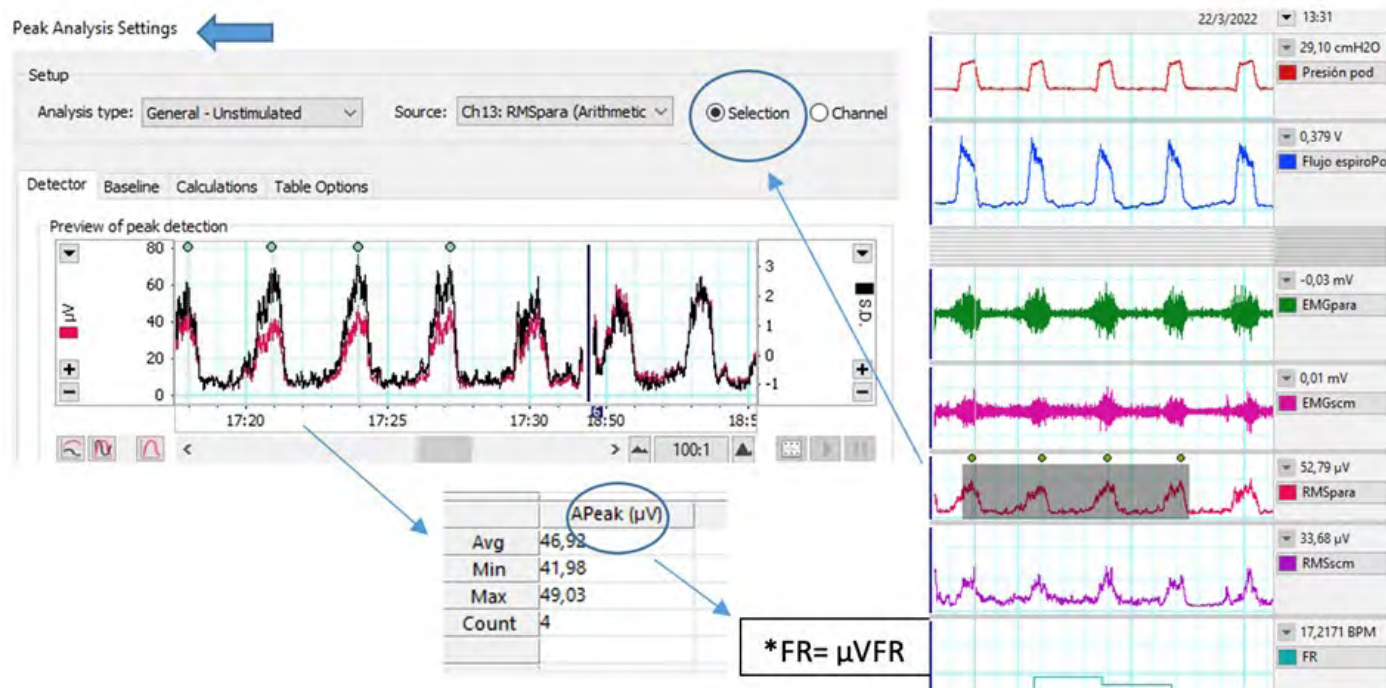


Figura 1. Comunicación 511. Tratamiento de señal de RMS para PICO EMG paraesternal con software LabChart v8.0.

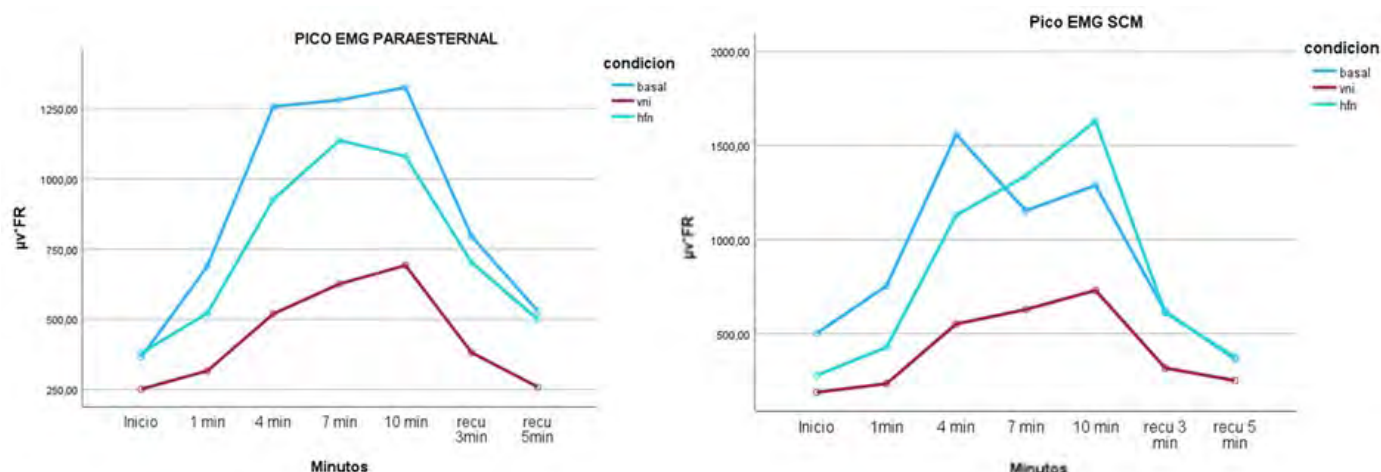


Figura 2. Comunicación 511. Datos medios intra e inter sujetos en modelos de variables repetidas "minutos" y entre condiciones de medida para PICO EMG paraesternal scm por RMS (p valor $< 0,01$ entre minutos y $p < 0,05$ entre condiciones en ambas musculaturas).

Introducción: El tratamiento de elección en pacientes con distrofia miotónica tipo 1 con afectación respiratoria en forma de insuficiencia respiratoria crónica es la ventilación no invasiva domiciliaria (VNID). Sin embargo, es conocida la mala adherencia que presentan estos pacientes al tratamiento. El objetivo del estudio es valorar la adherencia y eficacia del tratamiento en nuestra cohorte.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con distrofia miotónica tipo 1 que inician VNID en el Hospital Universitario de Bellvitge entre los años 2010 y 2023. Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N = 68 (%)
Edad (años)	78±13,8*
Sexo masculino	36 (52,9%)
IMC (kg/m ²)	28,9±6,5*
FVC (%)	59,2±18,1*
FEV1 (%)	58,3±19,4*
Caída de la FVC en decúbito (%)	17,9±10,9*
PaO ₂ (mmHg)	73,9±12,1*
PaCO ₂ (mmHg)	46,9±5,0*
SatO ₂ media en oximetría nocturna basal	89,9±3,4*
CT90 en oximetría nocturna basal	40,3±31,9*
Comorbilidad respiratoria	32 (47,1%)
Síntomas al inicio de la VNID	37 (54,4%)
Miocardiopatía (FEV1≤60)	22 (34,4%)
Afectación bulbar	28 (41,2%)
Marcapasos	21 (30,9%)

*Variables expresadas en media±desviación estándar.

Tabla 1. Características descriptivas de todos los pacientes al inicio de la ventilación no invasiva domiciliaria (VNID).

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes de 53,6 ± 13,8 años de edad, 52,9% de varones y con un IMC de 28,9 ± 6,5. Al inicio del tratamiento presentaron una FVC media de 59,2 ± 18,1%, una PaO₂ de 73,9 ± 12 mmHg y PaCO₂ de 46,9 ± 5 mmHg (tabla 1). En la oximetría nocturna basal se constata una SatO₂ de 89,9 ± 3,4% con un CT90 de 40,3 ± 32%. En el 91,2% de pacientes se inició la VNI en ingreso programado por insuficiencia respiratoria. Un 30% de la cohorte (20 pacientes) fueron malos cumplidores de la terapia (< 4 horas). No hubo diferencias significativas en las características al inicio del tratamiento entre cumplidores y no cumplidores. Se observó eficacia del tratamiento en la población global valorada mediante gasometría y oximetría nocturna durante la ventilación al inicio del tratamiento. En la evo-

lución, se observó mejoría significativa en gasometría y oximetría nocturna al mes y a los 6-12 meses en los pacientes cumplidores de la terapia, mientras que en no cumplidores únicamente se observó mejoría de la PaO₂ a los 6 meses (tabla 2). La probabilidad media de supervivencia en nuestra población es de 125 meses, sin que se observen diferencias significativas entre cumplidores y no cumplidores.

	CUMPLIDORES	p-valor	NO CUMPLIDORES	p-valor
PaO ₂ basal	70.71±9.8	0.000	70.44±11.5	0.004
PaO ₂ con VM	84.54±20.9		83.56±20.5	
PaO ₂ basal	73.79±13.2	0.086	74.25±12.7	0.061
PaO ₂ al mes	77.59±12.0		79.56±11.8	
PaO ₂ basal	73.78±12.5	0.001	74.00±11.9	0.005
PaO ₂ a los 6 meses	80.73±12.1		82.89±13.5	
PaCO ₂ basal	47.54±4.3	0.000	48.11±7.0	0.006
PaCO ₂ con VM	40.60±6.2		36.67±7.5	
PaCO ₂ basal	47.06±4.9	0.013	46.63±6.5	0.231
PaCO ₂ al mes	44.44±4.9		45.00±3.7	
PaCO ₂ basal	46.91±4.6	0.000	47.17±6.3	0.359
PaCO ₂ a los 6 meses	43.78±4.5		46.11±5.1	

p-valor<0.05: estadísticamente significativo. t-Test para datos apareados. VM: ventilación mecánica.

Tabla 2. Eficacia gasométrica de la VNID comparando la PaO₂ y PaCO₂ basal (expresadas en mmHg) con los valores obtenidos bajo ventilación mecánica al inicio del tratamiento, en basal tras 1 mes y en basal a los 6 meses.

Conclusiones: Nuestra cohorte presenta una adherencia al tratamiento superior a la observada en otros estudios. En pacientes cumplidores se observa una mejoría significativa gasométrica y en oximetría nocturna en el seguimiento, lo cual no sucede en no cumplidores.

350. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

Esther de Benito Zorrero¹, Julia Rodríguez Medina¹, Carlos Carrera Cueva¹, Pilar Zamorano Imbernón², Emilia Barrot Cortés¹ y Candela Caballero Eraso³

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Enfermería Gestora de Casos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

³Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España.

Introducción: El trasplante de órganos es una intervención ampliamente practicada en pacientes con fallo orgánico terminal desde 1954. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neuromuscular progresiva y degenerativa sin tratamiento curativo. Aunque algunos pacientes desarrollan un patrón de disfunción cognitiva del lóbulo frontotemporal, la mayoría conserva la capacidad de toma de decisiones y puede planificar el “final de su vida”. En los últimos años ha aumentado el número de pacientes con ELA que expresan su deseo de ser donantes de órganos al final de su vida. Objetivo: Describir la experiencia de la donación de órganos en una Unidad Multidisciplinaria de ELA.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de ELA por la Unidad Multidisciplinaria del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla entre 2015 y 2023. Se describen las variables clínicas y funcionales: edad en el momento de la donación, tipo de ELA, componente familiar, años de evolución, necesidad de ventilación mecánica (VM), presencia de gastrostomía percutánea (PG), capacidad vital forzada (CVF) en el diagnóstico y la última disponible, y la causa de muerte.

