

SECCIÓN 2

PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON ENFERMEDAD RENAL HOSPITALIZADA

Coordinadores:

Rodolfo Crespo Montero

Rafael Casas Cuesta

El ingreso hospitalario supone una experiencia desconocida y con frecuencia estresante para los pacientes y su entorno familiar, siendo un momento clave para dar información, orientar el cuidado y satisfacer sus necesidades. Derivado de la valoración inicial al ingreso, se establecerá un plan de cuidados individualizado en función del proceso de enfermedad y del estado que presente el paciente, teniendo en cuenta que, durante el tiempo de hospitalización, va a pasar por una situación cambiante, en el que será imprescindible individualizar y modificar el plan de cuidados inicial, en función de su evolución.

Aspectos como la correcta alimentación, la adherencia terapéutica y la observación de unas correctas medidas de higiene corporal, son conocimientos fundamentales a reforzar en los pacientes renales, independientemente de la etapa en la que se encuentren en el momento del ingreso hospitalario. Además, en los pacientes que inician o necesitan hemodiálisis, será fundamental aplicar los cuidados específicos relacionados con el acceso vascular, como los cuidados pre y post quirúrgicos de la fístula arteriovenosa o los cuidados durante la colocación de un catéter venoso central transitorio. Requieren también cuidados específicos la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas como la arteriografía, pielografía anterógrada o estudios isotópicos, y especialmente la biopsia renal; sin olvidar la posibilidad de que el paciente necesite cuidados paliativos en fase terminal.

El cambio de turno es un momento esencial para garantizar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente hospitalizado. La información transmitida debe de ser correctamente organizada mediante el trabajo en equipo y el diseño de canales de comunicación eficaces y efectivos.

Recepción de la persona con enfermedad renal en la unidad de hospitalización

Mónica Brazález Tejerina | M^a Jesús Rollán de la Sota

INTRODUCCIÓN

El ingreso hospitalario supone una experiencia desconocida y con frecuencia estresante para los pacientes y su entorno familiar. Para que el periodo de adaptación a esta nueva situación sea lo más corto posible, será necesario la implicación de todo el personal sanitario. Desde la perspectiva enfermera, el ingreso hospitalario y recepción de los pacientes en las diferentes unidades implica el primer encuentro con el paciente y/o sus cuidadores, convirtiéndose en ocasiones en un momento clave para dar información, orientar el cuidado y satisfacer sus necesidades al llegar al servicio.

Así mismo, se deberá garantizar el alojamiento del paciente en condiciones razonablemente dignas, asegurando en todo momento la confidencialidad de la información clínica, el respeto a la intimidad y la seguridad del paciente, así como la humanización de los cuidados, en un medio no siempre propicio para ello.

OBJETIVOS

- › Favorecer la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible, con un trato humano, empático y personalizado.
- › Proporcionar una adecuada información al paciente y/o familia.
- › Realizar una óptima valoración al ingreso del paciente y el consiguiente plan de cuidados.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- › Conocer los derechos y deberes de los pacientes, así como las normas de funcionamiento y los procedimientos de ingreso del centro hospitalario.

- › Conocer y manejar los recursos y herramientas informáticas de cuidados del centro.
- › Proporcionar información al paciente y su familia sobre el centro y su unidad.
- › Poseer los conocimientos que permitan realizar una adecuada valoración del paciente al ingreso, identificando sus necesidades y elaborar su plan de cuidados.
- › Establecer una relación empática con el paciente y su familia.
- › Manejar una situación de estrés emocional, crear clima de calidez y aceptación.

PERSONAL IMPLICADO

- › Enfermera/o, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y celador.

MATERIAL NECESARIO

- › Ropa: Pijama o camión y bata.
- › Material de aseo y baño.
- › Pulsera de identificación, así como de riesgo de caídas si precisara.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

- ▶ Hoja informativa sobre las normas de la unidad.
- ▶ Registro de valoración inicial y plan de cuidados.
- ▶ Documentación clínica (historia clínica, registros de enfermería, órdenes de tratamiento, etc).
- ▶ Material para la exploración física del paciente (monitor multiparamétrico, báscula, tallímetro, etc).

▶ DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Reciba e identifique al paciente llamándolo por su nombre, presentándose con nombre y categoría profesional, y colóquele la pulsera identificativa.
2. Acomode al paciente en la habitación realizando una valoración del entorno seguro (mobiliario e instalaciones preparados y en buen uso).
3. Proporcione al paciente la ropa y utensilios de aseo personal e instrúyalo sobre el manejo de las instalaciones de la habitación.
4. Presente al paciente los compañeros de la habitación, así como al resto del personal encargado de su atención.
5. Recomiende al paciente que entregue los objetos de valor a la familia o el personal de seguridad.
6. Informe tanto al paciente como a la familia/cuidador sobre las normas de funcionamiento de la unidad y del centro, facilitándole el folleto informativo de la unidad.
7. Compruebe la documentación clínica y órdenes de tratamiento.
8. Recabe toda la información necesaria para confeccionar la historia de enfermería del paciente.
9. Realice la valoración inicial de enfermería y posterior plan de cuidados según modelo de cuidados de cada institución.
10. Realice un correcto lavado de manos antes y después de cada intervención directa con el paciente.
11. Controle y registre en gráfica las constantes vitales del paciente (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, glucemia en diabéticos, etc).
12. Registre, si fuera necesario: fecha y hora del ingreso, datos de filiación (nombre y apellidos, número de historia, unidad de procedencia, etc) y motivo del ingreso.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ▶ Realizar la valoración del entorno seguro al ingreso.
- ▶ Realizar valoración del riesgo de caídas al ingreso.
- ▶ Colocación de pulsera identificativa de riesgo de caídas, si procede.

▶ OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- ▶ Es obligatorio intentar preservar al máximo la intimidad del paciente, tratarle con respeto y asegurar la confidencialidad de la información.
- ▶ El contenido de la información debe estar coordinado entre los profesionales del equipo de salud para evitar contraindicaciones en el proceso informativo.
- ▶ Recuerde que la información con respecto a la evolución del proceso patológico por el que ha ingresado, corresponde por ley al médico responsable del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso R. Aspectos psicosociales del enfermo renal. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 29-38.
- Faraldo-Cabana A, Ibáñez-Rebé M, Río-Rodríguez M, Esteban-Polonio C, Lope-Andrea T, Muñoz-Jiménez D. Frecuencia de los diagnósticos de enfermería en el primer ingreso del paciente con un trasplante renal reciente. *Enferm Nefrol.* 2017;20(1):76-81.

- Pelayo R, Rojo M, Martín O. Actuación de enfermería ante el paciente hospitalizado. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 79-94.
- Pérez-Giraldo B, Guevara-Lozano M, Sánchez-Herrera B, Arroyo-Marlés LP. Transforming Hospital Admission Into a Nursing Care Occasion. Revista Colombiana de Enfermería. 2019;18(3):e013.
- Proceso Asistencial Integrado. Tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica avanzada: diálisis y trasplante renal. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2015 [consultado 08 Sep 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195716a6e6_dialisis_trasplante_renal_junio_2016.pdf
- Salces E, del Campo MC, Carmona, MC. Guía de diagnósticos enfermeros del paciente en hemodiálisis. (Interrelaciones NANDA- NOC -NIC). SEDEN. 2017.

Planificación de cuidados de enfermería

Patricia Arribas Cobo | Pilar Díaz de Argote Cervera |
Elena Herrera Martín | Marian Bernabé Villena

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería que recibirá el paciente durante su hospitalización, constituyen la esencia del cuidado integral, de calidad y personalizado que se debe conseguir en todo paciente que ingresa en la unidad de hospitalización nefrológica por cualquier motivo. Así mismo, se deberá garantizar el alojamiento del paciente en condiciones razonablemente dignas, asegurando en todo momento la confidencialidad de la información clínica, el respeto a la intimidad y la seguridad del paciente, así como la humanización de los cuidados, en un medio no siempre propicio para ello.

Para conseguir este objetivo, es imprescindible desde el primer momento, establecer un plan de cuidados individualizado en función del proceso de enfermedad y del estado que presente el paciente, derivado de la valoración inicial que se le haya realizado al mismo al ingreso; para definir qué cuidados específicos va a necesitar, y qué procedimientos específicos debemos aplicar, sin olvidar la función educativa inherente a los cuidados integrales de enfermería, para cubrir las necesidades de información que tenga el paciente sobre su proceso, dando respuesta adecuada a todas las incertidumbres que se le presenten.

» OBJETIVO

Diseñar un plan de cuidados individualizado que responda a las necesidades detectadas, a su enfermedad y estado de salud, para ofrecer al paciente una atención de enfermería integral durante el periodo de estancia en la unidad de hospitalización.

