

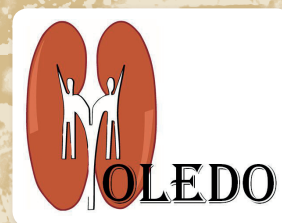
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 17 / Suplemento 1 / 2014

www.revistaseden.org

Comunicaciones del
XXXIX Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
Toledo, 15-17 de Octubre de 2014

Editor Especial: **Mónica Brazález Tejerina**



Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

ENFERMERÍA **NEFROLÓGICA**

Volumen nº 17 / Suplemento I / 2014

Comunicaciones del XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Toledo, 15-17 de Octubre de 2014

Editor Especial: **Mónica Brazález Tejerina**

**Revista Oficial de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica**

**Comunicaciones del XXXIX Congreso
Nacional de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica**
Toledo, 15-17 de octubre de 2014

Director:

Rodolfo Crespo Montero
Facultad de Enfermería de Córdoba
Supervisor Servicio de Nefrología. Hosp.
U. Reina Sofía. Córdoba
Avd. Menéndez Pidal s/n
14004, Córdoba. España
Email: seden@seden.org

Editores:

Rafael Casas Cuesta
Enfermero. Servicio de Nefrología Hosp.
U. Reina Sofía. Córdoba. España

Antonio Ochando García
Enfermero. Servicio de Nefrología
Hosp. U. Fundación Alcorcón. Madrid. España

Junta Directiva SEDEN:

Presidenta:
M^a Jesús Rollán de la Sota

Vicepresidenta:
M^a Milagro Machí Portalés

Secretaría:
Mónica Brazález Tejerina

Tesorera:
Isabel Crehuet Rodríguez

Vocales:

Vocal de Trasplantes y Hospitalización:
Fernando Ramos Peña

Vocal de Relaciones con otras Sociedades:
Josep M^a Gutiérrez Vilaplana

Vocal de Publicaciones:
Ana Yolanda Gómez Gutiérrez

Vocal de Docencia:
Filo Trócoli González

Vocal de Diálisis Peritoneal:
Ana Isabel Aguilera Flórez

Vocal de Hemodiálisis:
Fernando González García

Vocal de Nefrología Pediátrica:
María Martínez Pedrero

Directora Honorífica:

Dolores Andreu Periz
Facultad de Enfermería. Barcelona*

Consejo de redacción:

Enriqueta Force Sanmartín
Facultad de Enfermería. Barcelona*

Rosa Alonso Nates
Enfermera. Hospital U. Marqués de Valdecilla.
Santander*

Anunciación Fernández Fuentes
Supervisora de Área. Funciones de Procesos
Ambulatorios. Hosp. U. Infanta Leonor. Madrid*

Rosa M. Marticorena
Enfermera. St Michael's Health Centre.
Toronto. Ontario. Canadá

Nicola Thomas
Faculty of Health and Social Care
London South Bank University, U.K.

María Saraiva
Profesora de Enfermería Iñilík
Escola Superior María Fernanda Resende
Lisboa. Portugal

María Isabel Catoni
Pontificia Universidad Católica de Chile

Consejo Asesor:

Patricia Arribas Cobo
Supervisora. Hosp. Infanta Leonor. Madrid*

Isidro Sánchez Villar
Enfermero. Hosp. Clínico de Tenerife*

Guillermo Molina Recio
Experto en bioestadística
Facultad de enfermería. Córdoba*

Fernando Ramos Peña
Enfermero. Hosp. de Cruces. Bilbao*

José Berlango Jiménez
Supervisor. Hosp. Reina Sofía. Córdoba*

Mercedes Tejuca Marengo
Enfermera. Hosp. U. de Puerto Real. Cádiz*

Francisca Gruart Armangué
Enfermera. RRSS Bellvitge. Barcelona*

Ana Isabel Aguilera Florez
Enfermera. Complejo Hospitalario de León*

María Celia Julve Ibáñez
Supervisora. RRSS Bellvitge. Barcelona*

María José Castro Notario
Enfermera. Hosp. U. La Paz. Madrid*

Olga Celadilla Díez
Enfermera. Hosp. U. La Paz. Madrid*

Francisco Cirera Segura
Unidad Gestión Clínica Urología y Nefrología
Hosp. U. Virgen del Rocío. Sevilla*

José Luis Cobo Sánchez
Enfermero. Área de Calidad, Formación,
Investigación y Desarrollo de Enfermería
Hosp. U. Marqués de Valdecilla. Santander*

María Dolores Contreras Abad
Enfermera UGC Nefrología
Hosp. U. Reina Sofía. Córdoba*

Ana Vanessa Fernández Martínez
Enfermera. Clínicas F.M.C Services Murcia
Cartagena*

Magdalena Gándara Revuelta
Supervisora. Hosp. U. Marqués de Valdecilla
Santander*

Rosario García Palacios
Enfermera. Hosp. U. De Puerto Real. Cádiz*

Encarnación Hernández Meca
Enfermera. Hosp. U. Fundación Alcorcón
Madrid*

Juan Francisco Pulido Pulido
Supervisor. Hosp. G. U. Gregorio Marañón
Madrid*

María Victoria Miranda Camarero
Enfermera. Hosp. U. La Princesa. Madrid*

Luis Martín López
Supervisor. Hosp. U. 12 de Octubre. Madrid*

Noelia Manzano Gutiérrez
Enfermera. Hospital U. 12 de Octubre. Madrid*

María Cristina Rodríguez Zamora
Directora de Enfermería.
Facultad de Estudios Superiores. Iztacala-
UNAM. México

**España*

Edita:

S.E.D.E.N.
Lira 1, escalera centro, 1º C
Tel.: 00 34 91 409 37 37
Fax: 00 34 91 504 09 77
28007-Madrid. España
E-mail: seden@seden.org
[Http://www.seden.org](http://www.seden.org)

Publicado en octubre de 2014

Publicación: trimestral
Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,
Revista de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica y Actualmente
Enfermería Nefrológica.

© Copyright 1998. SEDEN

Esta publicación no puede ser reproducida
ni transmitida total o parcialmente, por
ningún medio, sin la autorización expresa
por escrito de los titulares del copyright.

Esta revista está indizada en las bases de
datos: CINAHL, IBECs, Scielo, CUIDEN,
SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ,
DULCINEA, SCOPUS, C17 y COMPLUDOC.

Maquetación y producción:

A&A Publicidad | Albert Adell
T. 659 008 742 - 640 634 975
info@aapublicidad.es

I.S.S.N (Versión Electrónica): 2255-3517

Depósito Legal: M-12824-2012

Sumario

Editorial	7
Relación Trabajos Premiados SEDEN 2014	8
Comunicaciones Orales	9
Atención Integral	
¿Qué opinan los profesionales de las unidades de gestión clínica de nefrología sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en los pacientes de hemodiálisis?	9
Análisis del estado de ansiedad y depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en nuestros centros de Hemodiálisis	10
Caso clínico. Tratamiento conservador como elección. Acompañando en el camino	11
Comparación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad renal (ER) de nuestro servicio	12
Conservación de la función renal residual en un paciente en hemodiálisis (Importancia de la actuación enfermera) ..	14
Evolución del grado de dependencia funcional en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis hospitalaria: un antes y un después	16
Evolución del nivel de dependencia en una unidad de hemodiálisis hospitalaria	18
Experiencia de enfermería en la implementación del sistema de gestión de calidad en hemodiálisis y diálisis peritoneal	19
Grado de discapacidad en personas que inician terapia sustitutiva renal	21
Medición del flujo del acceso vascular por termodilución y por dialisancia iónica	22
Nefrofarmafichas: herramienta para el manejo del tratamiento farmacológico más habitual en los enfermos renales	23
Nivel de satisfacción con los cuidados recibidos en pacientes que inician terapia sustitutiva renal	25
Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis	26
Prevalencia de fatiga postdiálisis, depresión y dolor del paciente en hemodiálisis	27
Prevalencia de situación de enfermedad avanzada terminal e incidencia de mortalidad de los pacientes en hemodiálisis, atendidos en una unidad de nefrología	28
Utilización de apósitos de plata para la prevención de infecciones a través de cateteres temporales para hemodialisis (CVT). Estudio piloto	29
Valoración de la utilización de clorhexidina en la cura del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal colonizado por corynebacterium	30
Valoración del dolor de los pacientes en hemodiálisis en nuestra unidad	31
Diálisis Peritoneal	
¿Se puede demorar el inicio de la diálisis peritoneal una vez colocado el catéter?	32
Diálisis peritoneal automática adaptada (DPAA): un método de prescripción eficaz, eficiente y seguro	33
Diálisis peritoneal en pacientes invidentes. Nuestra experiencia en dos años	35
Estudio comparativo de los diferentes procedimientos en la implantación, cuidados del orificio y herida quirúrgica de los pacientes en diálisis peritoneal (DP)	36
Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal (DP)	38
La importancia en la implantación del acceso peritoneal y su repercusión en el paciente	39
Relación entre la calidad de vida (CV) percibida, desnutrición y peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal (DP) ..	40
Sellado de catéter en peritonitis recurrente con sospecha de biofilm. Estudio de un caso	42
Validez de las tiras reactivas multistix® 10 sg siemens para el diagnóstico de peritonitis en diálisis peritoneal	43

Hemodiálisis

¿Usamos el flujo de baño óptimo en hemodiálisis y hemodiafiltración on-line?	44
Análisis comparativo e implementación enfermera en el diseño de 6 monitores de hemodiálisis	45
Análisis del paciente dependiente en nuestra unidad	47
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un paciente con mieloma múltiple en tratamiento sustitutivo de diálisis con tres versiones distintas (HDF, HFR, HD). A propósito de un caso	48
Caso clínico: experiencia con el dispositivo vwing en paciente con fístula arteriovenosa problemática	49
Causas de no adhesión al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis	50
Comparativa de resultados del tratamiento del mieloma múltiple con hemodiafiltración con reinfusión endógena en fase aguda y crónica	51
Efectividad del apósito de plata iónica en la integridad de la piel de los pacientes en hemodiálisis	52
Efecto de la implantación de un protocolo en el manejo del catéter permanente de hemodiálisis para la prevención de bacteriemias relacionadas con catéter	54
Electroestimulación neuromuscular: una nueva opción terapéutica en la mejora de la condición física de los pacientes en hemodiálisis	55
Estudio comparativo entre la heparinización directa del paciente y la heparinización del circuito extracorpóreo en hemodiálisis	56
Estudio comparativo entre suero fisiológico y prontoprime® para el cebado del circuito sanguíneo en hemodiálisis	57
Evaluación de la hemodiafiltración con reinfusión endógena en el tratamiento del riñón del mieloma	58
Evaluación del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis. Introducción del uso de la bioimpedancia en el estudio nutricional	60
Experiencia de implantación del informe de continuidad de cuidados de enfermería en hemodiálisis en nuestra unidad	61
Incidencia de fracturas en pacientes en hemodiálisis	62
Incidencia de pie diabético en una unidad de hemodiálisis	63
Infección de catéteres tunelizados: estudio de incidencia en una unidad hospitalaria de hemodiálisis	64
Innovando en la formación de equipos de alto rendimiento: unidad de hemodiálisis	65
Líquido dializante con Citrato vs Acetato en Hemodiafiltración on-line posdilucional de alta eficacia: parámetros a estudio	67
Monitorización del acceso vascular: parámetros convencionales vs flujo intraacceso	69
Niveles de homocisteína y riesgo vascular en pacientes de una unidad de hemodiálisis, estudio prospectivo de cinco años	70
Resultados de un programa adaptado de ejercicio físico en pacientes ancianos (>75 años) en hemodiálisis	71
Terapia hemocontrol. Sesiones de hemodialisis individualizadas	72
Uso del apósito con gluconato de clorhexidina 3m™ tegaderm™ en la cura del catéter central	74
Uso del supercath vs aguja convencional en la conservación del acceso vascular	75
Validación de la encuesta de anorexia para el diagnóstico de desnutrición en el enfermo dializado	76
Valoración de la eficacia de la consulta de enfermería en relación a la kalemia y la ganancia ponderal del paciente en hemodiálisis	77
Valoración metodológica del riesgo de caídas como factor prevalente de evento adverso para mejorar la seguridad del paciente renal hospitalizado	79

Trasplante

Enfermedad arterial periférica en población trasplantada renal, asociación con obesidad central, riesgo cardiovascular y parámetros de inflamación	81
Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del donante de vivo renal	83
Evolución del peso en pacientes durante el primer año del trasplante renal	84
Índice tobillo-brazo en trasplante renal, un método sencillo que permite detectar de forma precoz la arteriopatía periférica.	85

Plan de cuidados (NANDA, NOC, NIC) para el trasplante de páncreas-riñón, en el preoperatorio	86
Sobrevida del injerto y receptor en trasplante renal en un hospital	87
Comunicaciones Posters	88
Atención Integral	
Análisis nutricional de los pacientes con insuficiencia renal durante el ingreso hospitalario	88
Apósito con plata: una realidad en la prevención de infecciones en pacientes portadores de catéter venoso central y catéter peritoneal	89
Atención integral al paciente renal crónico. Accesos vasculares	90
Cambios en el protocolo para la contención de la bacteriemia relacionada con los catéteres de hemodiálisis	91
Complicación aguda en hemodiálisis	92
Control de la carga bacteriana en la cura de orificios de catéter con apósitos de plata	93
Cuidados de calidad y satisfacción del paciente con enfermería en hemodiálisis	94
El paciente mayor; elección del mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica	95
Estudio de prevención y detección temprana de enfermedad renal (ERC) crónica con autogestión, en un país del tercer mundo	96
Grado de interés del paciente renal y su entorno en las nuevas tecnologías aplicadas a su enfermedad	97
Grupo focal: satisfacción y expectativas de nuestros pacientes en hemodiálisis	99
Hospitalización por pielonefritis del injerto renal en 2013	101
Índice tobillo brazo para el estudio de la enfermedad arterial periférica en pacientes dializados	102
La elección de TRS en la consulta ERCA: revisión de resultados y propuestas de mejora asistencial	103
Movimiento y salud. Un proyecto hospitalario multidisciplinar	105
Paciente de edad avanzada en hemodiálisis. ¿Qué acceso vascular elegir?	106
Pacientes en hemodiálisis, ¿cómo les afecta el dolor?	107
Variabilidad en la práctica clínica en la administración de fármacos intravenosos en pacientes en hemodiálisis	108
Diálisis Peritoneal	
Circuito de actuación de urgencias de los pacientes de diálisis peritoneal fuera del horario habitual	109
La sobrehidratación del paciente en diálisis peritoneal detectada por bioimpedancia	110
La técnica espejo	111
Método de evaluación del aprendizaje práctico en diálisis peritoneal	112
Nuevos horizontes en diálisis peritoneal. Un reto del presente	113
Protocolo de sellado del catéter de diálisis peritoneal con taurolidina en peritonitis recidivantes: un método para evitar la retirada del catéter	114
Hemodiálisis	
Acupuntura y hombro doloroso de la FAVI	116
Análisis de la adherencia terapéutica en pacientes en hemodiálisis	117
Análisis del patrón del sueño en pacientes en hemodiálisis	118
Configuración de una historia de enfermería de accesos vasculares para hemodiálisis	119
Control diabético en el paciente sometido a hemodiálisis	120
Descripción de un rol: enfermera coordinadora en la unidad funcional del acceso vascular	121
Ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en hemodiálisis	123
El ecógrafo como herramienta de trabajo de enfermería en hemodiálisis extrahospitalaria	125
Espondilodiscitis en hemodiálisis. Papel de enfermería en la sospecha precoz	126
Evaluación del riesgo cardiovascular en el paciente sometido a hemodiálisis	127

Grado de adherencia terapéutica mediante el cuestionario SMAQ	128
Hemodiálisis domiciliaria diaria en nuestro hospital. Una opción de futuro	129
Herramienta de apoyo en la valoración y seguimiento del estado del orificio de salida de los catéteres venosos centrales	130
Implantación de la técnica button hole en una unidad de hemodiálisis hospitalaria: satisfacción del profesional y del paciente	132
Implantación de un programa de ejercicio en hemodiálisis: beneficios y dificultades	134
Información al paciente en la preparación, inserción y cuidados de mantenimiento de los catéteres para hemodiálisis	135
Nivel de conocimientos de los pacientes en hemodiálisis	136
Plan de seguridad para una unidad de hemodiálisis	137
Sellado de catéteres en hemodiálisis. Estudio piloto comparativo de dos soluciones de sellado: heparina sódica al 1% versus citrato sódico al 4% (Citraflow®)	139
Sistema de evaluación de los estudiantes en prácticas de grado en enfermería en nuestra unidad de diálisis	140
Trasplante	
Donantes mayores de 60 años: órganos óptimos para trasplantes	141
Estudio de los pacientes trasplantados renales con injertos	142
Evolución de los pacientes trasplantados renales en la provincia de "Cádiz"	143
Implicaciones del genotipo en el tratamiento con tacrolimus en pacientes trasplantados renales	144
Inmunoadsorción: complicaciones potenciales asociadas a la técnica	146
Retraso en el crecimiento intrauterino en mujeres con trasplante renal	148
Varios	
Dieta variada pero segura. La tecnología al servicio de los pacientes con insuficiencia renal	149
Evaluación de la enseñanza a enfermeros sobre la gestión clínica y metodológica del paciente renal para mejorar las competencias profesionales	150
Gestión de residuos en hemodiálisis: una oportunidad de ahorro	152
Valoración de la función sexual y la necesidad de ayuda en el paciente en hemodiálisis	154
Criterios de evaluación para las comunicaciones presentadas al congreso.	155

Editorial

Queridos compañeros

La Sociedad Española de Enfermería Nefrológica se complace en presentaros el resumen de los trabajos de investigación presentados al XXXIX Congreso Nacional de la SEDEN que se celebra este año en Toledo. Un año más que con el esfuerzo de todos los que formamos la comunidad de Enfermeros centrados en el cuidado de las personas con enfermedad renal nos reunimos para compartir experiencias y ampliar horizontes profesionales.

En cada trabajo encontrareis curiosidad, pasión, dedicación, tiempo robado al descanso, creatividad, originalidad, aplicación de la metodología científica, esfuerzo en la exposición temática.

Cada año, y ya son treinta y nueve nada menos, el Congreso Nacional permite demostrar la unidad de la profesión y la búsqueda de la coherencia de criterios, el deseo de mejorar técnicas y conocimientos. Demostrará que independientemente de los grupos atareos, estamos comprometidos en la consecución de la excelencia en los cuidados y en preservar celosamente nuestra área de conocimientos.. Que somos curiosos, inquietos y dúctiles en la actualización. ¿Alguna profesión más versátil que la nuestra?

Nuestro desempeño profesional incluso en tiempos adversos para la difusión de conocimientos, mejora por el aprendizaje continuo y nos capacita para transformar, incorporar y crear, métodos técnicas, procedimientos y evidencia. Y nos permiten prevenir, anticipar, cuidar, preservar, mantener y despedir la vida de las personas con enfermedad renal.

Enhorabuena a los autores de cada trabajo porque cada uno de ellos enriquece a todos, el sincero agradecimiento a los evaluadores, reconocemos la complejidad de su labor. Por supuesto a todos los que colaboran en la edición de esta recopilación que cada año da fe del buen hacer de los Enfermeros de Nefrología.

Os deseamos, que la disfrutéis.

Un cordial saludo en nombre de la SEDEN.

Ana Yolanda Gómez Gutiérrez
Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Premios Congreso SEDEN Toledo 2014

“Premio Fresenius Medical Care para Enfermería, Diálisis Peritoneal: Modalidad DPA Adaptada”.

Diálisis Peritoneal Automática Adaptada (DPAA): un método de prescripción eficaz, eficiente y seguro

Sergi Aragó Sorrosal, Magdalena Sánchez Ruiz, Marta Quintela Martínez, Ana Isabel Alicarte Gracia y Manel Vera Rivera

Hospital Clínico. Barcelona

“Premio Fresenius Medical Care para Enfermería, Highvolume hdf”.

Líquido dializante con citrato vs. acetato en pacientes en hemodiafiltración on-line de alta eficacia: parámetros a estudio

Sonia Aznar Barbero, Ramón Bel Cegarra, Josefina Chica Arellano, Aránzazu Martínez Martínez, M^a Magdalena Badallo Mira, Mercedes Sánchez Clavel, Susana Carbonell Olivares, Santiago Martínez Domingo y David Pagán Escribano

Hospital Santa Lucía. Murcia

“Premio Bellco al mejor trabajo de investigación sobre terapias convectivas”.

Evaluación de la hemodiafiltración con reinfusión endógena en el tratamiento del riñón del mieloma

Victoria Eugenia Gómez López, Margarita Ruiz García, Carmen La Calle Cano y Rafael Casas Cuesta

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Premio Izasa Hospital. “Accesos Vasculares y Nuevas Tecnologías”.

Monitorización del acceso vascular: parámetros convencionales vs flujo intraacceso

Ana Vanessa Fernández Martínez, Yanina Arregui Arias, Rocío Pérez Díaz, Laura Pérez Valencia, Francisco Orenes Bernabé y Josefa Laura García Sánchez

Clínicas F.M.C Services Murcia Cartagena y San Pedro del Pinatar y Cartagena. Murcia

Premio B. Braun Medical. “Personalización del tratamiento de hemodiálisis”.

Valoración de la eficacia de la consulta de enfermería en relación a la kalemia y la ganancia ponderal del paciente en hemodiálisis

Montserrat García Zamora, Tamara López Ramos, M^a Elena Viudes Flores, M^a José Gordo García, M^a Carmen Moya Mejía y José Ibeas López

Parc Taulí Sabadell Hospital Universitario. Barcelona

¿Qué opinan los profesionales de las unidades de gestión clínica de nefrología sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en los pacientes de hemodiálisis?

Carmen del Campo Romero, Eloisa M^a Fernández-Repeto Valls, Agustín Ramírez Rodríguez, Esther Salces Sáez

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Introducción:

Nos encontramos cada vez con mayor frecuencia en las unidades de diálisis con pacientes que su situación clínica es irreversible y esto nos lleva a afrontar situaciones no solo relacionadas con la medicina, sino también, con los valores éticos de sus protagonistas (paciente, familiares y profesionales de la medicina). Cuando esto ocurre surgen dilemas como la posibilidad de la limitación del esfuerzo terapéutico.

Objetivo:

Conocer la valoración ética que tienen los profesionales que trabajan con pacientes en tratamiento de diálisis sobre la retirada de la técnica cuando no hay posibilidad de recuperación funcional del paciente.

Material y método:

Estudio descriptivo prospectivo realizado durante los meses de Octubre a Diciembre de 2013.

La muestra estuvo formada por 51 profesionales de diferentes categorías que durante el tiempo de estudio llevaban 1 año, como mínimo, trabajando en nuestra unidad. Estos participaron de forma voluntaria en el estudio, tras aceptar consentimiento informado.

Se incluyó una encuesta sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, validada y adaptada por Llaja Rojas y Sarría Joya para el ámbito sanitario. Esta encuesta consta de 18 ítems con respuesta dicotómica.