Resultados: Se incluyeron un total de 7 pacientes, 4 hombres (57,1%) y 3 mujeres (42,9%). Se realizaron 2 donaciones en 2015, 1 en 2021, 3 en 2022 y 1 en 2023. La edad media en el momento de la donación fue de $59 \pm 6,7$ años, siendo los años de evolución de la enfermedad $4,1 \pm 3$, el número medio de años de evolución de la enfermedad fue de 4,1 años. El tipo de ELA en el diagnóstico fue: espinal 6 (85,7%) y bulbar 1 (14,3%). Solo un paciente presentaba agregación familiar por mutación del gen *SOD1*. En cuanto a la necesidad de VM y PG, 5 pacientes requirieron soporte respiratorio previo a la donación, 4 (57,1%) VMNI, 1 (14,3%) VMI por traqueostomía y 3 (42,9%) tuvieron alimentación por PG. La CVF media en el diagnóstico fue del 98,3% y la última del 61,4%. La principal causa de muerte fue la evolución de la enfermedad (5 pacientes, 71,43%). En 1 caso fallecieron por una embolia pulmonar y 2 por una infección respiratoria.

Conclusiones: Los pacientes con ELA pueden ser candidatos a la donación de órganos, y es muy importante informar a los pacientes y familiares sobre la existencia de esta posibilidad y el procedimiento de donación. En nuestras unidades multidisciplinarias la donación de pacientes con ELA ha aumentado. La mayoría de estos pacientes reciben soporte ventilatorio con ventilación mecánica no invasiva o invasiva.

723. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁREA

Mónica Vázquez Guerra, Miryam Artero Clemente, Marcos Leandro Lafarga Poyo, María de la Cruz Rodríguez, Ángel Ortega González, Diego Germán Rojas Tula, Francisco Guillermo Puig Sánchez, José Manuel Bravo Nieto, Marta Jiménez Arroyo, América Gil Fuentes, Daniel Llorente Íñigo, María Salud Estrada Pastor y Noel Gilberto Reyes Mena

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

Introducción: La parálisis diafragmática es una patología unilateral e izquierda debido a cirugía torácica. La mayoría son asintomáticas, siendo un hallazgo casual. El estudio por ecografía diafragmática (ECO) y función respiratoria (PFR) permite evaluar la afectación y evolución. La plicatura o la ventilación no invasiva (VNI) es una opción de tratamiento. Este trabajo describe las características en nuestro hospital.

Material y métodos: Observacional descriptivo transversal de 19 casos de parálisis entre 2014-23 del Hospital de Talavera (Grupo 3, docencia). Las variables fueron demográficas (edad al diagnóstico,

sexo, FRCV, tabaquismo), causa de la parálisis (infancia/edad adulta), grado de afectación funcional, ventilatoria y repercusión nocturna (índice de apnea-hipopnea -IAH-, hipercapnia por gasometría al diagnóstico, oximetría nocturna basal, PFR, presión inspiratoria máxima -PIM- y SNIP test y ECO) y de resultado (tratamiento).

Resultados: La edad media fue 59 años, siendo el 57% mujeres. El 69% presentaba hipertensión arterial, el 26% diabetes, el 36% dislipemia y el 42% obesidad. El 52% era exfumador. Las causas de parálisis se muestran en la tabla 1. La evaluación funcional mostró una mediana de FVC de 70% (RIC 57-85) para 15 casos al diagnóstico, siendo la final de 77% (RIC 59-92) para 13 casos. La PIM en 4 casos estudiados resultó en una mediana de 47 cmH₂O (RIC 36-49) al inicio y de 33 cmH₂O (RIC 21-44) al final. En el SNIP test la mediana inicial fue 75 cmH₂O (RIC 59-87) y la final 74 cmH₂O (RIC 53-86). La mediana para 8 casos para el IAH fue 30 (RIC 6,2-38), de 48% (RIC 0,1-74) para CT90% y de 87% (RIC 84-92,2) para SatO₂ media. El 42% presentaba hipercapnia. El resultado de la ECO se muestra en la tabla 2. Antes del diagnóstico el 21% usaba CPAP y el 10% VNI. En el seguimiento aumentó a 78%, usando el 42% CPAP y el 36% VNI. Un caso precisó cambió a VNI. Se realizó 1 plicatura.

Infeción por SARS- CoV 2	2
Distrofia facioescápulohumeral	1
Idiopática	11
Politraumatismo	1
Miopatía inflamatoria	1
Hernia diafragmática	1
Cirugía Torácica	2

Tabla 1. Causas de parálisis diafragmática del total de 19 casos.

	RESPIRACIÓN BASAL	RESPIRACIÓN PROFUNDA	RESPIRACIÓN SUPERFICIAL
HEMITÓRAX DERECHO	2,1 CM	4,3 CM	2,1 CM
	1,34 CM	5,1 CM	3,2 CM
	1,4 CM	7,2 CM	
HEMITÓRAX IZQUIERDO	2,2 CM	3,8 CM	2,8 CM
	1,31 CM	26,1 CM	1,7 CM
	1,1 CM	2,2 CM	

Tabla 2. Resultado ecografía diafragmática para un total de 5 casos.

Conclusiones: 1. En nuestro hospital es una patología de la edad media de la vida con mayor incidencia en mujeres, hipertensos, obesos y exfumadores. 2. La causa más frecuente fue idiopática y sin origen infantil. En nuestra serie la unilateral derecha fue más prevalente, en contra de la literatura. 3. Se confirmó una reducción de CVF y función inspiratoria, con mayor descenso de la PIM. Esta diferencia pudo deberse al bajo número de casos estudiados, pudiendo ser los más graves, y a que PFR se realizó solo en sedestación. 4. Se observó una relevante repercusión oximétrica, con hipoventilación cercana al 50%. 5. El tratamiento más frecuente fue VNI.

488. GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA A TRAVÉS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) Y DISFUNCIÓN MUSCULAR RESPIRATORIA GRAVE

Ricardo Reyes Jiménez¹, Ana Balañá Corberó¹, Jesús Carazo Cordobés², Luis Eugenio Barranco Priego³, Àngela García Sanz¹, Montserrat Villatoro Moreno⁴, Anna Guillén Solà⁵, Bernat Bertran Recacens⁶, Miguel Àngel Rubio Pérez⁶ y Juana Martínez Llorens¹

¹Servicio de Neumología, Hospital del Mar, Barcelona, España. ²Servicio de Anestesiología, Hospital del Mar, Barcelona, España. ³Servicio de Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona, España. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona, España. ⁵Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital del Mar, Barcelona, España. ⁶Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La malnutrición es un factor independiente de mal pronóstico en los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA). La colocación de una sonda gástrica (SG) realizada por gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) mejora la calidad de vida y la supervivencia. El objetivo fue valorar la seguridad de la colocación de la SG por PEG realizada con ventilación no invasiva (VNI) y por un equipo multidisciplinar en pacientes con ELA con disfunción muscular respiratoria grave.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con ELA	
Población, número	29
Edad, años	66,5 (29,6-81,8)
Sexo (M/H)	20/9
Diagnóstico (bulbar/espinal)	17/12
Diagnóstico ELA – colocación sonda gástrica por PEG, meses	10 (2,2-56,4)
Diagnóstico ELA – inicio VMD, meses	3,9 (0-52)
Inicio VNI – colocación sonda gástrica por PEG, meses	3,7 (1-43,4)
Supervivencia	
Diagnóstico ELA – Fallecimiento, meses	19,3 (7,2-102,6)
Colocación sonda gástrica por PEG – Fallecimiento, meses	9,5 (1,1-85,3)
Situación previa colocación sonda gástrica por PEG	
ALSRFS-R	20 (10-40)
Clasificación ASA	4 (3-4)
IMC, kg/m ²	21,6 (15-6-31,3)
%FEV1 /FVC	81 (10)
VC, %ref	39 (11)
PIM, cmH2O	39, (16)
PEM, mH2O	67 (39)
SNIP, cmH2O	30 (19)
Pftos, l/min	135,2 (118,3)
PaO2, mmHg	84 (8)
PaCO2, mmHg	34,4 (4,1)
HCO3, mmHg	24,8 (1,8)
Ventilación mecánica domiciliar	
Mascarilla	Nasobucal
IPAP, cmH2O	11,1 (2,4)
EPAP, cmH2O	4,3 (0,9)
Activación, l/min	5,5 (1,1)
Ciclado, % caída flujo inspiratorio máximo	25,3 (5,8)
Frecuencia respiratoria, rpm	13,4 (1,6)
Uso diario	7 (2-18)
Días usado último mes	30/30
Fuga promedio l/min	1,3 (1,4)
IAH/hora	4,5 (2,7)
Ventilación minuto promedio, l/min	6,3 (1,9)

IPAP: presión positiva inspiratoria; cmH2O: centímetros de agua; EPAP: presión positiva espiración; l/min: litros por minuto; SpO2: saturación periférica de oxihemoglobina; lpm: latidos por minuto. Las variables de los fármacos anestésicos se expresan como número de pacientes. El resto de variables se expresan como media y desviación típica.

Material y métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con ELA controlados en la unidad multidisciplinar que se les indicó la colocación de la SG por PEG de marzo/2014 a septiembre/2023. Se valoró la función pulmonar (VC), el intercambio de gases arteriales (PaO2, PaCO2) y la fuerza de los músculos respiratorios (PIM, PEM y SNIP). Se recogió de la historia clínica: fecha de inicio de la VNI domiciliar, los parámetros [modo ventilatorio, presión inspiratoria (IPAP) y es-

piratoria (EPAP), activación, ciclado y frecuencia respiratoria (FR)], la *interface*, los datos del uso y la eficacia de la ventilación [fuga, VM e IAH]. La colocación de la SG por PEG se hizo con el protocolo habitual por un equipo multidisciplinar y con su ventilador adaptado a mascarilla nasal y modificando los parámetros para obtener volumen corriente 5-6 ml/kg peso ideal.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con ELA (20 mujeres-9 hombres), con una edad mediana de 66,5 (rango 33,9-81,8) años. Cuando se colocó la SG por PEG, la gravedad mediana de la ELA (ALSRFS-R) fue de 20 (rango 10-40) y tenían una disfunción muscular respiratoria grave (VC 39 ± 11%ref, PIM 39 ± 16 cmH2O y SNIP 30 ± 19 cmH2O). Todos realizaban VNI domiciliar [mediana del uso 7 (rango 2-18) horas/día]. Durante la colocación de la SG por PEG, el incremento medio de la IPAP fue de 7,5 cmH2O (Δ 68% de la inicial) y de la EPAP fue 1,5 cmH2O (Δ 35,5% de la inicial). La reducción media de la activación fue 3,2 l/min (58,1% del inicial) y el incremento medio del ciclado fue 9,3% de la caída del flujo inspiratorio máximo (Δ 36,9% sobre inicial). El flujo de O2 administrado a través del ventilador fue de 9,5 ± 3,2 l/min. Solamente 2 pacientes presentaron complicaciones leves en las primeras 24 horas (neumoperitoneo y hemorragia digestiva alta). La supervivencia mediana tras la colocación de la SG por PEG fue de 9,5 (rango 1,1-85,3) meses.