COMPETENCIAS

- » Planificar el plan de cuidados estandarizado o individualizado según las necesidades del paciente.
- » Evaluar los resultados de las intervenciones planificadas.

- » Modificar el plan de cuidados según la evolución del proceso patológico.
- » Establecer una relación empática con el paciente y su familia.

» PERSONAL IMPLICADO

- » Enfermera/o.

» MATERIAL NECESARIO

- » Historia del paciente.
- » Registros específicos.
- » Programa informático, en su caso.
- » Documentación de enfermería.
- » Herramientas de valoración (escalas de dependencia, estado de nutrición, test calidad de vida...).

» DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Preséntese al paciente con nombre y categoría profesional.
2. Compruebe la identidad del paciente.



Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

3. Realice la valoración de las necesidades del paciente según el modelo seguido por su centro de trabajo.
4. Valore el nivel de dependencia del paciente, para establecer el grado de colaboración del mismo en su autocuidado.
5. Desarrolle un plan de cuidados en función del motivo de ingreso y del estado físico-clínico del paciente, que cubra todas sus necesidades.
6. Verifique los procedimientos de enfermería a seguir en la aplicación de los cuidados.
7. Informe al paciente sobre los cuidados que le vaya a aplicar.
8. Evalúe el plan de cuidados en función de la evolución del paciente, haciendo las modificaciones necesarias en el mismo.
9. Resuelva las dudas que el paciente y/o el familiar puedan presentar utilizando un lenguaje claro, sencillo y comprensible para crear un clima de seguridad y confianza donde el paciente se encuentre confiado y pueda expresar sus dudas y temores.
10. Registre la actividad realizada, fecha y profesional que lo realiza.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Identificar a pacientes en situaciones de riesgo:
 - Fragilidad.
 - Edad avanzada.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Presencia de comorbilidades (hipertensión arterial, Diabetes Mellitus).
 - Infecciones activas.
 - Situaciones de desnutrición.
 - Riesgo de caídas.
- Valorar la situación de acompañamiento en pacientes dependientes.

▸ OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- Tan importante como garantizar la seguridad o la administración del tratamiento es garantizar el confort y comodidad del paciente durante su estancia en el hospital.
- Se debe adaptar el plan de cuidados de enfermería respetando en lo posible las horas de descanso del paciente.
- Crear un clima de intimidad donde el paciente se sienta seguro y pueda expresar sus expectativas, dudas y temores.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso R. Aspectos psicosociales del enfermo renal. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso ediciones; 2012:29-38.
- De Francisco ALM, Burriel Ruiz C, Casillas Meléndez C et al. Lesión Renal Aguda Poscontraste Yodado. En: Lorenzo V, López Gómez JM. (Eds). Nefrología al día. 2023 [consultado 08 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/193>
- García Montemayor V, Sanchez-Agosta Martínez M, Álvarez de Lara MA. Ajuste de Fármacos en la Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V, López Gómez JM. (Eds). Nefrología al día. 2020 [consultado 02 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/325>
- Lorenzo Sellarés V, Luis Rodríguez D. Alteraciones Nutricionales en la Enfermedad Renal Crónica (ERC). En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. 2022 [consultado 10 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/274>
- Menezo R. Cuidados dietéticos en la insuficiencia renal. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso ediciones; 2012. p. 95-110.
- Pelayo R, Rojo M, Martín O. Actuación de enfermería ante el paciente hospitalizado. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 79-94.

Cuidados de enfermería a la persona con enfermedad renal hospitalizada

Patricia Arribas Cobo | Pilar Díaz de Argote Cervera |
Elena Herrera Martín | Marian Bernabé Villena

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería que recibe el paciente nefrológico durante su hospitalización, deben responder a un plan de cuidados individualizado desarrollado a partir del proceso de enfermedad que ha motivado el ingreso, y del estado que presenta el paciente.

Durante el tiempo de hospitalización, el paciente va a pasar por una situación cambiante, en el que será imprescindible individualizar y modificar el plan de cuidados inicial, en función de su evolución.

» OBJETIVOS

- » Aplicar los cuidados de enfermería planificados para cada paciente que permita darle una atención de enfermería individualizada durante el período de hospitalización.
- » Adecuar el plan de cuidados diseñado para el paciente hospitalizado, en función de la evolución del paciente.

COMPETENCIAS

- » Planificar el plan de cuidados estandarizado o individualizado según las necesidades del paciente.
- » Evaluar los resultados de las intervenciones planificadas.
- » Modificar el plan de cuidados según la evolución del proceso patológico.
- » Preparar al paciente para las diferentes pruebas complementarias o Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS).

» PERSONAL IMPLICADO

- » Enfermera/o y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

» MATERIAL NECESARIO

- » Documentación de enfermería (historia, hoja de planes de cuidados, prescripción de medicación, formato de registros y observaciones).
- » Monitor de toma de tensión arterial.
- » Termómetro.
- » Material de curas.
- » Tratamiento farmacológico prescrito.
- » Material sanitario, según necesidades (sondas, sueros, equipos de perfusión catéteres venosos periféricos).
- » Información sobre la situación de enfermedad renal, si precisa.

» DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Recabe información de enfermería sobre el estado del paciente mediante el procedimiento de cambio de turno.
2. Compruebe la identidad del paciente.
3. Preséntese al paciente con nombre y categoría profesional.
4. Realice una primera visita al paciente a su cargo, para verificar su estado general, previo lavado de manos.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

5. Valore la situación actual del paciente tomando constantes vitales según prescripción o necesidades del paciente, revisando apósitos, drenajes, vías periféricas o centrales, sondajes, etc, controlando específicamente:
 - Tipo de dieta prescrita y la vía de administración.
 - Diuresis, indicando si el paciente es portador de sonda vesical.
 - Peso corporal.
 - Ritmo intestinal.
 - Glicemia, si procede.
6. Establezca, de acuerdo al plan de cuidados diseñado para el paciente, los cuidados a realizar para la consecución de los objetivos planteados, modificando dicho plan en función de los cambios experimentados en el paciente.
7. Informe al paciente de los cuidados que le vaya a aplicar.
8. Informe al paciente y/o familiar sobre la realización de pruebas diagnósticas que tenga programadas.
9. Realice los cuidados previos y posteriores a cada exploración complementaria practicada, de acuerdo a sus procedimientos específicos.
10. Si procede, aplique los cuidados de enfermería de los accesos tanto vasculares como peritoneales de los que sea portador para realización de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS): catéteres, fístula arteriovenosa.
11. Revise con el médico responsable del paciente su situación clínica.
12. Resuelva las dudas que presente el paciente, utilizando un lenguaje claro y comprensible, educándole en los aspectos de su enfermedad en los que pueda dispensarse autocuidados.
13. Compruebe que el material utilizado en la aplicación de cuidados queda desechado en los contenedores dispuestos a tal fin.
14. Registre las actividades realizadas, fecha y profesional que las ha llevado a cabo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- › Identificar a pacientes en situaciones de riesgo durante su ingreso:
 - Fragilidad.
 - Edad avanzada.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Presencia de comorbilidades (hipertensión arterial, Diabetes mellitus).
 - Infecciones activas.
 - Situaciones de desnutrición.
 - Riesgo de caídas.
- › Aplicar metodología segura en la administración de medicamentos. Vigilar especialmente dosis de medicación en función de situación de función renal o la aplicación de medidas de seguridad ante la necesidad de administración contrastes para pruebas de imagen.
- › Valorar la situación de acompañamiento en pacientes dependientes.

› OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- › Una hospitalización siempre provoca una alteración en el estado de emocional del paciente, por lo que es importante ayudarlo a asumir su propia enfermedad y los cambios que de ella se deriven.
- › Es importante adaptar el plan de cuidados de enfermería respetando, en lo posible, las horas de descanso del paciente.
- › Hay que crear un clima de intimidad donde el paciente se sienta seguro y pueda expresar sus expectativas, dudas y temores.
- › Es preciso insistir en aquellos aspectos en que se note deficiencias de conocimientos, para evitar déficits de autocuidados y/o incumplimiento del régimen terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- De Francisco ALM, Burriel Ruiz C, Casillas Meléndez C et al. Lesión Renal Aguda Poscontraste Yodado. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. 2023 [consultado 02 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/193>
- García Montemayor V, Sanchez-Agosta Martínez M, Álvarez de Lara MA. Ajuste de Fármacos en la Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V, López Gómez JM. (Eds). Nefrología al día. 2020 [consultado 01 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/325>
- Menezo R. Cuidados dietéticos en la insuficiencia renal. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 95-110.
- Pelayo R, Rojo M, Martín O. Actuación de enfermería ante el paciente hospitalizado. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso ediciones; 2012. p. 79-94.
- Sánchez Villar I, Lorenzo Sellares V. ¿Se infectan más los catéteres tunelizados para hemodiálisis cuando los pacientes ingresan en el hospital?. Enferm Nefrol. 2019;22(3):266-73.
- Sola MT. Aspectos éticos del cuidar. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso ediciones; 2012. p. 25-8.