Resultados:

De la muestra, un 70,5 % eran mujeres y el 29,4% hombres. La media de edad de 43,93 años DS +/- 12,35.

Los profesionales encuestados fueron, médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, con una experiencia laboral de 24,53 años DS +/- 8,18.

El 60% eran católicos no practicantes, el 22% católicos practicantes, el 8% cree en otras religiones, el 4% es no creyente y el 6% restante no contesta.

El 70% de los profesionales están a favor de legalizar la eutanasia, el 86 % está en contra de la distanasia y a favor de la antidistanasia el 92%.

Conclusiones:

La mayoría de los profesionales está de acuerdo en que la opinión del paciente es la que más peso tiene sobre las medidas extraordinarias de soporte cuando la situación es irreversible. Las respuestas contestadas revelan que la mayoría del colectivo médico considera calidad de vida situaciones del paciente que para el resto de los profesionales de enfermería no lo son. Así como todos están de acuerdo en la práctica de la ortotanasia.

Palabras clave:

Hemodiálisis, limitación del esfuerzo terapéutico, eutanasia, ortotanasia, distanasia y calidad de vida

Análisis del estado de ansiedad y depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en nuestros centros de Hemodiálisis

Laura Giera Vives, Ana Rico González, Francisco Luis Sánchez Izquierdo, M^a Jesús Fernández Manjón, Emilia Villanueva Rojas

Centros Concertados de Hemodiálisis Asyter Cuenca, Asyter Albacete, Asyter Toledo y Asyter Talavera de la Reina

Resumen:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en programa de hemodiálisis periódica, presentan con frecuencia trastornos emocionales como ansiedad y depresión. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro, dependiendo de la valoración cognitiva que ocasione la enfermedad renal y la HD. Muchos de los síntomas físicos asociados a la depresión y ansiedad son confundidos con la sintomatología de la IRC, debido a esto, es importante realizar, no solo un examen médico sino también psicológico, a través del cual, se afronte mejor la enfermedad.

Objetivo:

Valorar el estado de ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en nuestros centros de hemodiálisis y conocer si existen diferencias entre sexos.

Material y métodos:

Se realiza un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, realizado a pacientes de cuatro centros de hemodiálisis. Se excluyeron los pacientes con trastornos sensitivos, cognitivos y/o psiquiátricos severos. Fueron incluidos un total de 120 pacientes, 75 varones y 45 mujeres, con una edad de $69,20 \pm 13,35$ (27-87) años, que disponían de dos evaluaciones anuales consecutivas. Para evaluar el nivel de ansiedad utilizamos el Cuestionario, STAI, para el nivel de depresión el Inventario de Depresión IDER. Las entrevistas para los cuestionarios se realizaron entre enero 2012 y diciembre 2013. El análisis estadístico se realizó con Spss v.12.0.

Resultados:

Los resultados indican que el 61,67% de los pacientes

tienen en depresión-estado y el 65,00% depresión-rasgo en la primera evaluación y en la segunda evaluación el 65,00 % y 59,17 % respectivamente. En todos los casos el nivel de significación es superior a 0.05.

La ansiedad (decatipo ≥ 7) es menos frecuente, el 33,33% de pacientes presenta ansiedad-estado, y el 42,50 % en ansiedad-rasgo, en la primera evaluación, y en la segunda evaluación el 25,83 % y el 32,50 % respectivamente. Comparando el resultado obtenido para cada tipo de ansiedad, se obtuvo que el nivel de significación es $< 0,05$ y por lo tanto la ansiedad no tiene una prevalencia tan alta y no existen diferencias significativas entre cada evaluación.

Existe mayor puntuación en depresión-estado en el caso de las mujeres (71%), que en hombres (56%), pero no se aprecian diferencias significativas en los valores obtenidos ($p < 0.05$) para el factor discriminante de sexo, y podemos considerar que afecta por igual a varones y a mujeres.

En el caso de la ansiedad, no podemos rechazar la igualdad de los resultados por la diferenciación por sexo, ya que, no se aprecian diferencias significativas para la ansiedad ($p < 0.05$).

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes presentan depresión.

La prevalencia de depresión en pacientes en programa de hemodiálisis es más elevada que en ansiedad. No existen diferencias significativas según sexo en ansiedad y depresión.

Los resultados en depresión se invierten de un año a otro, quedando pendiente de estudio la causa por la cual ocurre.

En el caso de la ansiedad, los valores bajan de forma significativa, en la segunda evaluación.

Caso clínico. Tratamiento conservador como elección. Acompañando en el camino

María Dolores Rodríguez Butragueño, Sonia Hermida Cerro, Yolanda Solera Parra, María Desamparados Reig Valero, Esther Rebollo García

Hospital Infanta Cristina. Madrid

Resumen:

Según la ley 41/2002 de 14 de noviembre, todo paciente tiene derecho a decidir libremente, tras ser informado, entre las opciones terapéuticas disponibles. Del mismo modo que tiene derecho a negarse al tratamiento. La enfermería cumple un papel decisivo en la toma de decisión de la terapia sustitutiva renal (TRS), como apoyo tanto al paciente como a la familia en este difícil camino.

Se presenta el caso de un paciente varón de 78 años de edad, hipertenso, diabético, con cardiopatía hipertensiva que es derivado a la consulta ERCA de enfermería para explicación de TRS en abril de 2012. En la primera visita detectamos etiqueta NANDA: Conflicto de decisiones (00083).

Nos planteamos como objetivo ayudarle en la toma de decisiones (NOC: Toma de decisiones (0906)) y apoyar su decisión hasta el final.

Se realizan tres visitas semanales para explicación de TRS en nuestra consulta, a las que asisten él, su esposa y su hija. Durante estas visitas se realizan las siguientes intervenciones NIC:

- Asesoramiento (5240)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)

Nos encontramos con algunas dificultades, ya que el paciente tiene una experiencia previa negativa con un hermano que ha recibido hemodiálisis y por otra parte, tiene miedo "al abandono" en caso de no decidirse por terapia sustitutiva. La familia trata de interceder, pero finalmente él se mantiene firme en su decisión de optar por tratamiento conservador.

Es seguido en la consulta ERCA de enfermería y nefrología, además de la atención a domicilio para pacientes paliativos.

Tiene varios ingresos relacionados con el exceso de volumen de líquidos por el avance de su enfermedad. Durante estos ingresos recibe el apoyo del equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos. Su familia y él mismo manifiestan sentirse tranquilos y seguros con la atención recibida.

Acude a urgencias el 25 de diciembre de 2013 y fallece el 26 de diciembre en el hospital. Su familia acude a la consulta para agradecer el apoyo prestado.

Demostramos que la intervención enfermera logra conseguir los resultados esperados. Tanto el paciente como la familia, se sienten respetados en su decisión y acompañados en este difícil camino.

Comparación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad renal (ER) de nuestro servicio

Silvia Montserrat García, Anna Bach Pascual, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción:

La adherencia al tratamiento farmacológico se define como el adecuado cumplimiento, en tres aspectos: el número de medicamentos, la forma de administración y la duración del tratamiento prescrito. La enfermería tiene un papel muy importante en la adherencia, interviniendo de manera activa en la educación sanitaria del paciente renal, de ahí, que nos planteemos conocer el grado que tienen nuestros pacientes y valorar si se relaciona con el grado de ER y el tipo de tratamiento sustitutivo.

Objetivo:

Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes que ingresan en la unidad de nefrología y de los pacientes que realizan hemodiálisis en nuestra unidad.

Método:

Estudio descriptivo y observacional de 49 pacientes (autosuficientes en el manejo de su tratamiento) ingresados o que acudieron a realizar hemodiálisis en nuestro centro durante marzo y abril de 2014. Se les explicó verbalmente en que consistía el estudio y dieron su consentimiento. Se analizaron los cuestionarios del test de Morisky-Green, se tuvieron en cuenta las diferentes variables a estudiar: edad, sexo, nacionalidad y tipo de tratamiento de la ERC.

Se clasificó a los pacientes en tres grupos: agudos, crónicos y trasplantados. Consideramos pacientes agudos aquellos que han empezado o tienen problemas renales (**estadios 1 al 4**) o han agudizado sus problemas crónicos, pero sin iniciar de forma prolongada ningún tratamiento renal sustitutivo.

Resultados y discusión:

La edad media de los pacientes es de 57.75 años, de los que el 65.30% son hombres y el 34.70% mujeres.

Los pacientes trasplantados nunca olvidan tomar la medicación, un 14.81% de los pacientes en diálisis afirma olvidarse en alguna ocasión y un 41,67% de los pacientes agudos no se toma la medicación con regularidad. Además, los pacientes en diálisis y los ya trasplantados afirman tomarse la medicación a las horas pautadas mientras un 33,33% de los pacientes agudos reconocieron no hacerlo.

Observamos que un 18.75% de los hombres afirman dejar de medicarse cuando esta les sienta mal, mientras las mujeres no lo hacen.

También vemos que un 16,67% de los pacientes agudos y un 14,81% en hemodiálisis no se toman la medicación si les sienta mal, mientras los pacientes trasplantados no lo hacen.

No encontramos diferencias en la adherencia al tratamiento entre nacionalidades.

Conclusiones:

Los pacientes que mayor adherencia al tratamiento tuvieron fueron los pacientes con trasplante renal. Creemos que esto sucede por la insistencia que hacemos sobre la importancia de los inmunosupresores en estos casos y por el propio interés del paciente en conservar en las mejores condiciones el injerto renal.

Según los resultados obtenidos, nos planteamos reforzar la educación de nuestros pacientes cada vez que ingresen (hayan empezado o no TRS) y seguiremos insistiendo en la correcta toma de medicación para intentar mejorar la salud de los pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal para llegar al trasplante renal en las mejores condiciones.

Bibliografía:

1. Ramis Domínguez T, García M, Forcé Sanmartín E, Ruiz López A. B, Jolue Ibáñez M. No adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados renales entre pacientes no dializados y pacientes sometidos previamente a diálisis. *Enferm Nefrol 2012 ; 15 Suppl(1):181/184.*
2. Pérez- García R, Rodríguez Benítez P, Arenas D, González Parra E. Adherencia al tratamiento con carbonato de lanatano. *Revista de Nefrología 2013 SUP/EXT 2013; 4(2):35-43.*
3. Durán Muñoz M.I, Lope Andrea T, Del pino Jurado M. R, Chicarro Chicarro M. C, Matilla Villar E. Adherencia al tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrol 2012: octubre-diciembre; 15(4):300(305).*
4. Barquero Ruano RM, Checa Barambio E, Rodríguez Peña J. Mala adherencia al tratamiento inmunosupresor de un paciente trasplantado renal. *Rev Soc Esp Enferm Nefr 2010 Oct-Dic; 13(4):267-269.*
5. Boté Fernández C. Intervención educativa sobre la enfermedad renal crónica en atención primaria. *Enferm Nefrol 2009; 12(4):250/252.*

Conservación de la función renal residual en un paciente en hemodiálisis (Importancia de la actuación enfermera)

Miguel Paramio Valtierra, Raquel Díaz Manjón, Alfonso de la Vara Almonacid

Centro de Hemodiálisis Los Lauros. Majadahonda. Madrid. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT)

Introducción:

Se denomina función renal residual a aquella que mantienen los pacientes con Insuficiencia Renal Terminal.

El mantenimiento de la FRR será de gran importancia debido a su función depurativa (eliminando sustancias tóxicas de elevado peso molecular), función endocrina (controlando la anemia con la síntesis de eritropoyetina y evitando la osteodistrofia renal mediante la síntesis de la vitamina D) y al control del volumen extracelular (por la eliminación de H₂O y Na).

La FRR tiende a perderse con el paso del tiempo, esto es debido tanto a factores relacionados con la técnica como a factores relacionados con el propio paciente. Estudios anteriores recogen que la FRR es mejor conservada en diálisis peritoneal continua que en hemodiálisis, pero no en diálisis peritoneal intermitente, lo que nos lleva a concluir que uno de los grandes culpables de la pérdida de la FRR son los cambios bruscos de volemia, muy habituales en una sesión de hemodiálisis, he ahí el papel clave del personal de enfermería para la conservación de dicha función.

Objetivos:

El objetivo principal fue la conservación de la FRR el máximo tiempo posible en un paciente en programa de hemodiálisis y así mejorar su percepción de salud y calidad de vida.

Material y métodos:

Procedimos a la realización de un caso clínico y para ello seleccionamos a un paciente que acababa de comenzar la TRS. Para llevar un buen ajuste de su volemia

se programaron mensualmente bioimpedancias, FRR en orina de 24h y control analítico.

Realizamos un seguimiento exhaustivo de la clínica del paciente intradiálisis e interdiálisis. A su vez se le proporcionó la información necesaria para contribuir al buen mantenimiento de la FRR incidiendo en la importancia de llevar una ingesta controlada. También concienciamos al resto del personal de la importancia del correcto ajuste del peso seco en cada sesión.

Por último valoramos la percepción de salud del paciente con la Escala SF36.

Resultados:

Durante su permanencia en hemodiálisis se consiguió conservar la FRR sin disminución del volumen de diuresis en 24h, obteniendo una GID media de 0,8kg y una UF media de 0,2kg por sesión.

El ajuste del peso seco se apoyó en la clínica y las bioimpedancias. Con todo ello evitamos cualquier complicación, aumentando así la supervivencia de nuestro paciente.

Por último, mediante la escala SF-36, se valoró el efecto positivo generado en la calidad de vida del paciente.

Tras 4 meses en nuestra unidad, el paciente sale del programa de hemodiálisis.

Conclusiones:

Una eficaz actuación de enfermería es clave para la conservación de la FRR en pacientes en hemodiálisis.

La observación clínica, la realización de bioimpedancias y un buen control de la ingesta por parte del paciente son fundamentales para obtener un buen ajuste del peso seco, proporcionando mejor estabilidad hemodinámica, lo que nos va a garantizar la perfusión renal, También

disminuyen las complicaciones intradiálisis e interdiálisis lo que mejora su supervivencia.

Este mantenimiento influirá positivamente en la percepción de la salud y la calidad de vida del paciente.

Evolución del grado de dependencia funcional en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis hospitalaria: un antes y un después

Teresa Blanco Nagore, Natalia Rey Gallego, Ana Mariñelarena Huarritz

Hospital Virgen del Camino. Navarra

Introducción:

El envejecimiento de pacientes sometidos a tratamientos de hemodiálisis (HD) junto con la pluripatología asociada, conlleva una pérdida de la dependencia funcional. La enfermería, como responsable del cuidado, ha sido objeto de continuos estudios de investigación.

El tratamiento de hemodiálisis a lo largo del tiempo conlleva una pérdida de la capacidad funcional de los pacientes. Dando lugar a una alteración en la movilidad y del nivel de autonomía, que pueden ser la causa de aparición de diversas complicaciones como una disminución en la calidad de vida y continuos ingresos hospitalarios, produciendo un incremento de los costes y de la morbimortalidad.

Para conocer el grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis seguimos los criterios de la Ley de Dependencia, mediante la valoración del test Delta. Dicho test es utilizado como método oficial de valoración del nivel de dependencia de las personas de la tercera edad en nuestra comunidad Foral de Navarra (Decreto Foral 126/1998).

Objetivo:

Analizar, evaluar y comparar la evolución del grado de dependencia funcional en pacientes en tratamiento de HD hospitalaria durante 5 años, para proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y ajustados a las necesidades reales.

Material y métodos:

Tipo de estudio: Observacional de seguimiento prospectivo.

Criterios de inclusión de pacientes: Pacientes en tra-

tamiento de hemodiálisis hospitalaria. Sexo: Indistinto.
Edad: 40-85 años.

Criterios de exclusión de pacientes: Pacientes en tratamiento de hemodiálisis inferior a 5 años.

Muestra: 25 pacientes. *Duración del estudio: 2009-2014.

Instrumento: Un primer cuestionario dirigido (test Delta) en el 2009 y un segundo cuestionario idéntico al anterior en el 2014.

Análisis estadístico: Se utilizó el paquete informático SPSS (Versión 20). Se analizó la desviación estándar para comparar los ítems del grado de dependencia obtenidos en el 2009 y en el 2014, el rango para citar las edades de los pacientes que son incluidos en el estudio y las medias para analizar los datos con el test de T de Student y Wilcoxon.

Aspecto ético: Se informó al paciente del objetivo y desarrollo del estudio. Se solicitó un consentimiento informado por escrito.

Resultados:

Se han estudiado 25 pacientes (15 hombres y 10 mujeres). Los resultados obtenidos apuntan diferencias significativas respecto al grado de dependencia tras la realización del test delta en el 2009 y el 2014, en los mismos pacientes con tratamiento de HD. Detectándose un aumento progresivo del deterioro funcional en el segundo cuestionario, especialmente en los aspectos de autocuidado y movilidad. Destacando una mayor puntuación en la alteración del aparato locomotor y en menor medida en el trastorno del comportamiento.

Conclusiones:

Tras la realización del test Delta de forma protocolizada en la unidad de hemodiálisis junto con la intervención de enfermería, es posible disminuir los factores de riesgo en las actividades de la vida diaria, garantizando una

calidad asistencial. Se evidencia una mejoría en la detección de problemas funcionales, pudiendo minimizar algunos daños potenciales a los que se expone el paciente tras largos años en tratamiento de HD.

Palabras clave:

Hemodiálisis, capacidad funcional, dependencia, test delta

Evolución del nivel de dependencia en una unidad de hemodiálisis hospitalaria

Patricia Martínez Álvarez, Magdalena Gándara Revuelta, Raquel Pelayo Alonso, Elena Incera Setién, M^a Soraya Sánchez Cano, Hortensia Ceba García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Introducción:

Según la OMS, el envejecimiento de la población mundial es un indicador de mejora de salud. Sin embargo, este buen indicador conlleva un reto para los sistemas sanitarios, ya que un mayor envejecimiento va ligado a mayor morbilidad. Según la Sociedad Española de Nefrología, la incidencia de enfermedad renal crónica en mayores de 65 años en nuestro país supera los 300 ppm, suponiendo el 55% de los pacientes incidentes. En el año 2007 evaluamos en nuestra unidad el grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis, objetivando un alto grado de dependencia.

Objetivos:

Evaluar el nivel de dependencia (ND) de los pacientes en una unidad de hemodiálisis hospitalaria (HDH). Determinar la evolución del ND del perfil de paciente en nuestra unidad en los últimos 7 años.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal comparativo, en una población de pacientes en HDH. Se replicó el estudio de 2007 para evaluar la evolución del ND mediante el Test Delta que se compone de 3 escalas: dependencia general, deficiencia física y deficiencia psíquica. Utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos para evaluar el grado de discapacidad (0 Autonomía, 3 Ayuda permanente). Otras variables: edad, sexo, nefropatía, tiempo en hemodiálisis, Índice de Comorbilidad de Chalon (ICC) e Índice de Barthel. Se realizó un análisis descriptivo de

los resultados obtenidos mediante medidas de tendencia central.

Resultados:

La población se compuso de 27 hombres (58%) y 20 mujeres (42%) con una edad media de 68,76 años (61,86% en 2007) y un ICC de 8,42(5,39 en el 2007).

Tiempo medio en HD 64,06 meses (52,39 meses en 2007) Con la Escala Delta obtuvimos que el 72% de la muestra presentaba algún grado de dependencia (el 65,1% en el 2007). La mayor dependencia correspondía a la movilización, aseo y vestido, el 44%; precisan ayuda para la administración de tratamiento el 36% y mayores cuidados de enfermería el 57%. Referente al tipo de deficiencia el 65% tiene algún tipo de déficit físico y un 61% cierto grado de déficit psíquico.

Con respecto al Índice de Barthel, ha resultado ser menos sensible a la detección de dependencia en éste tipo de pacientes al no contemplar ciertas áreas como la necesidad de cuidados de enfermería, por lo que solo detectaba algún grado de dependencia en el 47% de la población a estudio.

Conclusiones:

Actualmente existe una elevada prevalencia del ND en los pacientes de nuestra unidad de HDH. La evolución del ND en nuestra unidad ha aumentado en los últimos 7 años.

Experiencia de enfermería en la implementación del sistema de gestión de calidad en hemodiálisis y diálisis peritoneal

Ana María Martí Moreno, Ángeles Montoya Ariza, M^a Luisa Lavado Sempere

Hospital Terrassa. Barcelona

Introducción:

El interés de los profesionales en el ámbito sanitario es mejorar la calidad de los cuidados del paciente y aumentar su grado de satisfacción. Es por todo ello que en el año 2010 nuestro Servicio de Nefrología inició un proceso de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001:2008.

La experiencia positiva al conseguir la Certificación en Hemodiálisis, nos ha impulsado a iniciar el mismo proceso en la técnica de diálisis domiciliaria por excelencia, la Diálisis Peritoneal (DP), siendo nuestro hospital uno de los pocos a nivel nacional en conseguir el Certificado en ambas modalidades de diálisis.

Objetivo:

Describir la experiencia que supone para enfermería trabajar con una metodología basada en SGC.

Material y método:

Se crea un Comité de Calidad en 2010 formado por médicos, enfermeras y personal administrativo. Se define el rol de cada uno de los miembros del Comité.

En el periodo 2010-2011 se realiza el Cronograma de trabajo a través del cual se planifica la actividad a realizar.

Se recopila la documentación existente, se actualiza el contenido y se elaboran nuevos procedimientos. Todo ello basado en las guías de la SEDEN.

La utilización de indicadores y objetivos permiten evaluar y realizar acciones de mejora. Se crean diferentes planes de mejora (formación, medida de satisfacción del cliente, plan anual de calidad....)

Resultados:

En el año 2011, después de la Auditoria Interna y Externa se consigue la Certificación en hemodiálisis de AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación).

En el año 2012 se incorpora y se certifica la DP al SGC.

Anualmente se realizan las auditorias interna y externa para la renovación del certificado ISO 9001:2008 De los 164 documentos internos realizados, el 53.04% ha sido elaborada propiamente por enfermería y consiste en: 22 Procedimientos normalizados de trabajo (PNT'S), 27 Instrucciones de trabajo (ITR), 16 Formatos, 18 documentos informativos para el usuario, 4 fichas sobre la actividad diaria de enfermería.

También se ha colaborado en la realización de acciones preventivas (AP) y acciones correctivas (AC).

Se han establecido planes de formación anuales para nuevos profesionales y estudiantes de enfermería. Las fichas del lugar de trabajo han permitido estandarizar la formación.

Toda la documentación está ordenada, formateada, actualizada e informatizada por lo que el equipo de enfermería tiene completa accesibilidad a ella.

Hemos conocido a través de los planes de satisfacción la opinión de nuestros pacientes. Un porcentaje elevado de los mismos ha evaluado muy positivamente el trato recibido.

Conclusión:

La implicación de enfermería es un eslabón clave para el desarrollo y el mantenimiento del SGC.

Se ha facilitado el acceso al equipo de enfermería de toda la documentación con diferentes sistemas de difusión, ello ha contribuido a una mejora en la organización de las tareas de enfermería.

Trabajar con unos documentos normalizados de trabajo revierte en una mejora asistencial de calidad para los pacientes.