Tabla 2. Fármacos anestésicos, así como los parámetros de la ventilación mecánica utilizada durante la colocación de la sonda gástrica mediante PEG	
Fármacos anestésicos	
Propofol + alfentanilo	17
Propofol + alfentanilo + ketamina	3
Propofol + alfentanilo + ketamina + midazolam	2
Propofol + ketamina	2
Propofol + remifentanilo	1
Propofol	2
Midazolam + ketamina	2
Ventilación mecánica	
Mascarilla	Nasal
IPAP, cmH2O	17,9 (4,4)
EPAP, cmH2O	5,9 (2,0)
Activación, l/min	2,3 (0,8)
Ciclado, % caída flujo inspiratorio máximo	34,6 (1,9)
Flujo oxígeno, l/min	9,5 (3,2)
SpO2 %	95,6 (3,1)

M: mujer; H: hombre; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; PEG: gastrostomía endoscópica percutánea; VMD: ventilación mecánica domiciliar; ALSRFS-R: escala de clasificación funcional de esclerosis lateral amiotrófica (ELA); ASA: Sociedad Americana de Anestesiología; IMC: índice de masa corporal; %FEV1/FVC: cociente entre el volumen espiratorio forzado en 1 segundo y la capacidad vital forzada; VC: capacidad vital; %ref: porcentaje con respecto valores de referencia; PIM: presión inspiratoria máxima en boca; cmH2O: centímetros de agua; PEM: presión espiratoria máxima en boca; SNIP: presión nasal durante una inhalación máxima; Pftos: pico flujo de tos; l/min: litros por minuto; PaO2: presión parcial arterial de oxígeno; mmHg: milímetros de mercurio; PaCO2: presión parcial arterial de dióxido de carbono; HCO3: Bicarbonato arterial; IAH: índice apnea hipopnea. Las variables se expresan como mediana y rango o media y desviación estándar. Las variables cualitativas se expresan en valores absolutos.

Conclusiones: La colocación de la SG por PEG en pacientes con ELA y disfunción muscular respiratoria grave es un procedimiento seguro si lo realiza un equipo multidisciplinar y con VNI.

248. GASTROSTOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA

M. Antonia Gómez Mendieta¹, Alberto Alonso Babarro¹, Ana Santiago Recuerda¹, Laura Urraco Nieto², Yolanda Morán Benito³, Pilar Carbajo Gullón³, María Varela Cerdeira¹, María Martínez Redondo¹, Yolanda Martínez Abad¹, Lucía Fernández Rodríguez¹, María Teresa Pérez Manrique¹ y Teresa Lázaro Miguel-Sin¹

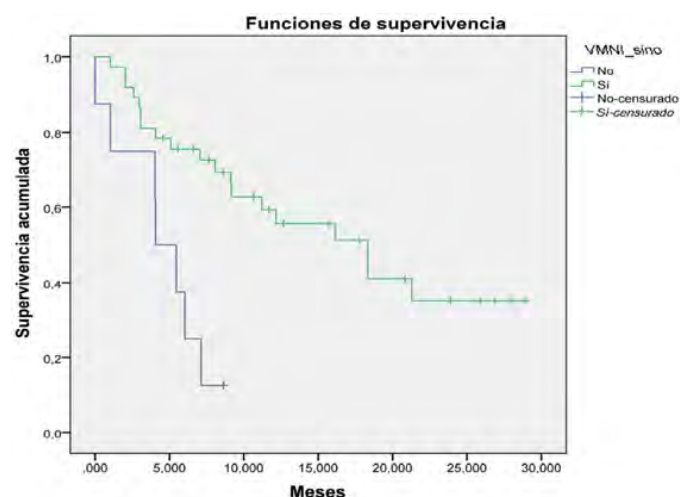
¹Hospital La Paz, Madrid, España. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. ³Hospital Carlos III: Unidad Multidisciplinar ELA, Madrid, España.

	VALORES BASEALES	VALORES POSTERIORES	DIFERENCIAS EMPAREJADAS
	Media	Media	P
IB posterior - IB basal	52,00 ± 34,29	31,89 ± 30,38	,000
PPS posterior - PPS basal	52,00 ± 10,22	45,11 ± 12,27	,000
ALSFRS-R posterior - ALSFRS-R basal	24,6 ± 9,08	17,59 ± 8,48	,000
VMNI h/día posterior - VMNI h/día basal	9,30 ± 5,96	14,2 ± 9,14	,000
IMC posterior - IMC basal	26,68 ± 4,35	21,32 ± 3,37	,000
Albumina posterior - Albumina basal	3,96 ± 0,59	3,87 ± 0,59	,392
Proteínas totales posterior - Proteínas totales basal	6,40 ± 0,66	6,24 ± 0,86	,38

Tabla 1. Comunicación 248. Repercusión funcional, respiratoria y nutricional tras la colocación de la sonda de gastrostomía.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa progresiva. La disfagia es frecuente en la evolución; la colocación de una sonda de gastrostomía percutánea vía radiológica (RIG) se plantea con el fin de facilitar la nutrición y disminuir las complicaciones respiratorias. Nuestro objetivo fue describir las complicaciones asociadas, su repercusión en la calidad de vida y supervivencia después de la RIG teniendo en cuenta si utilizan o no ventilación no invasora.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de una cohorte de pacientes con ELA a los que se realizó la gastrostomía. Se incluyeron pacientes seguidos en consulta por Neumología y Cuidados Paliativos en Unidad Multidisciplinar de ELA del Hospital Carlos III La Paz entre enero de 2018 y enero 2020. Analizando: edad, sexo, cuidador, supervivencia global y desde colocación de sonda de gastrostomía; índice masa corporal, índice de Barthel, PPS, ALSFRS-r, horas de ventilación mecánica no invasiva (VMNIV) y complicaciones de la intervención. Para las variables cuantitativas continuas se utilizó la media y desviación estándar. Variables cualitativas se describen por frecuencias absolutas y relativas. Se utiliza la t de Student y U Mann-Whitney comparación de variables. Análisis de frecuencias chi-cuadrado y test de Fisher. La OR para estimar la fuerza de asociación. La mortalidad se estudió por técnica de Kaplan-Meier. Se utilizó la regresión de Cox multivariante. Se procesaron los datos en el programa SAS 9.4.



Supervivencia después de gastrostomía con/sin VMNI.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (102 excluidos, 37 lo fueron por residir en otra comunidad y 65 rechazaron RIG). De las 53 indicaciones, se realizaron 45 (8 pacientes fallecieron antes), una

edad media de 65 años, 53% varones. Un 67% de inicio bulbar y un 33% inicio espinal. Los pacientes con RIG eran más jóvenes y usaban más horas la VMNIV. La supervivencia tras colocación de gastrostomía fue de $14,71 \pm 1,74$ meses. Se produce un deterioro funcional, nutricional y respiratorio tras procedimiento (fig.). El 11% sufrieron complicaciones graves.

Conclusiones: Los pacientes con ELA avanzada con nutrición enteral por sonda gastrostomía tuvieron una supervivencia de más de 1 año, empeorando la situación respiratoria después de la gastrostomía en probable relación a progresión de la enfermedad. La supervivencia fue mayor en pacientes con VMNIV, probablemente porque tenían menor afectación bulbar. Solo un pequeño porcentaje de pacientes sufrió complicaciones graves.

319. IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Carlos Carrera Cueva¹, Esther de Benito Zorrero¹, Samira Marín Romero², Cecilia López Ramírez¹, Luis Jara Palomares³ y Candelaria Caballero Eraso³

¹Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Hospital Reina Sofía, Córdoba, España. ³Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por síntomas y signos en las motoneuronas superiores e inferiores, que conducen a una neurodegeneración progresiva y atrofia muscular con un gran impacto en la calidad de vida (CV) de pacientes y cuidadores. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de tener varios cuidadores y la economía en la CV en pacientes con ELA.

Material y métodos: Análisis *post hoc* de un retrospectivo, que incluye pacientes que participaron en un estudio prospectivo sobre ELA, enfermedad tromboembólica y calidad de vida entre junio de 2015 y septiembre de 2017. La calidad de vida se evaluó mediante los cuestionarios Short Form 36 (SF-36) y EuroQoL 5D (EQ-5D). Dividimos los ingresos en dos grupos: < 800 o > 1.500 euros/mes. Se compararon los pacientes con solo un cuidador principal (cónyuge) vs. cuidador principal y otro recurso (hijos, cuidador social).

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con una edad media de 61 años, 7 fueron hombres y 7 mujeres. 8 presentaban ELA clásica, 2

agregación familiar por mutación del gen *SOD1*, 1 ELA primaria y 3 ELA tipo *flail arms*. 11 pacientes presentaban disnea y solamente 1 cefalea matutina e hipersomnolencia. 4 pacientes presentaron síntomas bulbares (4 disfagia y 2 sialorrea). 10 realizaban fisioterapia respiratoria. Ningún paciente portaba traqueotomía, 3 estaban tratados con ventilación mecánica no invasiva, 1 era portador de gastrostomía radiológica percutánea. 9 pacientes presentaban movilidad reducida. Cuando analizamos el impacto de la situación económica en la calidad de vida y la supervivencia, encontramos que los pacientes con ingresos más bajos (< 800 euros/mes) presentaban menos energía ($p = 0,010$) y peor funcionamiento social ($p = 0,026$) medido por la escala SF-36. Además, la supervivencia fue mayor en el grupo con más recursos económicos respecto al grupo con ingresos más bajos (63 vs. 31 meses de supervivencia media respectivamente, $p = 0,059$) y en aquellos pacientes que contaban con apoyo adicional aparte del cuidador principal ($p = 0,020$).

Conclusiones: En pacientes con ELA, el bajo nivel de ingresos se asoció a peor CV y supervivencia que aquellos con mayores recursos económicos. El apoyo adicional al cuidador principal se asoció con mayor supervivencia.

510. IMPACTO DEL TIPO DE SOPORTE VENTILATORIO Y MOMENTO DE LA INTUBACIÓN EN LA RECUPERACIÓN DE LAS SECUELAS RESPIRATORIAS DE LOS SUPERVIVIENTES DE COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

María Zuñil Moreno¹, Iván D. Benítez Iglesias², Jordi de Battle², Sally Santistevé Lostes², María Aguilà Balastegui¹, Gerard Torres Cortada², Clara Port-Paniello², Anna Moncusí-Moix¹, Esther Gracia-Lavedan², Adrián Ceccato Ceccato³, David de Gonzalo-Calvo², Antoni Torres Martí⁴, Ferran Roche-Campo⁵, Ferran-Eduard Barbé Illa² y Jessica González Gutiérrez²

¹Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, IRBLleida, Lleida, España. ²Translational Research in Respiratory Medicine, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, IRBLleida, CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Instituto de la Salud Carlos III, Madrid, España, Lleida, España. ³Critical Care Center, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Sabadell, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital Clinic of Barcelona; August Pi i Sunyer Biomedical Research Institute-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, CIBER of Respiratory Diseases (CIBERES), Instituto de la Salud Carlos III, Barcelona, España. ⁵Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Servicio Medicina Intensiva, Tortosa, Tarragona, España; Pere Virgili Institute for Health Research (IISPV), Tarragona, España.

