

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

46 ESTUDI PILOT ALEATORITZAT SOBRE L'EFICÀCIA DE LA FISIOTERÀPIA RESPIRATÒRIA EN LA BRONQUIOLITIS VRS (+) EN EL NEN MENOR DE 12 MESOS HOSPITALITZAT.

Primera comunicació guanyadora

Autors: López N, Estela J, Valiente A, Bosque M, Ortigosa L.
Institució: Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell.

INTRODUCCIÓ

La bronquiolitis aguda és una malaltia viral de les vies respiratòries inferiors causada pel Virus Sincitri Respiratori (VSR). Afectant a 3 de cada 100 lactants en les zones urbanes (5%), essent la causa més freqüent d'hospitalització. El procés patològic altera l'intercanvi normal de gasos en el pulmó creant una hipoxèmia, que pot aparèixer precoçment.

OBJECTIUS

Avaluar l'eficàcia i la seguretat de la fisioteràpia respiratòria en la bronquiolitis aguda (VSR+) en el nen menor de 12 mesos hospitalitzat. Demostrar que la fisioteràpia respiratòria utilitzant les tècniques basades en espiracions lentes redueix les necessitats d'oxigen del lactant amb bronquiolitis i ajuda a evitar les sobreinfeccions respiratòries.

MATERIALS I MÈTODES

Estudi prospectiu, aleatoritzat, de recerca terapèutica que ha estat pilot. Criteris d'inclusió: nens diagnosticats de bronquiolitis VSR+ amb criteris d'hospitalització i menors o igual a 12 mesos. Aleatoriament s'ha designat un grup actiu (A) o passiu (B). Al grup actiu (A) se li ha realitzat la fisioteràpia respiratòria aplicada segons tècniques espiratòries lentes, un cop al dia durant 5 dies o fins a l'alta, el grup B era el control. Una valoració dels dos grups amb un score al primer i al cinquè dia d'ingrés (o a l'alta si era abans). L'estudi estadístic: prova t de Student per comparacions de paràmetres quantitius (disminució d'score, dies d'oxigen...) i khi quadrat per qualitius (oxigen).

RESULTATS

En l'estudi s'ha obtingut 50 nens, 26 grup A i 24 grup B, 20 nenes (40%) i 30 nens (60%), rang d'edat dels 12 dies als 365 dies (mitjana 99,88 dies), score de gravetat (0 a 12 punts) al primer dia: 5,85 grup A i grup B 5,33; al cinquè dia: grup A 2,46 i grup B 2,79; la disminució de l'score de grup A -3,4 i grup B -2,5 (p-valor = 0,175). Necessitats total d'oxigen al grup A: 57,7% i el grup B: 75,0% (p-valor = 0,2), el grup A va portar una mitjana de 2,77 dies d'oxigenoteràpia i el grup B de 2,54. 7 nens: 4 grup A i 3 grup B van presentar una clínica compatible de sobreinfecció respiratòria, 4 amb confirmació radiològica 2 del grup A i 2 del grup B.

COMENTARIS

Creiem que la fisioteràpia respiratòria en el tractament de la bronquiolitis VSR+ s'hauria d'incloure dins de la pauta terapèutica convencional del lactants ingressats. Encara que els resultats no han estat estadísticament significatius, sí que s'observa una tendència a la millora en el grup que ha rebut fisioteràpia respiratòria en comparació al que no n'ha rebut (s'hauria d'augmentar la grandària de la mostra), sobretot en les necessitats d'oxigen i en l'aparició de complicacions. El grup de nens que han rebut fisioteràpia tenen scores al cinquè dia millors que els que no n'han rebut tot i que a l'ingrés presentaven scores de més gravetat.

NOTA

Projecte becat per la SOCAP

47 INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

Segunda comunicació guanyadora

Autors: Calpena M¹, Pereira M¹, González A¹, López A¹, Gich I².
Institució: ¹Servei de Pneumologia; ²Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ. La EPOC es una de las enfermedades crónicas con un gran impacto social. La educación e instrucción en estos pacientes son fundamentales ya que cuantos más conocimientos tengan acerca de su enfermedad más se implicarán en sus autocuidados.