Grado de discapacidad en personas que inician terapia sustitutiva renal

José Antonio González Castillo, Ana Rebollo Rubio, Sandra Cabrera Azaña, Juan José Mansilla Francisco, Belén Sánchez García, Sergio Antonio Granados Camacho

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción:

La terapia sustitutiva renal (TSR), ya sea hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP), produce en el paciente y su entorno, un gran impacto sobre su vida. Actualmente contamos con una herramienta útil para evaluar el impacto de los estados de salud sobre el nivel de funcionamiento de una persona. Esta herramienta es el World Health Organization Disability Schedule versión 2: WHODAS II. El WHODAS II está integrado dentro del sistema conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada en mayo de 2001 por la Asamblea Mundial de la Salud.

El objetivo de este estudio es describir y comparar el nivel de discapacidad encontrado en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que inician TSR (HD vs DP), medido en el primer mes de iniciar la terapia mediante la herramienta WHODAS II.

Material y métodos:

Estudio transversal descriptivo en pacientes que inician TSR en la provincia de Málaga, bien sea HD o DP, en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2013 y el 31 de marzo de 2014. La muestra estuvo formada por 83 pacientes.

El instrumento usado fue el propuesto por la OMS para medir discapacidad: WHODAS II. Las variables socio-demográficas medidas fueron: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, distancia al centro

nefrológico de referencia, etiología de la ERC e índice de comorbilidad de Charlson (ICC).

Resultados/discusión:

La puntuación total del WHODAS de la muestra osciló en un rango que va de 1,09 (sin discapacidad) hasta 78,26 (discapacidad moderada – severa), con una media de $28,5 \pm 19,2$. La edad media fue de $59,9 \pm 14,3$ años, siendo algo más del 70% hombres. El 76,5% (39 pacientes) eligieron la HD como TSR. Aunque la literatura nos cuenta que el 87% de los pacientes no presenta ninguna contraindicación médica para elegir la DP como TSR, la realidad nos dice que la técnica de DP sólo ha sido elegida por el 23,5% de los pacientes sin diferencias significativas en cuanto a discapacidad, comorbilidad o edad. La comparación de medias no arroja significación estadística (ANOVA $p=0,2$), la distribución del histograma y la campana de Gauss de la HD están más desviados a la izquierda que en el caso de la DP, de la misma forma que la edad y el ICC son mayores en la HD. Esto es, el paciente en HD es más mayor, más enfermo y más discapacitado que en la DP, pero sin poder excluir el azar como causa de la distribución de las variables. No existen diferencias significativas en el grado de discapacidad en pacientes que inician TSR, comparando la técnica de HD y de DP.

Este estudio viene a reflejar que la decisión de los pacientes para elegir un tipo de TRS u otro probablemente tenga más relación con la cantidad y método de la información recibida que con los condicionantes psicofísicos determinados por su enfermedad de base.

Medición del flujo del acceso vascular por termodilución y por dialisancia iónica

M^a Jacoba Rodríguez Peña, Rosa M^a Barquero Ruano, Yolanda Gutiérrez Martín, Carmen Diez Gaitán

Complejo Hospitalario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción:

La medida periódica del flujo del acceso vascular es el mejor procedimiento para la detección precoz de estenosis. Hay diversos métodos para el estudio del flujo del acceso vascular, pero dos de ellos (los basados en la termodilución y dialisancia iónica) están incorporados en muchos monitores de diálisis y no precisan dispositivos accesorios. Ambos métodos se basan en la variación que se produce al invertir las líneas tanto en la tasa de recirculación medida por termodilución, como en el valor de dialisancia iónica. El objetivo del presente estudio es la comparación de los resultados obtenidos por estos dos procedimientos y decidir si son intercambiables.

Material y Métodos:

Se estudió el flujo del acceso vascular por termodilución y por dialisancia iónica en 18 enfermos durante la misma sesión de hemodiálisis. Para el estudio de concordancia hemos analizado la diferencia relativa (diferencia absoluta dividida entre la media de ambas, en porcentaje) y el coeficiente de correlación intraclase. Todos los enfermos tenían fístula arteriovenosa nativa (12 radiocefálica y 6 humerocefálica).

Resultados:

En la tabla 1 se exponen los resultados de las medidas del flujo de acceso vascular con ambos métodos, según la localización de la fístula. Aunque las diferencias entre ambos procedimientos no tenían significación estadística, la diferencia relativa, como expresión de la variabilidad intermétodo es alta (41%), sin variaciones relevantes según la fístula fuera radiocefálica (variabilidad 42%) o humerocefálica (variabilidad 37%). Si establecemos el valor de 500ml/min como definición de flujo bajo con valor predictivo de estenosis, 3 enfermos tenían flujo bajo con termodilución y 5 con dialisancia iónica.

Conclusiones:

La variabilidad intermétodo es relevante y los resultados obtenidos con ambos procedimientos no son intercambiables. Aunque ambos métodos puede ser utilizados para la monitorización del acceso vascular, el sistema de termodilución tiene la ventaja de la mayor rapidez de realización.

Nefrofarmafichas: herramienta para el manejo del tratamiento farmacológico más habitual en los enfermos renales

Ana Belén Martínez Galán, Alicia Quintano Pintado, Ana Dorado García, Isabel Casanova Mateo, Ángel Jiménez Maldonado, Eva Ester Godos Bello

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción:

Una de las funciones de los profesionales enfermeros es la administración, la evaluación de los efectos beneficiosos y la valoración de los efectos adversos del tratamiento farmacológico de nuestros pacientes, además somos los encargados de la formación del usuario proporcionando consejo y apoyo sobre cómo llevarlo a cabo.

La enfermera desarrolla una labor esencial en el cuidado del paciente renal, ello implica también la administración de medicación y también la identificación de problemas relacionados con su utilización. La adherencia terapéutica implica al paciente en su propio cuidado y requiere un compromiso para el que es fundamental un conocimiento adecuado de su tratamiento, es aquí donde el papel de enfermería cobra importancia y obliga a los profesionales a actualizar conocimientos y a explorar nuevas alternativas. Ante la dificultad para acceder a la información de una forma rápida, sencilla y práctica nos planteamos la necesidad de la elaboración de una herramienta que nos proporcione esta información en nuestro día a día.

Objetivo:

Elaborar nefrofarmafichas desde las que acceder a información de utilidad: interacciones, efectos secundarios, adecuada administración de los fármacos más habituales en los pacientes renales de nuestra unidad. Mejorar planes de cuidados de enfermería y la adherencia farmacológica de nuestros pacientes.

Material y método:

Hemos realizado una revisión de la medicación de los pacientes en ERCA, hemodiálisis y diálisis peritoneal. Clasificación de los más habituales.

Revisión bibliográfica y recopilación de información sobre estos fármacos en diferentes plataformas. Redacción de nefrofarmafichas en las que se describen: indicaciones, forma correcta de administración, efectos secundarios e interacciones y precauciones; agrupadas en grupos terapéuticos con la inclusión de nombres comerciales para facilitar su identificación.

Se organizó la información de los diferentes fármacos dependiendo de sus indicaciones y agrupándolos por familias incluyendo en cada capítulo una pequeña introducción donde se describe de forma sencilla el mecanismo de acción y la clasificación si existiera, cada ficha se estructura de la siguiente forma:

- Indicación.
- Administración.
- Reacciones Adversas.
- Interacciones.
- Precauciones.

Toda la información debe estar incluida en una página, tipo ficha, con el fin de que las nefrofarmafichas cumplan el objetivo de agilidad que nos hemos propuesto.

Resultados:

Desarrollo de una herramienta sencilla e intuitiva, accesible tanto para profesionales con experiencia en pacientes nefrológicos como aquellos que no cuentan con esta experiencia para que puedan resolver sus dudas de forma rápida y sencilla.

Se consigue un mayor conocimiento por parte del personal de enfermería de las características de la medicación más habitual.

Se detecta un mayor número de efectos secundarios. Se mejora la adherencia terapéutica.

Conclusiones:

La exploración de nuevas ideas y la elaboración de herramientas propias para los profesionales que estamos obligados a realizar un esfuerzo constante al actualizar nuestros conocimientos es altamente beneficioso tanto

para los propios profesionales como para la población a la que prestamos nuestros cuidados; conseguir por parte de enfermería una información clara y práctica sobre cuestiones relacionadas con el tratamiento mejora la adherencia terapéutica de los pacientes y por lo tanto su autocuidado.

Nivel de satisfacción con los cuidados recibidos en pacientes que inician terapia sustitutiva renal

M^a Eugenia Pons Raventos, Ana Rebollo Rubio, Sandra Cabrera Azaña

Fresenius Medical Care. Services Andalucía S.A. Centro de Diálisis San Antonio y Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Resumen:

La enfermedad renal crónica (ERC) causa un fuerte impacto en la vida de las personas que la padecen y de sus familiares. Es en el estadio V, cuando se inicia la terapia sustitutiva renal (TSR), cuando esta enfermedad causa más estragos en el día a día de estos pacientes.

Actualmente, el ciudadano es el centro del sistema sanitario. Para los profesionales sanitarios y para los pacientes es importante que los cuidados que ofrecen los primeros sobre los segundos sean efectivos (ejercen un efecto positivo en los niveles de salud), eficientes (ese efecto debería conseguirse a un coste asumible), aceptables (para el paciente que lo recibe y en opinión del conjunto de la profesión), accesibles (en términos de distancia, espera, costes, etc.), han de ser valoradas como útiles por los propios pacientes y deben estar basados en evidencias científicas.

Es por todo ello por lo que en los últimos años han cobrado importancia aspectos tales como la calidad de vida, la salud percibida y satisfacción del enfermo.

A pesar de esto, aún nos queda mucho por conocer de los factores que influyen en los mismos. El objetivo de este estudio, es valorar el nivel de satisfacción de pacientes con ERC terminal con los cuidados recibidos, cuando inician por primera vez TSR.

Material y método:

Estudio transversal descriptivo, en pacientes que inician por primera vez TRS, durante el periodo que abarca desde el 1 abril de 2013 al 31 de marzo de 2014 y hayan dado su consentimiento informado. Criterios de exclusión: incapacidad física o intelectual para contestar al cuestionario, trasplante renal previo a iniciar TSR

o negativa a participar. La muestra estuvo compuesta por 83 pacientes (78% Hemodiálisis / 22% Diálisis Peritoneal).

Para valorar la satisfacción con los cuidados recibidos, a los pacientes se les entregó el cuestionario específico para pacientes renales para medir Calidad de Vida Relacionada con la Salud (KDQOL-SF). Dentro de este cuestionario existe un apartado que mide la satisfacción con los cuidados recibidos. El ítem KDQOLSF23 valora la amabilidad en una escala Likert directa de 1 a 7, mientras que los ítems KDQOLSF24a y 24b, valoran el interés del personal por aumentar el afrontamiento del paciente en una escala Likert indirecta del 1 al 5.

Resultados:

En el ítem SF23, el 62,7% de la muestra consideró que la amabilidad del personal sanitario fue la mejor posible (43,4%) o excelente (19,3%). Por otro lado, en los ítem SF24a y 24b, el 51,8% de los pacientes opinan que el personal sanitario les anima a ser independientes y el 59% considera que les apoyan a hacer frente a la enfermedad. En el modelo de regresión ordinal utilizado, SF23 y SF24 obtiene mejores puntuaciones para diálisis peritoneal cuando se controlan el resto de variables demográficas, que no son significativas (Gamma y d de Sommers $p < 0,05$).

Conclusión:

Valorando como muy positivos los resultados de satisfacción obtenidos hay que resaltar que resultan comparativamente mejores en la diálisis peritoneal, probablemente por el vínculo que se crea entre paciente y enfermera durante la etapa de aprendizaje y entrenamiento.

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis

Lidia Gómez Vilaseca, Mónica Manresa Traguany, Nuria Pac Gracia, Sandra Lozano Ramírez

Hospital de Palamós. Girona

Introducción:

La Insuficiencia renal crónica y la Hemodiálisis se han relacionado con la presencia de síntomas físicos y trastornos emocionales como ansiedad y depresión. Dado que no existen estudios previos en nuestro Servicio relacionados, el presente trabajo pretende conocer la prevalencia de éstos trastornos y su relación con otros factores.

Metodología:

Estudio descriptivo, observacional de corte transversal durante el primer trimestre del 2012. Realizado en un servicio de hemodiálisis. Se incluyeron aquellos pacientes que tuvieran como mínimo un mes en programa crónico de Hemodiálisis.

Se utilizó como instrumento el test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en la versión española de Caro e Ibáñez (*****). Se añadieron dos preguntas para valorar el soporte social y el grado de satisfacción con este. Se aplicó el test mediante entrevista personal durante la diálisis. El análisis de datos se hizo mediante SPSS 19, se valoraron las variables cualitativas mediante frecuencia, porcentaje y las cuantitativas mediante media y desviación estándar, se realizaron test de T de student para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas, se consideró una asociación positiva si $p < 0,05$.

Resultados:

Se analizaron un total de 49 pacientes, la edad media fue 67,2 años (DS 16,2), 25% fueron mujeres, el IMC es 26,9 (DS 4,5), el I. de Charlson 4,7 (DS 4,6), el tiempo en HD 39,9 meses (DS 43,8), turno de mañana 52,9%, tarde 50,9%, el número de fármacos 10,9 (DS 2,7).

La sintomatología depresiva está presente en 42,9% (IC95% 33,7%-60,6%) y la ansiosa en 32,7% (IC95% 21,2%-46,6%). El 98% de los pacientes cuentan con apoyo de 1 o más personas, y el 91,8% está satisfecho con el apoyo prestado.

La ansiedad presenta una relación estadísticamente significativa con el IMC ($p:0,01$) y el sexo femenino ($p:0,02$), y no con la edad, I. Charlson, el turno ni el tiempo en HD. La depresión se relaciona con la edad ($p:0,01$), el IMC ($p:0,008$) y el turno de HD ($p:0,03$) y no así con el I. Charlson, el tiempo ni el sexo.

Conclusiones:

Existe una alta prevalencia de trastornos emocionales: ansiedad y depresión en nuestra unidad. Los pacientes con IMC bajo tienen más depresión y ansiedad, sin embargo la edad se relaciona sólo con la depresión y el sexo con la ansiedad. Se observa diferencias según el turno de HD, que estaría relacionado con que son pacientes añosos y con mayor comorbilidad. Dada la alta prevalencia de patología es posible que se requiera algún tipo de intervención o tratamiento.

Prevalencia de fatiga postdiálisis, depresión y dolor del paciente en hemodiálisis

Patricia Arribas Cobo, Sonia García Estévez, Pilar Díaz de Argote Cervera, M^a Trinidad Quesada Armenteros, Beatriz Liébana Pamos, Vanesa Andrés Díez

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Resumen:

Los niveles altos de depresión incrementan la mortalidad de los pacientes en una serie de enfermedades crónicas (3). La depresión puede producir un cambio en la personalidad del individuo provocando un descenso en el cuidado personal, un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento, dieta, alimentos y líquidos.

El dolor crónico puede empeorar los síntomas de depresión y constituye un factor de riesgo de suicidio en personas deprimidas (5). El envejecimiento de la población en hemodiálisis ha contribuido a la presencia habitual del dolor en estos pacientes, en especial del dolor crónico. Por tanto, es un hecho asumido que el dolor forma parte de la vida de los pacientes en hemodiálisis.

Por otro lado, la fatiga es un síntoma común y debilitante para los pacientes adultos con enfermedad renal en hemodiálisis, y se ha asociado con una disminución de la supervivencia y la calidad de vida. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión, dolor crónico y fatiga postdiálisis de los pacientes de una unidad de hemodiálisis y conocer si existe algún factor relacionado.

Material y métodos:

Estudio de serie de casos longitudinal. Las variables de la historia clínica fueron: edad, sexo, causa de ER, duración y frecuencia de las sesiones, tipo de acceso vascular (AV), función renal (FRR), técnica de HD, ultrafiltración (UF), TA pre y post, peso seco (PS) y caída del volumen sanguíneo (VS) del mes de estudio. Se obtuvieron los datos de depresión a través del cuestionario Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), los de dolor por la escala visual analógica (EVA) y una escala de valoración de fatiga postdiálisis.

Resultados:

La muestra fue de 67 pacientes, 53,7% hombres y 46,3% mujeres. La edad media 67,5 años (19-92). Fatiga postdiálisis refirieron tenerla un 59,7% de los pacientes y la intensidad fue ligera en el 19,4%, moderada en el 10,4%, severa en el 16,4% e incapacitante en el 11,9%.

El 47,8% de los pacientes no presentan ningún tipo de dolor, el 13,4% dolor leve-moderado, el 11,9% dolor moderado-grave y el 23,9% dolor muy intenso.

Un 47% de los pacientes no tienen depresión o es mínima, el 13,4% presentan depresión leve-moderada, el 11,9% depresión moderada-grave y el 23,9% depresión grave.

Hay diferencia significativa al relacionar el dolor con la edad ($p=0,009$), y el sexo ($p=0,001$), por lo que lo refieren son más mayores y mujeres.

Entre el grupo de pacientes que presentan depresión, encontramos que hay mayor porcentaje de mujeres, llegando a ser esta diferencia significativa ($p=0,048$).

Conclusiones:

La presencia de algún tipo de fatiga (59,7%), dolor (52,2%) y depresión (49,3%) es elevada entre los pacientes en HD. El dolor se relaciona con la edad (más mayores) y con el sexo (mujeres). Es el grupo de las mujeres el que presenta mayor depresión. No se ha encontrado relación de los factores de estudio con ningún parámetro dialítico.

Prevalencia de situación de enfermedad avanzada terminal e incidencia de mortalidad de los pacientes en hemodiálisis, atendidos en una unidad de nefrología

Eduard Camps Ballester, Esmeralda Molina Robles, Dolors Pajares Requena, Joan Feixas Roma, Jordi Amblàs Novellas, Emi Chirveches Pérez

Corporació Sanitari Vic. Barcelona

Introducción:

Según L.Fried: "la fragilidad se define como un estado fisiopatológico de alta vulnerabilidad frente a las enfermedades, por limitación de los mecanismos compensadores y pérdida de la homeostasis debido a una disfunción en múltiples sistemas corporales que condicionan la disminución de la reserva funcional". El aumento de la esperanza de vida incrementa el riesgo de las personas mayores a ser vulnerables a eventos desfavorables sobre su salud, produciendo: discapacidad, institucionalización y muerte.

Objetivo:

Estimar la prevalencia de pacientes en hemodiálisis, en situación de enfermedad avanzada-terminal, atendidos en la Unidad de Nefrología de la Corporació Sanitari Vic. Valorar la incidencia de mortalidad de los pacientes, 12 meses después de haberse determinado si estaban o no en situación de enfermedad avanzada-terminal, describir el riesgo relativo de mortalidad entre los pacientes en hemodiálisis, que están y no están en situación de enfermedad avanzada-terminal.

Material y Método:

Estudio de cohorte prospectivo de pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica y tratados en un programa de hemodiálisis en Julio 2012 y seguidos durante un año, realizado en la Unidad de Nefrología de la Corporació Sanitari Vic. Se estudiaron variables socio-demográficas, clínicas y de severidad y progresión de la enfermedad mediante el uso del cuestionario validado NECPAL-CCOMS© (Necesidades Paliativas) que consta de la pregunta sorpresa, elección/demanda o necesidad e indicadores clínicos. Se obtuvieron datos basales y de seguimiento.

Resultados:

Se incluyeron 92 pacientes, con una media de edad de $67,2 \pm 14,8$ años, el 65,2% eran hombres y llevaban una media de $2,5 \pm 2,8$ años en tratamiento en hemodiálisis. El 20,7% de los pacientes portaban catéter central y el resto FAVI. El 63% de los pacientes presentaban dos o más comorbilidades asociadas. Se identificaron con NECPAL+ a 25(27,2%) pacientes. La media de edad de los pacientes con NECPAL+ era de $76,12 \pm 10,3$ años mientras que la de los NECPAL- de $63,88 \pm 15,0$ ($p < 0,005$). De los pacientes portadores de catéter, el 73,7% eran NECPAL+ mientras que los de FAVI, el 15,1% eran NECPAL+ ($p < 0,005$). Durante el año de seguimiento, 22(23,9%) pacientes murieron y 7(7,6%) fueron trasplantados. Murieron el 44,0% de los pacientes valorados basalmente con NECPAL+ y el 18,3% de los NECPAL-, observándose una probabilidad 3,5 veces más alta de muerte en los pacientes con NECPAL+ ($p=0,010$). De los 14 pacientes vivos valorados con NECPAL+ basal, 7(50%) continuaron con NECPAL+ y 7(50%) se revaloraron con NECPAL-. De los 49 pacientes vivos valorados con NECPAL- basal, 42(85,7%) continuaron siéndolo y 7(14,3%) se revaloraron con NECPAL+.

Conclusiones/Discusión:

El test NECPAL es un instrumento fácil de utilizar y útil para identificar los pacientes con insuficiencia renal crónica y en programa de hemodiálisis en situación final de vida. En nuestra unidad, más de una cuarta parte de los pacientes pueden presentar necesidades de atención paliativa, entendida como aquel enfoque no dicotómico dónde se combinan según necesidades tratamientos activos con tratamientos sintomáticos, siendo especialmente pertinente plantear un proceso de planificación avanzada.

Utilización de apósitos de plata para la prevención de infecciones a través de catéteres temporales para hemodiálisis (CVT). Estudio piloto

Joaquín Cortés Torres, Juan Luis Ferreras Duarte, Nieves Villena Bueno, Rosa Palop González, Javier Martín Martínez, Andrés García González

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción:

Los accesos venosos temporales a través de catéteres para las terapias de purificación sanguínea (hemodiafiltración [HDF] y hemodiálisis [HD]) son una importante herramienta para el manejo y tratamiento del paciente crítico. Las vías de acceso para la cateterización rápida de estos pacientes son las venas subclavia, yugular interna y femoral. Por razones históricas de docencia y método la vía rápida de acceso venoso crítico para HD en nuestro medio, servicio de nefrología de un hospital de tercer nivel del sistema sanitario público, es la vena femoral (VF).

La canalización de un CVT es un procedimiento invasivo que aumenta los riesgos de morbi-mortalidad y la unidad de hemodiálisis de pacientes críticos de nuestro servicio extrema los cuidados durante la inserción y el manejo del catéter según los estándares de la estrategia Michigan de Provonost conocidos como bacteriemia cero, no obstante las complicaciones infecciosas del punto de inserción o de colonización del catéter siguen apareciendo en las tasas habituales de este tipo de unidades.

Los apósitos de plata se han utilizado para prevenir la infección de catéteres en unidades de críticos aprovechando la capacidad bactericida de los iones de plata. Aprovechar estas características para el CVT de HD con vía de inserción VF podría disminuir la incidencia de infección nosocomial permitiendo un mayor tiempo de permanencia del CVT.

Objetivo:

Comparar la incidencia de complicaciones nosocomiales en catéteres temporales para HD cuando se usan apósitos de plata para el punto de inserción.

