



# REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



## COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA

### XVI Congreso de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID)

Madrid, 7 y 8 de abril de 2011

Jueves, 7 de abril de 2011

#### PREVALENCIA DE ERRORES DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN TRASPLANTADOS DE PULMÓN

T. Muñoz Gómez, M. Solís Muñoz, P. Ussetti Gil y M.A. Gallego Marcuello

*Consulta de Neumología; Unidad de Epidemiología; Servicio de Neumología, Hospital Puerta de Hierro, Madrid.*

**Introducción:** Objetivos: 1. Detectar la incidencia y prevalencia de los errores en la adherencia al tratamiento y a los cuidados. 2. Detectar la prevalencia de efectos adversos. 3. Conocer las medidas correctoras introducidas en la consulta.

**Metodología:** Estudio transversal realizado con 40 pacientes trasplantados de pulmón, atendidos en la consulta de enfermería de Neumología del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). Variables: datos sociodemográficos, clínicos, autocuidados y medidas correctoras. Instrumentos: entrevista, exploración física, historia clínica. Se diseñó un cuaderno de recogida de datos, que se incluyó en el programa Selene. Análisis de frecuencias y estadísticos de tendencia central y de dispersión.

**Resultados:** El 65% eran hombres. La edad fue de 19-70 años, con una mediana (DE) de 56,5 (14,7). El 63% eran casados. El 83% vivían acompañados. El 40% tenían estudios medios. El 75% tienen la incapacidad/jubilación. Las causas principales de TP fueron 33% fibrosis pulmonar idiopática, 25% EPOC y 18% fibrosis quística. El 57% fueron trasplantados bilaterales. El tiempo de trasplante fue de 2-138 meses, con una mediana (DE) 36,5 (33,4). El 80% toman triple terapia. La SatO<sub>2</sub> osciló entre 93-100%, con una media (DE) de 97% (2%). La prevalencia de HTA (tratada) es del 50%, detectándose un mal control en un 7% de pacientes y una incidencia de un 5%. Se detectó la presencia de taquicardia en un 5% de los trasplantados. La prevalencia de dislipemia (tratada) fue del 45%, de DMID del 15%, de obesidad del 2%, de sobrepeso del 30% y hubo un caso de delgadez.

**Conclusiones:** Hay una alta prevalencia de errores de tratamiento y cuidados, que ha supuesto la introducción de medidas correctoras en: espirometrías, alimentación, cuidados odontológicos, higiene y cuidados de la piel, autoregistro, vacunaciones y tratamiento farmacológico. Además, se ha detectado una prevalencia alta en efectos adversos, relacionados principalmente con el tratamiento

inmunosupresor (triple terapia, mayoritariamente). En la consulta de enfermería de trasplante pulmonar se puede mejorar la educación para la salud de los trasplantados de pulmón, su seguimiento, la detección de efectos adversos, así como errores de tratamiento y cuidados, siendo posible la introducción de medidas correctoras que minimizan las complicaciones del paciente trasplantado.

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA Y UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE SUEÑO. UTILIDAD DE UN CONTESTADOR AUTOMÁTICO

R. Chorro Fito, S. Carrasco Gómez, R. Galindo Vinagre, C. Gil Collantes, T. Díaz Cambriles, M.J. Díaz de Azauro Rodríguez de los Ríos, J. Muñoz Méndez y A. Hernando Sanz

*Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Introducción:** Los pacientes con síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS) generan un elevado número de consultas (valoración, registros, inicio del tratamiento y seguimiento). De ahí la importancia de la coordinación entre los distintos niveles profesionales dentro de la Unidad Multidisciplinar de Sueño (UMS). Objetivo: conocer la utilidad de disponer de un contestador automático las 24 h, en una consulta de una UMS.