OBJETIVOS. 1) Valorar los conocimientos que los pacientes con EPOC ingresados por agudización tienen acerca de su enfermedad, tratamiento, pruebas diagnósticas y signos de alarma. 2) Analizar si después de una intervención de enfermería mejoran su nivel de conocimientos y si esta mejora se mantiene a los 3 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio descriptivo prospectivo realizado de junio a septiembre de 2005. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que ingresaron en la Unidad por agudización de EPOC, las variables analizadas: conocimientos de la enfermedad, tratamiento, pruebas diagnósticas, signos de alarma y actuación ante los signos de alarma; se les pasó un cuestionario basal de 23 ítems (6 acerca de conocimientos enfermedad, 10 acerca de conocimientos del tratamiento y pruebas diagnósticas, 1 acerca de los signos de alarma y 6 de actuación ante los signos de alarma, la puntuación máxima es de 23 puntos, también se evaluó la técnica inhalatoria, total 60 puntos). Se realizó una intervención de enfermería con el libro "Controlando la EPOC" y se analizaron los conocimientos al alta y a los 3 meses.

RESULTADOS. La muestra es de 45 pacientes, 43 (96% M); 2 (4% F). Edad: 71 ± 7 (53-87) años. VEMS%: 35% ± 15% (13-65%).

Procedencia: 17 (39%) urgencias; 16 (36%) hospital de día. Comorbilidad: 16 (41%) HTA; 10 (26%) Diabetes; 20 (54%) Cl. 44 (98%) realizan terapia inhalada; 25 (50%) llevan O2 domiciliario; 9 (21%) son portadores de VNI.

Cuestionario conocimientos: puntuación basal: 17 ± 3; al alta: 20 ± 2; a los 3 meses: 20 ± 1,5; la relación entre puntuación ingreso-alta: p = 0,000; ingreso-3 meses: p = 0,000; alta-3 meses: p = 0,752.

Terapia inhalada: basal: 53 ± 7; alta: 58 ± 6; a los 3 meses: 58 ± 4,5. Relación basal-alta: p = 0,000; basal-3 meses: p = 0,000; alta -3 meses: p = 0,555.

Conocimientos signos de alarma: basal: ahogo 45 (100%); cambios en la expectoración 23 (51%); al alta: ahogo 45 (100%); expectoración 41 (91%); fiebre 20 (44%); a los 3 meses: ahogo 43 (95,5%); expectoración 37 (88%); fiebre 23 (51%). Actuación ante los signos de alarma: basal 31 (69%) avisaría al médico o acudiría a urgencias, al alta: 37 (82%); a los 3 meses: 40 (89%).

CONCLUSIONES. Los pacientes de nuestro estudio tienen una EPOC grave, ingresan mayoritariamente de ucias y hospital de día. 1) Tienen unos conocimientos correctos acerca de su enfermedad, tratamiento y pruebas diagnósticas, no acerca de los signos de alarma. 2) Mejoran sus conocimientos de forma significativa después de una intervención educativa, esta mejora se mantiene a los 3 meses.

48 INTENSIDAD DE CUIDADOS EN EL PACIENTE EPOC REAGUDIZADO EN UNA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA

Autors: Calpena M¹, Pereira M¹, González A¹, Sánchez A², Valls C², Cadenas R², Gich I².
Institució: ¹Servei de Pneumologia; ²Subdirecció d'Infermeria; ³Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ. La revisión de los registros de enfermería permite evaluar diferentes aspectos de la atención, entre ellos las intervenciones de enfermería.