Material y método:

Estudio randomizado prospectivo observacional longitudinal de casos y controles. Aquellos pacientes que precisen de un CVT para HD serán asignados a uno de los brazos del estudio de forma aleatoria. En los casos se utilizará un apósito con alginato de plata en ausencia de cualquier otro antimicrobiano o antiséptico. En los controles se aplicará el protocolo actual de la unidad para estos catéteres. Se recogerán variables sociodemográficas, clínicas y de procedimiento bacteriemia cero. Se utilizará el consentimiento informado del estudio EMODIAL.

Resultados:

Para este piloto se presentan los resultados del primer mes del estudio. Se ha utilizado el apósito de plata en tres paciente frente a dos según protocolo normal. Los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes no arrojan grandes diferencias. No se han dado incidencias de toxicidad o tintado de la piel. El tiempo de supervivencia del catéter en ambos grupos ha sido similar y en los cinco casos se ha retirado el catéter sin incidencias de infección en un periodo menor de 7 días.

Discusión:

Los CVT para HD en nuestro ámbito han sido un foco habitual de infecciones nosocomiales. Aunque la tendencia actual busca que ningún paciente inicie HD sin un acceso venoso permanente siempre hay casos de debut crítico. Aunque se pretende que este acceso esté el menor tiempo posible siempre hay ocasiones en las que el catéter ha de durar todo lo que se pueda. Esperamos que la aplicación de apósitos de plata nos ayude en la prolongación del tiempo útil de uso del catéter evitando la aparición de nosocomiales.

Valoración de la utilización de clorhexidina en la cura del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal colonizado por corynebacterium

Núria Alonso Carril, Conchi Blasco Cabañas, Dolors Marquina Parra, María José Gordo García, Carmen Moya Mejía, Esther Ponz Clemente

Corporació Sanitari Parc Taulí. Barcelona

Introducción:

La infección del orificio de salida (OS) aumenta el riesgo de peritonitis y puede causar la retirada del catéter de Diálisis Peritoneal (DP). La valoración del OS realizada por enfermería durante los controles habituales permite la detección precoz de los cambios del orificio sugestivos de posibles complicaciones. En los últimos años hemos observado un aumento de la colonización por *Corynebacterium* del OS, a menudo asociada a un aspecto dudoso del orificio, con frecuente presencia de costra o granuloma. Recientemente hemos cambiado el protocolo de cura del orificio introduciendo el uso de Clorhexidina al 1 % una vez a la semana.

Objetivos:

1. Valorar la prevalencia de la colonización por *Corynebacterium* del OS.
2. Evaluar la eficacia de la Clorhexidina al 1% en la cura del OS del catéter de DP colonizado por *Corynebacterium*.

Método:

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Los pacientes en DP que presentaban colonización por *Corynebacterium* añadieron a la cura habitual del orificio el uso de Clorhexidina al 1 % una vez a la semana. Se registraron el aspecto del OS (clasificación adaptada de Twardowski) y el resultado de los frotis previos y pos-

teriores al cambio del tratamiento con un seguimiento de seis meses.

Resultados:

Se estudiaron 22 pacientes, 81,8% hombres, edad media 62 años. El 72,7 % (16/22) de los pacientes en DP presentaban colonización del OS por *Corynebacterium* y un 25 % tenían una co-infección por otro germen, generalmente *Staphylococcus* sp. En un 56 % de los casos colonizados por *Corynebacterium* el aspecto del orificio era dudoso o equívoco con la presencia habitual de costra o granuloma. Después del tratamiento, solo un 25 % de los pacientes presentaban anormalidades en el orificio, con la práctica desaparición de los granulomas, y en 12 pacientes de los 14 que continuaban en el estudio el *Corynebacterium* había desaparecido (85.7 %); sin embargo, en un 28.5 % de los casos persistía o aparecía de nuevo el *Staphylococcus* sp. No hemos observado efectos adversos.

Conclusiones:

1. El estudio ha sido útil para evidenciar la prevalencia de la colonización por *Corynebacterium* en el OS del catéter de DP y también la alta prevalencia de granuloma asociado a *Corynebacterium*.
2. El uso de Clorhexidina al 1 % en la cura del OS del catéter de DP ha sido eficaz en la erradicación de la colonización por *Corynebacterium* y en la mejora de su aspecto.

Valoración del dolor de los pacientes en hemodiálisis en nuestra unidad

Elia Braojos López

Complejo Hospitalario. Toledo

Resumen:

El dolor es un síntoma prevalente en los pacientes en hemodiálisis afectando a su calidad de vida. En estos pacientes confluyen factores que favorecen la aparición de dolor: edad avanzada, antigüedad en hemodiálisis, comorbilidad asociada, neuropatía urémica y diabética, isquemia de los miembros, osteodistrofia, calcifilaxis, causas propias de la técnica dialítica como: Punción de FAVI o por los catéteres centrales, amiloidosis debido al acumulo de B2 micro globulina, cefaleas por el cambio de tensión arterial, dolor por isquemia, síndrome de robo, síndrome del túnel carpiano etc. La prevalencia está entre el 37% y el 50%. El más prevalente es el dolor musculoesquelético por la osteodistrofia renal seguido del dolor neuropático e isquémico. También se asocia la causa del dolor con ansiedad y depresión. Nos planteamos como objetivo valorar la intensidad y el tipo de dolor que padecen nuestros pacientes en hemodiálisis, así como su comorbilidad sobre el sueño y el estado de ánimo.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo transversal. El tamaño de la muestra es de 65 pacientes en hemodiálisis, 44 hombres y 21 mujeres, Se recogen datos clínicos como: tiempo de permanencia en hemodiálisis, comorbilidad asociada mediante índice de Charlson, Nefropatía diabética, HTA, si son portadores de FAVI o catéter central, si tienen pautado tratamiento analgésico, si precisan analgesia intradiálisis, niveles de PTH. Se utilizan escalas validadas: Escala Visual Analógica para valorar la intensidad del dolor intradiálisis. Inventario Breve del Dolor para valorar el dolor crónico y su impacto en las actividades de la vida diaria. Cuestionario DN4 para valorar

el dolor neuropático, así como la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la escala de Sueño Epworth y Cuestionario del Síndrome de Piernas Inquietas.

Resultados:

El 80% de los pacientes tiene dolor crónico musculoesquelético, sobre todo en las extremidades inferiores. Presentan comorbilidad alta, índice de Charlson >3, el 52% con Nefropatía diabética e isquemia arterial crónica, el 83% con HTA, el 20% tiene pautado en su tratamiento analgésicos, La PTH está por encima de 300 en el 27% de los pacientes. El 35% presentó dolor intradiálisis, al 54% tomó paracetamol. En la última hora de HD el dolor es más intenso lo sitúan entre el 7-10, por la hipotensión y la pérdida de líquido. Señalan tener cefaleas tras la desconexión. Califican el dolor padecido como irradiante, punzante, quemante, adormecimiento, fatigoso, que afecta en las actividades de la vida diaria y el ánimo entre 8-10. En la capacidad de caminar y trabajo habitual y afectación del sueño lo califican en un 9-10. Son susceptibles de padecer ansiedad y depresión. En 100% de los pacientes el dolor influye en el sueño. El 37% padecen SPI.

Conclusión:

1. Alta prevalencia de dolor musculoesquelético, en MI por la osteodistrofia renal y dolor isquémico por patología vascular.
2. El dolor se agudiza en la diálisis.
3. La intensidad del dolor aumenta en la última hora de diálisis por la hipotensión.
4. Gran repercusión del dolor sobre el estado de ánimo y el sueño.

¿Se puede demorar el inicio de la diálisis peritoneal una vez colocado el catéter?

Consuelo Baños Baños, Teresa Castellanos Tornos, Julia Teso Domínguez, Elena López de Aretxaga Urkiola, Rosa Madinabeitia Merino

Hospital Universitario de Álava - Sede Txagorritxu. Álava

Introducción:

Es habitual comenzar diálisis peritoneal (DP) dos semanas después de colocado el catéter de DP. En nuestro centro, intentamos apurar el inicio de diálisis (estudios demuestran que el comienzo precoz no aporta ventajas). Tras colocar el catéter de DP mediante minilaparatomía en Cirugía General, se realizan lavados peritoneales. A las dos-tres semanas se hace un control analítico y se decide si empezar el entrenamiento. Si mantiene función renal suficiente y está asintomático, se mantiene la permeabilidad del catéter mediante lavados. Se realizan controles según evolución.

La técnica del lavado peritoneal es infundir, de una bolsa de 1,36%/1,50%; heparinizada, 500 ml y drenar. Así hasta completar los 2 litros de la bolsa, dejando al finalizar, unos 200 ml en el peritoneo, como volumen residual. Se repiten cada 2-3 semanas, dependiendo de la fibrina que haya al realizar el lavado.

Objetivo:

Analizar el periodo de tiempo que pasa entre la colocación del catéter y el inicio de la diálisis. Evaluar los parámetros que influyen en un mayor o menor tiempo sin comenzar diálisis.

Pacientes y Métodos:

Estudio retrospectivo de nuestra unidad de diálisis peritoneal en pacientes a los que se les puso el catéter de DP desde 2006. Incluimos pacientes que comenzaran el tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal y con función renal residual suficiente. Se excluyeron aquellos pacientes que provenían desde trasplante renal o que precisaran hemodiálisis de forma temporal antes de colocar el catéter de DP. Se registran datos analíticos

cuando se indicó colocar el catéter y cuando se decidió comenzar el entrenamiento.

Estadística: los datos se presentan como media \pm desviación estándar (intervalo). Pruebas no paramétricas para comparar medias.

Resultados:

Se incluye un total de 50 pacientes, con una edad media de 57.1 ± 15.4 años (19-89). El filtrado glomerular (FG), en el momento de indicar la necesidad de colocar el catéter de DP fue 8.51 ± 1.41 ml/min (4.70-10.83). El tiempo que transcurre desde que se coloca el catéter hasta que se comienza la diálisis fue de 211 ± 365 días (15-1680) (mediana: 90 días). Tres pacientes continúan aún con lavados, sin haber iniciado diálisis. El nivel de FG con el que se inicia el entrenamiento ha sido 7.03 ± 1.37 (4.05-12.05).

Se distribuyen los pacientes en dos grupos en relación a la mediana (90 días) y se analizan los posibles factores que pueden influir: No encontramos diferencias en relación al FG con el que se indica coloca el catéter (8.6 ± 1.3 vs 8.3 ± 1.5 ; U, $p=0.357$) ni con el FG con el que se inicia la DP (7.3 ± 1.4 vs 6.7 ± 1.1 ; U, $p=0.160$). Los factores analizados que muestran diferencia significativa han sido: edad (53.0 ± 16.1 VS 62.3 ± 13.8 ; U, $p=0.042$), cociente proteínas/creatinina en orina (3.2 ± 3.3 vs 1.46 ± 0.98 ; U, $p=0.044$), hemoglobina (11.0 ± 1.1 vs 11.6 ± 0.9 ; U, $p=0.050$).

Conclusiones:

Un significativo grupo de pacientes puede retrasar su inicio de diálisis peritoneal, haciendo lavados peritoneales. Los factores que pueden favorecerlo son mayor edad y menor grado de proteinuria.

Diálisis peritoneal automática adaptada (DPAA): un método de prescripción eficaz, eficiente y seguro

Sergi Aragó Sorrosal, Magdalena Sánchez Ruiz, Marta Quintela Martínez, Ana Isabel Alicarte Gracia, Manel Vera Rivera

Hospital Clínic. Barcelona

Introducción:

Alcanzar unos correctos parámetros de adecuación en diálisis peritoneal va más allá que lograr un Kt/V semanal de urea igual o superior a 1.7 o un aclaramiento semanal de creatinina igual o superior a 50 litros. Es necesario una correcta ultrafiltración, para mantener un estado de hidratación óptima con el menor coste metabólico posible.

Fischbach et al. propuso un nuevo método para pautar la diálisis peritoneal automática basado en la sucesión de ciclos de permanencia cortos y de bajo volumen seguidos de ciclos largos y de alto volumen en comparación con la forma clásica de prescripción caracterizada por ciclos de igual duración e igual volumen. Esta forma de prescripción se denominó diálisis peritoneal automática adaptada (DPAA) en contraposición a la diálisis peritoneal automática convencional (DPAC). Se ha descrito usando únicamente soluciones con lactato.

Objetivos:

- Analizar en un grupo de pacientes en programa de DPAC los resultados obtenidos tras la introducción de la DPAA usando bicarbonato puro como agente tampón.
- Identificar la carga de trabajo que supone para enfermería la implementación de este nuevo método de prescripción.

Material y métodos:

Estudio prospectivo con una muestra de 12 pacientes, iniciando con prescripción de DPAC durante una permanencia mínima de 3 meses, seguido del mismo período de tiempo con la nueva prescripción DPAA. Se realiza determinación basal del tipo de transporte peritoneal y

el tiempo APEX previo al estudio, y en ambas prescripciones se usa únicamente solución de diálisis peritoneal con glucosa al 1.5 %. En ambas pautas, se comparan las variables: peso, presión arterial y estado de hidratación mediante bioimpedancia, parámetros de adecuación, parámetros analíticos y los datos registrados en la tarjeta de la cicladora: volúmenes, tiempos, tipos de alarmas. Se realiza seguimiento telefónico para detección precoz de posibles complicaciones y signos de disconfort (potencialmente inducible por los altos volúmenes usados en las permanencias largas).

Resultados:

La DPAA en comparación con la DPAC ofrece:

- Mejor Kt/V semanal de urea (2.8 ± 0.3 vs 2.3 ± 0.2).
- Mejor aclaramiento semanal de creatinina (74 ± 9 vs 63 ± 8).
- Mejor control de la HbA1C (5.1 ± 0.6 vs 5.7 ± 0.5), expresando una menor absorción de glucosa.
- Mejor ultrafiltración (982 ± 123 vs 842 ± 110).
- Buen control del estado de hidratación y del control de la presión arterial.
- No se ha detectado ninguna complicación ni un aumento significativo de alarmas registradas.
- La incorporación de esta nueva modalidad no ha supuesto una sobrecarga de trabajo para la enfermería de la unidad.

Conclusiones:

La diálisis peritoneal automática adaptada permite obtener unos adecuados parámetros de adecuación y un correcto estado de hidratación. Estos resultados se obtienen con un menor coste metabólico pues detectamos un mejor control de la HbA1C con la DPAA, por lo que, en términos de eficiencia resulta una muy buena opción ya que se logra una mayor ultrafiltración con una menor

absorción de glucosa. Es una modalidad segura y cómoda para el paciente y no se ha percibido un aumento significativo de la carga de trabajo para la enfermería de la unidad.

Estos hallazgos permiten plantear la DPAA como modalidad de elección cuando el paciente inicia diálisis peritoneal automática.

Diálisis peritoneal en pacientes invidentes. Nuestra experiencia en dos años

José Alfonso de la Vara Almonacid

Hospital Infanta Cristina. Madrid

Resumen:

La nefropatía diabética se ha convertido en la causa más frecuente de entrada en programa de diálisis en la mayoría de los países, y un porcentaje alto de pacientes son incluidos en técnicas de diálisis peritoneal. La decisión entre HD y DP debe hacerse de forma individualizada y debe basarse en las preferencias del paciente y la situación familiar.

La dificultad de entrenar a pacientes diabéticos con alteraciones visuales severas obliga en muchas ocasiones al entrenamiento de un familiar, aunque en nuestra experiencia la mayoría de los pacientes, incluso los ciegos, con un entrenamiento adecuado son capaces de realizar la técnica y de administrar la insulina en las bolsas de diálisis correctamente. La técnica es igual en diabéticos que en no diabéticos, solo algunos puntos diferencian su puesta en práctica. El entrenamiento suele durar más tiempo, dependiendo de la situación física y de la agudeza visual del paciente. En atención a este punto, es conveniente insistir en la colocación del material de diálisis siempre en la misma posición, para facilitar su localización.

En el año 2012 se nos plantea en nuestro servicio la transferencia de un paciente en hemodiálisis a diálisis peritoneal, paciente diabético, invidente y totalmente dependiente del ámbito familiar.

Nos planteamos como objetivo que el paciente fuese capaz de realizar el tratamiento en su domicilio. Es transferido a DP (diálisis peritoneal) por intolerancia a la hemodiálisis, HTA, mal manejo de las glucemias.

Como antecedentes:

- Coma hipoglucemia reversible resuelto sin secuelas neurológicas
- Hipoglucemia grave
- Crisis convulsiva por hipoglucemia
- Diabetes tipo 1 con afectación multisistémica descompensada

- Broncoaspiración hemática por sangrado lingual traumático
- Neumonía basal derecha por aspiración hemática
- Hemorragia severa por laceración arteriolar 2ª a traumatismo lingual
- Herida de lengua tras crisis comicial, suturada
- Hemorragia traumática moderada de borde inferior de estoma traqueal controlada con electrocoagulación.
- Insuficiencia renal clínica en estadio 5 en programa de hemodiálisis
- Infección urinaria por *Candida albicans*
- Hipocalcemia
- Coagulopatía 2ª a sangrado lingual
- Retinopatía diabética. Ptisis bulbi OD. Inicio de Queratopatía en banda OD. Hemovitreo OI
- Hipertensión arterial crónica grave de difícil control
- Infección de vías respiratorias (traqueítis)

Elaboramos un programa de entrenamiento a lo largo de un mes donde enseñamos a un familiar en el manejo de la diálisis peritoneal por un lado y enseñamos al paciente a manejarse por sí mismo en cuanto a la conexión y desconexión. La modalidad que se eligió en su día fue la de cicladora nocturna. Por espacio de un mes fuimos capaces de desarrollar en la paciente un sexto sentido capaz de ser ella misma quien se hacía los intercambios. A destacar que el paciente no tenía ningún entrenamiento tipo ONCE, ni se manejaba por sí sola.

Los inicios fueron duros, pero actualmente después de dos años en programa, demostramos que el manejo de la técnica es óptimo, se ha solucionado el problema de su hipertensión arterial y analíticamente su diabetes está perfectamente controlada. Hace una vida normal y es prácticamente independiente. Concluimos que esta modalidad de tratamiento han hecho mejor sistemáticamente la calidad de vida del paciente, y hemos solucionado los problemas médicos planteados al inicio. Fuimos capaces de que el paciente aprendiera y se mantuviese en nuestro programa.

Estudio comparativo de los diferentes procedimientos en la implantación, cuidados del orificio y herida quirúrgica de los pacientes en diálisis peritoneal (DP)

Francisca Gruart Armangué, Eva Barbero Narbona, M^a Josefa Oliete Mathieux, Elena Seren Couso, Carmina Muriana Zamudio, Angeles Montoya Ariza

Hospital Universitari Bellvitge. Idibell. Hospitalet de Llobregat. Barcelona, Hospital del Mar. Parc De Salut Mar. Barcelona, Hospital Universitario Joan Xxiii. Tarragona, Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, Hospital Universitari Josep Trueta. Girona y Cst. Hospital de Terrassa. Barcelona

Introducción:

Para los pacientes en tratamiento sustitutivo renal en diálisis peritoneal (DP), el acceso es de vital importancia, siendo necesario que sea seguro, duradero, funcional y que no provoque problemas; de lo contrario, ya sea por infecciones, complicaciones mecánicas o por cansancio, hasta un 20% de estos pacientes son transferidos a Hemodiálisis.

Los protocolos son guías que pueden individualizarse en los procedimientos para cada paciente, según sus necesidades.

Objetivo:

Describir los procedimientos realizados en nuestros distintos hospitales, y ver de qué manera influyen en las complicaciones que hemos encontrado.

Material y método:

Estudio prospectivo, descriptivo de revisión en los procedimientos pre, intra y post colocación de los catéteres durante el año 2013 en nuestro grupo de trabajo.

Resultados:

En total se incluyeron 69 pacientes. Edad: $59,88 \pm 14,53$ años (media \pm DE), 51 (74%) son hombres. Se ha realizado frotis nasal a 53 (77%) pacientes, encontrando solo 2 portadores de S.Aureus (SAUR).

Las técnicas utilizadas para la colocación del catéter fueron: Laparotomía 36 (53%), percutánea 20 (29%) y laparoscopia 12 (17%) pacientes. En los procedimientos pre-colocación del catéter destacamos que 49 (71%) de los pacientes reciben enemas de limpieza, el vaciado de vejiga urinaria se realizó en 61 (84%), la antibioterapia profiláctica se empleó en 57 (83%) pacientes.

La comprobación in-situ del funcionamiento del catéter fue realizado por enfermería en 45 (65%) pacientes.

Las curas post-colocación se inician a los 1,6 días de promedio con lavados peritoneales de bajo volumen. La retirada del apósito de la herida quirúrgica (HQ) y del orificio se realiza a los 2,8 días post-colocación, la mayoría 80% por protocolo. La cura de HQ y orificio es mayoritariamente con SF y yodo, habiendo un hospital que utiliza clorhexidina. Como complicaciones se reportó un seroma en HQ y una alergia a la cinta adhesiva del apósito.

Se inició la DP ambulatoria a los 33 ± 20 días desde la colocación del catéter, 62 (90%) con orificio correcto sólo 3 (4%) presentaron infección del orificio.

De los pacientes, 3 (4%) fueron transferidos a HD (1 tunelitis, 1 atrapamiento del catéter y 1 comunicación pleuroperitoneal). Un paciente salió del programa por recuperación de la función renal.

Discusión:

Aunque no todos los hospitales plantean la práctica del FN pre-quirúrgico, el cribado fue del 77% de los cuales 2 pacientes eran portadores de SAUR.

El inicio de la DP ambulatoria fue a los ± 33 días desde la colocación del catéter con un 90% con el orificio correcto que se asume como resultados adecuados.

En general, existe bastante acuerdo en nuestra manera de proceder en las curas. Se apreció variabilidad en los lavados quizá ligada a la funcionalidad del propio catéter. Muy pocos pacientes fueron transferidos a hemodiálisis y sus causas no parecen relacionadas con los cuidados enfermeros.

Creemos que el seguimiento de las recomendaciones de los expertos va ligada a las necesidades del paciente y a la estructura de la unidad.

Unos cuidados adecuados del acceso peritoneal disminuyen la morbimortalidad, pero existen tendencias diferentes según el hospital y el enfermo.

Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal (DP)

Eva Barbero Narbona, Elisabeth, Tejada Araez, Ernestina Junyent Iglesias, Ali Berrada, Silvia Collado Nieto, Francesc Barbosa Puig

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción:

La peritonitis es una inflamación de la membrana peritoneal causada mayoritariamente por bacterias gram positivas. Representa la complicación más importante derivada de la propia técnica, puede producir ingreso hospitalario y tiene un elevado riesgo de mortalidad en pacientes con episodios frecuentes y peritonitis severas, por microorganismos Gram negativos. También es el principal motivo de fracaso del tratamiento y cambio a otras terapias sustitutivas renales, ya que la membrana peritoneal puede quedar alterada después de la infección.