**Metodología:** Se registraron todas las llamadas hechas al contestador automático de la consulta de la UMS desde el 1 de septiembre de 2009 hasta el 30 de octubre de 2010. Las enfermeras de la UMS diseñaron una hoja de recogida de datos con las siguientes variables: sexo, fecha de la llamada, motivo de la llamada y fecha de la resolución. Todos los días se revisaron las llamadas recibidas para su valoración y resolución.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, se atendieron en la UMS 1.937 pacientes: 1.105 pacientes de nuevo diagnóstico y tratamiento y 832 pacientes sucesivos. Se recibieron 290 llamadas (15%) en el contestador, 104 (35,9%) realizadas por hombres y 51 (17,6%) realizadas por mujeres. Los motivos de la llamada fueron: relacionadas con las citas en la UMS o en el especialista de área, 100 (34,5%), relacionados con el registro, 17 (5,9%), asuntos burocráticos, 11 (3,8%), efectos secundarios del tratamiento, 9 (3,1%), llamadas confundidas, 9 (3,1%), asuntos relacionados con el tratamiento médico, 8 (2,8%), no se entendió el mensaje, 6 (2,1%), asuntos relacionados con la lista de espera para la realización del

registro, 5 (1,7%), no dejan mensaje, 125 (43,1%). Todas las llamadas fueron resueltas por el personal de enfermería el mismo día de su realización, excepto cuatro que se resolvieron al día siguiente.

**Conclusiones:** Menos de la séptima parte de los pacientes atendidos en la UMS genera una consulta adicional de enfermería, siendo el motivo más frecuente el relacionado con las citas y sin requerir la presencia de facultativos.

### VALORACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE CPAP

M. Ruiz Valle, A. Naranjo San Miguel, A. Valiño Risco, C. Prieto Navas, I. López Serrano, M.J. del Estal López, L. Varela Ramos y M.T. Ramírez Prieto

*Hospital Infanta Sofía, Madrid.*

**Introducción:** El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es una patología de alta prevalencia, siendo una de las principales causas de derivación a la consulta de Neumología. Para facilitar el cumplimiento del tratamiento con CPAP, se ha creado en nuestro hospital (Hospital Infanta Sofía de Madrid) una consulta de enfermería de control de CPAP, donde se revisan los pacientes a los que se les ha prescrito una CPAP.

**Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes vistos en dicha consulta durante 15 meses, desde junio de 2009 hasta septiembre de 2010. Mediante el programa informático estadístico SPSS se han analizado las variables sexo, edad, adaptación, número de visitas, número de llamadas, semanas de adaptación y motivo de consulta, así como la relación de la adaptación, semanas de adaptación y número de llamadas con el resto de variables.

**Resultados:** Se incluyó a 686 pacientes, 72% varones, edad media  $59 \pm 13$ , se consiguió la adaptación en un 89%, semanas de adaptación mediana 4 (1-48), número de visitas 1 (1-8), número de llamadas 0,29 (0-4), el motivo más frecuente fue el humidificador 24%. Se observó relación estadísticamente significativa entre la adaptación y la edad ( $p 0,023$ ), el número de llamadas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Se obtuvo un alto porcentaje de adaptación en una mediana de adaptación de 1 mes. En la mayoría de los casos solo se precisó una visita en la consulta y solo un 21% de pacientes realizaron llamadas. El motivo de consulta más frecuente fue el humidificador, que se tuvo que añadir hasta en un 51%, por lo que tal vez si se prescribiera de inicio facilitaría la adaptación. La mascarilla es fundamental en la adaptación.

### ¿QUÉ VALOR APORTA LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SAHS?

L. Pareja Hernández, M. Jiménez Marcos, P. Jiménez Martínez y P. Perpiñá Lozano

*Hospital Infanta Leonor, Madrid.*

**Introducción:** El abordaje del SAHS se enfrenta inevitablemente a la desproporción existente entre la demanda asistencial del problema y los recursos disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Es necesaria la incorporación en el proceso del equipo de enfermería. Su papel es fundamental en el control y seguimiento de estos pacientes, de ahí la creación de una consulta a tal fin. Nuestro objetivo ha sido valorar qué grado de control y qué beneficios aporta la consulta de enfermería al paciente con esta patología.