OBJETIVOS. Conocer: 1) La intensidad de cuidados directos realizados a los pacientes con EPOC reagudizado en diferentes momentos del proceso de atención. 2) Las actividades realizadas más prevalentes. 3) Índice de gravedad de los pacientes. 4) Nivel de mejora de los pacientes. 5) Nivel de realización de informes de alta.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio descriptivo y prospectivo. Población y muestra: todos los pacientes ingresados por reagudización EPOC, periodo de julio a octubre de 2005. Las variables del estudio: edad, sexo, estancia media, comorbilidad, índice de gravedad, gasometría (ingreso/alta), tiempo de actividades de cuidados directos aplicados en el ingreso, al 4º día y día de alta, realización del informe de alta de enfermería. Además, para conocer la asignación de tiempos promedio de cada actividad se han cronometrado las actividades técnicas y el resto por consenso entre profesionales de los 3 turnos. Índice de gravedad se obtiene en función del VEMS. Nivel de mejoría valorado a través de gasometría inicial y al alta.

RESULTADOS. El total de pacientes estudiados ha sido de 41. Sexo: 39 (95% M); 2 (5% F). Edad: 70 ± 8 (52-87) años. EM: 10 ± 6 (3-29) días. Comorbilidad: 15 (36%) HTA; 6 (15%) Diabetes; 16 (39%) Cl; Índice de gravedad (VEMS): 34% ± 12 (18-63%).

	gasometría inicial:	gasometría alta:	p
ph	7,37 ± 0,5 (7,15-7,49)	7,40 ± 0,04 (7,40-7,50)	0,156
PO ₂ mmHg	62 ± 13 (37-90)	66 ± 10 (46-88)	0,202
PCO ₂ mmHG	57 ± 15 (34-96)	52 ± 11 (34-71)	0,022

Tiempo de actividades de cuidados directos (TACD) día ingreso: 4 horas (Máx: 2,1 Min: 6). TACD al 4º día: 3 horas (Máx: 2 Min: 4,5). TACD día alta: 1,5 horas (Máx: 1 Min: 4). Actividades más prevalentes: Día ingreso: Explicar al paciente/familia (100%); Acogida (97,5%); Observar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria (97,5%). Al 4º día: Información del paciente (83%); Observar coloración de piel y mucosas (83%); Valoración neurológica (80%). El día del alta: Instruir en nivel adecuado de actividad (51%); Instruir en signos y síntomas de alarma (61%). Informes de alta realizados (76%).

CONCLUSIONES. Los pacientes EPOC del estudio tienen unos valores VEMS que se corresponden con una EPOC grave. 1) Las acciones más prevalentes en el ingreso son las de valoración del estado del paciente y explicación, al 4º día información, valoración e instrucción y al alta la instrucción. 2) La intensidad de cuidados es mayor el día del ingreso y va disminuyendo hasta el día de alta. 3) Consideramos satisfactoria la realización de informes de alta y los comentarios al alta.

49 ABSTINENCIA TABÀQUICA A LOS 4 AÑOS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN

Autors: Esquinas C, Lara B, Aldabó I, Torres A, Agustí C.

Institucions: Servei de Pneumologia. Institut del Tòrax. Hospital Clínic. IDIBAPS. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. Barcelona.

OBJETIVOS

1) Evaluar la abstinencia tabáquica a los 4 años del inicio del tratamiento de deshabituación tabáquica en una unidad especializada. 2) Identificar los factores predictivos de abstinencia tabáquica a largo plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron de forma prospectiva a 68 pacientes que acudieron a la consulta de deshabituación tabáquica del servicio de Neumología de nuestro centro durante el 2002. Se les realizó una entrevista telefónica para valorar la abstinencia a los 4 años del inicio del tratamiento. En el caso de los pacientes no abstinentes se les interrogaba sobre el motivo de recaída, tiempo máximo de abstinencia y el consumo actual. Se compararon datos clínicos, Richmond, Fagestrom, tipo de tratamiento de deshabituación, intentos previos, edad de inicio, CO basal, consumo y patología de base entre el grupo de pacientes que permanecían abstinentes a largo plazo y el grupo que no eran abstinentes.