Objetivo:

Determinar la incidencia de peritonitis asociada a DP, identificar los factores de riesgo relacionados y analizar los efectos sobre la supervivencia del paciente, adecuación posterior y permanencia de la técnica.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo observacional en el que se han incluido 52 pacientes que efectuaron DP en nuestro centro entre 2006 y 2013. Recogimos y analizamos las características clínicas de los pacientes tales como enfermedad de base, diabetes, enfermedad vascular periférica, tratamiento con inmunosupresores, antecedentes de procesos neoplásicos, modalidad de tratamiento sustitutivo y autonomía del paciente según escala Barthel, además los valores analíticos (albumina y hemoglobina), datos demográficos, nivel socioeconómico, determinando la incidencia de peritonitis, sus factores de riesgo y el impacto sobre parámetros nutricionales, adecuación posterior y permanencia en la técnica.

Resultados:

La incidencia de peritonitis en nuestra cohorte fue 0.44 episodios/paciente/año. El 34.6% de los pacientes en programa desarrollaron al menos un episodio. El 83.3% de ellos permanecieron en programa de DP a los 6 meses del incidente.

La presencia de peritonitis se asoció al tiempo de permanencia en la técnica ($P=0.002$), a los niveles de albúmina menores antes del episodio ($P=0.006$) y durante el episodio (< 0.001), así como valores de hemoglobina más bajos ($P=0.005$ y < 0.001) respectivamente. El tiempo de entrenamiento más corto, los antecedentes neoplásicos y el nivel socioeconómico bajo influyen en su desarrollo, aunque no de forma significativa. No se observaron diferencias en la supervivencia ni adecuación de la técnica posteriormente. En el análisis multivariante, la peritonitis se asoció de forma independiente con niveles de albúmina previos (OR:1.43, $p=0.036$), hemoglobina (OR:2.09, $p=0.028$), los días en programa (OR:0.92, $p=0.041$) y el nivel socioeconómico (OR:8.45, $p=0.054$).

En el análisis de curvas ROC, estos factores predecían la incidencia de peritonitis con un valor de 0,84 (IC 95%: 0,726-0.954).

Conclusión:

La peritonitis en DP tiene una baja incidencia en nuestra cohorte. El estado nutricional, la anemia, el nivel socioeconómico y el tiempo en programa predicen su desarrollo.

La importancia en la implantación del acceso peritoneal y su repercusión en el paciente

Ana Isabel García González, Mónica Lorenzo Méndez, Covadonga Hevia Ojanguren, Antonio Cirugeda García

Hospital Severo Ochoa y Hospital Infanta Sofia. Madrid

Introducción:

La realización de un acceso peritoneal seguro y duradero es fundamental para el buen desarrollo de un programa de diálisis peritoneal (DP). Los problemas repetitivos en la implantación del catéter o en las complicaciones abdominales no reparadas es uno de los problemas más perjudiciales al que nos enfrentamos. Cada unidad de DP debe adaptarse a las circunstancias de su centro para lograr los mejores resultados. En nuestro Hospital la colocación de los catéteres peritoneales y la reparación de sus complicaciones son realizadas por el equipo de cirugía General.

Objetivo:

El objetivo de nuestro estudio es evaluar las complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica del catéter peritoneal, incluyendo tanto las asociadas a su colocación (disfunción, extrusión del dacron externo, fuga pericatóter), como a una reparación abdominal incompleta (hernias, eventraciones, omentectomias insuficientes).

Material y métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes en diálisis peritoneal desde el inicio de nuestro programa (enero 2009) hasta la actualidad, incidiendo en la importancia y repercusión que pueden tener estas complicaciones en la calidad de vida del paciente y viabilidad de la técnica.

Resultados:

A lo largo de estos años se han implantado 54 catéteres en 46 pacientes, de los cuales 42 iniciaron programa de DP. 11 catéteres en 11 pacientes presentaron complicaciones que consideramos relacionadas con la técnica quirúrgica de implantación. En 6 casos (54.5%) fue preciso la retirada del catéter con colocación de uno nuevo, los motivos fueron: 2 fugas pericatóter, 1 atrapamiento, 1 disfunción, 1 peritonitis relacionada con el catéter y 1 infección del túnel por extrusión del dacron superficial. En los 5 restantes (45.5%) se pudo continuar la técnica con el mismo acceso, los motivos fueron: 4 hernias y 1 fuga pericatóter.

En los 11 pacientes hubo que modificar la técnica de DP: 7 pasaron a HD temporal, 3 realizaron DPI y 1 se mantuvo sin diálisis por tener función renal residual.

Conclusiones:

El alto porcentaje de complicaciones de catéter en nuestro programa han supuesto una disminución de la calidad de vida del paciente, una alta tasa de transferencia temporal a Hemodiálisis (63%), una sobrecarga de trabajo al personal de diálisis y un gasto económico evitable.

Para conseguir resultados óptimos en un programa de DP es crucial dar la importancia necesaria a un adecuado protocolo de colocación de acceso peritoneal funcionante. Para ello un equipo multidisciplinar implicado (enfermeras, nefrólogos, cirujanos y anestesiistas) facilitaría este objetivo.

Relación entre la calidad de vida (CV) percibida, desnutrición y peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal (DP)

Elisabet Tejeda Araez, Eva Barbero Narbona, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción:

La CV relacionada con la salud (CVRS) es la evaluación que realiza cada individuo respecto a su salud física, psico-social y grado de funcionalidad en las actividades cotidianas, por lo que cambios en sus relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en su aspecto físico, se relacionan con la aparición de cambios emocionales que podrían incidir negativamente la adherencia al tratamiento. La Enfermedad Renal Crónica es una fuente generadora de estrés por sí misma, que conlleva a un proceso de deterioro continuo, afectando la CV de las personas que lo sufren. Aunque la DP permite a los pacientes compartir más tiempo con sus familiares y trabajar, ya que no tienen que desplazarse para realizar la diálisis, necesitan espacio y elementos especiales en su domicilio que pueden ser causa de estrés para sus familiares.

En 2012 pudimos correlacionar desnutrición y peritonitis en nuestra población, con el estudio actual nos propusimos estudiar características clínicas y analíticas (índice comorbilidad, nivel albumina y permanencia en la técnica), factores físicos (Escala Barthel y E.Lawton-Brody), psicológicos (Sf-12, test de satisfacción del usuario), y sociales (escala Zarit y valoración riesgo social (Rs) para detectar los que podrían afectar el descenso de albumina y, por tanto, a las infecciones y realizar acciones correctivas dentro de los recursos disponibles.

Objetivo:

Analizar si la percepción de salud, la capacidad funcional de los pacientes en DP y el estado de sobrecarga de sus cuidadores son factores que inciden sobre padecer una peritonitis dentro de nuestra población.

Material y método:

Estudio longitudinal prospectivo entre 2012-13 que incluyó 19 pacientes y 8 familiares que realizaban DP en nuestro centro durante este periodo. Utilizamos 7 instrumentos diferentes para la recogida de datos índice comorbilidad, cuestionario SF-12, escala Zarit, escala de Barthel, escala Lawton-Brody, valoración riesgo social (RS), y test de satisfacción del usuario utilizado en atención primaria.

Resultados:

Participaron 19 pacientes de edad media ($62,79 \pm 12,81$) con un rango 32-81 años, siendo el 68% hombres. El nº de peritonitis x días de tratamiento fue de 0,44/pac/año. Con una media de permanencia en la técnica $514 \pm 391,284$ días. El 73,7%(14) eran independiente con Barthel 100%, mientras que con Lawton y Brody fueron 68,42%(13). Eran dependientes del cuidador para la técnica de DP 26,3%(5), pero dependientes parciales 15,9%(3). El 15 %(3) de cuidadores verbalizó tener sobrecarga en ese momento. La media de percepción de calidad de vida para el componente físico fue $38,7 \pm 13,67$, mientras que el psicológico fue $53,57 \pm 6,26$ siendo el estándar para ambas dimensiones de 50.

Conclusión:

Los pacientes perciben como mala su salud física, claramente por debajo del estándar. El 16% de nuestros pacientes eran parcialmente dependientes del cuidador para realizar la técnica a pesar de puntuar como independientes en los cuestionarios.

Con la valoración del RS se detectó un paciente (6%) en riesgo social.

La utilización de estos cuestionarios nos permitió tener un espacio de abordaje de temas con pacientes / familia que hasta entonces no habíamos tenido ocasión y fue

percibido positivamente tanto por profesionales como por pacientes/familia.

Sellado de catéter en peritonitis recurrente con sospecha de biofilm. Estudio de un caso

Antonia Concepción Gómez Castilla, M^a Ángeles Ojeda Guerrero, M^a José Pérez Blasco, Dolores Fernández Gordillo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Descripción:

Paciente de 53 años en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal automatizada desde junio de 2009, portador nasal de estafilococo áureo que fue tratado en inicio con mupirocina nasal cada 8 horas y duchas de clorhexidrina jabonosa durante 5 días.

27/06/2013: Sin haber tenido previamente ningún episodio de peritonitis. Presenta dolor abdominal y líquido turbio, no otros síntomas. Celularidad 1130, cultivo positivo a estafilococo epidermidi sensible a vancomicina. Tratamiento: vancomicina 1g ip cada 4 días durante 21 días con niveles de antibiótico en rango terapéutico medidos en valle antes de cada administración del antibiótico.

19/08/2013: Presencia de líquido turbio y dolor abdominal, no otros síntomas. Celularidad 3560 cultivo positivo a estafilococo epidermidi sensible a vancomicina. Cambio de prolongador. Tratamiento: vancomicina 1g ip cada 4 días durante 28 días con niveles de antibiótico en rango terapéutico medidos en valle antes de cada administración del antibiótico.

01/10/2013: Presencia de líquido turbio y dolor abdominal, no otros síntomas. Celularidad 350 cultivo positivo a estafilococo epidermidi sensible a vancomicina. Ante la sospecha de biofilm sometemos al paciente a tratamiento para destrucción del biofilm con urokinasa una vez el líquido es claro (células 30) Procedimiento para destrucción del biofilm con urokinasa:

1. Drenar el líquido del peritoneo.
2. Diluir 10.000 UI de urokinasa en 5ml de suero fisiológico e introducirlo dentro del catéter peritoneal manteniéndolo durante 2 horas de permanencia. Colocar tapón estéril en el conector del catéter.

3. Realizar un aspirado transcurridas las 2 horas de la introducción de la urokinasa y enviar muestra para cultivo.
4. Realizar lavado peritoneal con 2 litros de solución de diálisis y tomar muestra para cultivo del drenaje.
5. Infundir su líquido habitual con el antibiótico prescrito según antibiograma correspondiente al episodio de peritonitis. Este procedimiento se repetirá a las 24 horas, a los 7 días y en caso de positividad por el mismo germen de algún cultivo se repetirá una segunda semana. Tres semanas después el paciente no presenta ningún síntoma, el líquido es claro, pero los cultivos siguen siendo positivos, por lo que procedemos al sellado del catéter con antibiótico tras el tratamiento de destrucción del biofilm. Por lo que procedemos al sellado del catéter con antibiótico y urokinasa.

13/11/2014: Procedimiento de sellado: Drenaje del líquido que trae el paciente, tomando muestra para cultivo. Sellado del catéter con (40 mg de gentamicina, 500 mg de vancomicina y 10.000 UI de urokinasa en dilución total de 15 cc de suero salino) que manteníamos durante 36 horas aproximadamente, para lo que tuvimos que aumentar la dosis de diálisis diaria de manera que compensara el día que manteníamos en reposo. Este procedimiento lo repetimos durante 4 semanas en intervalos de una semanal.

En la 3ª semana el cultivo aparece negativo y desplazamos el sellado a intervalos quincenales para continuar después con control de cultivo sin que aparezca recidiva.

En el mes de febrero no han vuelto a aparecer signos relacionados por lo que consideramos el episodio finalizado.

Validez de las tiras reactivas multistix® 10 sg siemens para el diagnóstico de peritonitis en diálisis peritoneal

Miguel Núñez Moral, Alejandra Méndez González, Beatriz Peláez Requejo, Mónica Fernández Pérez, Aurora Quintana Fernández, Isabel González Díaz

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción:

La infección peritoneal es una complicación frecuente en diálisis peritoneal (DP). El inicio precoz del tratamiento condiciona una mayor eficacia del mismo y mayor número de resolución de los episodios.

Objetivo:

Encontrar una prueba diagnóstica fiable, válida, económica y utilizable por los profesionales en cualquier ámbito sanitario, no sólo en hospitales altamente especializados, para el diagnóstico rápido de peritonitis en pacientes de (DP).

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo donde se analizaron muestras de líquido peritoneal efluente de pacientes (prevalentes) en DP, a lo largo de seis meses. Se tomó como criterio de infección peritoneal (patrón oro) un recuento manual igual o superior a 100 leucocitos (L)/mm³ y 50% de Polimorfonucleares. Las muestras de líquido peritoneal efluente fueron obtenidas después de permanencias mínimas de dos horas y volumen mínimo de 1500 cc. Todas las muestras se analizaron usando tiras reactivas de multistix® 10 SG Siemens durante 2 minutos, anotando el observador el resultado de acuerdo a la escala cromática (valor 0= 0-15L, valor 1≥ 70-124L, valor 2≥125 499L y valor 3≥ 500L) y se compararon con las enviadas al laboratorio de nuestro hospital para el recuento manual de leucocitos. Además se recogieron otras variables clínicas y epidemiológicas como edad, sexo, condición de diabético, número de peritonitis anteriores, presencia

de dolor abdominal, aspecto macroscópico del líquido peritoneal y recuento de leucocitos en el efluente.

Resultados:

El número de muestras analizadas fue 111, observándose infección en 28 muestras (25.22%) (De acuerdo al patrón oro). No se observaron diferencias significativas entre infectados y no infectados por razón de edad, sexo, diabetes ni número de peritonitis anteriores. El 68 % de los pacientes infectados declararon sufrir dolor. El 82% de las muestras con infección presentaron líquido turbio. Considerando infección por encima del valor 1 del multistix® 10 SG Siemens (>70 Leucocitos) encontramos una Sensibilidad del 100% y una Especificidad del 95.2%. Si el punto de corte se toma en el valor 2 (> 125 Leucocitos) encontramos una Sensibilidad del 96,4% y una Especificidad del 100%.

Conclusiones:

La utilización de las tiras multistix® 10 SG Siemens como prueba diagnóstica para la detección de infección peritoneal, ha tenido una validez excelente (Sensibilidad y especificidad), pudiendo sustituir al recuento manual de leucocitos. La posibilidad de realizar esta prueba en cualquier ámbito sanitario (Centro de salud, ambulatorio. . .) la dota a su vez de mayor eficiencia. La obtención de resultados fiables y validos en 2 minutos permitiría un inicio más rápido del tratamiento de la peritonitis. La creación de una puntuación de propensión (propensity score) que aunara los resultados de las tiras reactivas con variables como dolor o líquido turbio, podrían mejorar los datos de validez.

¿Usamos el flujo de baño óptimo en hemodiálisis y hemodiafiltración on-line?

Pilar Rodríguez Gayán, Marta Conde Martínez, Pilar Díaz de Argote Cervera, María Amor Martínez Aranda

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción:

Para mejorar la eficacia de la hemodiálisis (HDC) se recomienda aumentar el flujo de baño (Qd), aunque su utilidad con los dializadores actuales es dudosa. En la hemodiafiltración on-line (HDFOL) la pureza del líquido de diálisis (LD) es determinante, sin definir si Qd elevados modifican el KT o el volumen de ultrafiltración-infusión (VI).

Además, fabricar LD ultrapuro conlleva problemas económicos y ecológicos.

Objetivos:

1. Comparar el KT final (KTf) y el consumo de LD usando Qd de 400, 500, 700 ml/min y autoflujo (AF) en HDC.
2. Estudiar la influencia del Qd (500, 600 y 700 ml/min) en el KT y VI en HDFOL.
3. Estudiar el consumo de LD y tiempo efectivo (Te) de diálisis.

Material y métodos:

Estudio prospectivo, cruzado en HDC y HDFOL. Se realizaron 6 sesiones con cada Qd y se recogieron del monitor: flujo de sangre, Qd, Te, KTf y VI. Se calculó el KT a superficie (KTobj) para cada paciente.

- A. HDC: 31 pacientes. Veintiuno se dializaron en AK200®, 8 en Fresenius 5008® y 2 en Artis®. Las membranas fueron: 9 Xenium H®, 8 Xenium M®, 7 FX80® y 7 Polyflux 210®.
- B. HDFOL: 37 pacientes. Veintiún pacientes se dializaron en 5008® y 17 con AK-200®. Los dializadores fueron: 20 FX800® y 17 Polyflux-210®.

Resultados:

- A. HDC El KTf fue 51,3(2,3), 53,2(3,9), 53,4(4,6) y 55(4,7) L, alcanzándose el KTobj en el 82,4%, 88,2%, 88,2% y 94,1% con 400, autoflujo, 500 y 700 ml/min, respectivamente. El KT aumentó el 4% comparando 400 con 500 ml/min y el 3% comparando 500 con 700 ml/min. El consumo de LD/sesión (240') fue 96, 120 y 168 L con 400, 500 y 700 ml/min, respectivamente. Su consumo aumentó un 20% de 400 a 500 ml/min y un 40% de 500 a 700 ml/min. La diferencia entre tiempo programado y Te fue de 8'/sesión, lo que supone 62,4 horas al año (\approx 15 sesiones de 4 horas).
- B. HDFOL El KTf fue 61,4(6), 62,5(6,5), 62,4(7,8) L y el VI 27,7(3,2), 27,7(3,2), 27,1(3,1) L con Qd de 500, 600 y 700 ml/min, respectivamente. El KT aumentó un 1,7% comparando Qd 600 o 700 ml/min con 500 ml/min. Diferenciando monitores, con AK-200® el VI era 28,9(3,1), 29(3,3) y 28(3) L con 500, 600 y 700 ml/min, respectivamente, $p < 0,004$. El consumo de LD/sesión (255') fue 127,5, 153 y 178,5 L con 500, 600 y 700 ml/min. Con 600 ml/min aumenta un 20% y con 700 ml/min un 40% más de LD que con 500 ml/min. La diferencia entre tiempo programado y efectivo/sesión fue de 8,2(3,5)' con 500 y 600 ml/min y de 9,9(3,3)' sesión con 700 ml/min, $p < 0,004$.

Conclusión:

Un Qd superior a 400 ml/min en HD o 500 ml/min en HDFOL mejora escasamente el KT o el VI con los monitores y dializadores utilizados. Incrementar ligeramente el tiempo es una mejor alternativa con beneficios demostrados y con un menor consumo de agua. Usar Qd altos implica un derroche de este recurso tan fundamental.

Análisis comparativo e implementación enfermera en el diseño de 6 monitores de hemodiálisis

Ana Yolanda Gómez Gutiérrez, Olga Vegas Prieto

Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Resumen:

Son variadas las ofertas comerciales de monitores de diálisis. La actualización de modelos resulta un reto para gestores y enfermeros que afrontan periódicamente implementaciones de manejo de justificación incierta, que no optimizan cargas de trabajo ni aparentemente mejoran las prestaciones a los pacientes o responden a sus necesidades específicas.

Se trata de un trabajo comparativo normativo sobre los 6 monitores de hemodiálisis de mayor implantación en los centros de diálisis nacionales. El diseño del estudio fue elegido como opción metodológica de preferencia para el examen de pocos casos (N pequeña) (Lijphart, 1971; Collier, 1993); o cuando la reducida variabilidad impide aplicar métodos otros métodos estadísticos convencionales y se intenta precisar en qué aspectos puede ser mejorado el objeto del estudio.

Se asignaron valores ideales de inicio a los factores a estudio.

1. Parámetros ergonómicos (altura, aristas, desplazamiento, visualización, luminosidad, sensibilidad táctil, diseño, legibilidad de pantallas, altura de soportes, superficie útil, ranuras de inserción y anclaje, cámaras, carga dinámica de insumos).
2. Accesorios: tensiómetro, USB y periféricos.
3. Alarmas, insumos/sesión.
4. Líneas y equipo: dimensiones, posición de cámaras, transductores, y roscados/ sesión.
5. Desinfección.
6. Preparación: Colocación de insumos, tiempos de estabilización y purgado, interrupción purgado, alarmas en preselección, posibilidad de modificación secuencial o disruptiva y tratamiento.
7. Tratamiento: Modalidades de tratamiento, consulta intuitiva de parámetros intradiálisis, posibilidad de UFS en cualquier momento del proceso, versatilidad

en contingencias y accidentes, gestión de alarmas
8-Parámetros operativos: gestión, mantenimiento, seguridad del paciente y del usuario.

Los resultados muestran que los monitores analizados adolecen de diseño ergonómico confortabilidad de manejos y procesos (7.28+/-0,55) maniobrabilidad (7.12+/-0.49), agilización de procesos (6,5+/-2,66), adecuación de insumos (4.25+/-2,091). Los accesorios (57+/-2,671) no responden a necesidades. Las alarmas (61.84+/-0,93) resultan estridentes, escasamente versátiles y prescindibles (casos en que se activan tras la desconexión del paciente o no responden a urgencia). La elección de programa resulta irreversible en 2 de los 6 monitores. Se requieren cambio de insumos y tiempo adicional cuando se incorpora (7.28+/-0.55)nueva modalidad de tto. Solo el 65% de los monitores permiten afrontar con seguridad y economía de tiempo urgencias que pueden derivarse del tratamiento dialítico. El aspecto mejor valorados fue (88.33/100) el proceso de desinfección. El monitor mejor valorado fue Nikkiso DBB seguido del Artis 320V, el Braún Dialog+, el íntegra TM, el Fresenius 5008 y el Fresenius 5008 y finalmente Fresenius 4008.

Los monitores de HD se beneficiarían de la incorporación de la experiencia enfermera en su diseño, optimización, confortabilidad y seguridad. Igualmente en aspectos manifiestamente mejorables, como adecuación de insumos y superficies al canon ergonómico. Los actuales se revelan precursores de lesiones musculoesqueléticas de los operadores por repetición, visualización dificultosa, consumen tiempo adicional de enfermería y su manejo y obsolescencia son altas.

Resulta imprescindible la incorporación al diseño de parámetros de maniobrabilidad y eficacia. La seguridad aumenta al incorporar procesos más seguros, no necesariamente más alarmas. Los diseños actuales requieren frecuentemente tiempo extra enfermero, producen contaminación acústica y desconciertan o asustan a los

pacientes. La UFS resulta imprescindible, la uni/bipunción y on line, sin requerir medidas extenuantes. Los pacientes renales se beneficiarían de la personalización del tratamiento mediante diferentes modalidades de

diálisis, en ocasiones en una misma sesión. Optimizar los insumos, permitiendo prolongar al menos 30 minutos el tratamiento convencional sin requerir su reposición disminuiría sensiblemente los costes.

Análisis del paciente dependiente en nuestra unidad

José Alfonso de la Vara Almonacid, Vanesa Alonso Morago, Silvia Cid Elcorobarrutia

Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Centro de Hemodiálisis Los Lauros. Majadahonda. Madrid

Resumen:

La discapacidad, entendida como la incapacidad o limitación para realizar una actividad en la forma habitual, puede generar la necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2003, se estima que en España, en la población en diálisis residen un 30% de personas con discapacidad. De ellas, más de las tres cuartas partes, entre un 10% y un 12%, serían dependientes en algún grado.