Educación a la persona con enfermedad renal: dieta, medicación e higiene

Carolina Rubiella Rubio | Estefanía Rojas Serna |
Patricia Morante Herrera

INTRODUCCIÓN

Aspectos tales como la correcta alimentación, la adherencia terapéutica y la observación de unas correctas medidas de higiene corporal, son fundamentales para controlar el progreso de la enfermedad renal en el paciente que aún no ha comenzado tratamiento sustitutivo, y para prevenir complicaciones que deterioren el estado clínico del mismo. Las alteraciones de los parámetros nutricionales en el paciente con enfermedad renal crónica son sumamente frecuentes, siendo la malnutrición calórico-proteica de alta prevalencia y de etiología multifactorial en la mayoría de los casos. Dentro del cuidado integral de enfermería que es necesario prestar al paciente renal hospitalizado, y especialmente en aquellos centros en los que la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) no está implantada, es muy importante dotar al paciente y/o cuidador de los conocimientos necesarios sobre estos importantes aspectos del autocuidado, fundamentales para la evolución del proceso de su enfermedad, pues la participación del paciente y familia en su proceso de autocuidado resulta imprescindible para garantizar su observancia dietética, su adherencia terapéutica y las normas de higiene.

OBJETIVOS

- › Proporcionar a la persona con enfermedad renal en cualquiera de sus estadios conocimientos suficientes y adecuados que le permitan llevar a cabo los autocuidados referidos al manejo higiénico-dietético y farmacológico de su enfermedad.
- › Conseguir una buena adherencia al tratamiento sustitutivo renal y farmacológico tanto como a las medidas higiénico-dietéticas enseñadas.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- › Conocer los aspectos fundamentales de la dieta del paciente renal en cualquiera de sus estadios y saber individualizarlos a cada paciente.

- › Educar al paciente y a su principal cuidador a identificar alimentos recomendados y alimentos a evitar y cómo cocinarlos (el remojo y técnicas de cocción de verduras y legumbres que conlleven a la eliminación del agua de cocción).
- › Conocer las indicaciones, efectos adversos e interacciones con la dieta de la medicación específica del paciente renal, adecuados a su patología concreta.
- › Evaluar el nivel de conocimientos del paciente acerca de los hábitos higiénico-dietéticos y tratamiento prescrito que son más adecuados en cada etapa de la evolución de su enfermedad.
- › Informar sobre los signos de alarma más habituales (como la sobrehidratación, hiperpotasemia, pérdida de apetito, reacción adversa a un fármaco...) y cómo identificarlos para que nos lo pueda comunicar y saber cómo actuar.
- › Evaluar periódicamente la adhesión a la dieta y el tratamiento teniendo en cuenta



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

la ganancia de peso inter-diálisis, descompensaciones frecuentes del estado de salud con necesidad de ingreso, tolerancia a las diálisis.

PERSONAL IMPLICADO

Enfermera/o.

MATERIAL NECESARIO

- Historia clínica (parámetros analíticos, si ya está o no en terapia renal sustitutiva (TRS), ganancia de peso interdiálisis en caso de pacientes en diálisis, tratamiento farmacológico prescrito, situación psico-social del paciente, pluripatología como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial...).
- Registro de enseñanza.
- Báscula, tallímetro, medidor de pliegues, screening nutricional, metro de modista.
- Material de apoyo: folletos, póster, vídeo, programas interactivos, grupos de apoyo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Preséntese al paciente con nombre y categoría profesional.
2. Infórmese mediante entrevista al paciente y/o cuidador, sobre los hábitos higiénicos y nutricionales del paciente, así como su conocimiento sobre la medicación que tiene prescrita y su grado de cumplimiento en el régimen terapéutico.
3. Valore el estado nutricional del paciente en función de medidas antropométricas y analíticas.
4. Valore la necesidad de modificar los hábitos dietéticos, higiénicos o de adherencia terapéutica, en función de las valoraciones realizadas previamente, y del estado actual del paciente.
5. Establezca un programa o calendario de sesiones educativas dirigidas a dotar al paciente y/o cuidador de los conocimientos necesarios para adquirir unos hábitos higiénico-dietéticos y de adherencia terapéutica adecuados.

6. Suministre al paciente material de apoyo impreso, para facilitar la asimilación de la información transmitida y para que pueda realizar futuras consultas.
7. Interroge al paciente para verificar que ha comprendido las explicaciones recibidas.
8. Registre las actividades realizadas, fecha y profesionales que las llevan a cabo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Identificar signos de alarma tales como malnutrición, sobre-hidratación, mala adherencia al tratamiento, diselectrolitiasis, etc, periódicamente.
- Reforzar la educación higiénico-dietética de forma habitual.
- Ponerse en contacto con el profesional necesario en caso de detectar alteraciones nutricionales, psicológicas o farmacológicas.

OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

DIETA

1. Un programa educativo dietético eficaz contemplará:
 - Aporte proteico y energético suficiente: en pacientes pre-diálisis ingesta energética de 30-35 kcal/kg/día y no más de 0,60 g/kg/día de proteína. En pacientes que ya han iniciado TRS: misma ingesta energética pero habrá que aumentar las proteínas a 0,80 g/kg/día.
 - Aporte de agua: evitar la sobrehidratación. Recomendado 500 ml + diuresis residual. En caso de anuria solo 500 ml/día.
 - Control de sodio (Na) y potasio (K).
 - Equilibrio calcio (Ca)/fósforo (P).
 - Aporte vitamínico.
 - Consejos dietéticos para controlar y/o disminuir los aportes de agua, Na, K, Ca y P.
 - Limitaciones en cuanto a ciertos alimentos y complicaciones derivadas de una ingesta inadecuada de los mismos.

- Síntomas precoces y premonitorios de: hiperpotasemia, edema agudo de pulmón, hipertensión. Como actuar ante ellos.
 - Recomendaciones generales, listas de composición de alimentos y menús.
2. Se tendrá en cuenta que los hábitos alimenticios se adquieren desde temprana edad y suelen estar fuertemente arraigados, por aspectos culturales, nivel socio-económico y ubicación geográfica de residencia.
 3. El aspecto psicológico influye decisivamente en el cumplimiento de la dieta. Resulta de vital importancia que el paciente la asuma más que como una suma de limitaciones, como un factor determinante en el tratamiento de su enfermedad.
 4. Planifique sesiones posteriores orientadas a:
 - Ayudar al paciente a aceptar la cronicidad de su enfermedad.
 - Facilitarle habilidades para que disfrute una vida saludable y plena.
 - Reforzar su nuevo rol social y su capacidad de gestionar su proceso vital.
 - Favorecer su autonomía.
 - Apoyar iniciativas y actividades.

■ MEDICACIÓN

1. La información será individualizada e incluirá los siguientes aspectos:
 - Objetivos del tratamiento medicamentoso en la insuficiencia renal terminal.
 - Tipos de medicación: constante o diaria, esporádica, en diálisis.
 - Trascendencia de las dosis prescritas: omisión, interrupción prematura, toma de dosis inferiores o superiores a las prescritas, horario eficiente de administración.
 - Signos de alerta: efectos secundarios, toxicidad, interacciones, efectos esperados.
 - Recomendaciones: cómo tomar la medicación, modo de conservación de los medicamentos, cómo reconocer los efectos favorables y los adversos.
2. Concretar y revisar periódicamente los fármacos y dosis prescritos, transmitiendo el riesgo que puede suponer el uso indiscriminado de los mismos.
3. Reforzar positivamente el seguimiento adecuado de las instrucciones.
4. Valoración de los posibles factores de incumplimiento terapéutico tales como:
 - Actitud psicológica del paciente: depresión, hostilidad, creencias.
 - Procedimientos de atención de enfermería al paciente hospitalizado.
 - Factores ambientales y sociales: nivel socio-económico, actividad, entorno familiar y de cuidados.
 - Régimen medicamentoso: conciliación de medicamentos, dosis, efectos secundarios, coste elevado, cambio en el régimen de vida.
 - Indicaciones complejas.
 - Ingesta hídrica elevada por las frecuentes dosis.
 - Relación entre equipo y paciente.