RESULTADOS

De los 68 pacientes que acudieron a nuestra consulta durante el 2002 se contactó por teléfono con 56 pacientes (82,3%). Pacientes abstinentes a los 4 años: n = 19, 34%. Pacientes no abstinentes: n = 34, 59%. Éxito: n = 3. Se identificaron los siguientes factores predictivos de abstinencia a largo plazo: sexo masculino (hombres abstinentes 45% vs. mujeres 32%, p < 0,05). Tratamiento farmacológico para la deshabituación: 38% abstinentes vs. pacientes sin tratamiento 0% (p < 0,05), pacientes con patología torácica: 46% vs. pacientes sin patología de base 33% (p < 0,05). Existía una tendencia hacia la significación en aquellos pacientes con una motivación y una concentración de CO mayores. Un 75,7% recayeron durante los tres primeros meses. Un 22,7% desde los 3 a los 6 meses y un 3% a partir de los 6 meses. Las principales causas de no abstinencia: recaída (75,7%), depresión (15%) más frecuente en mujeres, otros (9%). El 75% de los no abstinentes afirmaban haber reducido el consumo y el 15% accedieron a volver a citarse en el programa para un nuevo intento.

CONCLUSIONES

1) Un 34% de los pacientes que acudían a una unidad especializada permanecían abstinentes a los 4 años. 2) La mayoría de pacientes recayeron en los 3 primeros meses. 3) En el sexo masculino, el hecho de haber recibido tratamiento farmacológico de deshabituación y tener una patología torácica de base son factores predictivos de abstinencia a largo plazo.

NOTA

Patrocinado: RED RESPIRA. RED GIRA. Marató TV3 2003. Beca SOCAP Area tabaco 2005. Beca FUCAP 2004

50 EL PAPER DE LA INFERMERIA EN LA REALIZACIÓN DE LA FIBROBRONCOSCÒPIA PEDIÀTRICA

Autors: Bas del Espinar P, Alastrue L, Ramirez F, Bosque M, Asensio de la Cruz O, Carrau E.

Institució: Unitat d'Al·lèrgia i Pneumologia Pediàtrica. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell.

OBJECTIUS. Donar a conèixer el paper de la infermeria pediàtrica pneumològica en la realització de la fibrobroncoscòpia (FB) sota sedació conscient.

MATERIAIS I MÈTODES. Per a la realització del procediment es requereix un espai (sala insonoritzada i llum tènue on es procura donar un ambient de tranquil·litat), material adequat (pulsioxímetre, material de RCP i medicació) i dues infermeres especialitzades en pneumologia pediàtrica. La seqüència que se segueix es:

- 1) Informació del procediment.
- 2) Signar consentiment informat per part dels pares.
- 3) Ingress del nen a l'hospital de dia pediàtric.
- 4) Revisió de l'estat general del nen.
- 5) Canalització de via perifèrica.
- 6) Administració de la 1a dosi de midazolam endovenosa i de lidocaïna nasal.
- 7) Trasllat del nen a la sala de fibrobroncoscòpies.
- 8) Immobilització del nen, col·locació cànula nasal per l'administració d'oxigen en una de les dues fosses nasals, deixant l'altra fosa nasal lliure per al fibrobroncoscopi.
- 9) Col·locació pulsioxímetre i administració endovenosa de midazolam i fentanil.
- 10) Cura de l'estat general del nen, control de constants, administració de la medicació.
- 11) Instrumentalització de la fibrobroncoscòpia.
- 12) Finalitzat el procediment, neteja i desinfecció de l'aparell.
- 13) Control de l'estat del nen posterior a la fibrobroncoscòpia.