Aunque esta situación se da con mayor frecuencia entre las personas mayores, la dependencia no sólo está ligada al envejecimiento. Hay personas dependientes a cualquier edad como resultado de enfermedades crónicas o de algunos problemas agudos de salud.

Debido a la importancia de la dependencia cada vez mayor en nuestros centros de los pacientes que atendemos, nos propusimos como objetivo el realizar un trabajo para analizar las cargas de trabajo en función de la edad de nuestros pacientes y establecer protocolos de actuación para la atención de esos pacientes en las sesiones de Hd.

Durante el 2013 estudiamos a 180 pacientes que pasaron por nuestro centro con una edad media de 68,8 años, 120 hombres y 60 mujeres en un estudio observacional retrospectivo en los que se estudiaron las sesiones de hemodiálisis realizadas en el último año de 2013 recogidas en nuestro sistema informático Nefrosoft Web.

Dividimos a los pacientes en 7 grupos de edad (20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80, 81-90), analizamos tiempo usado en pesaje del paciente dependiente, aco-

modación de paciente dependiente, problemas en conexión, desconexión, y hemostasia del acceso vascular (AV), y administración de tratamientos y el tiempo que con llevó cualquier incidencia que ocurrió.

Se recogió paralelamente el Test Delta de dependencia adaptado a pacientes en HD. Tiene la ventaja de medir tanto el grado de dependencia puro como el físico y psíquico, aspectos relevantes en la medición de necesidades de nuestros pacientes a través de una puntuación.

Valorando la puntuación correspondiente al cuestionario de dependencia, se realizó la siguiente clasificación:

- 1-9 independiente
- 10-15 dependencia leve
- 16-20 dependencia media
- 21-30 dependencia severa
- 31-50 dependencia total.

Analizamos tiempo usado en pesaje del paciente dependiente, encontrando significación en el grupo más añoso, acomodación de paciente dependiente encontramos significación en (71-80) y (81-90), conexión, desconexión, no encontramos significación con el resto de grupos. Hemostasia del acceso vascular (AV), hubo significación en el grupo de (80-91) portadores de FAVI, no así en portadores de catéteres. Administración de tratamientos y el tiempo que con llevó cualquier incidencia que ocurrió. No encontramos ninguna significación.

Concluimos que los pacientes añosos tienen mayor carga de trabajo en las unidades, empleando mayor tiempo de atención. Según el test delta demostramos que la dependencia en nuestra unidad está íntimamente relacionada con la edad del grupo a más edad más dependencia.

Elaboramos pautas de actuación en nuestra unidad

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un paciente con mieloma múltiple en tratamiento sustitutivo de diálisis con tres versiones distintas (HDF, HFR, HD). A propósito de un caso

Sergio Antonio Granados Camacho, Belén Sánchez García, Juan José Mansilla Francisco, Ana Rebollo Rubio, José Antonio González Castillo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Resumen:

La necesidad de tratamiento sustitutivo renal (TSR) por insuficiencia renal crónica es una de las complicaciones que se presenta en el mieloma múltiple (MM). Este fallo renal se debe a la excesiva producción y posterior acúmulo tubular de células plasmáticas como las inmunoglobulinas (Ig), sustancias de un elevado peso molecular, que en condiciones normales son eliminadas por el riñón y que en este caso, se ve incapaz de filtrar al ritmo patológico en que son creadas. Estructuralmente, las inmunoglobulinas (Ig) están compuestas de unidades más pequeñas denominadas cadenas pesadas y cadenas ligeras. Cuando las cadenas ligeras no se unen a las cadenas pesadas, se denominan cadenas ligeras libres (CLL).

En el MM, por razones desconocidas, las células plasmáticas producen más cadenas ligeras que las que son necesarias para crear las inmunoglobulinas completas y ese exceso de cadenas ligeras pasa a la sangre periférica como CLL. Las CLL poseen un alto peso molecular, lo que hace que sean difícilmente eliminadas a través de la capacidad difusiva de la HD convencional y se hace necesario el uso de terapias de diálisis algo más complejas.

Objetivos:

Descripción del caso clínico de un paciente con IRC secundaria a MM crónico con precipitación intratubular de cadenas ligeras libres Kappa (CLL Kappa) que ha sido tratado con tres técnicas de hemodiálisis diferentes (HDF-OL, HFR y HD). Comparación de la CVRS medida por KDQOL durante los tres periodos en TSR.

Material y método:

Se realizaron durante el mes de Junio de 2013, 13 sesiones de HDF-OL a días alternos; Durante el mes de Julio de 2013, 13 sesiones de HFR Supra, 3 veces por semana y durante el mes de Febrero-Marzo de 2014 inicia tratamiento con 3 sesiones semanales HD convencional de alto flujo (High Flow $Q_b=800$ mil/min) recojiéndose datos durante 14 sesiones a días alternos para igualar la n.

Resultados:

Los valores de UF, volumen de sangre dializado, Kt y Kt/v fueron significativamente mejores para la HDF (ANOVA $p < 0,05$). Los parámetros hemodinámicos no mostraron ninguna diferencia significativa entre las tres técnicas de TRS.

Para evaluar la CVRS se empleó el Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Para este trabajo en concreto sólo se van a comparar aquellas dimensiones específicas de impacto de la TRS en la ERC, a saber: D1: Síntomas; D2: Efectos de la enfermedad renal en la CVRS; D3: Carga de la enfermedad renal en la CVRS. Comparativamente los resultados fueron mejores con la HFR, aunque no de forma significativa.

Conclusiones:

La HFR produjo mejores aclarados globales con el mismo impacto hemodinámico. Es posible que estos mejores resultados dialíticos en un momento de estabilidad de la enfermedad de base, en el cual los depósitos de CLLs no varían, permitan una mejor impresión subjetiva de la calidad de vida en relación al impacto que la enfermedad renal causa en ella.

Caso clínico: experiencia con el dispositivo vwing en paciente con fístula arteriovenosa problemática

María del Mar Castillo Roig, María Guenoun Sanz, María Antonia Bauçà Capellà

Hospital Universitario Son Espases. Islas Baleares

Resumen:

Las complicaciones derivadas del acceso vascular suponen hasta un 25% de las hospitalizaciones del paciente en hemodiálisis con unos índices de morbilidad y costos elevados. Las punciones repetidas alteran la morfología y las características del vaso sanguíneo y son motivo de ansiedad y disconfort para el paciente y para el personal de enfermería. En nuestro caso, decidimos usar la técnica "Buttonhole" como método de punción ante una fístula de abordaje dificultoso usando al mismo tiempo el dispositivo VWING®, una guía subcutánea de titanio implantada en la pared externa de la vena. Este dispositivo ayuda a realizar la técnica del ojal con mayor facilidad en las fístulas difíciles y profundas a través de una pieza metálica fácilmente palpable. El dispositivo se coloca con una sencilla intervención quirúrgica.

En nuestro caso, el dispositivo se implantó en una mujer de 76 años en IRC desde el año 2010, portadora de una fístula húmero-cubital inabordable por una profundidad excesiva.

El objetivo principal del estudio es valorar la eficacia y seguridad de la técnica Buttonhole con el dispositivo VWING® y en qué medida afecta a la paciente y al equipo de enfermería.

Metodología:

Tras la implantación de los dos dispositivos VWING®, se esperó el tiempo recomendado para su cicatrización y fijación a la pared vascular.

El equipo de enfermería recibió la formación práctica y teórica a través de una enfermera entrenada.

Tras ello, una misma enfermera realizó la punción a la paciente hasta lograr crear el túnel subcutáneo siguiendo el protocolo de punción que recomienda el fabricante del dispositivo y se valora en cada sesión los distintos parámetros: examen físico del brazo de la fístula, estado del túnel y del trayecto externo y grado de maduración, características e incidencias en la punción, dolor percibido por la paciente, datos de la sesión de hemodiálisis como presiones, flujo de bomba, adecuación dialítica, complicaciones e incidencias y tiempo de hemostasia.

Resultados:

Se objetiva ausencia de infecciones, extravasaciones y hematomas, éxito en todas las punciones, tiempo de coagulación disminuido, dolor menor que las punciones anteriores sin VWING®, aumento de la satisfacción percibida de la paciente y del personal de enfermería implicado.

Nuestra experiencia nos lleva a concluir que las ventajas de esta técnica son múltiples, el dolor percibido menor ha generado una mayor satisfacción de la paciente y de los profesionales de enfermería, se han evitado aneurismas, extravasaciones y hematomas, caballo de batalla habitual en las unidades de hemodiálisis. Los valores de adecuación dialítica han mejorado comparándolos con los anteriores a la técnica. Es necesaria una curva de aprendizaje previa a la incorporación del nuevo dispositivo y un periodo de adaptación de los profesionales implicados ya que una técnica desconocida siempre genera inicialmente cierto temor superado con la práctica.

Para valorar la influencia de la técnica en la supervivencia del acceso vascular necesitamos un mayor periodo de seguimiento y un mayor número de pacientes.

Causas de no adhesión al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis

Francisca Miralles Martínez, Manuel David Sánchez Martos, Mónica Gómez Rodríguez, Pedro Moreno Olivencia, M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción:

La adherencia al tratamiento (ADHT) a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados se estima entorno al 50%. Es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La ADHT abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Es un fenómeno multidimensional. Se han estudiado una serie de factores predictivos asociados a la baja adherencia que pueden ayudar a detectar a estos pacientes.

Objetivo:

Análisis de los factores predisponentes asociados a la baja adherencia en el anciano.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional transversal. 51 pacientes renales mayores de 65 años. Se estudiaron una serie de factores predictivos asociados a la baja adherencia.

Resultados:

47,1% hombres y 52,9% mujeres. La población mayoritaria: 56,9% (65-69 años). Pluripatología: HTA, diabetes, dislipemias y neurologías. Casados el 64,7%. 9,8% vivían en soledad y el 37,3% manifestó depender de un cuidador principal. El 29,4% con deterioro cog-

nitivo. Polimedicación: 96,1% eran tomadores de más de 5 fármacos. En cuanto a los factores predictivos encontrados: problemas psicológicos (depresión 62,7%), dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos (47,1% por incapacidades en la movilidad) y el coste de la medicación aunque en ningún caso supuso un factor de abandono del tratamiento. Se valoró positivamente otros factores de NO ADHT: seguimiento inadecuado, inadecuada relación médico/enfermera-paciente, falta de confianza en el tratamiento y la enfermedad asintomática "EL SENTIRSE BIEN". Un 15,7% consideró complejo el tratamiento y un 25,5% refirió algún efecto adverso (estreñimiento).

Conclusión:

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva y altamente demandante que posee las características de otras enfermedades crónicas, tiene otros factores que incrementan su severidad ya que suele asociarse a otras enfermedades (HTA, diabetes, dislipemias) y sus modalidades de tratamiento son invasivas y altamente exigentes en tiempo. Entre los factores relacionados con una baja ADHT encontramos una persona mayor, pluripatológica, con cierto grado de deterioro cognitivo, que presenta al menos un episodio depresivo en su vida, generalmente relacionado con el inicio de la terapia, con dificultades para acceder a la terapia o a los medicamentos debido a la alteración de su movilidad, dependiente en mayor o menor grado de un cuidador principal, jubilado con niveles de estudios escasos o primarios con pensiones reducidas lo que supone un sobreesfuerzo la adquisición de los fármacos.

Comparativa de resultados del tratamiento del mieloma múltiple con hemodiafiltración con reinfusión endógena en fase aguda y crónica

Belén Sánchez García, Sergio Antonio Granados Camacho, Juan José Mansilla Francisco, Ana Rebollo Rubio, José Antonio González Castillo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción:

El mieloma múltiple (MM) es una patología hematológica por neoplasia de células plasmáticas a nivel de médula ósea que en un 12-20% de los casos suele manifestarse con insuficiencia renal severa por fracaso renal agudo (FRA). La precipitación intratubular de cadenas ligeras (CL) en el MM puede producir fracaso renal agudo debido a una nefropatía por cilindros. Estas moléculas presentan un alto peso molecular y para poder eliminarlas son necesarios dializadores con alto cut-off. La aparición de nuevas técnicas convectivas, como la HFR Supra (hemodiafiltración con regeneración de ultrafiltrado mediante adsorción de resina), permite eliminar sustancias con un peso molecular medio/alto sin los inconvenientes de este tipo de dializadores.

Objetivo:

Comparar la eficacia del tratamiento dialítico y de hemofiltración y adsorción por medio de resina durante los estadios agudo y crónico del Mieloma Múltiple.

Material, pacientes y método:

Se realiza estudio descriptivo prospectivo en 2 pacientes con IR secundaria a MM con precipitación intratubular de cadenas ligeras Kappa en programa de tratamiento renal sustitutivo con HD realizando sesiones de HFR. Uno de ellos se encuentra en fase aguda de la enfermedad y el otro en fase crónica y de mantenimiento.

Resultados:

Los resultados del tratamiento dialítico fueron óptimos en ambos casos. A pesar de ser una técnica compleja donde se interpone una cámara de fraccionamiento plasmático y adsorción, el resultado final de los parámetros exclusivamente relacionados con el filtrado renal son perfectamente extrapolables a las terapias habituales. Los parámetros hemodinámicos medidos no evidenciaron ninguna influencia relacionada con el proceso de fraccionamiento de agua plasmática endógena y su reinfusión. La resina consigue secuestrar hasta prácticamente el 100% de las CL en el paso por el filtro al comenzar la diálisis hasta que va completando su ritmo de saturación. El tratamiento consigue una reducción final de doce magnitudes en el tratamiento agudo y de la mitad en el tratamiento crónico.

Conclusiones:

La terapia HFR supra es un tratamiento eficaz frente a la extraordinaria producción de material proteico libre de las células neoplásicas en el MM. La ventaja fundamental frente a la diálisis con alto cutoff es el tiempo de tratamiento, la menor incidencia de procesos inflamatorios asociados a la infusión de líquidos de reposición (en la HFR este es endógeno) y la gran efectividad de la resina para retirar una enorme cantidad de cadenas ligeras del torrente sanguíneo.

Efectividad del apósito de plata iónica en la integridad de la piel de los pacientes en hemodiálisis

Encarnació Ripoll Caparrós, Carmen Font Senen

Clínica Girona. Girona

Introducción:

Los pacientes con tratamiento de hemodiálisis crónica tienen un riesgo de infección asociado al acceso sanguíneo, ya sea en la zona de inserción del catéter venoso cómo en la zona de punción de la fístula arteriovenosa y la piel cercana a esta.

Las propiedades de los apósitos con almohadilla antiadherente de plata iónica son: la acción antibacteriana inmediata y de larga duración, la mejora de la cicatrización, la absorción del exudado y la biocompatibilidad (adecuado para los casos de hipersensibilidad de los apósitos comunes).

El objetivo general del presente estudio es conocer la efectividad de la aplicación de estos apósitos en pacientes con:

1. Catéteres centrales.
2. Con FAV por punción buttonhole.
3. En heridas cutáneas en el área de punción de la FAV.

Material y métodos:

El estudio es de tipo observacional y longitudinal aplicando los apósito durante el período de un mes en 11 pacientes portadores de catéteres centrales y en 3 pacientes con punción buttonhole. También lo aplicamos en 5 pacientes con heridas cutáneas, hasta su curación.

Las curas del orificio de inserción del catéter con la aplicación del apósito se realizaron semanalmente; en los otros dos casos fue en cada sesión.

El seguimiento fue mediante la observación del equipo de enfermería y fotografías semanales de la zona expuesta al apósito.

Al finalizar el estudio se realizaron encuestas sobre la calidad del producto a:

1. Los 11 pacientes portadores de catéteres.
2. El personal de enfermería que llevó a cabo el seguimiento.

Resultados:

Mediante la comparación de las fotografías efectuadas semanalmente podemos constatar que en los pacientes:

1. Con catéteres con el orificio de salida inicialmente enrojecido y/o con exudado, constatamos en todos una clara mejoría del aspecto de la piel; y los que inicialmente lo tenían con la piel íntegra, el aspecto se mantuvo y no empeoró.
2. Con punción buttonhole vimos una clara mejoría en la cicatrización del punto de inserción del túnel y de la piel que lo rodea.
3. Con las heridas cutáneas la cicatrización de estas fue muy rápida, y en dos semanas estaban curadas.

De las encuestas remarcamos:

- El 100% de los pacientes que manifestaban prurito con el apósito tradicional no lo presentaron con el apósito de plata iónica.
- El 60% de los pacientes prefieren el apósito de plata iónica y el 40% restante dudaban en su decisión.
- La valoración del producto del equipo de enfermería fue muy buena dándole como nota media un 8,5.

Conclusiones:

La eficacia de estos apósitos ha sido claramente efectiva en todos nuestros pacientes. Es necesaria una muestra más grande para poder obtener resultados estadísticamente significativos.

Este apósito mejora la calidad de vida de los pacientes ya que disminuye el riesgo de infección. El aumento de la periodicidad de la cura del orificio del catéter favorece la disminución de los costes y de las cargas de trabajo.

Palabras clave:

Plata iónica, integridad cutánea, infección

Efecto de la implantación de un protocolo en el manejo del catéter permanente de hemodiálisis para la prevención de bacteriemias relacionadas con catéter

María Rodrigo Valero, Alicia Santos Bernia, Fina Trinidad Debón, M^a Pilar Lillo Fos, M^a Luisa Castillo Herrero, M^a Jesús Lidón Pérez

Hospital Doctor Peset. Valencia

Introducción:

Aunque el acceso vascular (AV) de elección de los pacientes en hemodiálisis (HD) es la fístula arterio-venosa (FAV), el catéter venoso permanente (CVP) es la única opción en pacientes añosos o con acceso vascular comprometido. Una de las complicaciones más graves del CVP es la infección, constituyendo la segunda causa más frecuente de muerte en esta población. Desde enero de 2012, nuestra Unidad implementó un nuevo protocolo de manejo del CVP, a fin de alcanzar el objetivo de Bacteriemia Zero según las recomendaciones de la SEEIUC.

Objetivos:

Valorar la eficacia de la implantación de un Protocolo de Manejo de CVP en la Unidad de Hemodiálisis.

Material y métodos:

Estudio unicéntrico prospectivo de intervención. Criterios de inclusión: pacientes en HD portadores de CVP durante al menos 3 meses, atendidos entre enero de 2010 y diciembre de 2013. Criterios de exclusión: permanencia de CVP < 3 meses.

El protocolo consistió en la adaptación de las medidas de asepsia universales acorde a los requisitos establecidos por el Proyecto bacteriemia Zero y las necesidades de trabajo en la unidad de HD, así como la continua formación tanto a los profesionales como a los usuarios en el correcto manejo de los CVP.

La valoración del protocolo se realizó mediante la cuantificación en el número de bacteriemias detectadas durante los 2 años previos (periodo pre-implantación, enero 2010 a diciembre 2011) y los 2 años postero-

res (periodo post-implantación, enero 2012-diciembre 2013) al inicio del protocolo.

Para la recogida prospectiva de la información se han utilizado como bases de datos el paquete Nefrosoft y la Historia Clínica informática de Orión Clínic.

Resultados:

Se incluyeron un total de 36 pacientes (29 hombres y 23 mujeres; edad media: 60±17 años; mediana de permanencia en HD:34 [21-115]meses). El periodo pre-implantación incluyó 15 pacientes portadores de catéteres, mientras que el segundo periodo incluyó 21 pacientes. La permanencia en HD fue significativamente mayor en el grupo 1 [55.3 (33-165) Vs. grupo 2 25(15-56); p=0.011]. No existieron diferencias en la edad, género, porcentaje de DM, y otros parámetros.

En el periodo basal existieron 6 bacteriemias (S.Epidermidis, E.Coli, S.Crista). Con una tasa de 1.8 bacteriemias / 1000 catéteres-día. En el periodo post-implantación no se produjo ningún episodio.

Conclusión:

El protocolo propuesto permitió a los 2 años alcanzar el objetivo de bacteriemia cero con la consecuente mejora en la calidad de vida de los usuarios y una reducción del gasto hospitalario.

La aplicación del mismo implicó medidas de máxima asepsia en la conexión y desconexión: lavado previo de manos, uso de mascarilla(enfermera, paciente, auxiliar), campo estéril delimitado cerrado, material estéril, desinfección con Clorhexidina, cubierta de gasas estériles con clorhexidina en conexiones de catéter.

Electroestimulación neuromuscular: una nueva opción terapéutica en la mejora de la condición física de los pacientes en hemodiálisis

Anna Junqué Jiménez, Ester Tomás Bernaveu, Gorka Iza Pinedo, Óscar Paz López, Inés Luceño Solé, M^a Luisa Lavado Sampere

Hospital Terrassa. Barcelona

Introducción:

Los pacientes en hemodiálisis (HD) se caracterizan por una gran pérdida muscular y deteriorada condición física. Recientemente, la electroestimulación neuromuscular (EMS) resulta de gran interés como tratamiento coadyuvante del ejercicio físico. Escasos estudios acerca del papel único de la EMS en HD han sido publicados.

Objetivos:

Analizar el efecto de un programa de EMS sobre la fuerza muscular, capacidad funcional y calidad de vida así como la eficacia, seguridad y tolerabilidad en nuestros pacientes en HD.

Material y métodos:

Estudio unicéntrico, prospectivo de 12 semanas de duración. Los pacientes incluidos realizaron un programa adaptativo de electroestimulación de ambos cuádriceps mediante el dispositivo Compex® Theta 500i.

Analizamos:

1. Datos musculares: Fuerza extensión máxima cuádriceps (FEMQ) y "handgrip"(HG).
2. Test funcionales: "Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT).
3. Grado satisfacción: Escala Valoración Subjetiva (SVS), Escala Visual Analógica (EVA) y Questionario Electroestimulación (QE).
4. Calidad de vida: EuroQoL-5D (EQ-5D).

Resultados:

22 pacientes fueron incluidos. 62.8% hombres. Edad media 67.8 años y 35.6 meses de permanencia en HD. Charlson medio: 9. Principales etiologías de la IRCT: NAE (13.6%), DM (27.3%), Glomerular (18.2%). Al finalizar el estudio, observamos una mejoría significativa (*p< 0,05) de FEMQ* (10.2 ± 6.7 vs 13.1 ± 8.1kg), STS10* (40.9 ± 17.8 vs 37.2 ± 23.8 seg), 6MWT* (9.5%, 290.5 vs 312.4m). En relación al grado de satisfacción observamos mediante SVS una mejoría del 44% del estado general, un 72% de la condición física y un 80% de las molestias en miembros inferiores, así como la puntuación QE*(8.5 vs 5.8 sint/pac). El grado de satisfacción medio (EVA) fue 7.8. En relación a la calidad de vida, observamos una mejoría significativa mediante el EQ-5D* (52.7 vs 65.5%). No se observaron cambios relevantes en los datos bioquímicos o adecuación dialítica al finalizar el estudio.