Introducción: Se desconoce el impacto de las distintas modalidades de soporte ventilatorio y el momento de la intubación en la recuperación pulmonar a largo plazo en pacientes críticos con COVID-19 grave.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional realizado en 1.854 pacientes ingresados por COVID-19 en 52 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en España. Los pacientes se clasificaron según el soporte ventilatorio recibido durante la UCI: ventilación no invasiva (VMNI), cánulas de alto flujo (CNAF) y ventilación mecánica invasiva (VMI). La categoría de VMI se subdividió en intubación precoz (en las primeras 24 horas del ingreso en UCI) e intubación tardía (en las siguientes 24 horas). Se evaluaron la capacidad de difusión (DLCO) e imágenes radiológicas de los pacientes a los 3, 6 y 12 meses tras el alta hospitalaria.

Resultados: De los 1.854 pacientes incluidos en el estudio, 360 recibieron CNAF (19,4%), 290 (15,6%) fueron tratados con VMNI y un total de 1.204 (64,9%) pacientes se sometieron a VMI; 996 pertenecieron al grupo de intubación precoz y 238 al de intubación tardía. Este último grupo mostró significativamente unos peores valores de DLCO durante el seguimiento al año con respecto al grupo de intubación precoz.

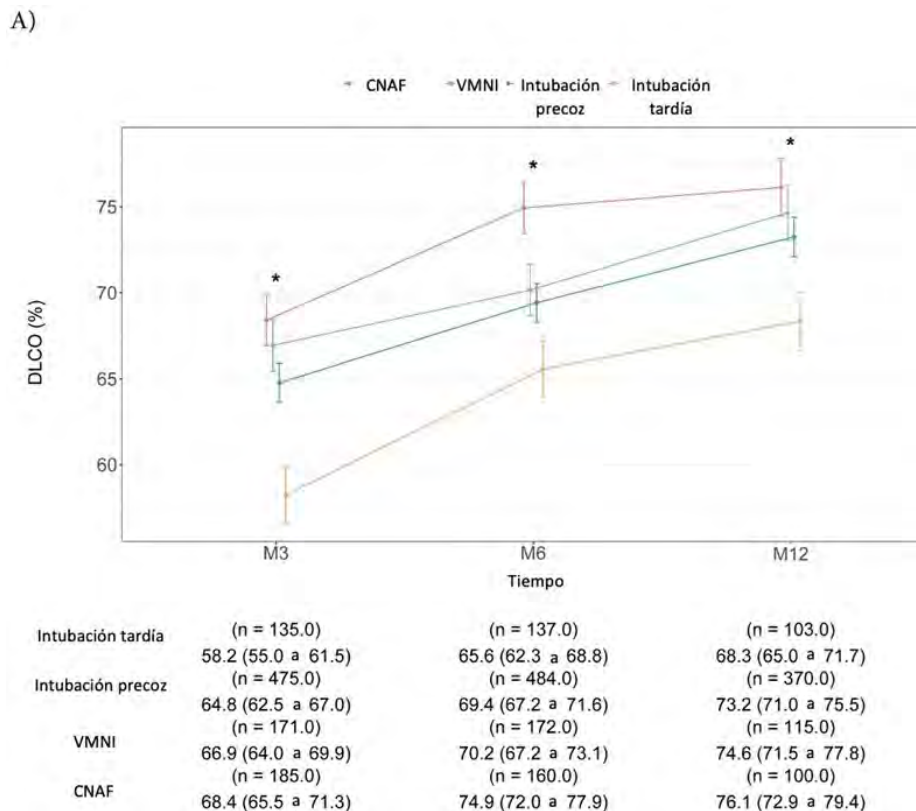


Figura 1. Comunicación 510.

B)

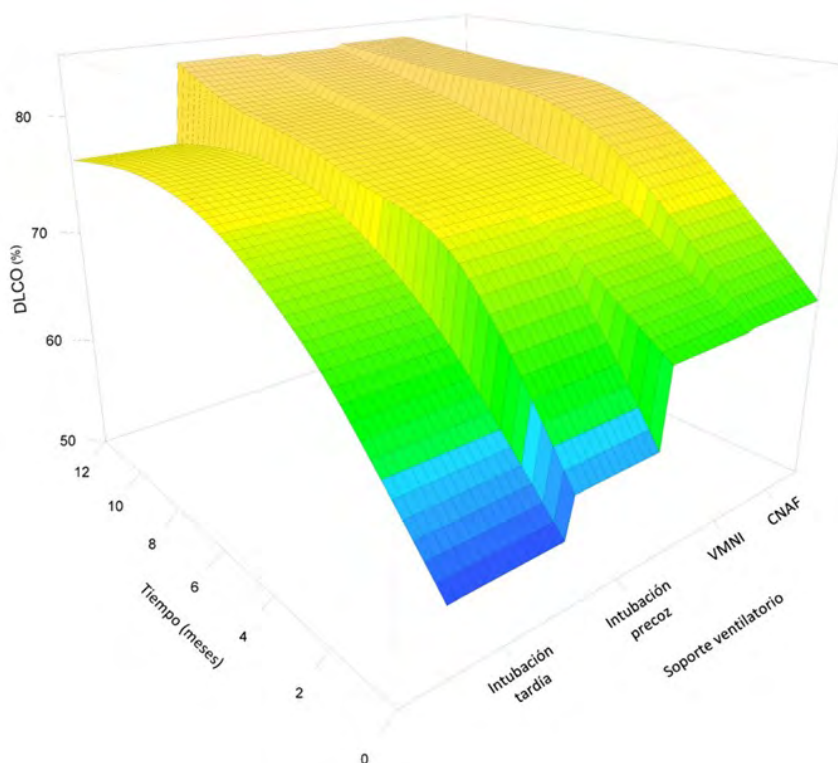


Figura 2. Comunicación 510.

bación precoz (fig. A). En cuanto a los soportes respiratorios no invasivos, el grupo de VMNI presentó una recuperación más lenta de la DLCO en comparación al grupo de CNAF, así como más anomalías radiológicas durante el periodo de seguimiento (figs. A y B). Se realizó un análisis de sensibilidad utilizando puntuaciones de propensión y se confirmaron estos resultados.

Conclusiones: Las trayectorias de recuperación pulmonar difieren según el soporte respiratorio recibido durante la estancia en UCI. Tanto el retraso en la intubación como la utilización de VMNI se asociaron con resultados más desfavorables a los 12 meses. Estos pacientes presentaron peores mediciones de DLCO, más anomalías radiológicas y una recuperación más lenta en comparación a los pacientes que se intubaron de manera temprana y recibieron soporte respiratorio con CNAF.

395. INICIO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES NEUROMUSCULARES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Beatriz Arias Arcos, Silvia Martín Bote, Mariara Calderón Alcalá, África Alcorta Mesas, Belén López-Muñiz Ballesteros, Carmen Matesanz Ruiz, Ismael Ali García, Julio Hernández Vázquez, Luis Arturo Arvelo Castro, Elena Rodríguez Jimeno, Miguel Suárez Ortiz, Isabel Andrade Vela, Miguel Lorente González, Daniel Mouhtar El Halabi, José María Eirós Bachiller y María Jesús Buendía García

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción: Las complicaciones neumológicas son frecuentemente el principal factor causante del fallecimiento del paciente con

patología neuromuscular (70%). Por otra parte, se trata de pacientes potencialmente frágiles en su evolución y que su valoración precoz conjunta en la misma consulta por Neumología y Neurología optimiza la calidad de vida del paciente y la atención médica otorgada. **Objetivo:** Describir el perfil de paciente neuromuscular recogido en los 3 primeros meses desde la creación de la consulta conjunta de Neumología y Neurología.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes neuromusculares valorados en consulta multidisciplinar durante los primeros 3 meses (agosto, septiembre y octubre 2023). Se recogieron variables epidemiológicas, tipo de enfermedad neuromuscular, fecha del diagnóstico, tipo de terapia respiratoria (si iniciada) y fecha de inicio, pruebas de sueño, gasometría y función pulmonar.

Resultados: Con una muestra de 17 pacientes, se evaluaron 6 mujeres (35%) y 11 hombres (64,7%). Se iniciaron 13 terapias respiratorias (VMNI 9 y CPAP 4) con un tiempo medio hasta el inicio de una terapia de 14,09 años. Se inició soporte ventilatorio nocturno por apnea del sueño en 6 pacientes (tabla 2). La edad media al diagnóstico de la enfermedad neuromuscular fue de 36,2 ($\pm 19,36$) años. Se describieron las enfermedades recogidas en la tabla 1. Las presiones medias iniciadas en la VMNI fueron: IPAP $15,06 \pm 2,04$ cm H₂O, EPAP $6,92 \pm 0,79$ cm H₂O, FR $14,5 \pm 1,52$ rpm y en la CPAP de 7 cmH₂O. Presentaban una FVC media de 2.879 ± 1.099 mililitros ($73,75 \pm 28,04\%$) y una FEV1 media de 2283 ± 826 mililitros ($71,87 \pm 26,85\%$) y un PIM y PEM medio de $55,6 \pm 26,52\%$ y $20,7 \pm 10,83\%$, respectivamente. En 13 pacientes se les realizó registro nocturno de sueño con un IAH medio de $27,48 \pm 20,76$ y un ODI de $7,65 \pm 1,82$. Los gases arteriales extraídos al diagnóstico en consulta tuvieron de media: pH $7,44 \pm 0,2$, pO₂ $82,67 \pm 11,66$ mmHg, pCO₂ $38 \pm 5,98$ mmHg, Bic $25,72 \pm 3,59$ mmol/L.

Tabla1. Enfermedades valoradas en consulta

Enfermedad neuromuscular	N (%)
Corea de Huntington	1 (5,8%)
Tetraparesia traumática	2 (11,76%)
Esclerosis múltiple	2 (11,76%)
Distrofia facioescapulohumeral	1 (5,8%)
Dejerine-Sotas	1 (5,8%)
Distrofia escapulohumeral	1 (5,8%)
Steinert	7 (41,17%)
Miastenia gravis	2 (11,76%)

Tabla 2. Causas de inicio de soporte ventilatorio

Causa de inicio de VMNI/CPAP (n = 13)	N (%)
AOS (IAH > 15)	6
Fracaso ventilatorio o signos/síntomas de hipoventilación (hipercapnia y/o cefalea matutina y/o hipersomnía)	7

Conclusiones: El paciente varón con enfermedad de Steinert diagnosticada a los 36,2 años, con un FVC del 73,75% y que inicia ventilación no invasiva a los 14,09 años desde su diagnóstico sin insuficiencia respiratoria es el perfil más prevalente en la Consulta Multidisciplinar de Neuromuscular de nuestro hospital.

202. LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA INHALADA JUNTO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA A LARGO PLAZO EN EPOC ESTABLE. ¿JUNTOS AUMENTAN EL ÉXITO?

Marina Galdeano Lozano¹, Antoni Marín Muñiz¹, Irene Aldàs Criado¹, Mónica Matute Villacís¹, Adriana Martín Pascual¹, Judith Boiza Rizos², Santiago Menjura Gómez², Ignasi García Olive² y Jorge Abad Capa²

¹Unidad de Ventilación y UCRI, Servicio de Neumología, DCAT, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

²Servicio de Neumología, DCAT, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: Los inicios de la VMNI presentan una relación directa con el paciente EPOC. Aunque el nivel de evidencia es muy alto

en las indicaciones agudas de la VMNI no queda establecido en la VMD. La terapia inhalada es un tratamiento habitual en estos pacientes y puede influir de en su estabilidad, y por lo tanto en la indicación y titulación de la ventilación.