■ HIGIENE

Un programa educativo eficaz relativo a la higiene deberá contemplar:

1. Aparato digestivo:
 - Higiene bucal.
 - Higiene en preparación de alimentos.
 - Higiene en la digestión y evacuación.
2. Aparato cardio-respiratorio:
 - Ejercicios respiratorios y actividad física.
 - Humedad ambiental.
3. Aparato génito-urinario:
 - Higiene local.
4. Epidermis:
 - Limpieza e hidratación.
 - Prevención de las lesiones.
5. Actividad física:
 - Fomento del deporte y paseo, según capacidad.
6. Hábitos y costumbres:
 - Promoción de hobbies.
 - Consejos sobre hábitos nocivos (café, alcohol, tabaco).

BIBLIOGRAFÍA

- Ceron-Erao ML, Sánchez-Juan C. Valoración de un programa de educación alimentaria en pacientes con insuficiencia renal crónica en prediálisis. *Revista San Gregorio*. 2019;33:77-8.
- Gómez-Gutiérrez AY. Educación del paciente renal: dieta, medicación, higiene. En: Crespo R, Casas R. *Procedimientos y protocolos con competencias en enfermería nefrológica*. Madrid: Aula Médica; 2013:25-7.
- Matos G, Martín L, Álvarez B, Remón L, González J. Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Rev haban cienc méd*. 2019;18(4).
- Ojeda-Ramírez MD, Caro-Rodríguez I, Ojeda-Ramírez D, García-Pérez A, García-Hita S, García-Marcos S. Consulta de enfermería y adherencia terapéutica del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2017; 20(2):132-8.
- Sánchez MN, Merlo CA, Agud ZR, Torino JR. Valoración e intervenciones nutricionales en pacientes en hemodiálisis. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2018;38(4):244-57.

Cuidados de enfermería pre y post quirúrgicos de la fístula arteriovenosa de la persona con enfermedad renal hospitalizada

Carolina Rubiella Rubio | Estefanía Rojas Serna |
Patricia Morante Herrera

INTRODUCCIÓN

El acceso vascular (AV) es sin duda, uno de los factores que más impacto tiene en la consecución de una diálisis adecuada y en la morbi-mortalidad del paciente en hemodiálisis (HD). Entre los diferentes tipos de AV para HD, la fístula arteriovenosa (FAV) destaca como el acceso ideal, al tener el menor índice de complicaciones, ofreciendo el mayor grado de prestaciones. No en vano, está ampliamente reconocido por la comunidad científica que el disponer de una buena FAV, incide directa y positivamente en la calidad de vida del paciente y su supervivencia. Por tanto, los cuidados de enfermería destinados a conseguir que el paciente sea beneficiario de una FAV de calidad y bien desarrollada serán fundamentales. Para ello es preciso desde las etapas más tempranas llevar a cabo un buen control de todos los factores que pueden influir en el desarrollo de la misma.

OBJETIVOS

- › Preparar al paciente para su traslado a quirófano en condiciones óptimas para la construcción de la FAV.
- › Prevenir complicaciones post-intervención, que pongan en riesgo el desarrollo de la FAV.
- › Implicar al paciente en el autocuidado de su AV.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- › Conocer las características, anatómicas y fisiológicas, que posee una FAV.
- › Saber la preparación previa necesaria previa a la intervención de la FAV.
- › Buen manejo y conocimiento de los cuidados post-quirúrgicos de la FAV.

- › Identificar signos de alarma post-quirúrgicos inmediatos de la FAV.
- › Prevenir y resolver las complicaciones derivadas de la de la herida quirúrgica de la FAV.
- › Instruir al paciente y /familiar en el cuidado de la FAV y en la identificación de los signos de alarma, facilitándole para ello información oral y escrita y teléfonos de contacto en caso de urgencia.

PERSONAL IMPLICADO

- › Enfermera/o.

MATERIAL NECESARIO

- › Registro de quirófano: esquema dibujado del trayecto de la FAV, informe del cirujano vascular.
- › Historia clínica.
- › Registro de valoración y recomendaciones.
- › Tensiómetro.
- › Fonendoscopio.
- › Almohada o cojín.
- › Carro de curas.
- › Folleto informativo.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

► DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) Pre-quirúrgico

1. Preséntese al paciente con nombre y categoría.
2. Compruebe la identidad del paciente.
3. Compruebe que se ha completado el protocolo preoperatorio. Alergias, consentimiento informado firmado y analítica 48h antes con coagulación y hemograma.
4. Mantenga en ayunas al paciente.
5. Realice control de la glucemia en pacientes diabéticos.
6. Explique al paciente la técnica, resolviendo las dudas que presente sobre el proceso al que se va a someter.
7. Toma y registro constantes vitales.
8. Higiene y asepsia del miembro en el que se va a realizar la FAV.
9. Identificación del miembro escogido para la realización de la FAV mediante pulsera, a fin de evitar punciones y tomas de TA.
10. Prepare la documentación completa para el quirófano.
11. Gestione el traslado del paciente a la zona quirúrgica.

A) Post-quirúrgico

1. Valore el estado hemodinámico: constantes, hidratación, conciencia, prevenir hipotensiones bruscas.
2. Verifique la recepción del historial completo y del informe del cirujano vascular, trayecto de la FAV, incidentes en quirófano, recomendaciones y prescripción.
3. Observe el apósito y valore la presencia de hematomas o sangrado o signos de infección.
4. Descarte la presencia de vendaje compresivo.
5. Compruebe soplo y *thrill* mediante auscultación, durante las primeras 12 h c/4 h y después una vez por turno.
6. Valore pulso periférico de la extremidad portadora de FAV. Si se trata de FAV con autoinjerto vigilar igualmente el pulso pedio y la aparición de isquemia en la

extremidad de donde se ha tomado vena para el injerto.

7. Coloque la extremidad de la FAV en elevación sobre la altura del corazón para evitar edemas y compresiones y favorecer el retorno venoso.
8. Valore y controle el dolor.
9. Asegure las medidas de confort y seguridad: aconseje permanecer unas horas en reposo para evitar hipotensión.
10. Instruya al paciente y su familiar según el protocolo de educación del centro en los autocuidados de su acceso vascular, de forma que al alta sea capaz de haber comprendido los cuidados a llevar a cabo e identifique las complicaciones (trombosis e infección) y sepa cómo actuar si se presentan.
11. Ofrezca la información en lenguaje claro y adecuado a las necesidades de comprensión del paciente, facilitando además material escrito. Facilite número de teléfono de contacto de la unidad en caso de urgencia.
12. Resuelva dudas del paciente.
13. Deje constancia de la actividad y el profesional que lo lleva a cabo.
14. Cure la FAV según el procedimiento de la unidad.
15. Retirada de puntos de sutura según el estado y cicatrización de la zona, entre los 10-15 días.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- En el post-operatorio inmediato es fundamental prevenir la aparición de hipotensiones que pueden ocasionar la trombosis precoz de la FAV.
- Es importante colocar pulsera roja en el miembro portador de FAV para mejor identificación visual.
- En caso de sangrado excesivo no realizar vendaje circular compresivo que pudiese comprometer el funcionamiento de la FAV.

› Asegurar un correcto protocolo de cuidados post-quirúrgicos de la FAV para evitar infecciones.

› OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

Preservar el árbol vascular de la persona con enfermedad renal es una prioridad de enfermería. Para un buen desarrollo y óptimo funcionamiento del acceso venoso para HD resultan imprescindibles: una valoración cuidadosa de la extremidad, en general miembro superior no dominante, evitar punciones, tomas de presión arterial y traumatismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala Strub MA, Manzano Grossi MS, Ligeró Ramos JM. Fístulas Arterio-Venosas para Hemodiálisis. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. 2020 [consultado 02 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/332>
- Brazález-Tejerina M, Machi-Portalés MM, Rollán de Sota MJ. Cuidados de enfermería pre y post quirúrgico del paciente hospitalizado para la realización de FAVI. En: Crespo R, Casas R. Procedimientos y protocolos con competencias en enfermería nefrológica. Madrid: Aula Médica;2013. p. 29-30.
- Gallieni M, Hollenbeck M, Inston N, Kumwenda M, Powell S, Tordoir J, et al, for the ERBP Guideline Development Group on Vascular Access. Clinical practice guideline on peri- and postoperative care of arteriovenous fistulas and grafts for haemodialysis in adults. Nephrol Dial Transplant. 2019;34(Supp 2):ii1-ii42.
- Gándara M. El acceso vascular. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso ediciones; 2012. p. 137-58.
- Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, et al. por el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. Nefrología. 2017;37(S1):S1-192
- Miranda-Camarero MV. Cuidado de las fistulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Diálisis y Trasplante, 2010;31(1):12-6.