Conclusiones:

1. La electroestimulación neuromuscular intradiálisis de ambos cuádriceps mejoró la fuerza muscular, la capacidad funcional y la calidad de vida de nuestros pacientes en HD.
2. La electroestimulación neuromuscular fue segura, efectiva y bien tolerada.
3. Con los resultados obtenidos, la electroestimulación neuromuscular constituye una nueva alternativa terapéutica para mejorar la condición física y la calidad de vida de éstos pacientes.

Estudio comparativo entre la heparinización directa del paciente y la heparinización del circuito extracorpóreo en hemodiálisis

Raquel Pelayo Alonso, M^a Eugenia Cuadrado Mantecón, Patricia Martínez Álvarez, Marina Rojo Tordable, Emilio Ibareguren Rodríguez, Marta Reyero López

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Introducción:

Para mantener el circuito extracorpóreo permeable durante la Hemodiálisis (HD) debemos recurrir a fármacos anticoagulantes, siendo la heparina el más utilizado¹⁻⁷. El objetivo es utilizar la mínima dosis posible de heparina con la que el dializador y las líneas extracorpóreas queden limpios de restos hemáticos, minimizando la pérdida hemática y los efectos adversos que sufren los pacientes por la heparinización repetida a lo largo del tiempo^{3, 6}.

Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) frente a la heparina no fraccionada o sódica (HS), pero en la práctica no existe consenso sobre el empleo de un tipo u otro de heparina, necesidad de cebado con/sin heparina, dosis, pauta según modalidad de HD o modo de administrar la heparina^{1, 3-7}.

Objetivo:

Determinar si la forma de administración de la heparina durante el tratamiento con hemodiálisis influye en el estado de coagulación del sistema extracorpóreo.

Metodología:

Estudio cuasiexperimental con recogida de datos tras cada periodo de estudio (15 sesiones por paciente y en cada periodo), manteniéndose la dosis prescrita de heparina durante ambos periodos:

- Periodo 1: la HS se administra a través del acceso vascular (AV), salinizando con 10 ml de salino fisiológico y esperando 3 minutos hasta la conexión.
- Periodo 2: la HS se administra a través del botón arterial del circuito extracorpóreo, nada más comenzar la sesión de HD.

Criterios inclusión: pacientes sometidos a HD, heparinización mediante HS.

Criterios exclusión: restricción de heparina, heparinización mediante HBPM. En cada sesión, se recogieron datos propios de la HD (flujo sanguíneo y presión venosa/arterial), tiempo de hemostasia en pacientes portadores de fístula arteriovenosa (FAVI), estado de coagulación del sistema -se diseñó una escala tipo Likert de 0 (sistema totalmente limpio) a 10 (sistema totalmente coagulado)- Kt/V y estudio hematológico.

Otras variables: edad, sexo, AV, nefropatía, técnica de HD y tratamiento antiagregante. Para el análisis estadístico se emplearon los tests de chi cuadrado y T de Student.

Resultados:

Se estudiaron 27 pacientes: 37% mujeres, edad media $68,63 \pm 17,44$ años, 63% FAVI, 66,7% no sigue tratamiento antiagregante y 63% realiza hemodiafiltración on line postdilucional. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los parámetros y dosis de diálisis entre ambos periodos de estudio. En el perfil hematológico, solo hubo diferencias en el nivel de plaquetas, siendo más bajo durante el primer periodo ($193,07 \pm 62,42$ vs $202,05 \pm 65,74$, $p=0,05$). En cuanto al estado de coagulación, la puntuación media durante el primer periodo fue de $1,59 \pm 1,12$ puntos frente a $1,28 \pm 0,81$ en el segundo ($p=0,08$). Si agrupamos por puntuación mayor o menor de 5, en el primer periodo, el porcentaje medio agrupado inferior a 5 puntos alcanza el 94,09% mientras que en el segundo periodo es de 97,1% ($p=0,035$). No influyeron estadísticamente, ni el AV, ni el tratamiento antiagregante, ni la técnica de HD.

Conclusiones:

Según nuestro estudio, administrar la HS en el circuito extracorpóreo mejora el estado final de coagulación del sistema, lo que supone una menor pérdida sanguínea para el paciente.

Estudio comparativo entre suero fisiológico y prontosprime® para el cebado del circuito sanguíneo en hemodiálisis

Mònica Manresa Traguany, Mònica Turró Arbat, Lidia Gómez Vilaseca, Sandra Lozano Ramírez

Hospital de Palamós. Girona

Introducción:

Existe una amplia variabilidad en el uso de sustancias para el cebado del circuito sanguíneo de Hemodiálisis (HD). La mayoría de protocolos recomiendan el uso de Heparina sódica en suero fisiológico (SF) al 0,9% u otros como el Prontosprime®, sin que existan normas estandarizadas, ni estudios concluyentes acerca de la mejor solución o técnica.

Objetivos:

Comparar el uso de SF al 0,9% frente a Prontosprime® como cebado del circuito de hemodiálisis para evitar la coagulación del dializador o del circuito y valorar la efectividad de la hemodiálisis medida mediante KT y aclaramiento.

Material y métodos:

Estudio de intervención cuasi experimental, con comparación pre-post, realizado en Hemodiálisis de Julio-Agosto del 2012. Se administraron SF al 0,9% y Prontosprime®, en 2 bloques de 10 sesiones por paciente, posteriormente se desechó el purgado. Se registraron la edad, sexo, peso seco, tiempo de HD, acceso vascular, anticoagulación, filtro, flujo arterial (Qb), presión venosa (PV), estado del filtro al final de la sesión, presión transmembrana (PTM) al inicio y final, aclaramiento máximo durante la sesión, KT, lavados con bolos de SF al 0,9%. El grado de coagulación se valoró con una escala de aspecto del filtro: limpio, moderado, sucio. Se utilizaron monitores 4008 de Fresenius (OCM®). El análisis se realizó con SPSS20, los resultados se expresan en porcentajes, media y desviación estándar según la variable, para comparar ambos grupos se utilizó el test de t de student para muestras relacionadas y McNemar, se considerará una diferencia significativa si $p < 0,05$.

Resultados:

Se seleccionaron 6 pacientes (1 mujer y 5 varones), se realizaron 120 procedimientos, el acceso vascular fue fístula nativa en 79% y catéter permanente 21%, los filtros de HD fueron FX80 y FXH10 de Fresenius y Rexeed15 de Izasa. La edad media fue 63,1 años (DS 16,5), peso seco 78,4 kg (DS 18,4), tiempo de diálisis 242,5 min (DS 14,7), ultrafiltración 2786,6 ml (DS 975,8), Qb 370,1 ml/min (DS36,6), PV 213,3 (DS23), la PTM inicial 96,2 (DS 15), PTM final 98,4 (DS 26,7), PTM diferencial 1,2 mmHg (DS 27,8), aclaramiento 231,2 (DS 24,3), KT 55,04 (DS 6,7). De los filtros 11,3% quedaron sucios, 46% moderados y 42,7% limpios, se hizo lavados con SF en 25%. No fue necesario cambio de dosis de anticoagulación, ni el remplazo de líneas ni membranas en ningún caso.

Se obtuvo diferencias significativas a favor del Prontosprime® en la diferencial de PTM ($p:0,048$; IC95% 0,11-28,9), aclaramiento ($p:0,01$; IC95% 1,9-13,6), KT ($p:0,003$; IC95% 0,8-3,9) y aspecto del circuito ($p:0,02$; IC95% 0,05-0,45). No hubo diferencias en la ultrafiltración, Qb, PV, PTM al inicio y final y el número de lavados.

Conclusiones:

El uso de Prontosprime® para el cebado del circuito de HD permite una mayor eficacia de diálisis respecto al SF al 0,9%, podría estar en relación a una mayor alteración de la membrana de diálisis, coincidente con una mayor PTM diferencial. Sin embargo no hubo necesidad de mayor anticoagulación, ni cambio del circuito de HD.

Evaluación de la hemodiafiltración con reinfusión endógena en el tratamiento del riñón del mieloma

Victoria Eugenia Gómez López, Margarita Ruiz García, Carmen la Calle Cano, Rafael Casas Cuesta

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción:

El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad hematológica que produce un fracaso renal agudo (FRA) subsidiario de hemodiálisis en el 10 % de casos.

Este fracaso renal, denominado riñón del mieloma, está producido por una nefropatía por cilindros, formados fundamentalmente por cadenas ligeras libres (CLL), que originan una obstrucción tubular que si no remite precozmente, produce daños glomerulares e insuficiencia renal crónica.

El tratamiento del riñón del mieloma se centra en reducir la formación de CLL con quimioterapia, y en eliminar las cadenas existentes reduciendo su concentración en plasma.

Las técnicas empleadas tradicionalmente en la depuración de CLL, utilizan membranas de muy alta permeabilidad, y presentan el inconveniente de la elevada pérdida de albúmina. Recientemente ha aparecido la hemodiafiltración con reinfusión endógena (HFR), técnica que combina difusión, convección y adsorción.

Con esta técnica se utiliza una membrana de muy alta permeabilidad para la extracción de ultrafiltrado, y podría ser utilizada para la eliminación de CLL, salvando el inconveniente de la pérdida de albúmina que tienen otras técnicas.

Objetivo:

Analizar la eliminación de CLL con esta técnica y su relación con la recuperación de la función renal, y el comportamiento de la albúmina sérica en tres pacientes tratados por FRA por MM.

Pacientes y método:

Estudiamos tres pacientes con edad media de 64 años tratados con HFR por FRA por MM. Los tres fueron tratados con quimioterapia y HFR para la eliminación de CLL utilizando monitores fórmulaTM 2000, y Kit Supra 17 de Bellco®.

El tratamiento fue personalizado en función de los niveles de CLL, manteniéndose mientras el paciente requirió hemodiálisis. Para valorar la eliminación de CLL se analizaron muestras de sangre y ultrafiltrado semanalmente. Se determinó concentración de CLL y albúmina en sangre antes y después de la sesión, calculándose el porcentaje de reducción. En ultrafiltrado se determinó concentración de CLL y albúmina antes y después de su paso por la resina adsorbtiva, al principio y final de la sesión.

Resultados:

Se hicieron en total 30, 59 y 66 sesiones, obteniéndose tasas de reducción media de CLL en plasma del 63, 53.8 y 38% respectivamente, sin modificaciones en los niveles de albúmina.

En ultrafiltrado, se obtuvieron tasas de reducción del 98, 99 y 99% al inicio de la sesión, y del 79, 58 y 72% al finalizar, sin modificaciones en los niveles de albúmina al pasar por la resina.

Solo uno de los pacientes recuperó función renal, al coincidir la instauración precoz del tratamiento y buena respuesta al tratamiento quimioterápico, no dándose estas circunstancias en los otros dos casos.

Conclusión:

Los resultados indican que la técnica HFR elimina las CLL del plasma y mantiene la eliminación durante la sesión sin saturarse la resina, y sin pérdida de albúmina.

Con las lógicas reservas, por los pocos casos estudiados, podemos concluir que la HFR es una técnica que consigue una reducción importante y mantenida de las CLL en el MM con FRA, sin pérdida de albúmina, y que utilizada precozmente contribuye a la recuperación de la función renal en estos pacientes.

Evaluación del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis. Introducción del uso de la bioimpedancia en el estudio nutricional

M^a Eugenia Pons Raventos, Ana Rebollo Rubio, Juan José Mansilla Francisco, Rosario Amador Coloma

Fresenius Medical Care Services Andalucía, S.A., Centro de Diálisis San Antonio y Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Resumen:

La valoración periódica del estado nutricional es una práctica clínica que permite detectar, prevenir, diagnosticar y tratar lo más precozmente posible, una situación altamente prevalente en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Por el momento no se dispone de un parámetro de medida que pueda considerarse el "gold standar", así su monitorización requiere la utilización conjunta de múltiples parámetros.

La concentración de albúmina $\leq 4\text{g/dl}$ es el marcador de malnutrición con mayor importancia en IRC, aunque puede ser influenciada por factores no nutricionales. La concentración de bicarbonato sérico, puede utilizarse como indicador del estado nutricional cuando el filtrado glomerular es menor a 60 mL/min . El colesterol sérico también es un marcador clínicamente útil. El $n\text{PCR} < 0.8\text{ g/kg peso/día}$ es un índice de malnutrición.

Parámetros antropométricos útiles: peso corporal, índice de masa corporal (IMC), espesor de los pliegues cutáneos y la circunferencia del brazo.

Por la inocuidad, facilidad de uso, bajo coste y portabilidad, la bioimpedancia eléctrica (BIE) es el método de estimación de la composición corporal más extendido. El índice de tejido magro (LTI), obtenido por BIE, permite la evaluación de la masa celular activa y por lo tanto aporta información sobre el posible déficit de proteínas y el índice de tejido graso (FTI), representa el contenido de grasa del cuerpo, por lo que proporciona información útil sobre el almacenamiento de energía del paciente.

El objetivo del estudio es evaluar el estado nutricional de nuestros pacientes, haciendo uso para ello no solo los marcadores clásicos de malnutrición, sino introducir también el uso de la información obtenida por bioimpedancia.

Material y método:

Estudio descriptivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes prevalentes con IRC en tratamiento con hemodiálisis o hemodiafiltración online, mayores de 18 años que otorgaron su consentimiento informado. Se excluyeron a aquellos pacientes con alguna patología aguda que precisara hospitalización en el mes previo a la recogida de datos y pacientes en los que estaba contraindicado el uso de BIE.

Tras revisar una muestra compuesta por 194 pacientes en total, fueron seleccionados 170 pacientes.

Resultados:

Las tasas de desnutrición obtenidas son muy dispares en función del marcador elegido, ya que van desde el 28,4% si nos basamos en la albúmina, el 26% en base a los niveles de colesterol, el 5,3% según el bicarbonato sérico, el 4,2% si nos fijamos en los rangos de IMC o el 3,3% por los datos obtenidos de $n\text{PCR}$.

El 74,7% de los pacientes, presentan un LTI por debajo de la población de referencia. Por otro lado, el 64,7% de la muestra, presenta un FTI dentro del rango establecido. El LTI presenta una asociación lineal directa con la albúmina ($r=0,197$, $p=0,010$) y la transferrina ($r=0,186$, $p=0,015$).

Conclusión:

Un porcentaje alto de pacientes (74,7%) presentan un LTI por debajo de lo esperado, por lo que se plantea necesario la puesta en marcha de estrategias para en primer lugar monitorizar en el tiempo el LTI de los pacientes gracias al uso de la BIE y por otro lado desarrollar intervenciones que prevengan la pérdida muscular.

Experiencia de implantación del informe de continuidad de cuidados de enfermería en hemodiálisis en nuestra unidad

Sandra Ruiz Fernández, María Galán Cubero, Virginia Pueyo del Campo, Marta Fernández Sampedro, Cristian Martínez Gil, Nemesio Manzano Guerrero

Hospital Universitario del Sureste. Madrid

Resumen:

Durante el segundo semestre del 2013 elaboramos un informe de continuidad de cuidados de enfermería integrado en el programa informático con el que trabajamos con la finalidad de asegurar la continuidad de cuidados entre diferentes niveles asistenciales y entre diferentes centros del mismo nivel asistencial.

El objetivo de nuestro trabajo consiste en acercar dicho informe de continuidad a otros profesionales de la enfermería nefrológica, presentándoles la estructura dicho informe y contar cuál ha sido nuestra experiencia tras su implantación en Enero del 2014. El informe comienza con la recogida de datos personales y anamnesis del paciente. Dichos datos se descargan automáticamente desde nuestro programa informático. En el apartado Cuidados de Enfermería Intradiálisis recogemos datos como el estado tanto del paciente como de su acceso vascular, las complicaciones intrasesión del paciente y medicación pautaada.

En el apartado Recomendaciones de Enfermería hacemos mención a los cuidados domiciliarios específicos del paciente (actuación en caso de urgencia, recomendaciones dietéticas, etc.).

La periodicidad del informe es bimensual, quedando programada su realización los meses pares del año en curso, la última semana del mes. Previamente se pro-

cederá a la revisión de la evolución clínica durante las sesiones de hemodiálisis para resaltar las incidencias acaecidas durante este período. Los pacientes que acuden a otro centro de vacaciones o para la realización de alguna prueba específica, han acudido con un informe de continuidad de cuidados actualizado. Por tanto la finalidad es triple: por una parte sirve de guía al profesional sanitario de otro centro de hemodiálisis quien actuará con mayor seguridad a la hora de prevenir las complicaciones y conseguir una mejor calidad durante la sesión de hemodiálisis. En segundo lugar permite al paciente nuevo conocer datos generales de su enfermedad y específicos para su autocuidado. Por último, permite asegurar la continuidad de cuidados con atención primaria dándoles las claves para conocer el estado de salud del paciente y llevar a cabo las medidas oportunas para alcanzar un cuidado integral del mismo. Nuestra experiencia con los pacientes que han sido dializados en otros centros nos indica que este informe ha sido de gran utilidad en los centros donde ha sido empleado. Como conclusión, afirmar que el informe de continuidad de cuidados enfermeros implantado en nuestra unidad resulta una herramienta útil de comunicación a diferentes niveles y que permite el cuidado integral de nuestros pacientes.

Una vez puesto en marcha el informe en hemodiálisis elaboraremos un informe similar para nuestros pacientes en programa de diálisis peritoneal.

Incidencia de fracturas en pacientes en hemodiálisis

Elia Braojos López

Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo

Resumen:

Los pacientes en hemodiálisis, tienen alteraciones del metabolismo óseo-mineral. Por esto tienen riesgo de sufrir fracturas de 3-4 veces superior al de la población general. Dentro de las fracturas, las de cadera, son las más invalidantes y las más frecuentes. Estas alteraciones dan lugar a un conjunto de lesiones óseas que favorecen la aparición de fracturas. Esta población en diálisis presenta factores concurrentes que hacen que el problema se agrave más como son: edad avanzada, hiperparatiroidismo, hueso adinámico, amiloidosis por B2 microglobulina, hipogonadismo, acidosis crónica, necrosis vascular, traslados frecuentes del paciente al hospital, institucionalización, desnutrición, polimedicación, inactividad. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la incidencia de fracturas en pacientes en hemodiálisis e identificar factores de riesgo para poder prevenir este padecimiento.

Material y método:

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo. Duración del estudio un año (2013). Se registraron todos los pacientes en hemodiálisis que ingresaron por fracturas en nuestro hospital, fuera su procedencia de alguno de los tres centros concertados que existen en la provincia o procedieran de la unidad de hemodiálisis del hospital. En total la población de pacientes en hemodiálisis en la provincia asciende a 300 pacientes. De esta población el 4% (12 pacientes) ingresaron por sufrir fracturas durante el año que duró el estudio. Se usaron las historias clínicas para registrar datos necesarios para el estudio.

Resultados:

La incidencia de fracturas en la población estudiada ha sido del 4%. El 50% eran mujeres y el 50% hombres. En ambos sexos se relacionan las fracturas con la edad, oscilando ésta entre 61-89 años. El 83% fueron fracturas de cadera y el 16,7% fueron costales. En cuanto al lugar donde ocurrieron el 40% ocurrieron en instituciones, el 50% en su domicilio y el 10% en el hospital. Todas ocurrieron de forma accidental. El 83,3% recibieron tratamiento quirúrgico y el 16,7% tratamiento conservador. Todos los pacientes que sufrieron fracturas eran hipertensos, el 16,6% de los pacientes refirieron haber padecido síncope. El 25% habían tenido fracturas previas. El 100% de los pacientes refirieron haber padecido dolor previo a la fractura, El 100% de los pacientes toman omeprazol por ser enfermos polimedificados. El 16,6% tomo corticoides por trasplante. El 100% coincidiendo con la fractura presentaban niveles de PTH en sangre elevados por encima de 390 y con clínica de dolor musculoesquelético con precisión de analgesia intradiálisis. Los niveles de Ca se mostraron levemente disminuidos y los niveles de fósforo elevados. Precizando tratamiento con quelantes del fósforo

Conclusión:

La población actual en hemodiálisis es de edad avanzada, principal factor para padecer fracturas. Además confluyen en estos pacientes: diabetes, la alteración del metabolismo óseo mineral, hueso adinámico, amiloidosis por B2 microglobulina, acidosis crónica, necrosis vascular y movilización frecuente. Hay factores en los cuidados enfermeros pueden incidir, para prevenir el alto riesgo de padecer fracturas en este grupo vulnerable de pacientes.

Incidencia de pie diabético en una unidad de hemodiálisis

Elia Braojos López

Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo

Resumen:

El 23% de los pacientes que inician hemodiálisis son diabéticos. Estos diabéticos tienen un alto riesgo de padecer úlceras en los pies, confluyendo tanto factores de riesgo de la diabetes como de la uremia. Un 15% de los diabéticos padecen alguna vez úlceras en los pies en su vida y alrededor de un 85% sufren amputaciones. Por ello, queremos analizar la incidencia, evolución y los factores condicionantes del pie diabético en los pacientes en hemodiálisis, así como establecer medidas preventivas y curativas del pie diabético.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, longitudinal y descriptivo al total de pacientes con Diabetes Mellitus (30 pacientes), en programa de hemodiálisis en nuestra unidad. El periodo de estudio fue de un año. Se obtuvieron los datos clínicos y de laboratorio de las historias de los pacientes, hojas de registro de las curas, exploraciones físicas y entrevistas a los pacientes.

Resultados:

De la población total en hemodiálisis, (80 pacientes), El 37,5% (30 pacientes) tenían diagnóstico de nefropatía diabética. El 40% eran mujeres y el 60% hombres. La edad promedio fue de 60 años. El 98% eran diabéticos mellitus tipo II, el 93% eran hipertensos, el 73% tenían otras complicaciones como retinopatía, cardiopatía, el 83% estaban anticoagulados, el 50% tenían mal control de la glucemia, el 30% habían sido fumadores, el 20% eran obesos. El 76,67% padecieron úlceras en los pies durante el estudio, el 23,33% tenían alto riesgo de padecerlas.

Conclusión:

El estudio mostró una incidencia elevada de úlceras en nuestra población, así como de amputaciones. La diabetes unida a la uremia fueron los factores de riesgo más prevalentes. La creciente inclusión en programa de hemodiálisis de pacientes diabéticos y de edades avanzadas hace previsible el aumento de úlceras y amputaciones. Es necesario identificar factores de riesgo y establecer cuidados específicos para atajar este problema y disminuir la incidencia de aparición de úlceras en nuestros pacientes.

Infección de catéteres tunelizados: estudio de incidencia en una unidad hospitalaria de hemodiálisis

Daniel Lerma García, Mireia Soriano Calvo, Azahara Sánchez Gómez, Beatriz Lerma García, Juan José Sureda Parera

Hospital Can Misses y Hospital General Universitario Santa Lucía. Baleares

Introducción:

En los últimos años, el número de pacientes portadores de catéteres temporales como acceso vascular para terapia con hemodiálisis, se ha visto considerablemente aumentado debido a las características de los pacientes que necesitan tratamiento sustitutivo renal han cambiado. La tasa de pacientes portadores se ha visto elevada considerablemente en nuestra unidad, aunque no debe considerarse como acceso de primera opción. El manejo aséptico del catéter es esencial para la prevención de las complicaciones tardías más frecuentes, entre las que se incluye la infección. La infección es la causa principal de retirada de catéter y produce una elevada morbilidad.