Material y métodos: Desde la Unidad de Ventilación del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol se ha realizado un análisis descriptivo de los pacientes EPOC portadores de VMD y de su terapia inhalada ente los años 2019 y 2022 incluidos. El análisis se realizó mediante el uso de las plataformas de telemonitorización, así como el sistema de admisión hospitalario (SAP). Se describieron y compararon las variables según su naturaleza y distribución. Se realizó una regresión logística mediante STATA.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes, 73% varones con edad media de 71 años ([DE] 10,5) [intervalos de 55 a 86 años]. Fenotipo clínico predominante el enfisema (60,3%) y obstrucción medio de 42,3% (DE 11%) [15% a 117%]. La modalidad ventilatoria fue el modo ST en un 98,5% de los pacientes. la IPAP media de 17,04 cmH₂O (DE 7,4 cmH₂O) [10 a 24 cmH₂O]; la EPAP media de 8,91 cmH₂O (DE 6 cmH₂O) [5 a 13 cmH₂O] sin diferencias significativas entre fenotipos clínicos. Respecto al tratamiento inhalado 24 pacientes cumplen tratamiento con triple terapia y 44 con doble terapia. Ninguno de ellos se encuentra en tratamiento con fármacos biológicos. No hemos obtenido ninguna relación directamente significativa al relacionar la doble y triple terapia inhalada con la necesidad de aumento de presiones en el modo ventilatorio, así como la necesidad de retitulaciones en dichas variables. Tampoco se ha obtenido una relación significativa con la supervivencia de nuestros pacientes, al llevar añadido a la terapia con VMD el tratamiento farmacológico inhalado específico. Sí que encontramos que el paciente con mayor obstrucción (FEV1 post) presenta mayor uso de triple terapia, mayor presión media en el respirador y mayor número de consultas a urgencias (p 0,013).

Conclusiones: El uso de la VMD y la terapia inhalada en la EPOC es implícito. Aun así, no encontramos diferencias significativas entre la doble y triple terapia con el valor de IPAP y EPAP; pero si con la gravedad indicada por el FEV1 pos-PBD del paciente. La mayor necesidad de terapia inhalada implica mayor presión en el respirador y mayor uso de consultas hospitalarias.

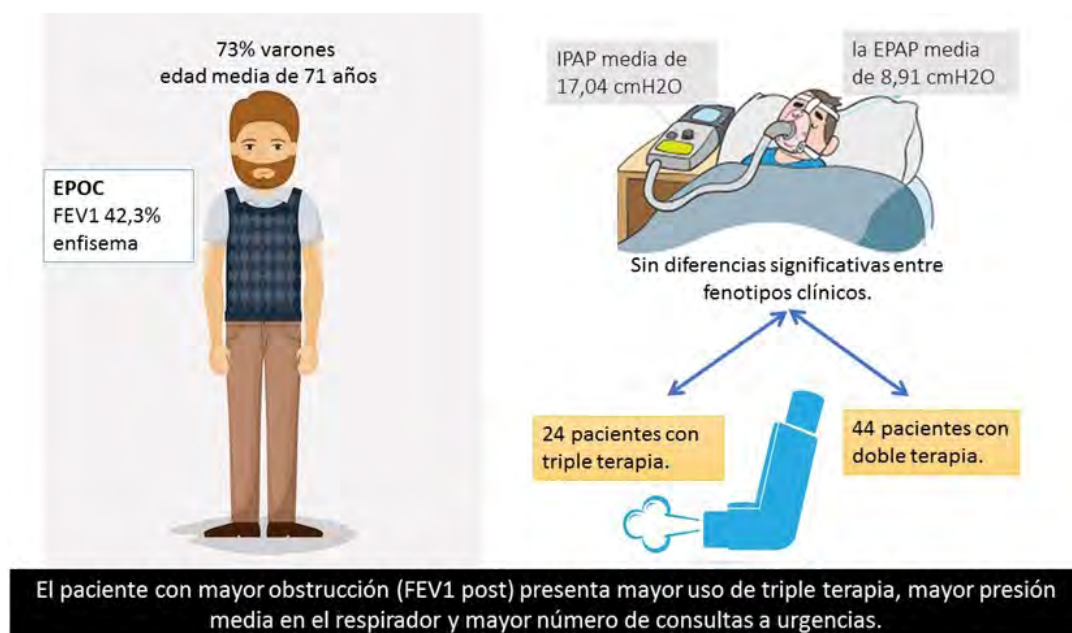


Figura 1. Comunicación 202. El paciente con mayor obstrucción (FEV1 post) presenta mayor uso de triple terapia, mayor presión media en el respirador y mayor número de consultas a urgencias.

225. LA SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI)

Cristina Torres Luque, Macarena Arroyo Varela y Belén Ramón Gallardo

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda, o crónica agudizada, supone una situación grave que puede poner en riesgo la vida del paciente. Además del tratamiento médico, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes, que cuenta con una elevada evidencia científica y es la base de las UCRI destinadas a tal fin. En este contexto, un uso adecuado de la sedación puede ser necesario para la adaptación al respirador, y para el control de la agitación y del trabajo respiratorio. Nuestro objetivo es analizar el uso de la sedación en nuestra UCRI, que está enfocada al tratamiento de pacientes agudos.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyen 300 pacientes ingresados en nuestra UCRI durante 10 meses. Se recogieron datos clínicos, de comorbilidades, gasométricos y de mortalidad, así como el tratamiento relativo a la sedación administrada. Establecimos 5 niveles de sedación: 1 (sin sedación), 2 (sedación puntual), 3 (perfusión continua con opiáceos), 4 (perfusión continua con opiáceos y benzodiacepinas) y 5 (perfusión continua de dexmedetomidina). Se realiza un análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados: En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo de la muestra en la que se indican las características globales de la misma (tabla 1). En segundo lugar, realizamos un estudio estadístico relacionando la sedación administrada con las distintas variables recogidas, no obteniendo relación estadísticamente significativa con la edad o el sexo, pero sí con el grado de comorbilidad, el tipo de fallo respiratorio, la gravedad del mismo, la estancia media y, finalmente, con la mortalidad (tabla 2).

Edad media	71 años
Sexo	58% varones
Procedencia	62% Urgencias 38% Hospitalización
Índice Charlson (m) medio	6,05 puntos
Tipo fallo respiratorio	58% hipercápnico (pH: 7,21, PvCO ₂ : 92) 42% hipoxémico (SpO ₂ /FiO ₂ : 146)
Estancia media	5,2 días
Tratamiento administrado	Nivel 1: 35,8% Nivel 2: 31,5% Nivel 3: 14,3% Nivel 4: 11,3% Nivel 5: 7,3%
Mortalidad	15,4%

Conclusiones: El uso de la sedación es muy frecuente en una UCRI destinada al fallo respiratorio agudo grave, siendo precisa en casi dos tercios de los pacientes y, de estos, casi la mitad la precisan en perfusión continua. Se necesitan mayores niveles de sedación en pacientes con mayor grado de comorbilidad asociada, en aquellos con un fallo hipoxémico, y en aquellos en los que el fallo respiratorio es más severo. Además, los pacientes que precisaron mayor nivel de sedación tuvieron más días de ingreso en la unidad y una mayor mortali-

dad. Para los pacientes con fallos hipoxémicos más graves se prefirió perfusión de opiáceos y midazolam, mientras que para los hipercápnicos más graves se prefirió perfusión de dexmedetomidina, algo coherente según la fisiopatología de ambos fallos respiratorios.

876. PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA A CORTO Y LARGO PLAZO EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Cristina Muñoz Corroto¹, Elena Lesaga López², Roberto Martín de León¹, Marta Domínguez Gómez², Antonio Requejo Jiménez¹ y Natalia Pascual Martínez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Córdoba, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Introducción: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa rápidamente progresiva con una supervivencia (SV) media entre 3 y 5 años. Sin embargo, dicha SV puede ser muy variable entre los distintos pacientes. Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con una corta y larga SV en pacientes con ELA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional (2006-2023) de una cohorte de pacientes con ELA en seguimiento en consulta multidisciplinar de un Hospital Universitario. Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo de ELA, inicio de síntomas, uso de ventilación no invasiva (VNI), uso VNI > 16 h, uso VNI 24 h; necesidad de tos mecánica asistida, gastronomía endoscopia percutánea (PEG), traqueotomía y/o institucionalización. Posteriormente dividimos la población por tiempo de SV en: SV corta (1-3 años) y larga SV (> 10 años). Dichas variables fueron analizadas aplicando la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson y análisis de supervivencia con Kaplan-Meier.

Resultados: Estudiamos 296 pacientes, de ellos el 48,1% eran hombres, presentando un 65,7% ELA esporádica y hasta un 50,2% ELA espinal; la edad media de nuestra cohorte fue 60,72 ± 14,83 años. Hasta un 62,6% usaban VNI, y de ellos un 26,1% VNI durante 16 h al día frente a 23,4% que usaban VNI continua (24 h). Tan solo 5,3% portaban traqueotomía, frente a 32,6% con PEG y 45,5% con uso de tos mecánica asistida. Del total solo 2,8% estaban institucionalizados. La SV media de los pacientes fue de 90,11 ± 11,81 meses con una mediana 33,14 ± 2,89 meses. Al dividir la población por tiempo de SV un 52,3% pertenecían a SV corta frente a 8,2% incluidos en larga SV (> 10 años). Permanecen vivos el 22,6% de los pacientes de la cohorte en seguimiento durante 17 años. De acuerdo a los factores pronósticos, en la cohorte de corta SV, el sexo femenino (p = 0,002), la ELA esporádica (p < 0,000) y el uso VNI (p < 0,000) mostró diferencias significativas, sin encontrar diferencias con la edad, inicio de síntomas ni traqueotomía. En cuanto a la cohorte con larga SV resultó significativo la ausencia de necesidad de VNI 24 h como soporte vital (p < 0,000) sin demostrar diferencias significativas con el resto de variables estudiadas.