Colocación del catéter venoso central no tunelizado para depuración extrarrenal: cuidados de enfermería

Mónica Brazález Tejerina | Julia Hernando García |
Ángela Valer Pelarda | Pablo González Pereira

INTRODUCCIÓN

La inserción de un catéter venoso central no tunelizado (CVCNT) para acceder a las técnicas de depuración extrarrenal, es un procedimiento invasivo que puede llevarse a cabo en las unidades de diálisis, cuando se precisa un acceso inmediato para realizar una depuración urgente.

El conocimiento de los cuidados de enfermería durante la colocación de un CVNT para hemodiálisis (HD) será esencial para la coordinación necesaria entre los profesionales implicados en el procedimiento, facilitando el desarrollo del mismo.

OBJETIVOS

- › Preparar al paciente para la colocación de un CVCNT de HD.
- › Colaborar en el procedimiento de inserción del catéter para lograr un acceso vascular eficaz para la realización de una depuración extrarrenal de urgencia.
- › Prevenir las posibles complicaciones, mecánicas e infecciosas, derivadas de la técnica.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- › Conocer la preparación previa para la inserción de un CVCNT para HD.
- › Reconocer los diferentes tipos de CVCNT e indicaciones.
- › Manejar el material necesario para la colocación del CVCNT en una unidad de HD.

- › Colaborar en el proceso de preparación, colocación y fijación del catéter con el facultativo responsable.
- › Realizar los cuidados post-implantación del catéter.

PERSONAL IMPLICADO

- › Enfermera/o y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

MATERIAL NECESARIO

- › Kit de inserción: catéter, guía, dilatador, introductor, tapones.
- › Agujas intravenosas e intramusculares.
- › Jeringas de 10 ml y 20 ml.
- › Heparina.
- › Anestésico local.
- › Solución desinfectante.
- › Paño estéril.
- › Gasas estériles.
- › Aguja y sutura quirúrgicas.
- › Hojas de bisturí.
- › Solución salina.
- › Compresas para el secado de manos.
- › Batas estériles.
- › Guantes estériles
- › Gorro y mascarilla para el personal y el paciente.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

- › Bolsa para la recogida de residuos.
- › Contenedor para objetos punzantes.
- › Registro de catéteres.

› DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Verifique la identidad del paciente.
2. Compruebe que el consentimiento informado esté firmado.
3. Preséntese al paciente con nombre y categoría profesional, previo lavado de manos.
4. Tome constantes vitales previas a la técnica.
5. Prepare el material estéril en colaboración con el técnico en cuidados auxiliares en enfermería.
6. Coloque al paciente en decúbito supino para facilitar las maniobras de inserción:
 - Inserción en venas Yugular Interna y Subclavia: posición de Trendelenburg. Rotación de la cabeza en dirección contraria al punto de inserción.
 - Inserción en vena Femoral: extremidad inferior en hiperextensión, abducida y rotada externamente.
7. Colabore con el facultativo durante el procedimiento, garantizando en todo momento las condiciones de asepsia y seguridad del paciente.
8. Tras la inserción del catéter, limpie la zona con suero fisiológico y aplique nuevamente antiséptico en la zona de inserción.
9. Heparinice o salinice las luces del catéter, dependiendo de su uso inmediato.
10. Compruebe que el material utilizado es depositado en el contenedor adecuado y que la habitación quede en óptimas condiciones de orden y limpieza.
11. Registre la actividad realizada en los sistemas de información existentes: hora y profesional que lo lleva a cabo, incidencias durante el proceso y recomendaciones necesarias.
12. Coordine el control radiológico posterior a la inserción para verificar la correcta ubicación del catéter.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- › Control del estado del paciente.
- › Prevenir posibles complicaciones.
- › Colocación del paciente a la finalización de la técnica en una postura comfortable.
- › Cuidados y vigilancia post-implantación del catéter:
 - Constantes vitales.
 - Comprobación estado del apósito.
 - Observación de la zona de punción/orificio de entrada del catéter en las primeras horas.
 - Prevenir lesiones en la piel en la zona de colocación del catéter.

› OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- › En las unidades nefrológicas se implantan los CVCNT. Los CVC tunelizados para HD, se implantan habitualmente en quirófano o en radiología vascular.
- › Las complicaciones son infrecuentes, aunque se ha descrito entre otras: sangrado orificio de inserción, hematoma, punción arterial, neumotórax, neumomediastino, arritmias, embolismo aéreo, salida espontánea del catéter, rotura del catéter, etc. Todas estas complicaciones, variarán dependiendo de la localización de la vena canalizada, la experiencia, la utilización de la técnica eco dirigida y también de las condiciones clínicas y anatómicas del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Gándara M. El acceso vascular. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 137-58.
- Grupo de accesos venosos. Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular. Osakidetza. Febrero. 2015 [consultado 15 Sep 2023]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/2_recomendaciones_acceso_vascular.pdf
- Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, et al. por el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. Nefrología. 2017;37(S1):S1-192.
- Sáinz RA. Manejo de la patología infecciosa en hemodiálisis. En: Alonso R, Pelayo R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 195-206.
- Sierra R, Mendías C. Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2019;22(2):194-9.
- Sosa Barrios RH, Burguera Vion V, Gomis Couto A. Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. 2023 [consultado 02 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/326>

Información, preparación y controles de enfermería en las pruebas diagnósticas isotópicas y radiológicas invasivas

Mónica Brazález Tejerina | Julia Hernando García |
Ángela Valer Pelarda | Pablo González Pereira

INTRODUCCIÓN

La realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas como la arteriografía, pielografía anterógrada o estudios isotópicos son frecuentemente solicitadas desde las unidades de nefrología. Su uso permite un mejor diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal, así como información precisa de la anatomía y fisiología nefro-urológica.

Estos estudios radiológicos son invasivos, lo cual, implica riesgos para el paciente, así como posibles exposiciones a radiaciones de los familiares y profesionales que les atienden.

Todo ello hace necesario una correcta atención por parte del personal de enfermería: adecuada preparación del paciente, detectando las posibles contraindicaciones que pudieran existir para su realización, control los factores de riesgo y prevención de complicaciones.

Así mismo, la ansiedad y el temor, serán los diagnósticos enfermeros más frecuentes en la etapa preparatoria, siendo esencial ofrecer una información de manera programada y con tiempo suficiente para favorecer la tranquilidad del paciente.

» OBJETIVOS

- » Preparar al paciente para la realización de pruebas diagnósticas invasivas, controlando los factores de riesgo asociados a las mismas.
- » Reducir la ansiedad y temor del paciente ante la realización de pruebas diagnósticas isotópicas o radiológicas invasivas, informando adecuadamente de los aspectos más relevantes.
- » Detectar precozmente los signos/síntomas de alarma sugestivos de complicaciones derivadas de los procedimientos realizados.

» COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- » Proporcionar información adecuada al paciente y su familia sobre las pruebas isotópicas y radiológicas invasivas a realizar.
- » Realizar la preparación previa del paciente siguiendo las normas y procedimientos del centro de trabajo para pruebas isotópicas y radiológicas invasivas.
- » Aplicar los cuidados de enfermería necesarios y protocolizados, después de la realización de las pruebas isotópicas y radiológicas invasivas.

» PERSONAL IMPLICADO

- » Enfermera/o y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

» MATERIAL NECESARIO

- » Historia clínica.
- » Registros de enfermería.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

- › Termómetro.
- › Tensiómetro.

› DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Compruebe la identidad del paciente.
2. Informe al paciente y/o familiar de la prueba a realizar, explicando los aspectos más relevantes de la misma: finalidad, procedimientos empleados, duración aproximada, cuidados post-prueba.
3. Verifique los antecedentes alérgicos del paciente ante exploraciones que requieran la administración de contrastes intravenosos.
4. Prepare la historia clínica del paciente para el traslado, comprobando la cumplimentación del consentimiento informado.
5. Cerciórese que los requerimientos analíticos y dietéticos previos a la prueba se han cumplido, así como la preparación de la zona a puncionar si fuera necesario.
6. Valore el estado del paciente a su regreso a la unidad, tomando constantes vitales.
7. Compruebe que toda la historia ha sido devuelta, y consulte en ella en el registro de enfermería los posibles incidentes ocurridos durante la realización de la prueba.
8. Vigile las zonas puncionadas en busca de posibles sangrados.