**Metodología:** Se realizó un estudio longitudinal descriptivo observacional, sobre un grupo de 72 pacientes visto en la consulta desde marzo a diciembre de 2010. Se utilizaron unos indicadores generales y otros específicos, relacionados con las necesidades de seguimiento y educación para la salud que presentaban dichos pacientes.

**Resultados:** Se obtuvieron los siguientes resultados: pacientes adaptados 84,72%, no adaptados 13,88%, con somnolencia 28,76%, con aumento de peso 38,88%, aumento de Epworth 27,77%, elevación TA 25%, problemas con el dispositivo 37,5%, pacientes que precisaron consulta a los 6 meses con el facultativo 61,11%, a los

3 meses 20,83%, en 1 mes 9,72%, consulta inmediata 4,16%, pacientes a los que se les solucionaron problemas con el dispositivo 37% y los pacientes que necesitaron refuerzo, ya sea educación para la salud o manejo del CPAP, un importante 73,61%. Solo un 2,77% abandonó el tratamiento.

**Conclusiones:** Según los datos recogidos se evidencia claramente la necesidad de una intervención enfermera en un espacio relativamente corto de tiempo, actuando como filtro, detectando posibles complicaciones y realizando una labor docente.

### CONSUMO MATERNAL DE TABACO Y EMBARAZO

T. García Rico<sup>a</sup>, P. Vaquero Lozano<sup>b</sup>, S. Solano Reina<sup>b</sup>, A. Calatrava Romero<sup>a</sup>, A. Martínez Hernández<sup>a</sup>, R. Sendra Tomás<sup>a</sup>, A. García-Tenorio Damasceno<sup>c</sup> y J.I. de Granda Orive<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Consulta de Obstetricia; <sup>b</sup>Unidad de Tabaquismo, CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

<sup>c</sup>CS Los Yébenes: Área 7, Madrid. <sup>d</sup>Servicio de Neumología, Hospital de Valdemoro, Madrid.

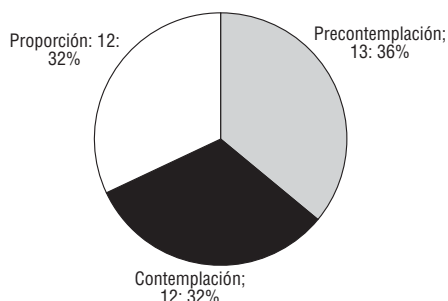
**Introducción:** Son bien conocidos los efectos nocivos del consumo de tabaco durante el embarazo. El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia, actitudes y práctica del consumo de tabaco durante el embarazo, y analizar la eficacia del consejo sanitario en pacientes que acudieron a consulta de Obstetricia.

**Metodología:** Se incluyeron 230 mujeres, que acudían a consulta por primera vez para control y posterior seguimiento del embarazo. Se les realizó cuestionario, se les facilitó consejo sanitario para el abandono y se entregó folleto informativo. A las pacientes fumadoras se les hizo seguimiento del hábito tabáquico y se validó el resultado.

**Resultados:** La media de edad era de 30,39 años. No habían fumado nunca 144, eran ex fumadoras 49 y fumadoras 37, con un consumo medio de 10,44 cigarrillos/día. La edad de inicio en el consumo se situaba en torno a los 17 años. En cuanto a si habían recibido consejo para dejarlo, y por quién, los resultados se muestran en la tabla. La fase en la que se encontraban se muestra en la figura. El tiempo que tardaban hasta encender el primer cigarro era: 30 mn, 27. Después del seguimiento los siguientes resultados en las pacientes fumadoras fueron los siguientes: dejaron de fumar 22; disminuyeron consumo 14; igual consumo 1.

Médico primaria	5 (13,5%)
Enfermera primaria	4 (10,8%)
Matrona	4 (10,8%)
Ginecólogo + enfermera	20 (54,10%)
No consejo	4 (10,8%)

**Conclusiones:** 1. El consejo sanitario procedía en la mayoría de los casos del Ginecólogo y la enfermera, en contraste con AP. 2. Mediante consejo sanitario, más folleto informativo, dejaron de fumar el 60%. 3. El consumo de tabaco en el periodo prenatal y postnatal constituye un problema relevante en la población estudiada. 4. Dependencia leve/moderada. 5. Escasa motivación. 6. Estos resultados resaltan la necesidad de desarrollar programas de cesación tabáquica centrados en este subgrupo de mujeres.