Conclusiones: La mediana de SV observada fue similar a la de otros estudios. Sin embargo, el sexo femenino, la presencia de ELA esporádica y el uso VNI fueron asociados a la cohorte de corta SV como factor predictor, frente a la cohorte de larga SV donde única-

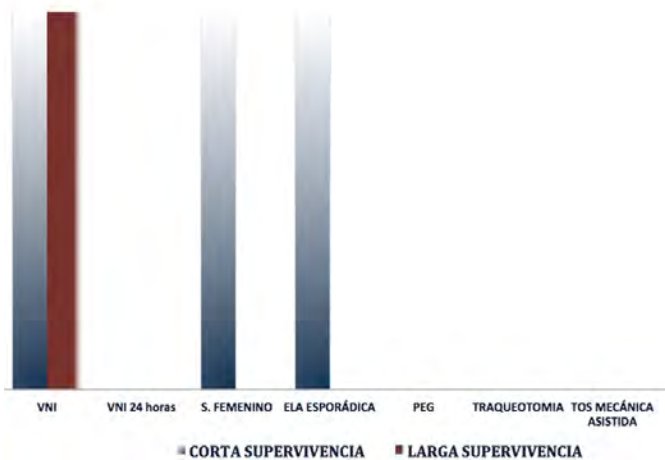
Tabla 2. Comunicación 225

		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Valor p
Comorbilidad	I. Charlson (m)	5,4 ± 2	6,2 ± 2,5	6,4 ± 2,4	6,3 ± 2,8	7,04 ± 2,9	p < 0,013
Tipo de fallo respiratorio	Fallo hipercápnico	45,9%	30,8%	10,4%	8,1%	4,6%	p < 0,001
	Fallo hipoxémico	22,4%	31,7%	19,3%	15,5%	10,8%	
Gravedad fallo respiratorio	SpO ₂ /FiO ₂	156 ± 54	161 ± 41	152 ± 54	111 ± 31	143 ± 43	p < 0,025
	PvCO ₂	88 ± 19	87 ± 16	92 ± 21	91 ± 13	119 ± 55	p < 0,006
Estancia media	Días	4,4 ± 2,2	4,7 ± 2,2	6,1 ± 3,1	6,8 ± 3,4	6,5 ± 3,6	p < 0,001
Evolución	Alta	40,4%	35,2%	12,4%	8,8%	3,2%	p < 0,001
	Exitus	6,8%	6,8%	27,2%	27,2%	31,8%	p < 0,001

mente la ausencia de necesidad de VNI 24 h como soporte vital ($p < 0,000$) demostró diferencias significativas.

N = 296	
Varón	48,1 %
Mujer	51,9 %
Edad	60,72 ± 14,83 años
ELA esporádica	65,7 %
ELA bulbar	34,3 %
ELA espinal	50,2 %
VNI	62,6 %
VNI 16 horas	26,1 %
VNI 24 horas	23,4 %
Asistente tos mecánica	45,5 %
Gastrostomía percutánea (PEG)	32,6 %
Traqueotomía	5,3 %

Estudio descriptivo de nuestra cohorte de pacientes ELA a estudio.



Factores predictores asociado a corta y larga SV en pacientes ELA con significación estadística.

884. RESPUESTA A LA VENTILACIÓN DE ALTA INTENSIDAD EN EPOC UTILIZANDO EL MODO IVAPS

Paula Pujal Montaña, Macarena Segura Medina, Patricia Peñacoba Toribio, Ana Pardessus Otero, Carme Puy Rion, Carolina Panadero Paz, Noelia Pérez Márquez, Sandra López Suárez y Antonio Antón Albisu

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

Introducción: El *Intelligent volume-assured pressure support* (iVAPS®-ResMed) es un modelo híbrido relativamente novedoso de ventilación no invasiva (VNI). La evidencia en EPOCs con insuficiencia respiratoria hipercápnica (IRH) a día de hoy es limitada. Objetivo: Describir nuestra cohorte de pacientes EPOC ventilados con iVAPS y ver si existen diferencias entre los que respondieron a la alta intensidad (AI) vs. los que no.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad de Ventilación de Neumología del Hospital de Sant Pau. Marzo 2016-agosto 2023. EPOC en fase de IRH con indicación de ventilación mecánica domiciliar VMD. Inicio de ventilación modo IVAPS: Lumis 150 y Stelar 150. Datos obtenidos del primer mes de adaptación. Se compararon las diferencias entre aquellos pacientes que habían alcanzado la normocapnia o conseguido reducir la $pCO_2 > 20\%$ respecto a su basal vs. los que no.

Resultados: Se recogieron datos de 47 pacientes (32 hombres) de edad media 68,3 (DE ± 7,4), diagnosticados de EPOC y con indicación de VMD. El tipo de adaptación más frecuente fue durante un ingreso tras agudización (46,8%), seguido de un ingreso programado (44,7%) o de manera ambulatoria (8,5%). Ninguno de los pacientes presentó complicaciones graves. El cumplimiento durante el primer mes VNI fue > 5 h en un 97,9% de los casos. Se analizaron las diferencias entre el subgrupo de pacientes que respondió a la AI en el primer mes (70,2%) y aquellos que no lo hicieron (29,8%). Las características de la muestra y las diferencias entre ambos grupos se muestran en la tabla. Podemos observar que los pacientes que no respondieron a la AI presentaron una tendencia, aunque sin significación estadística, a tener mayor IMC, más fuga y mayor CT90% en la pulsioximetría con la VNI.

	Total (n=48)	No respondedores a la Alta Intensidad (n=14)	Respondedores a la Alta Intensidad (n=33)	p
Edad (años), media (DE)	68,3 (7,4)	67,5 (6,68)	68,67 (7,8)	0,628
Sexo (H:M), n (%)	32:15 (66,1:33,9)	9:5 (64,3:35,7)	23:10 (69,7:30,3)	0,716
IMC kg/m ² , media (DE)	30,09 (7,4)	33,06 (9,67)	28,84 (6,04)	0,076
AOS, n (%)	16 (34)	4 (28,6)	12 (36,4)	0,742
Hipoventilación, n (%)	16 (34)	6 (42,9)	10 (30,3)	0,406
FEV ₁ /FVC %, media (DE)	37,8 (13,7)	40,66 (14,53)	36,55 (13,5)	0,358
PaCO ₂ basal mmHg, media (DE)	61,2 (8,2)	58,86 (7,04)	62,16 (8,52)	0,209
HCO ₃ basal mmol/L, media (DE)	33,8 (4,3)	32,62 (3,1)	34,46 (4,77)	0,216
Adaptación, n (%):				
- En ingreso programado	21 (44%)	8 (57,1)	13 (39,4)	0,532
- En ingreso por agudización	22 (46%)	5 (35,7)	17 (51,5)	
- Ambulatoria	4 (8,5)	1 (7,1)	3 (9,1)	
Ingreso año previo, n (%)	31 (65)	10 (71,4)	21 (63,6)	0,742
Va objetivo L/min, media (DE)	8,3 (2,1)	8,69 (2,18)	8,19 (2,2)	0,499
PS media cmH ₂ O, media (DE)	13,2 (4,1)	12,22 (3,98)	13,45 (4,29)	0,742
PEEP _{er} , n (%)	21 (44,7)	8 (57,1)	13 (39,4)	0,263
Fuga P95 VNI L/min, mediana (IQR)	8, 4 (18,6)	39 (19-120)	9 (3,6-20)	0,09
CT90% con VNI, mediana (IQR)	12,1 (31,6)	69 (25-89)	9,7 (5-24)	0,18

Características clínicas de EPOCs ventilados con iVAPS. Comparación entre los pacientes respondedores y no respondedores a la alta intensidad:

Conclusiones: En base a nuestra experiencia el iVAPS es un modo de ventilación seguro y eficaz para conseguir la alta intensidad en EPOC con IRH dentro del primer mes tras la adaptación. Datos elevados de: IMC, p95 de fugas o CT90 en la pulsioximetría con VMD pueden sugerir peor respuesta a la AI. Son necesarios más estudios prospectivos y a largo plazo para poder definir si existen diferencias con el modo ST convencional en este subgrupo de pacientes y definir con seguridad las características clínicas que se asocian a una buena respuesta a la AI con iVAPS®.

795. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA (ED) Y EL ELECTROMIOGRAMA DIAFRAGMÁTICO (EMG) EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Mikel Sarasate Azkona¹, Ana Córdoba Izquierdo¹, Enric Prats Soro¹, Edelweis Anton Albiñana¹, Lluís Mateu Gómez¹, Luciana Baglivo Duarte¹, Alejandro Caravaca Puchades², Raúl Domínguez Rubio², Mónica Povedano Panades² y Eva Farrero Muñoz¹

¹Unidad de Ventilación, Servicio de Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España. ²Unidad de Motoneurona, Servicio de Neurología, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España.

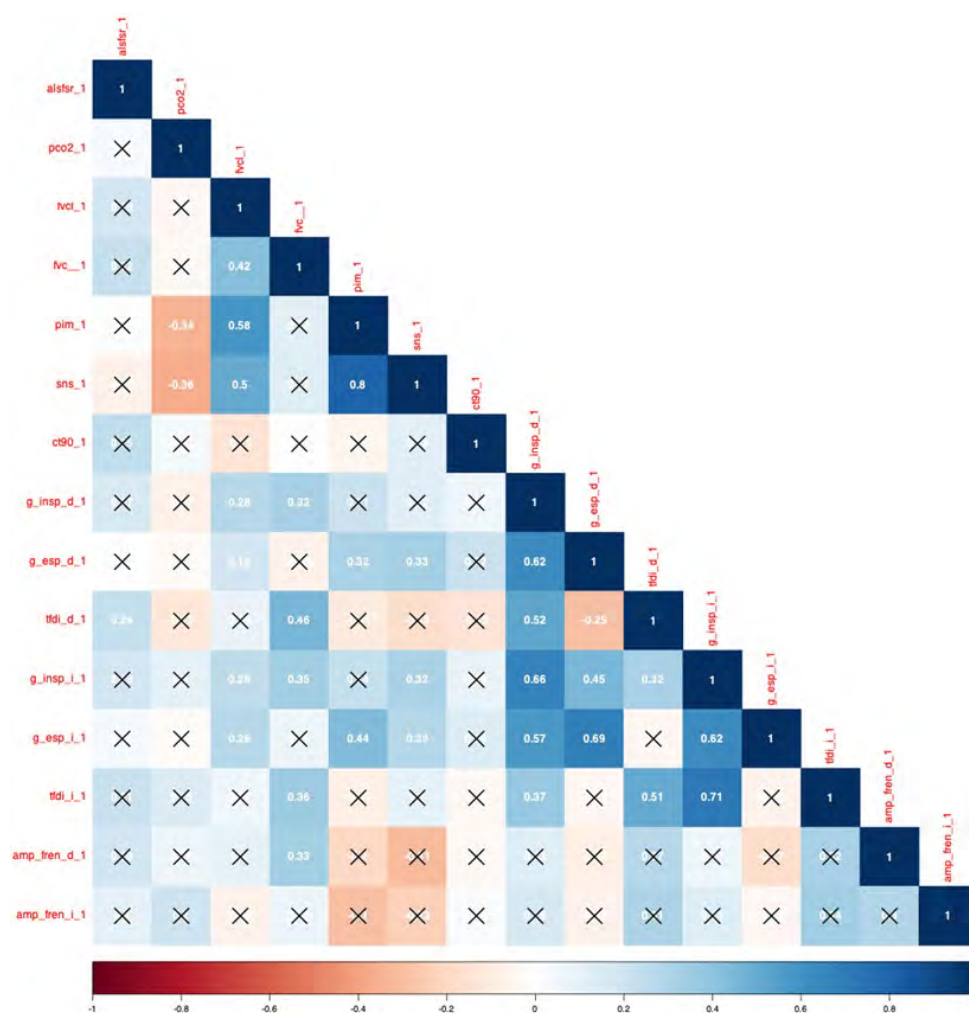


Figura 1. Comunicación 795. Gráfico de correlación de variables.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neuromuscular degenerativa cuya supervivencia está condicionada por la afectación respiratoria, y la ventilación mecánica no invasiva es la mejor terapia de soporte cuando hay afectación de la misma. La fuerza muscular respiratoria y por lo tanto la indicación de la ventilación no invasiva (VNI) se realiza mediante pruebas funcionales respiratorias (PFR), pero no todos los pacientes son capaces de realizarlas, principalmente ELA bulbares. La ecografía diafragmática (ED) es una herramienta accesible, no invasiva y con potencial utilidad para la valoración muscular respiratoria. La variable más estudiada es la fracción de engrosamiento diafragmático (TFDI). Objetivo: Estudiar la correlación entre la ED, datos de función respiratoria y Electromiograma diafragmático (EMG).