9. Controle tensión arterial y frecuencia cardíaca cada hora durante las 6-8 horas posteriores a la prueba (ó según protocolo de la unidad), alertando si aparecen descensos en las cifras de tensión arterial.
10. Asegúrese tras las pielografías o arteriografías que el paciente permanezca en reposo en cama durante 24 horas.
11. Registre las actividades realizadas, fecha y profesional que las ha llevado a cabo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- › Vigilar estado hemodinámico del paciente, previniendo situaciones de hipotensión.
- › Asegurar la hidratación del paciente según necesidades o prescripción médica.

› OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- › Tras la realización de una prueba isotópica habría que realizar las siguientes recomendaciones al paciente: limitar el contacto cercano con mujeres embarazadas y niños durante las primeras 24 horas post-prueba, ingerir el volumen máximo de agua permitido y evitar el contacto con fluidos corporales durante ese tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Albillos JC, Mitjavila M, Espino M. Las técnicas de imagen en el estudio de las enfermedades nefrológicas. *Protoc diagn ter pediatr*. [Internet]. 2014 [consultado 16 May 2023];241-69. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_tecnicas_imagen_0.pdf
- Consejo de Seguridad Nuclear, Sociedad Española de Protección Radiológica y Sociedad Española de Física Médica. Documento del Foro sobre protección radiológica en el medio sanitario: Criterios de alta de pacientes y medidas para la protección radiológica del público después de tratamientos metabólicos con I-131. Octubre de 2011 [consultado 16 May 2023]. Disponible en: <https://www.csn.es/documents/10182/914805/La+protección+radiológica+en+el+medio+sanitario>
- De Francisco ALM, Burriel Ruiz C, Casillas Meléndez C et al. Lesión Renal Aguda Poscontraste Yodado. En: Lorenzo V, López Gómez JM. (Eds). *Nefrología al día*. 2023 [consultado 08 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/193>

- Gallegos A, García F, Escalada C, Ortiz JJ, Cardona J, Medina A, et al. Uso de yodo radiactivo I-131 y monitorización de radiactividad en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Nefrología*. 2014;34(3):317-22.
- Pelayo R, Rojo M, Martín O. Actuación de enfermería ante el paciente hospitalizado. En: Alonso R, Pelayo R. *Manual de enfermería nefrológica*. Barcelona: Pulso Ediciones; 2012. p. 79-94.
- Vasco A, Lacruz M, Junyent E. Hemodiálisis a un paciente en tratamiento con yodo radioactivo I-131. *Enferm Nefrol*. 2016;19(1):92-5.

Preparación/control de pruebas diagnósticas: biopsia renal

Miriam Zarzosa Mateo | Beatriz Toribio Manrique |
Manuel Luque Santiago | M^a Jesús Rollán de la Sota

INTRODUCCIÓN

La biopsia renal es una técnica exclusivamente diagnóstica e invasiva esencial para el diagnóstico del paciente nefrológico, mediante la cual se obtiene una muestra del tejido renal para estudio histológico, y así definir el diagnóstico, guiar el tratamiento y emitir un pronóstico de la enfermedad renal.

Dicha técnica no está exenta de riesgos para el paciente, pudiendo presentar complicaciones principalmente de tipo hemorrágico. La tasa de complicaciones es baja, habitualmente inferior al 5%, pudiendo minimizarse con una preparación adecuada previa a la biopsia.

La labor del equipo de enfermería es activa en todo el proceso, pues es su responsabilidad detectar posibles alteraciones y cambios en la monitorización de las constantes del paciente antes, durante y después de la biopsia, proporcionando bienestar físico y psíquico al paciente.

» OBJETIVOS

- » Unificar los criterios de actuación del personal de enfermería para todo el proceso de realización de biopsia renal: preparación y cuidados post-biopsia.
- » Unificar los registros del procedimiento de biopsia renal.
- » Determinar los aspectos a tener en cuenta en el periodo post-biopsia inmediato para la detección precoz de posibles complicaciones.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- » Conocer procedimiento de para la realización de biopsias renales: preparación, cuidados post-biopsia inmediatos y posibles complicaciones que se pueden derivar de la realización de la biopsia renal.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

- » Proporcionar información adaptada al paciente y a su familia sobre la biopsia renal y cuidados al alta.

» PERSONAL IMPLICADO

- » Enfermera/o y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

» MATERIAL NECESARIO

- » Ecógrafo con sonda convexa.
- » Guía con adaptador para sonda convexa.
- » Aguja automática.
- » Pinza.
- » Gel estéril.
- » Funda estéril (opcional).
- » Campo estéril.
- » Guantes estériles.
- » Indumentaria quirúrgica completa (opcional).
- » Mesa auxiliar de material con:
 - » Hoja de registro de constantes, tensiómetro, anestésico local, recipiente para recogida de muestras, solución desinfectante, solución

salina fisiológica, rodillo de goma, espuma o similar, cinta adhesiva.

- Recipientes para recogida de residuos y material punzante.

► DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Verifique la identidad del paciente.
2. Preséntese al paciente con nombre y categoría profesional, previo lavado de manos.
3. Preserve la intimidad del paciente.
4. Informe al paciente sobre la prueba con lenguaje claro y comprensible.
5. Confirme la cumplimentación del consentimiento informado y compruebe que estén preparados el resto de documentos necesarios (*ver apartado de seguridad del paciente*).
6. Asegúrese de que el paciente se ha duchado antes de la intervención, rasurándole si es preciso.
7. Tome sus constantes vitales.
8. Procure en lo posible al paciente, una postura confortable durante la realización de la prueba.
9. Compruebe que todo el personal que esté presente durante la prueba lleve mascarilla.
10. Coloque al paciente en decúbito prono con un rodillo bajo el abdomen elevándolo en caso de biopsiar riñones nativos. La cabeza ha de estar en posición lateral apoyada en la cama sin almohada y los brazos situados rodeando la cabeza, explicándole que, en el momento de la toma de la muestra y cuando se le indique, deberá realizar una pausa de apnea.
11. Coloque al paciente en decúbito supino si se trata de biopsiar un trasplante renal.
12. Confirme que la totalidad del material está preparado.
13. En caso de riñones nativos, descubra la espalda del paciente y, tras indicación por parte del médico de la zona a puncionar, realice desinfección con povidona yodada o clorhexidina de base alcohólica superior al 0,5%.
14. Colabore con el médico durante el proceso.

15. Vigile la tensión arterial del paciente durante el proceso.
16. Facilite el frasco para la recogida de muestra, incorporando solución salina fisiológica 0,9%.
17. Identifique la muestra, dejando constancia del día y la hora.
18. Envíe de modo inmediato la muestra y la petición de estudio al servicio de anatomía patológica.
19. Realice hemostasia de 15-20 minutos una vez finalizada la punción.
20. Desinfecte nuevamente el punto de punción colocando apósito compresivo y fijándolo con esparadrapo en forma de faja.
21. Registre la actividad, hora y profesional que la realiza.
22. Compruebe que el material utilizado se desecha en los contenedores adecuados.
23. Asegúrese de que la habitación utilizada queda en debidas condiciones de orden e higiene.

► CUIDADOS POSTBIOPSIA

1. Controle constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, dolor, estado general de paciente) cada 15 min durante la primera hora, cada 30 min durante las siguientes dos horas y cada hora durante las 4 horas posteriores. Si lo considera, respete el protocolo de toma de constantes que indique su unidad.
2. Recoja orina de 24 horas.
3. Instruya al paciente para que recoja las tres primeras micciones después de la realización de la biopsia en diferentes anaclines, observando si aparecen signos de hematuria macroscópica.
4. Mantenga al paciente en reposo absoluto durante 24 horas tras la intervención, debiendo permanecer las cuatro primeras horas en decúbito supino.
5. Avise al médico responsable si el paciente comienza con dolor lumbar, mareo, sudoración u otros signos y síntomas añadidos.

6. Vigile el apósito para detectar posibles pérdidas hemáticas.
7. Pasadas las 2 primeras horas post-biopsia, y previa tolerancia, aporte abundantes líquidos por vía oral, salvo contraindicación.
8. Controle el balance hídrico de forma estricta.
9. Inicie dieta blanda pasadas las primeras 4 horas de la intervención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- » Documentación: Consentimiento informado de biopsia renal, de transfusión de hemoderivados, solicitud de estudio anatomopatológico, listado de verificación de biopsia renal, gráfica de cuidados y constantes del paciente.
- » Pruebas analíticas previas: Bioquímica, hemograma, estudio completo de coagulación, tiempo de hemorragia, urocultivo estéril o infección controlada bajo tratamiento antibiótico.
- » Condiciones del paciente previas a la realización de la biopsia: Cifras tensionales arteriales inferiores a 160/90 mmHg, IMC inferior a 30 Kg/m², suspensión de

tratamiento antiagregante siempre que sea posible. 7-10 días antes, suspensión de tratamiento anticoagulante siempre que sea posible 3 días antes, ecografía renal previa (descarta riñón único o patología no biopsiable), ayunas 6 hora antes de la técnica y hasta 2 horas después de la técnica en ausencia de complicaciones.

» OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- » En los centros donde la biopsia renal se realice en quirófano, la enfermera de nefrología preparará al paciente para la realización de la prueba y tras la intervención, al regreso del paciente a la unidad, pondrá en marcha el procedimiento de cuidados post-biopsia.

Es importante conocer las complicaciones que pueden aparecer después de la biopsia renal:

- Hematuria macroscópica.
- Dolor en zona de punción.
- Formación de fístula arteriovenosa.
- Hematoma perirenal.
- Infección, absceso renal, septicemia...
- Más raramente pueden presentarse ruptura renal, laceración aórtica o arterial renal.

BIBLIOGRAFÍA

- Burguera-Vion V, Sosa-Barrios H, Fernández-Lucas M, Rivera-Gorrín ME. El checklist en el intervencionismo nefrológico. *Rev Nefrol Dial Traspl.* 2020;40(2):172-8.
- García F, González E, Hernández E, Bada T, Bustamante NE, Praga M. ¿Cuándo realizar biopsia renal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2? Modelo predictivo de enfermedad renal no diabética. *Nefrología.* 2020;40:180-9.
- Kajawo S, Ekrikpo U, Moloi MW, et al. A Systematic Review of Complications Associated With Percutaneous Native Kidney Biopsies in Adults in Low- and Middle-Income Countries. *Kidney Int Rep.* 2020; 6(1):78-90.
- Mejía-Vilet JM, Márquez-Martínez MA, Cordova-Sánchez BM, Ibarguengoitia MC, Correa-Rotter R, Morales-Buenrostro LE. Simple risk score for prediction of haemorrhagic complications after a percutaneous renal biopsy. *Nephrology (Carlton).* 2018;23(6):523-9.
- Patel AG, Kriegshauser JS, Young SW, Dahiya N, Patel MD. Detection of Bleeding Complications After Renal Transplant Biopsy. *AJR Am J Roentgenol.* 2021;216(2):428-35.

- Peters B, Nasic S, Segelmark M. Clinical parameters predicting complications in native kidney biopsies. *Clin Kidney J.* 2019;13(4):654-9.
- Poggio ED, McClelland RL, Blank KN, Hansen S, Bansal S, Bombback AS, et al. Kidney Precision Medicine Project. Systematic Review and Meta-Analysis of Native Kidney Biopsy Complications. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2020 Nov 6;15(11):1595-602. Erratum in: *Clin J Am Soc Nephrol.* 2021 Feb 8;16(2):293.
- Rivera Gorrín M, Sosa Barrios RH, Burguera Vion V. Biopsia renal ecodirigida. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día.* 2021 [consultado 02 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/391>
- Sanz-Izquierdo E, Mirada-Ariet C, Franquet-Barnils E, Alonso-Torres MT, Palomino-Martínez A, Facundo-Molas C. Biopsia Renal en receptores de Trasplante Renal: Cuidados de enfermería y complicaciones. *Enferm Nefrol.* 2015;18(3):196-202.
- Sosa-Barrios RH, Burguera-Vion V, Álvarez-Nadal M, Villabón-Ochoa P, Galeano-Ivarez C, Rodríguez-Mendiola N, et al. Percutaneous Renal Biopsy Prescreen Prior to Procedure. *Kidney Int Rep.* 2020 Jan 30; 5(5):731-3.
- Ubara Y, Kawaguchi T, Nagasawa T, Miura K, Katsuno T, Morikawa T, et al. Committee of Practical Guide for Kidney Biopsy 2020. *Kidney biopsy guidebook 2020 in Japan.* *Clin Exp Nephrol.* 2021;25(4):325-64.

Cuidados paliativos a la persona con enfermedad renal al final de la vida

Ana Yolanda Gómez Gutiérrez | Irene Rodríguez Ruíz

INTRODUCCIÓN

El cuidado de las personas con enfermedad renal en fase terminal constituye una competencia de Enfermería dentro del equipo de profesionales cuya misión consiste en la atención integral del mismo.

El enfermo renal crónico sufre desde el diagnóstico síntomas múltiples, multifactoriales, labilidad y comorbilidades. El enfermero debe conocerlos para ser capaz de proporcionar una atención personalizada, aliviando su sufrimiento, mejorando su calidad de vida, proporcionando información honesta y adecuada a sus preguntas, permitiéndole participar en la toma de decisiones sobre su vida hasta el final de la misma. Los cuidados paliativos son un componente esencial en el proceso de asistencia que cualquier ser humano merece.

Por ello, el principal objetivo terapéutico es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, independientemente del lugar de residencia. No es lo mismo un centro de salud cercano que la soledad de un entorno rural aislado. Por eso es importante, que los niveles de Atención Primaria, Servicios de Nefrología y Equipos de Cuidados Paliativos actúen coordinados en cada área de salud. Los cuidados paliativos requieren compromiso de administraciones y profesionales, recursos humanos, económicos y evolución en el tiempo, para no convertirse en meros protocolos en las carteras de servicios.

OBJETIVOS

- Conocer las necesidades del paciente y su familia, garantizando la seguridad y el confort, proporcionando cercanía e instrucción a la familia. Es importante que se sientan seguros, que sepan que les tratan profesionales expertos, que otras personas pasan por la misma fase, que no se sientan como un caso aislado. En ocasiones la familia no puede hacerse cargo de la atención de sus seres queridos, por edad, discapacidad o por trabajo.
- Proporcionar cuidados enfermeros adaptados a las necesidades del paciente y de su familia,

(agente activo y pasivo) fomentando su participación en el plan de cuidados.

- Controlar y aliviar los síntomas, monitorizándolos para un buen seguimiento, identificando los que producen mayor alteración en la calidad de vida del paciente.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

El Enfermero debe contar con experiencia clínica y haber recibido capacitación para gestionar:

- Mantenimiento de vía periférica o central, o central por vía periférica (PICC), reservorios, etc. Es importante identificar el dispositivo de acceso vascular adecuado para cada persona que, equilibrando costes, alivie el dolor y mejore la calidad del tratamiento.
- Recursos de tratamientos paliativos del centro/área de salud.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

- › Técnicas para la comunicación eficaz que permitan proporcionar información oportuna según situaciones, al paciente y familia sobre cuidados en su centro, final de vida, últimas voluntades o asistencia en eutanasia.
- › Transmitir tranquilidad y confianza para gestionar el grado de ansiedad del enfermo y su familia.

› PERSONAL IMPLICADO

- › Enfermera/o.

› MATERIAL NECESARIO

- › Historia clínica.
- › Escala analógica del dolor.
- › Protocolos de coordinación con equipos del área.
- › Teléfonos para consulta.
- › Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- › Medicación prescrita y posibles efectos adversos.
- › Material para la administración de medicación.
- › Tiempo y espacio destinado específicamente a la actividad. Esto resulta imprescindible y debe ser proporcionado al profesional, evitando solaparlo con el desempeño de otras tareas.

› DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Transmita tranquilidad, confianza y control de la situación, disminuyendo el grado de ansiedad.
2. Evalúe el dolor mediante escala visual analógica; teniendo en cuenta origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.
3. Promocione la reflexión sobre los fármacos con utilidad, los tratamientos no medicamentosos y el tratamiento dialítico o la retirada del mismo si procede.
4. Informe al enfermo y a su familia sobre las opciones disponibles, proporcionando soporte emocional.
5. Facilite la coordinación entre los miembros del equipo de cuidados.
6. Instruya al paciente y su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas.
7. Administre la medicación analgésica pautada (no a demanda) e identifique aparición de efectos adversos. Disponer una medicación de rescate, el paciente sabrá que está disponible en caso de exacerbación del dolor.
8. Utilice la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud en el tratamiento farmacológico según la intensidad del mismo, su etiología y la comorbilidad de cada paciente.