## HÁBITO TABÁQUICO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

D. Ariza Cañero<sup>a</sup>, P. Vaquero Lozano<sup>a</sup>, S. Solano Reina<sup>a</sup>, A. García-Tenorio Damasceno<sup>b</sup>, M.A. Ortega Orduñez<sup>c</sup>, I. Navarro Rubio<sup>c</sup>, O. Solorzano Estallo<sup>c</sup>, E. Jiménez López<sup>c</sup> y A. Torralbo Estrada<sup>c</sup>

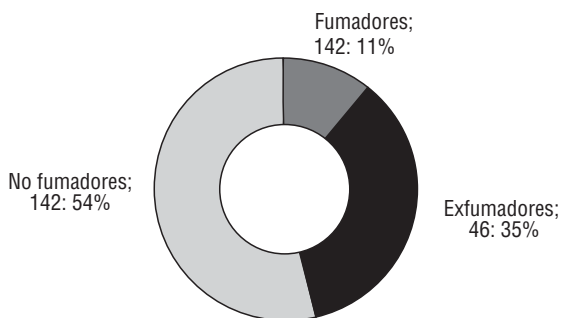
<sup>a</sup>Unidad de Tabaquismo; <sup>c</sup>UCAR, CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

<sup>b</sup>CS Los Yébenes, Área 7, Madrid.

**Introducción:** Se dispone de evidencia científica suficiente para afirmar que existe una estrecha relación entre el consumo de tabaco y la enfermedad cardiovascular, y además se ha constatado una clara relación dosis/respuesta. En pacientes con cardiopatía isquémica, el abandono del tabaco se ha asociado con una reducción del 36% de mortalidad. Por tanto, el abandono del tabaco es un componente clave en la prevención de la ECV secundaria a su consumo. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia, actitudes y práctica del hábito tabáquico en los pacientes nuevos derivados a la Unidad de Cardiología de Alta Resolución de nuestro centro.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el que se incluyeron 1.311 pacientes en total, con una media de edad de 67,5 años. En la hoja de recogida de datos se incluyeron 7 ítems sobre la historia de tabaquismo a la población objeto del estudio.

**Resultados:** De los pacientes estudiados, 701 eran hombres y 610 mujeres (figura). Con una media de consumo de 12,56 cig/día, aunque 3 de los pacientes fumaban puros, 1 en pipa y 3 porros. Solo 25 tenían intención de dejar de fumar. En cuanto a los factores de riesgo que presentaban los fumadores, estos se recogen en la tabla. La fase de abandono en que se encontraban era: acción, 1; preparación, 5, y contemplación, 19.



Factores de riesgo	Pacientes
Hipertensión arterial	47 (33,10%)
Dislipemia	37 (26,10%)
HTA + dislipemia	29 (20,40%)
HTA + diabetes	14 (9,85%)
HTA + diabetes + dislipemia	9 (6,33%)
Diabetes	5 (3,52%)
Diabetes + dislipemia	1 (0,70%)
Total	142

**Conclusiones:** 1. La prevalencia de consumo, es considerablemente menor que la población general española. 2. Moderado consumo de cigarrillos. 3. Escasa motivación. 4. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la HTA. 5. La reducción del riesgo de reincidencia, progresión de la enfermedad y complicaciones cardiovasculares avala la prioridad de introducir estrategias sobre tabaquismo en este subgrupo de pacientes.

## PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE CON EPOC EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA. RESULTADOS PRELIMINARES

M.C. Mata Hernández, A. Cachinero Murillo, J.A. Rupérez Granados, M. Solís Muñoz, A. Trisán Alonso y M. Aguilar Pérez

Servicio de Neumología, Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.