Material y métodos: Estudio transversal entre 2020 y 2023 donde se han reclutado pacientes afectados de ELA sin indicación de VMNI de forma consecutiva en la consulta multidisciplinar. Se han recogido variables descriptivas, síntomas, gasometría, PFR, oximetría nocturna, ecografía diafragmática con medición del TFDI y EMG de superficie de diafragma. Se han analizado parámetros basales y correlación entre pruebas.

Resultados: Se reclutaron 76 pacientes. Las variables sociodemográficas se muestran en la tabla. No hemos hallado correlación entre la ED y las variables gasométricas ni la oximetría nocturna. Se ha hallado una correlación estadísticamente significativa entre la capacidad vital forzada (FVC%) y la TFDI con una $r = 0,46$, pero no con la PIM ni la SNIP. El EMG no se relacionó con ninguno de los parámetros de seguimiento.

Características descriptivas	
Pacientes, n	76
Edad, media $\pm$ DE	60,2 $\pm$ 11,2
Tiempo inicio síntomas, meses	19,72 $\pm$ 17,19
ELA espinal, n (%)	65 (85,4)
Escala ALSFRS-R	36,09 $\pm$ 6,03
IMC, media $\pm$ DE	26,5 $\pm$ 3,78
PaO ₂ , media $\pm$ DE (mmHg)	106,55 $\pm$ 17,64
PaCO ₂ , media $\pm$ DE (mmHg)	37,84 $\pm$ 3,40
%FVC, media $\pm$ DE	103,75 $\pm$ 19,24
PIM, media $\pm$ DE	55,27 $\pm$ 24,45
PEM, media $\pm$ DE	60,58 $\pm$ 24,92
ODI3, media $\pm$ DE	6,39 $\pm$ 5,27
SpO ₂ , media $\pm$ DE	93,56 $\pm$ 1,90
CT90, media $\pm$ DE	6,90 $\pm$ 14,74

Conclusiones: Al evaluar ED y EMG, solo la primera muestra una correlación significativa con la FVC%, siendo además una prueba más accesible y no invasiva.

894. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA COMO TRATAMIENTO EN HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR EN PACIENTES CON FIBROSIS POS-COVID

Sarah Hussein¹, Cristina Sánchez Fernández²
y Jesús González Bermejo¹

¹Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Francia. ²Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es el tratamiento de referencia en los casos de hipoventilación alveolar de causa restrictiva. En la fibrosis pulmonar idiopática, sin embargo, su uso es discutido. Tras la pandemia COVID hemos comenzado a observar pacientes con secuelas fibrosantes pulmonares tras dicha infección no vistas previamente. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos de 10 pacientes con fibrosis pos-SDRA debido a COVID que desarrollaron hipoventilación alveolar secundaria a un síndrome restrictivo severo en los que se utilizó VMNI con el fin de analizar los parámetros de esta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un Servicio de Readaptación Respiratoria de un hospital de tercer nivel en París. Se incluyeron todos los pacientes con secuelas pulmonares pos-COVID diagnosticados por técnicas de imagen e hipoventilación alveolar ($PCO_2 \geq 45$ mmHg), con un seguimiento de 2 años. Se recogieron variables demográficas, funcionales y los parámetros de los ventiladores. Estos últimos fueron recogidos y analizados por un equipo experto en ventilación con el fin de detectar, describir y corregir las asincronías presentes.

Resultados: La edad mediana fue de 63 años (59-66), con 8 hombres y 2 mujeres. Su IMC medio fue de 27 kg/m^2 (22-28), 3 con un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$. La FVC media de 1.247 ml y el 33,7% de la teórica, lo que indica una restricción grave. El Pi máx promedio 42,4 cmH₂O (54,7% del teórico). La PaO_2 media fue de 62,8 mmHg; la $paCO_2$ de 51,4 mmHg. Su T6M promedió 56 m (9% del teórico). Todos los pacientes estaban taquipneicos al ingresar en planta. Cuatro pacientes tenían respiración abdominal paradójica, 7 pacientes presentaban ortopnea y 8 pacientes tenían utilización de músculos accesorios. Los parámetros ventilatorios promedios usados se presentan en la tabla. Al analizar las curvas del ventilador, 2 pacientes tenían fugas que dificultaban la lectura del rastro. Todos los pacientes presentaban asincronías de ritmo o ciclo y todos estaban taquipneicos.

Tabla 1 : Parametros de ventilacion

	A la inclusion n = 9	A la correction de la hipoventilacion
IPAP (cmH ₂ O)	17,3	78,42
EPAP (cmH ₂ O)	5,7	6,7
FR de la maquina	12,8	17,4
Ti min (sec)	0,66	0,65
Ti max (sec)	1,6	1,62
Vt (mL)	518,6	630
Vm	30,1	13,88
FR paciente (/min)	23,3	24,2
Cyclage = trigger e	25%	22%

Conclusiones: La VMNI es una terapia novedosa y aun no estudiada como terapia en casos de hipoventilación alveolar tras fibrosis pos-COVID, que según nuestro estudio puede ser beneficiosa en este tipo de pacientes.

924. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EPOC: ¿CUMPLEN INDICACIÓN NUESTROS PACIENTES?

Alba Esperanza Barrios¹, Sheherezade Gallego Nieto¹, José Ramón Sevilla Resúa¹, María del Puerto Cano Aguirre¹, Andrea Vivian Albuja Hidalgo¹, Susana Jahel Sánchez Luizaga¹, William Alejandro Desueza Flores¹, Cristina Antón Rodríguez² y María Soledad Alonso Viteri¹

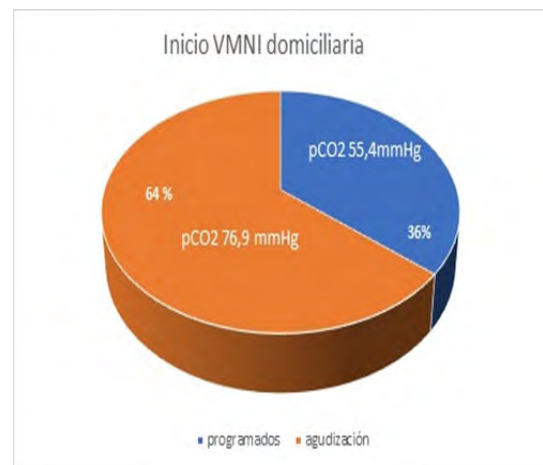
¹Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, España. ²Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

Introducción: Al contrario que ocurre con otras medidas, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) domiciliaria en pacientes EPOC

con insuficiencia respiratoria hipercápnica continúa siendo motivo de controversia a pesar de uso extendido. El objetivo principal de este estudio es valorar las indicaciones de la VMNI en nuestros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la adecuación a las principales guías clínicas de actuación.

Material y métodos: Hemos diseñado un estudio observacional, descriptivo retrospectivo, en el que hemos incluido aquellos pacientes con diagnóstico de EPOC confirmado pertenecientes a nuestro área que se encuentran en tratamiento con VMNI domiciliaria por este motivo. Se han estudiado las variables en relación con el inicio del tratamiento, así como criterios analíticos y gasométricos que limitan su indicación domiciliaria.

Resultados: En la figura se puede ver la PCO_2 media inicial y el momento inicial de VMNI en ambos grupos. La PCO_2 media realizada entre 1-3 meses tras el inicio de VMNI en ambos grupos fue de 46,1 mmHg (DE 6,1). El 54% de pacientes con inicio programado cumplieron criterios de continuidad en domicilio frente al 45,5% (p 0,214) de los que iniciaron en una agudización. Si solo se tienen en cuenta los criterios gasométricos, los valores pasan a 83,3% frente al 16,7%, respectivamente (p 0,015). Funcionalmente, los pacientes presentaban un FEV1 medio de 839,5 mL (DE 275), 34,6% (DE 14,6); clasificados por gravedad en tabla. El 33,3% los pacientes con OCFA moderada, cumplen criterio de inicio de VMNI domiciliaria, el 57,1%; en los de OCFA severo y en los OCFA muy grave el 66,7% (p 0,59).



Cómo se inició la VMNI domiciliaria en los pacientes EPOC.

FEV1 (%) según gravedad antes de inicio de VMNI				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	MODERADO	4	16,0	20,0
	GRAVE	7	28,0	35,0
	MUY GRAVE	9	36,0	45,0
	Total	20	80,0	100,0
Perdidos	Sistema	5	20,0	
Total		25	100,0	

Pacientes EPOC con ventilación mecánica no invasiva según gravedad de obstrucción al flujo aéreo.

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de nuestros pacientes EPOC con VMNI domiciliaria no cumplen criterios de continuidad según las guías, siendo mejor seleccionados cuando la iniciamos de forma programada. Aunque no hay significación estadística, impresiona que los pacientes funcionalmente más graves se ajustan más a los criterios de continuidad. Es necesario realizar estudios con una "N" más amplia para tener indicaciones con más respaldo científico y además hay tener en cuenta que es muy difícil someter a criterios

estrictos, terapias cuya prescripción se realiza en muchas ocasiones por criterios clínicos.

362. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UN HOSPITAL COMARCAL

María Gil Pradas, Sandra Reino Gelardo, Santiago Morro Mora y Alberto Saura Vinuesa

Hospital de Sagunto, Sagunto, España.

Introducción: La necesidad de VMNI es una de las causas que produce un aumento de la estancia y la mortalidad. Nuestro objetivo es evaluar el manejo de estos enfermos en las diferentes salas de hospitalización de un hospital comarcal.

Material y métodos: Se han recogido todos los pacientes ingresados en el hospital que han requerido tratamiento con VMNI del 1 de enero al 30 de junio de 2023. Se han analizado los datos con el programa SPSS.

Resultados: Se han recogido 69 pacientes que hayan precisado VMNI, el 52,2% eran varones y el 47,8% mujeres. La edad media fue de 72,5 años, siendo el 67% independientes, el 31,9% con dependencia parcial y el 1,4% totalmente dependientes. El 39,1% no habían sido nunca fumadores, el 43,5% eran exfumadores y el 17,4% eran fumadores activos. El 37,7% tomaban sedantes del SNC. Entre las mujeres el 54%. Un 27% ya había sido ventilado durante ingresos previos y el 23,2% llevaban VMNI domiciliaria. Antecedentes: el 42% eran EPOC, un 30,4% tenían AOS, 30,4% neumonía previa y el 18,8% eran portadores de OCD. Cardiológicamente un 29% tenían IC, el 7,2% cardiopatía isquémica y el 18,8% FA. El 7,2% habían tenido un ictus previo, el 65,5% eran hipertensos y un 29% padecían diabetes. En urgencias el 75,4% tenían disnea, el 36,2% expectoración purulenta, un 13% fiebre y el 30,4% cuadro confusional. Gasometría: pCO₂ media de 56,62, una pO₂ media de 75, un pH medio de 7,31 y un HCO₃ de 28,39. Radiología: el 13% tenían una condensación alveolar, el 26% afectación intersticio alveolar sugestivo de ICC y en el 29% derrame pleural. Hubo complicaciones pulmonares en el 56,5%, cardíacas el 59,4%, neurológicas el 24,6%, digestivas el 11% y renales el 17,4%. El 40,6% de los pacientes fue ubicado en UCI y el 59,4% en sala de hospitalización. Días de ventilación: 3,07 días en UCI y de 2,96 en sala. Días de estancia: en UCI 16,6, y en sala 11,28, observando diferencias entre los pacientes que se ventilaban en una sala médica (11,28) con respecto a los que estaban en salas quirúrgicas (15,5). La causa de la VMNI fue el 42% por agudización EPOC, un 23,1% por EAP, un 21,7% por neumonía y un 13% por otras causas. En un 13% se tuvo que retirar la VMNI por mala tolerancia. Fallecieron un 17,4%, la mortalidad fue menor en la sala de interna (12,5%) que en las salas quirúrgicas (33%).