Seguir los procedimientos de cuidados paliativos incluyendo:

- › Que el enfermo sea tratado como una persona completa, con dignidad, sensibilidad e intimidad, capacidad de control y decisión.
 1. Procure habitación de uso individual con espacio para recibir visitas.
 2. Instruya en la creación de un entorno sereno que fomente y respete el descanso y el sueño, evitando ruidos, y sobresaltos.
 3. Facilite cambios posturales no irruptivos, evitando movilizaciones innecesarias o molestas.
 4. Fomente la atención de la familia, implicación en los cuidados e interlocutor válido.
 5. Realice curas y cambios de apósito respetando el descanso.
 6. Facilite evacuación intestinal previniendo la impactación fecal.
 7. Proporcione la posición ergonómica más adecuada.
 8. Cama con sábanas suaves (mejor usadas), para eliminar roces.
 9. Trate el insomnio.
 10. Instruya a paciente y su familia sobre la aparición de síntomas, efectos de los medicamentos y minimizar prejuicios en cuanto al uso de analgésicos.
 11. Entrene a los familiares para la aparición de crisis: agitación nerviosa, estertores, agonía, etc.

12. Mantenga la vía oral mientras sea posible.
13. Valore la liberación de la dieta. No forzar la ingesta.
14. Gestione hidratación/sensación de sed.
15. Gestionar medios para satisfacer las necesidades emocionales, espirituales, religiosas o legales, proporcionando orientación.
16. Sustener la dignidad de paciente y familia en el proceso de muerte.
17. Proporcione apoyo en el duelo.
18. Manifieste las condolencias tras el fallecimiento.
19. Documente y registre el proceso del paciente y el grado de consecución de los objetivos.

► OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- En un entorno de cuidados excelentes la supervivencia del enfermo renal aumenta. Los cuidados paliativos resultan imprescindibles para el propio paciente, familiares y para los profesionales de Nefrología, que desean, al igual que para sí mismos, un final sin sufrimiento para quienes han tratado y cuidado durante tanto tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuidados Paliativos en Enfermedad Renal Crónica Avanzada editado por la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2018 [consultado 19 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/documentos/documentos-sociedades-cientificas-asociaciones.ficheros/1250564-CUIDADOS%20PALIATIVOS%20EN%20ERCA.pdf>
- Leiva-Santos JP. Cuidados Paliativos: Concepto, ¿Cuándo iniciar los Cuidados Paliativos?, ¿Cuándo implicar los recursos avanzados en Cuidados Paliativos?, Control de síntomas, Situación de Últimos Días de Vida y Sedación Paliativa. En: Propuesta de manejo conservador en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Guía clínica. Junta de Andalucía. ISBN 978-84-697-4951-7.
- García-Llana H, Coca C. Cuidados Paliativos no oncológicos: Consideraciones especiales. En: Barbero Gutiérrez J, Gómez Batiste X, Maté Méndez J, Mateo Ortega D. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. 2016 [consultado 19 Oct 2023]. Disponible en: www.manualatencionpsicosocial.org
- Leiva JP, Sánchez R, García E, Fernández MJ, Heras M, Molina A, Álvarez U. Cuidados de soporte renal y Cuidados Paliativos Renales: revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. Nefrología 2011;31:322-30.

Cambio de turno en hospitalización

Beatriz Toribio Manrique | Miriam Zarzosa Mateo |
Manuel Luque Santiago | María Jesús Rollán de la Sota

INTRODUCCIÓN

La comunicación siempre se ha considerado un elemento fundamental del desarrollo de los cuidados de enfermería, principalmente durante el traspaso de información. Los avances científico-técnicos han supuesto nuevos enfoques ante la transferencia de información de calidad.

El cambio de turno es un momento esencial para garantizar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Para que esto se produzca, la información debe de ser correctamente organizada mediante el trabajo en equipo y el diseño de canales de comunicación eficaces y efectivos.

Una información insuficiente, las distracciones y los errores en la comunicación durante el cambio de turno, son la principal causa de eventos centinela, tales como errores de medicación, ingresos hospitalarios más prolongados, toma de pruebas de diagnóstico innecesarias, e insatisfacción del paciente.

Por lo tanto, la información durante el cambio de turno deberá ser clara, completa y suficiente, abarcando los aspectos más importantes del estado de los pacientes. El conocimiento profundo sobre el cuidado de las personas con insuficiencia renal crónica resulta imprescindible para llevarlo a cabo.

OBJETIVOS

- › Estandarizar una correcta comunicación entre el personal de enfermería con el fin de asegurar la seguridad del paciente.
- › Fijar los estándares de calidad necesarios para mantener actualizada la información sobre el estado del paciente.
- › Asegurar la continuidad y calidad de los cuidados de enfermería mediante la práctica unificada de cambio de turno.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- › Transmitir de manera clara la situación clínica de los pacientes durante el turno que finaliza.
- › Gestionar adecuadamente la información y priorizar las intervenciones enfermeras.

PERSONAL IMPLICADO

- › Supervisora/or de la unidad.
- › Enfermera/o y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

MATERIAL NECESARIO

- › Necesidad de un soporte informático para la gestión de cuidados de enfermería que incluye:
 - Registros de enfermería.
 - Plan de cuidados estandarizados.
 - Historial del paciente.



Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

- Apartado de evolutivo del paciente dónde se registrarán todas las incidencias.
- Hoja de tratamiento.
- Apartado de actividades y procedimientos realizados y pendientes.
- Registro de balance hídrico.
- Gráfica de constantes.
- Recomendaciones.

» DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Garantice un entorno tranquilo, sin presencia de interrupciones y que respete la intimidad de los datos de los pacientes.
2. Asegure un tiempo suficiente para la realización del cambio de turno según los procedimientos de la unidad o centro.
3. El personal de enfermería, tanto el entrante como el saliente, tiene la obligación de estar presente a la hora del cambio de turno, y permanecer en él hasta la finalización de este.
4. La transmisión y obtención de la información del cambio de turno debe realizarse de un modo ordenado a fin de comprobar la información y evitar errores. Se deben priorizar los pacientes más inestables.
5. Lleve a cabo el procedimiento de manera resumida y completa, adjuntando información sobre:
 - Pruebas complementarias y exploraciones realizadas, próximas o solicitadas y aquellas pendientes de tramitar.
 - Accesos vasculares, sondas, vías y drenajes.
 - Sesiones de diálisis realizadas o pendientes.
 - Alteraciones del balance hídrico.
 - Modificaciones tanto en el tratamiento como en el estado del paciente respecto al turno anterior.
 - Estado emocional del paciente.
 - Descanso nocturno del paciente.
 - Incidencias generales de la unidad.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- » Comprobar la identificación inequívoca del paciente con respecto a su documentación clínica.
- » Realizar una verificación de seguridad de las condiciones del paciente, el entorno y el equipo.
- » Facilitar la entrega del cambio de turno en un ambiente receptivo.
- » Se aconseja estandarizar la comunicación entre los profesionales en los cambios de turno.

» OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- » La información que debe proporcionarse a la enfermera entrante debe recoger tanto el estado físico como el emocional de los pacientes a su cargo, ya que ambos están íntimamente relacionados e influyen en su restablecimiento.
- » Se recomienda intentar incluir a los pacientes y familiares, siempre que sea posible, como parte importante del proceso.
- » Se aconseja la presencia del responsable del servicio durante el cambio de turno con el fin de tomar medidas pertinentes en el caso de detectarse errores en la transferencia de la información sobre los pacientes a la enfermera entrante y resolver anomalías tales como indisposición, desconocimiento del funcionamiento de la unidad u otras.
- » Con el objetivo de alcanzar una adecuada coordinación entre los equipos de enfermería y de conseguir una calidad óptima de los cuidados al paciente, es fundamental una correcta comunicación oral y escrita.
- » En el supuesto de que se produzca un retraso en la llegada de la enfermera entrante a la unidad por distintas causas, la enfermera saliente deberá aplazar su salida con el fin de proporcionar una continuidad de los cuidados de enfermería al paciente para amparar los intereses tanto del paciente, como los de enfermería. Dicha situación se deberá informar al responsable superior.

BIBLIOGRAFÍA

- Charfuelan-Laguna Y, Hidalgo-Bolaños D, Acosta-Franco L, Espejo-Quiroga D, Tibaquicha-Bernal D, Montaña-Vásquez J, et al. Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. *Enferm univ.* 2019; 16(3):313-21.
- Guevara-Lozano M, Arroyo-Marlés LP. El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. *Enferm glob.* 2015;14(1):401-18.
- Rivero-Rosales AM, Pérez-Castro y Vázquez JA, Recio-España FI. Características de la comunicación durante el Enlace de Turno de Enfermería: una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado. *Revista CONAMED.* 2016;vol. 21(Supl 3):S150-7.
- Sainz LG, Chalezquer MÁG, Pedroarena BJ, García AU, Alcasena MTA, Pérez SM, et al. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno a pie de cama. Percepciones del paciente. *Enferm cardiol.* 2020;(81):47-53.
- Yáñez-Corral AM, Zárate-Grajales RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. *Enferm Univ.* 2016;13(2):99-106.