RESULTATS. Entre els anys 2000 i 2005 hem realitzat un total de 100 fibrobroncoscòpies, 48 nenes i 52 nens d'edats compreses entre 2 dies i 16 anys (mitjana de 3,5 anys), visitats en la unitat d'al·lèrgia i pneumologia pediàtrica. Les indicacions per a la pràctica de l'FB: patologia de la via aèria superior (estridor, sorolls inspiratoris, tiratge supraesternal...) 55; patologia de la via aèria inferior. (TBC, asma, condensacions, immunodeficiències, cos estrany...) 45. Els diagnòstics: laringotraqueomalàcia 25; estenosi subglòtica 3; cos estrany 9; granuloma 11; TBC 6; estenosi endobronquial 4; broncomalàcia 9; fistula traqueo-esofàgica 6; estenosi endobronquial inflamatòria 6; hemosiderosi 1; estenosi per càustics 1; compressió extrínseca 9; control traqueostomia 5; normals 19; s'han practicat 25 rentats broncoalveolars. Les complicacions manifestades han sigut desaturacions que es van solventar augmentant l'oxigen i retirant el fibrobroncoscopi.

CONCLUSIONS. La fibrobroncoscòpia pediàtrica sota sedació conscient realitzada amb personal qualificat i en un lloc adequat és un procediment segur i útil en el diagnòstic de la patologia respiratòria. El personal d'infermeria juga un paper fonamental i imprescindible tant durant la realització de la fibrobroncoscòpia, instrumentant i controlant l'estat general del nen, com donant suport emocional als pares i creant un ambient de tranquil·litat i confiança.

51 COMPRESIÓ D'UN FULLET IL·LUSTRATIU SOBRE FISIOTERÀPIA RESPIRATÒRIA EN PACIENTS AMB MPOC

Autors: Alcañiz M, Gimeno M, Avilés B, Coderch J, Sendra M, Sendra S.

Institució: Unitat de Pneumologia; Servei de Medicina Interna. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Hospital de Palamós.

INTRODUCCIÓ

La fisioteràpia respiratòria (FR) ha demostrat la seva utilitat en la millora de la qualitat de vida, capacitat funcional i dispena dels pacients amb MPOC. Aquest tractament acostuma a ser supervisat per garantir una correcta realització. Existeixen alguns textos explicatius sobre FR. No coneixem estudis que hagin validat l'efectivitat i comprensibilitat d'aquests textos.

OBJECTIUS

Validar la comprensió d'un fullet il·lustratiu sobre FR en pacients amb MPOC.

MÈTODES

1a fase: dissenyem un fullet il·lustratiu amb 23 exercicis representats per figures característiques. 2a fase: contactem telefònicament amb 109 pacients de les consultes d'MPOC, de manera aleatòria, i els citem a una primera visita. 1a visita: es van recollir les dades identificatives dels pacients, nivell sociocultural i estat cognitiu, se'ls va ensinistrar en la realització de 23 exercicis d'FR utilitzant el fullet il·lustratiu, i se'ls va citar 1 mes més tard. 2a visita: es va valorar el grau de comprensió del fullet mitjançant un test, contrastat amb la correcta realització de l'FR.

RESULTATS

Dels 109 pacients reclutats, 65 van acudir a la primera visita i 35 van completar l'estudi. La mitjana de comprensió del fullet va ser del 95,3%, rang 86,1% - 100%. La majoria dels pacients van considerar les figures fàcils i expressives. No hi va haver diferències significatives en la comprensió en funció de les variables estudiades (Taula 1).

TAULA 1

Edat (rang)	62 (47- 90)
Sexe (dona/ home)	8 / 27
Nivell sociocultural (baix / mitjà / alt)	42% / 36% / 21%
Nivell cognitiu (conservat / deteriorat)	30 / 5
Viu acompanyat / sol	34 / 1
GOLD (I / II / III)	41% / 41% / 18%

CONCLUSIONS

El nivell de comprensió del nostre fullet va ser, en general i per a cadascun dels exercicis, alt. Les il·lustracions van resultar clares i expressives. La participació dels pacients amb MPOC va ser baixa.

52 INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE ESPIROMETRÍAS

Autors: Gonzalez Perea S, García Cerdán MR, Rios MA, Gorrindo C.

Institució: Centro de Atención Primaria. ABS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

Mediante un problema de colaboración donde la enfermera realiza actividades de tratamiento y control de patología respiratoria, se realiza una valoración de necesidades de enfermería e intervenciones de prevención y promoción de la salud.