Conclusiones: 1. La principal causa de VMNI ha sido la EPOC. 2. La estancia media ha sido de 11,28 días. 3. El 87% han tolerado la VMNI. 4. La estancia y la mortalidad ha sido menor cuando el paciente estaba en una sala médica.

340. VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UNA COHORTE DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

Marcos Leandro Lafarga Poyo, Miryam Artero Clemente, Mónica Vázquez Guerra, María de la Cruz Rodríguez, América Gil Fuentes y Ángel Ortega González

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VNI) ha demostrado ser un tratamiento de importancia vital en el soporte respiratorio y en pacientes con descompensación por fallo ventilatorio

agudo. La indicación en pacientes ingresados se plantea cuando exista un deterioro respiratorio acompañado de acidosis respiratoria. A menudo, los servicios neumológicos son consultados para ofrecer este soporte en pacientes añosos a cargo de Medicina Interna con un posterior seguimiento ambulatorio, sin que se conozca completamente la tasa de fracaso precoz o tardío de esta terapéutica ni la proporción de las distintas indicaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo en pacientes mayores de 70 años sometidos a VNI durante su ingreso en Medicina Interna entre junio de 2022 y junio de 2023. Se estudian variables demográficas, comorbilidad según índice modificado de Charlson, etiología por la que se inicia VNI, evolución gasométrica y tasa de éxito (normalización gasométrica: pCO₂ < 45 mmHg, supervivencia a 6 meses y ausencia de reingreso a 6 meses).

Resultados: Se evaluaron 25 pacientes (36% varones), edad media de 83 años (6,2). La etiología predominante fue la insuficiencia cardíaca (63%), la agudización de EPOC (24%) y en menor medida de causa multifactorial. Los valores gasométricos al inicio fueron: pH 7,32 (0,08) y pCO₂ 68 (13) mmHg, y al alta hospitalaria: pH 7,40 (0,02) y pCO₂ 55 (6) mmHg (tabla 1). La terapia no fue tolerada en 9 pacientes tras lo cual siguieron con oxigenoterapia en solitario un 55% y el resto CPAP. En los pacientes que la toleraron, 11 de ellos (68%) fueron dados de alta con VNI domiciliaria. A un único paciente se le retiró la terapia en la primera revisión ambulatoria. Un único paciente reingresó antes de 6 meses y 4 pacientes (36%) fallecieron antes de 6 meses tras el alta. La tasa de éxito de la terapia fue del 28%, siendo en la agudización de EPOC donde mejores resultados se obtuvieron. La tasa de fracaso fue del 72% en pacientes mayoritariamente con IC y una pCO₂ media de 69,7 mmHg después de la VNI (tabla 2). El índice de Charlson fue de 6,7 tanto en el grupo de éxito como en el de fracaso de la terapia.

Tabla 1. Valores medios de pH y pCO₂ al inicio de la terapia con VNI, al alta hospitalaria y en la primera revisión en consultas externas

	Inicio	Al alta	Revisión
pH	7,32	7,40	7,39
pCO ₂	68	55	56

Tabla 2. Éxito y fracaso de la terapia con VNI atendiendo al porcentaje, edad media, etiología más frecuente, pCO₂ media e índice de Charlson

	Éxito	Fracaso
Total	28%	72%
Edad media (años)	83,6	82,8
Etiología	EPOC (71,4%) IC (28,5%)	IC (66%)
pCO ₂ media (mmHg)	40,7	69,7
Índice de Charlson	6,7 (2,3)	6,7 (2,03)

Conclusiones: A pesar de la baja tasa de éxito de la terapia que se presenta en este estudio, la VNI en pacientes ancianos ingresados en Medicina Interna demuestra ser una herramienta útil, presentando un resultado global favorable cuando se trata de agudizaciones de EPOC y un peor desenlace en la insuficiencia cardíaca sin relacionarse con las comorbilidades.

247. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SIN CRITERIOS DE UCI/UCRI: BENEFICIOS Y CONSIDERACIONES

Rafael Sánchez Baillo, Francisco Javier Agustín Martínez, Julio Israel Merino Oviedo, Fátima Moreno Sánchez, Ana Díaz-Cordovés Menéndez, Juan Andrés Abad Gómez, Nazaret Gómez Sánchez y Raúl Hidalgo Carvajal

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España.

Introducción: Este estudio examina los beneficios, eficacia y tolerancia de dicha terapia en un grupo específico de pacientes, aquellos que no cumplen con los criterios de UCRI y UCI debido a su pluripatología o fragilidad.

Material y métodos: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo, de pacientes remitidos para valoración de interconsulta a Neumología para iniciar soporte respiratorio no invasivo, y/o que han sido desestimados para ingreso en UCRI; se han revisado las interconsultas y los pacientes con VNI fuera de UCRI entre enero y junio del 2023. Se han analizado características sociodemográficas y antropométricas, datos de gravedad clínica y gasométrica, comorbilidad, tratamiento y evolución clínica, determinando supervivencia hospitalaria y a los 3 meses de alta, así como la necesidad de tratamiento con VMNI domiciliaria.

Resultados: La n = 38 pacientes de los cuales 68% fueron mujeres y 32% hombres. La edad media fue de 75,02 años (desviación estándar DE 11,48). El 92% estaba diagnosticado de hipertensión arterial y el 47% de diabetes mellitus. El 18% padecía de cardiopatía isquémica y el 15% de enfermedad cerebrovascular. El índice de Barthel promedio fue de 73 (DE 29,22) Solo 2 pacientes tenían deterioro cognitivo leve-moderado. El 55% son obesos y el 18% obesidad mórbida. El diagnóstico inicial más frecuente fue de Insuficiencia cardiaca 36% seguido de agudización de EPOC 18%. El 92% tenían datos de encefalopatía hipercapnia. La pCO₂ media de inicio fue de 73,25 (DE 18,8) y la pCO₂ media a las 24 horas de 54,96 (DE 15,13). El 65% tuvo buena tolerancia a la VNI. El 18% de los pacientes falleció durante el ingreso y el 31% requirió de seguir con tratamiento de VNI en domicilio. La tabla 1 muestra las características de la población y en la tabla 2 los datos diagnósticos y evolución con VNI.

Tabla 1. Características de la muestra	
Variables	
n	38
sexo	31,57% hombres 68,42% mujeres
edad	75,02 (DE 11,48)
HTA	92,1%
DM	47,36%
Cardiopatía isquémica	18,42%
Enfermedad cerebrovascular	15,78%
Obesidad	26,31% no obeso, 55,23% obeso, 18,42% obeso mórbido
EPOC	34,21%
Barthel	73,94 (DE 29,22)
Deterioro cognitivo	2
Institucionalizado	23%
Índice de Charlson	5,02 (DE 2,44)
Servicio solicitante	73% Medicina Interna

Tabla 2. Variables diagnósticas y evolución con VNI	
Variables	
Trabajo respiratorio	68,42%
Alteraciones gasométricas	92,10%
Encefalopatía	52,63%
IPAP inicial	18,77 (DE 2,79)
EPAP inicial	8,43 (DE 0,92)
pH inicio	7,26 (DE 0,09)
pO ₂ inicio	76,74 (DE 30,65)
pCO ₂ inicio	73,25 (DE 18,82)
HCO ₃ inicio	32,43 (DE 6,79)
pH control 24 h	7,38 (DE 0,07)
pCO ₂ control 24 h	54,96 (DE 15,13)
Tolerancia	10,52% nula, 7,89% menos de 2 horas, 10,52% regular 3-4 horas, 65,78% buena
Continuación de VNI	31,57% continuación domicilio, 26,31% mejoría clínica, 18,42% fallecimiento, 2,31% rechazo, 18,42% falta de tolerancia
Fallecido s al año	23,68
Reingresos en 1 año	0,56 (DE 0,95)

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes que no cumplen criterios de UCI/UCRI son ancianos, obesos, pluripatológicos, leve-

mente dependientes y que ingresan principalmente con clínica de encefalopatía hipercápica e insuficiencia cardiaca. La terapia con VNI en este subgrupo de pacientes ha presentado buenos datos de tolerancia, eficacia y evolución clínica.

TABAQUISMO

696. ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Irene Hontanaya Navas, Irene Torres Arroyo, Doylith Carol García Montero, Isabel Jiménez Reyes, María Reyes Sánchez Jaldo, Ángela Ramos Pinedo, Eva Belén de Higes Martínez y María Mercedes Izquierdo Patrón

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España.

Introducción: Los programas de rehabilitación cardiaca (RC) cada vez son más frecuentes, siendo uno de sus objetivos el abandono tabáquico. Objetivo principal: Evaluar la tasa de éxito de abandono tabáquico en el programa de RC de nuestro centro. Objetivo secundario: Describir las características del paciente fumador con patología cardiovascular y analizar el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que iniciaron RC entre los años 2013-2015 tras padecer un infarto agudo de miocardio (IAM) o episodio de insuficiencia cardiaca (IC) con seguimiento posterior al menos 7 años en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Datos recogidos mediante historia clínica informatizada (SELENE, HORUS). La tasa de éxito de abandono se registró como deshabitación al menos durante 6 meses. Los nuevos eventos cardiovasculares (ECV) registrados en los 7 años de seguimiento fueron: IAM, IC, arritmia, ictus, arteriopatía periférica. Análisis estadístico: SPSS 17.0.

Características tabaquismo	N=241
Índice paquete año acumulado (media ± DS)	41.7 (23.89)
Ambiente	6 (2.5%)
Recompensa	
Positiva	9 (3.7%)
Negativa	8 (3.3%)
Ambas	10 (4.1%)
Motivación (media ± DS)	7.6 (2.9)
Autoeficacia (media ± DS)	6.3 (2.47)
Test de Fågestrom (media ± DS)	4.3 (2.52)
Test de Minnesota (media ± DS)	13.2 (8.03)
Co-oximetría 1ª visita (media ± DS)	12.3 (8.89)
Abandono	67 (67%)
No abandono	21 (21%)
Recaída	12 (12%)
Tratamiento	27 (27%)
Terapia sustitutiva de nicotina	10 (37%)
Vareniciclina	9 (33.3%)
Ambas	8 (29.6 %)

Características tabaquismo.

Resultados: Muestra de 241 pacientes, con una edad media de 59,1 años (DE 10,59), siendo el 85% hombres. Comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial 52%, dislipemia 52%, diabetes mellitus 32%, obesidad 32% y patología psiquiátrica 24,5%. Comorbilida-