**Introducción:** El desarrollo de la hospitalización domiciliaria en la agudización de EPOC surge como una alternativa al intento de racionalizar el gasto sanitario por hospitalización de estos pacientes, sin menoscabo de la calidad asistencial. Los responsables del programa son una enfermera a tiempo completo y una neumóloga a tiempo parcial. Las actividades de enfermería dentro del programa tienen un peso importante, tanto en el seguimiento de la evolución del paciente en el domicilio, como en las actividades educativas relacionadas con la concienciación de su propia enfermedad, optimización de la técnica inhalatoria, adherencia al tratamiento prescrito, enseñanza de ejercicios de fisioterapia respiratoria, etc.

**Objetivos:** 1. Dar a conocer en qué consiste el Programa de Hospitalización Domiciliaria en el Paciente con EPOC, que se está desarrollando en el hospital. 2. Dar a conocer los resultados preliminares del Programa de Hospitalización Domiciliaria en el Paciente con EPOC.

**Metodología:** Estudio de cohortes prospectivo con pacientes incluidos en el Programa de Hospitalización Domiciliaria, que habían estado hospitalizados por agudización de EPOC en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid). El Programa de Hospitalización Domiciliaria en el Paciente con EPOC incluye: 1. Captación de pacientes (criterios de inclusión). 2. Reclutamiento (firma del consentimiento informado). 3. Inicio de actividades educativas para el alta precoz. 4. Visitas domiciliarias (seguimiento clínico y actividades educativas): al día siguiente del alta por neumólogo y enfermera, visitas de seguimiento por enfermera hasta alcanzar objetivos clínicos y educativos, última visita por neumólogo y enfermera. Variables: sociodemográficas, clínicas, manejo técnica inhalatoria. Instrumentos: historia clínica, entrevista, exploración física, evaluación técnica inhalatoria. Análisis de frecuencias y estadísticos de tendencia central y de dispersión.

**Resultados:** El 76% eran hombres. La edad fue de 53-84 años, con una media (DE) de 67,6 (10). Los hombres tenían edad media de 73,7 (10,3) y las mujeres 56,8 (4,5). Excepto uno, todos son o han sido fumadores: el 35% son fumadores activos, el 35% son ex fumadores de menos de 10 años y el 24% son ex fumadores de 10 o más años. El 41% presentaban HTA, el 18% diabetes mellitus, el 18% dislipemia y un caso de insuficiencia cardíaca congestiva. El índice de Charlson varió de 1 a 9, siendo la media de 3. Excepto un paciente con asma + LCFA, todos los pacientes tenían EPOC, dos de grado I, 4 de grado II, 1 de grado 3 y 9 de grado IV. Excepto uno, todos los pacientes tenían disnea, 5 grado 1, 5 grado 2, 5 grado 3 y 1 grado 4. Excepto un paciente, que fue captado y dado de alta precoz desde Urgencias, el resto permanecieron ingresados una media de 5 días (2-10). La media de estancia en hospitalización domiciliaria es de 9 días (5-18). La media de visitas domiciliarias es de 4 (2-10). En el seguimiento dos pacientes presentaron Neumonía (a los 8 y 18 días de la hospitalización domiciliaria), que requirió atención en Urgencias y reingreso hospitalario, en ambos casos. Excepto uno, todos los pacientes se fueron de alta precoz con tratamiento inhalador: el 53% con inhaladores presurizados y en polvo seco, el 24% solo con inhaladores presurizados y el 18% solo con inhaladores en polvo seco. El 53% de los pacientes tenía oxigenoterapia crónica domiciliaria. Al inicio del programa solo un 38% de los pacientes con inhaladores presurizados y un 25% en polvo seco realizaban la técnica inhalatoria correctamente. Al final del programa realizaba la técnica correcta, en ambos casos, el 100%.

**Conclusiones:** La estancia hospitalaria media de estos pacientes ha disminuido de 11 (media de estancia en nuestro centro) a 5 días (media estancia en pacientes con hospitalización domiciliaria). Se ha objetivado la optimización de la técnica inhalatoria en la totalidad de los pacientes.