OBJETIVOS

Aumentar el autocuidado de la persona atendida. Establecer las intervenciones necesarias de prevención y promoción de la salud según su edad, sexo o problema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los pacientes que acuden al centro, a la consulta de espirometría de mayo de 2003 a mayo de 2004, se recogen hábitos higiénico-dietéticos, cumplimiento terapéutico, estado vacunal, patología crónica y hábitos tóxicos (tabaco y alcohol). Si es necesario se vacuna y se realiza educación sanitaria.

RESULTADOS

Se estudiaron 158 pacientes, con una media de edad de 56 años (DE: 16,5), el 61% eran hombres. Entre los motivos de la realización de espirometrías había 26 (17%) para seguimiento de asma, 40 (25%) de EPOC y 92 (58%) para diagnóstico. Presentaban obesidad 56 (35,4%) de estos, todos recibieron consejo dietético, fumaban 76 (48%), de los cuales el 96% recibieron consejo antitabaco. Estaban correctamente vacunados del tétanos el 74%. De los 41 (26%) no vacunados, recibieron vacuna 4 (9,8%). Estaban vacunados de gripe 45,6% y de pneumococo el 31%. Se vacunaron aquellos que aceptaron recibir vacuna. Realizaban tratamiento inhalatorio 48 (30,4%) de los pacientes, 34 (21,5%) realizan la técnica incorrectamente por lo que reciben educación sanitaria.

CONCLUSIONES

Los problemas de colaboración (realizar la técnica de espirometrías) son una opción para realizar el proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

53 COMPARACIÓ DE TRES TIPUS DIFERENTS DE PROVES DE MARXA I INCREMENTAL EN SUBJECTES SANS

Autors: Vilaró J, Sánchez N, Hernando C, Gimeno E^{1,2}, Balañá A^{1,3}, Romero D.

Institucions: ¹EUIF Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona; ²Servei de Pneumologia i Alergia Respiratòria, Hospital Clínic. IDIBAPS. Universitat de Barcelona. Barcelona; ³UFISS Respiratòria. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

Les proves de marxa són freqüentment utilitzades en la clínica per a l'avaluació de la capacitat d'exercici en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). La resposta fisiològica ha estat estudiada en pacients però no es té coneixement del comportament en individus sans ni existeixen equacions de referència per a totes elles.

MATERIALS I MÈTODES

En aquest estudi es varen realitzar en dies separats tres proves de marxa: 1) prova de marxa de sis minuts (6MWT); prova de marxa de vint minuts o no límit (WTNL); Shuttle test (Shut) i prova d'esforç incremental amb cicloergòmetre (PEIC). 52 subjectes sans (edat 71 ± 5 anys, talla $1,64 \pm 0,09$ m, pes 72 ± 13 Kg, IMC $25,6 \pm 3$, FEV₁: $96 \pm 17\%$ pred).

RESULTATS

Durant les proves no s'observaren diferències entre l'FC final de les proves de marxa (123 ± 17 , 120 ± 13 , 123 ± 16 ppm) 6MWT, WTNL i Shut respectivament, però sí entre elles i la PEIC (140 ± 19 ppm, $p < 0,05$). La fatiga i la dispnea finals van ser més elevades en la WTNL i en la PEIC respecte a les altres dues proves ($p < 0,05$), en ambdós casos. La mitjana de velocitat de marxa de la 6MWT i WTNL i la de l'últim període completat de Shut no va presentar diferències significatives que poguessin suposar intensitats de càrrega diferents.

CONCLUSIONS

Concloem que en subjectes sans, les proves marxa suposen càrregues similars però inferiors a les proves incrementals. La prova de marxa sense límit suposa un treball de resistència elevat que es veu reflectit en la fatiga i la dispnea acumulada. Per tant, podria ser un prova a tenir en compte en l'avaluació de la capacitat de resistència i fatiga dels pacients amb MPOC.

NOTA

Finançat per: SOCAP infermeria i fisioteràpia 2004-05