Objetivos:

Análisis de la tasa de incidencia de infección de catéteres tunelizados en la unidad. Valoración de la adecuación de la tasa a los criterios de guías SEN de infección.

Material y métodos:

Se realiza un estudio de incidencia de infección sistémica en pacientes portadores de catéteres permanentes para hemodiálisis. El periodo de estudio abarca todo el

año 2013 en que se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo incluyendo a todos los pacientes portadores de catéteres tunelizados, contabilizando los episodios de infección sistémica asociada al acceso vascular.

Resultados:

Tras el análisis de datos recogidos, encontramos una elevada tasa de pacientes portadores de catéter tunelizado como acceso vascular para hemodiálisis que alcanza el 80% de pacientes incluidos en programa de hemodiálisis ambulatoria. La tasa incidencia de infección asociada a catéter tunelizado durante el periodo estudiado, es de un 9% y la tasa de infección de catéteres en los tres primeros meses de implantación es de un 0%.

Conclusiones:

Aunque la infección de catéteres no es monocausal, el manejo aséptico por parte del personal de enfermería de catéteres para hemodiálisis, es un pilar fundamental para la prevención de la infección. Las tasas de infección de nuestra unidad, cumplen criterios de calidad SEN para la infección de catéteres tunelizados en tratamiento crónico con hemodiálisis.

Innovando en la formación de equipos de alto rendimiento: unidad de hemodiálisis

Magdalena Gándara Revuelta, Elena Rojo Santos, Raquel Pelayo Alonso, Marina Rojo Tordable, Ángel Luis Martín de Francisco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Introducción:

La complejidad de los pacientes sometidos a tratamiento de Hemodiálisis, cada vez de mayor edad, pluripatológicos y con mayor riesgo de complicaciones durante las sesiones, hace que la formación del equipo multidisciplinar sea fundamental para garantizar la calidad y seguridad de los pacientes.

La simulación clínica se está incorporando en la formación continuada de los profesionales sanitarios, en respuesta a esta asistencia cada vez más compleja ya que permite el entrenamiento de equipos de alto rendimiento mediante casos clínicos en un entorno realista y seguro, sin riesgo para los pacientes.

Objetivos:

Describir el diseño de un programa de entrenamiento de equipos multidisciplinarios de Hemodiálisis basado en simulación.

Evaluar la percepción de los participantes acerca del programa formativo.

Material y método:

Para el diseño del programa formativo se creó un equipo de trabajo multidisciplinar compuesto por un Nefrólogo, una Enfermera experta en Hemodiálisis y un instructor experto en la metodología docente mediante simulación clínica.

Se determinaron los objetivos de aprendizaje basados en las complicaciones clínicas más frecuentes durante una sesión de Hemodiálisis y en los factores que generan equipos de alto rendimiento.

El entrenamiento se realizó en el centro de simulación, recreando una sala de Hemodiálisis con los elementos básicos para ello.

En cada caso clínico un equipo de 4 profesionales cuidaban de un paciente y tomaban decisiones clínicas en un ambiente similar al de su Unidad. El resto observaban las actuaciones por circuito cerrado de televisión. Se emplearon maniqués de alta tecnología para simular a los pacientes. Tras cada escenario los participantes reflexionaron de manera estructurada acerca de la toma de decisiones y actuaciones realizadas.

Cada sesión se evaluó mediante una encuesta con escala tipo Likert de 5 puntos que valoraba la satisfacción general, la adecuación de la simulación como metodología docente, la aportación de conocimientos, y la organización de la actividad.

Resultados:

Se programaron 4 ediciones, dirigidas a 40 profesionales del Área de Hemodiálisis: 24 enfermeras, 8 auxiliares de enfermería y 8 Médicos Interno Residentes de Nefrología.

En cada sesión se entrenó un grupo multidisciplinar de 10 personas, durante 6 horas en 3 escenarios clínicos simulados. Se diseñaron 3 escenarios que permitieron a los profesionales entrenarse en las medidas iniciales de tratamiento, manejo y actuación en el paciente con disnea, shock anafiláctico, dolor torácico y parada cardiorrespiratoria. Entrenándose además en habilidades de trabajo en equipo: liderazgo, distribución y priorización de tareas y comunicación eficaz.

Sobre la evaluación de la actividad, en las tres primeras ediciones, el 89,6% estaban satisfechos o muy satisfechos con el entrenamiento, manifestando que lo reco-

mendarían a otros compañeros. El 82,8% consideraron adecuada o muy adecuada la metodología docente para su formación continuada y el 89,6% manifestaron que la actividad les aportó nuevos conocimientos.

Conclusiones:

- El diseño e implantación de formación basada en simulación clínica, requiere la implicación de un equipo multidisciplinar.
- Los profesionales consideraron muy útil el programa de entrenamiento para su desarrollo profesional.

Líquido dializante con Citrato vs Acetato en Hemodiafiltración on-line posdilucional de alta eficacia: parámetros a estudio

Sonia Aznar Barbero, Ramón Bel Cegarra, Josefina Chica Arellano, Aránzazu Martínez Martínez, M^a Magdalena Badallo Mira, Mercedes Sánchez Clavel, Susana Carbonell Olivares, Santiago Martínez Domingo, David Pagán Escribano

Hospital Santa Lucía. Murcia

Introducción:

El líquido dializante con acetato (LDA) se ha mostrado menos biocompatible, generando estrés oxidativo e inflamación por la liberación de citoquinas proinflamatorias. La diálisis con líquido dializante con citrato (LDC) se ha descrito con propiedades antiinflamatorias y antioxidantes, asociándose su uso con disminución de niveles plasmáticos de proteína C-reactiva (PCR). Además, puede incrementar la eficacia del dializador dado su conocido poder anticoagulante, disminuir la precipitación de sales cálcicas al actuar como quelante del calcio iónico, conseguir una mejoría del equilibrio ácido-base dado su efecto tampón y mayor tolerancia a la sesión de diálisis consecuencia de mayor estabilidad cardiovascular.

Objetivo:

Comparar parámetros nutricionales e inflamatorios, eficacia dialítica, estatus ácido-base, tolerancia y balance de calcio en hemodiafiltración on-line empleando LDC versus LDA.

Material y métodos:

Estudio prospectivo cruzado sobre población prevalente en HDFOL de 24 semanas de duración. Inician 35 pacientes (finalizan 33, 1 trasplante, 1 exitus), con 57,4 años de media, 55% hombres, 54,1 meses de permanencia. Etiología glomerular más frecuente (28%). El 79% portadores de fistula arteriovenosa, 18% catéter tunelizado y 3% prótesis. Se analizan 2376 sesiones. El estudio se realiza en dos fases:

- FASE 1: 17 pacientes se dializan con LDC (1 mmol/l), permaneciendo los otros 16 con LDA (3 mmol/l.)
- FASE 2: Los pacientes se cruzan.

Los pacientes con LDA se dializan con dos formulaciones de calcio: 1,25 (42,4%) y 1,50 (57,6%). LDC con formulaciones 1,50 y 1,65 mmol/l. Sin variaciones en dializador ni heparina. Variables: albúmina, PCR, Beta 2 microglobulinas (B2MCG), índice de resistencia a darbepoetina, ángulo de fase (AF), masa celular corporal (BCM), Kt, volumen de reinfusión, PTTA, tiempo de hemostasia, estado de cámaras y dializador, pH, bicarbonato y calcio iónico pre y posdiálisis, sesiones con hipotensión, sesiones con calambres. Determinaciones al terminar las semanas 12 y 24.

Análisis estadístico SPSS 13.0. Contraste de hipótesis mediante Test de Kolmogoroff-Smirnoff. T-Student y W de Wilcoxon para variables cuantitativas. Chi-cuadrado para cualitativas. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados:

Diferencias significativas ($p < 0,001$) en albúmina (LDC $3,87 \pm 0,31$ vs LDA $3,64 \pm 0,34$), PCR (LDC $0,8 \pm 0,75$ vs LDA $1,92 \pm 2,56$ ng/ml), y B2MCG (LDC $22,51 \pm 6,20$ vs LDA $25,02 \pm 6,05$ mg/dl). En relación con los parámetros de bioimpedancia tanto BCM ($p = 0,001$) como AF ($p = 0,002$) son significativamente mayores con LDC ($27,65 \pm 8,08$ y $5,69 \pm 1,31$, respectivamente) que con LDA ($25,01 \pm 7,15$ y $5,06 \pm 0,91$ respectivamente).

Kt significativamente ($p < 0,001$) mayor con LDC que con LDA ($58,44 \pm 3,37$ versus $56,94 \pm 3,18$ litros).

El bicarbonato posdiálisis es significativamente ($p < 0,001$) menor con LDC ($27,97 \pm 0,70$ mmol/l) que con LDA ($29,32 \pm 0,87$ mmol/l). Tanto el calcio iónico pre ($4,52 \pm 0,28$ versus $4,61 \pm 0,31$ mg/dl) como posdiálisis ($4,51 \pm 0,21$ versus $4,93 \pm 0,25$ mg/dl) son significativamente ($p = 0,007$ y $p < 0,001$, respectivamente) menores con LDC.

Conclusiones:

La diálisis con citrato se muestra en nuestra serie más biocompatible (menor B2MCG) y con menor inflamación (menor PCR), mejora los parámetros nutricionales

analíticos y por impedancia e incrementa un 2,6% la eficacia dialítica. Además, reduce el bicarbonato posdialisis, haciéndolo más fisiológico. Pese a la corrección del calcio en el baño, tanto pre como posdiálisis el calcio iónico es menor, permaneciendo estable, con LDC.

Monitorización del acceso vascular: parámetros convencionales vs flujo intraacceso

Ana Vanessa Fernández Martínez, Yanina Arregui Arias, Rocío Pérez Díaz, Laura Pérez Valencia Francisco Orenes Bernabé, Josefa Laura García Sánchez

Clínicas F.MC Services Murcia Cartagena y San Pedro del Pinatar y Cartagena. Murcia

Introducción:

Mantener la permeabilidad de los accesos vasculares es un objetivo capital en el paciente en hemodiálisis. Los parámetros clásicos de monitorización del acceso vascular son en general poco útiles para la detección precoz de la estenosis, y posterior tratamiento reparador intra-vascular. El cálculo del flujo intraacceso es un método no invasivo calculado a través de termodilución que nos permite conocer el flujo sanguíneo máximo del acceso así como detectar estenosis ante una disminución del mismo. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de la medición y vigilancia del flujo intraacceso (Qa) en la monitorización del acceso vascular frente a los parámetros clínicos convencionales.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de un año de duración. 40 pacientes (18 fistulas arteriovenosas (FAV) antebraquiales, 16 FAV braquiales, 6 prótesis PTFE). Mensualmente se realiza monitorización del acceso vascular registrando variables del examen físico tales como thrill, soplo, pulso, alteraciones en la zona (edema, resangrado, hematoma) y del examen dinámico como flujo sanguíneo medio, volumen de sangre dializada, eficacia dialítica por Kt, presiones dinámicas, promedio de presiones venosas, recirculación medida por termodilución (BTM ST 5008). La determinación de flujo intraacceso (Qa) se realiza trimestramente en FAV y mensualmente en PPTFE. Se realiza indicación de fistulografía si Qa menor a 500ml/min o disminución en un 20% confirmado en dos tomas consecutivas, si hay variaciones en la exploración física y disminución

≥ 25% de Kt, flujo sanguíneo o aumento de presiones venosas o recirculación.

Resultados:

Se realizan 61 fistulografías en 2013. 82% patológicas (50 de 61). 46 angioplastias, 2 cirugías, 2 no reparables.

Diferencias significativas por método de valoración ($p < 0,001$): Indicación por Qa (bajo o descenso o ambas): 76% (38/50); Por disminución de eficacia dialítica: 16% (8/50); Por recirculación: 44% (22/50); Por presiones venosas: 24% (12/50); Por datos clínicos: 12% (6/50).

Diferencias significativas en falsos positivos (fistulografía blanca o estenosis < 50%) ($p=0,024$): Qa 54,5% (6/11); Eficacia dialítica: 0% (0/11); Recirculación: 9% (1/11); Presiones venosas 36% (4/11); Parámetros clínicos: 9% (1/11).

Conclusiones:

La monitorización del Qa es un método altamente sensible de detección de disfunción del acceso vascular. La medición del Qa por termodilución es sencilla y poco costosa. Por el contrario, la reducción de eficacia dialítica y el aumento de la recirculación son muy específicos, pero poco sensibles, probablemente por tratarse de indicadores tardíos de disfunción. La combinación de parámetros clínicos, clásicos y Qa en un programa de monitorización del acceso vascular permite detectar más del 80% de los casos confirmados por fistulografía.

Niveles de homocisteína y riesgo vascular en pacientes de una unidad de hemodiálisis, estudio prospectivo de cinco años

Mateo Párraga Díaz, Esperanza Melero Rubio, M^a Paz Gómez Sánchez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Resumen:

La enfermedad cardiovascular es compleja y multifactorial. Uno de los marcadores conocido como factor de riesgo vascular independiente es la homocisteína; el aumento en 5 $\mu\text{mol/l}$ por encima del rango normal equivale, en riesgo vascular, a un aumento de 20 mg/dl por encima del colesterol normal. En la población general niveles ligeramente elevados de homocisteína ($>15\mu\text{mol/l}$), se asocian al incremento de la mortalidad y de los eventos cardiovasculares. Este factor también está presente en pacientes renales, siendo sus niveles 3-4 veces superiores a la población en general. Los mecanismos por los que la homocisteína está elevada en la insuficiencia renal no están claros, ya que su excreción renal sólo representa el 1% de su eliminación; sin embargo, si está comprobado que la utilización de membranas de diálisis de alto flujo, diálisis lenta nocturna, o hemodiafiltración on-line diarias reducen significativamente los niveles de este aminoácido. Tal vez estos tratamientos, al conseguir una mayor reducción de los niveles de homocisteína, puedan reducir la morbimortalidad cardiovascular renal y, por ello, es aconsejable medir los niveles de homocisteína anualmente en los pacientes renales. Nos planteamos conocer el riesgo vascular de nuestros pacientes renales a lo largo de cinco años, según valores de homocisteína y determinar su relación con modalidad y tiempo en tratamiento, edad, sexo y grupo étnico.

Realizamos un estudio observacional prospectivo en pacientes de una unidad renal durante cinco años. Recogimos datos sobre: edad, sexo, grupo étnico, modalidad de tratamiento (hemodiafiltración versus hemodiálisis), tiempo en tratamiento y valores de homocisteína.

Estudiamos 115 pacientes, de edad media 59 años, 68 hombres y 47 mujeres; 107 pacientes caucásicos mediterráneo, 4 caucásicos norteafricano y 4 negroide. El 54,8% llevaba menos de 4 años en tratamiento renal. Un 63% estaba en hemodiálisis, 27% en hemodiafiltración alterna y 10% en diaria. El valor medio de homocisteína en varones fue de 23,47 $\mu\text{mol/l}$ y en mujeres 24,29 $\mu\text{mol/l}$. Los valores de homocisteína en el tercer y cuarto año de estudio según el grupo cultural fueron en pacientes negroide 51,50 y 69,35 $\mu\text{mol/l}$ respectivamente, con significación estadística.

En la población general el riesgo cardiovascular se asocia a la edad y el sexo sin embargo, los niveles de homocisteína versus estas variables en nuestra población renal a estudio no se ven modificados. Otras diferencias vienen marcadas por el grupo étnico: menores en raza negra y asiáticos que en personas de raza blanca, mientras que los latinoamericanos tenían concentraciones intermedias. Estas afirmaciones no coinciden con los resultados de nuestro estudio, ya que el grupo caucásico mediterráneo (la mayoría de nuestros pacientes) que presenta valores intermedios con riesgo moderado y el grupo de etnia negroide valores más elevados incluso de riesgo elevado.

Concluimos que nuestros pacientes presentaban un nivel moderado de riesgo vascular. Al enfrentar homocisteína con sexo, edad, modalidad y tiempo de tratamiento sustitutivo no encontramos relación estadística significativa. Sin embargo, el grupo étnico si presentaba variaciones significativas siendo el grupo negroide el de mayor riesgo vascular con niveles más elevados en los tres últimos años del estudio.

Resultados de un programa adaptado de ejercicio físico en pacientes ancianos (>75 años) en hemodiálisis

Anna Junqué Jiménez, Ester Tomás Bernaveu, Gorka Iza Pinedo, Óscar Paz López, Inés Luceño Solé, M^a Luisa Lavado Sempere

Instituto Nefrológico. Barcelona

Introducción:

Los pacientes ancianos constituyen un grupo en continuo crecimiento en los programas de hemodiálisis (HD). Éstos se caracterizan por su elevada complejidad, dependencia y comorbilidad asociada. Múltiples beneficios del ejercicio físico en los pacientes en HD han sido descritos; si bien no han sido completamente evaluados en la población anciana.

Objetivos:

Analizar el efecto de un programa adaptado de ejercicio físico intradiálisis sobre la fuerza muscular, la capacidad funcional y calidad de vida en nuestros pacientes ancianos (>75 años) en HD.

Material y métodos:

Estudio prospectivo unicéntrico de 12 semanas de duración. Los pacientes incluidos realizaron un programa de ejercicio físico adaptado mediante pelotas medicinales, pesas, bandas elásticas y cicloergómetros en las primeras dos horas de HD.

Analizamos:

1. Parámetros bioquímicos.
2. Datos musculares: Fuerza extensión máxima cuádriceps (FEMQ) y hand-grip (HG).
3. Tests Test funcionales: "Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT).
4. Sintomatología depresiva: Inventario Beck (BDI).
5. Calidad de Vida: EuroQol-5D (EQ-5D).

Resultados:

11 pacientes incluidos (36.4% hombres). Edad media 83.9 años y 37.2 meses en HD. Charlson medio: 9.7. Principal etiología: DM (45.5%), No filiada (27.3%), HTA (9.1%). De forma global, se observó una mejoría en las pruebas realizadas (*p< 0.05): FEMQ (10.5 ± 7.6 vs 12.9 ± 10 kg), HG* (16.6 ± 8.7 vs 18.2 ± 8.9 kg), STS10* (29.9 ± 10.6 vs 25 ± 7.8 seg), 6MWT* (22.6%, 234.4 vs 286.8 m), BDI* (14.4 ± 11.5 vs 11.7 ± 10.8) y EQ-5D (49.1 ± 19.1 vs 59.5 ± 20.3, p=0.064) al finalizar el estudio.

Del mismo modo, no observamos cambios relevantes en los datos bioquímicos y antropométricos durante el estudio.

Conclusiones:

1. El programa adaptado de ejercicio físico intradiálisis mejoró la fuerza muscular, la capacidad funcional y la calidad de vida de nuestros pacientes ancianos en HD.
2. Aún en población anciana, nuestros resultados realzan los beneficios del ejercicio físico en los pacientes en HD.
3. Ante un paciente anciano en HD, merece la pena considerar la realización de ejercicio físico adaptado intradiálisis como una parte más del cuidado integral en HD.

Terapia hemocontrol. Sesiones de hemodiálisis individualizadas

Ana Soraya Gómez David, Mónica Martín Cano, Luz del Carmen Cabrera Castro

Centro de Diálisis. Málaga

Introducción:

La hipotensión arterial es la complicación más frecuente durante las sesiones de hemodiálisis (20-33%), y es responsable de varios síntomas (náuseas, vómitos, calambres, mareos, fatiga...), siendo los calambres el más frecuente (5-20%), provocando un aumento de la morbilidad y disminución de la calidad de vida de los pacientes en diálisis crónica.

Para mejorar la estabilidad cardiovascular, se ideó el Hemocontrol®, que controla la volemia mediante dos variables independientes: ultrafiltración y conductividad. En cada momento se realiza la ultrafiltración máxima posible, y si se contrae la volemia demasiado, el sistema responde bajando la ultrafiltración y/o aumentando conductividad para mejorar el relleno vascular.

El control de los cambios en la volemia se realiza por la medición continua de la hemoglobina mediante un sistema óptico de absorbancia (Hemoscan).

Objetivos:

Evaluar si las sesiones de hemodiálisis controladas por hemocontrol previenen los episodios de hipotensión arterial y disminuye la aparición de calambres.

Material y métodos:

Ensayo clínico de intervención sin asignación aleatoria, en el que el paciente es su propio control. La muestra está compuesta por 11 pacientes, en hemodiálisis. Las variables estudiadas fueron nº de episodios de hipotensión arterial, nº de episodios de calambres

y tensión arterial media. Se incluyeron en la muestra aquellos pacientes que sufrieron algún episodio de hipotensión arterial y/o calambres en al menos 1 de las 3 sesiones previas a la selección de la muestra. Consideramos "hipotensión arterial" a aquella disminución aguda de la TA percibida por el paciente y "calambres" a contracciones dolorosas y prolongadas de uno o varios músculos.

El período de estudio fue de 60 sesiones de hemodiálisis, divididos en dos fases:

- Fase 1: se llevó a cabo el tratamiento habitual, no utilizándose ningún perfil de extracción de UF ni de sodio durante 30 sesiones.
- Fase 2: tratamiento con hemocontrol durante 30 sesiones. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

Resultados:

De los 11 pacientes que componen la muestra, 4 son hombres (36,4%) y 7 mujeres (63,6%), con una media de edad de 68,73 años \pm 8,03.

Al valorar el número de episodios de hipotensión arterial, se pasó de una media de 7,91 \pm 4,53 episodios durante la primera fase, a una media de 4,09 \pm 2,7 durante el período de hemocontrol, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,010$). El número de episodios de calambres en la fase 2 ha sido mayor con respecto a la fase 1, sin alcanzar significación estadística ($p=0,66$).

No se encontraron diferencias significativas con respecto a la tensión arterial media de la muestra, aunque la media en el período sin hemocontrol (92,69 \pm 6,60) fue inferior al período con hemocontrol (93,59 \pm 10,26).

Conclusiones:

Los resultados de este estudio muestran que el uso de hemocontrol en las sesiones de diálisis, reduce significativamente el número de hipotensiones arteriales sintomáticas, mejorando el confort del paciente, en cambio no se observa disminución con respecto a los episodios de calambres, y mínimo aumento en T.A media. Esta herramienta es muy útil, previo entrenamiento del personal de enfermería para su correcto manejo.

máticas, mejorando el confort del paciente, en cambio no se observa disminución con respecto a los episodios de calambres, y mínimo aumento en T.A media. Esta herramienta es muy útil, previo entrenamiento del personal de enfermería para su correcto manejo.

Uso del apósito con gluconato de clorhexidina 3m™ tegaderm™ en la cura del catéter central

Antonio López González, Ángeles Novo Casas, Sonia Cid Armada, Modesta Mojón Barcia

Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

Introducción:

El cuidado del catéter venoso central tunelizado como acceso vascular para hemodiálisis es uno de los grandes retos de la enfermería nefrológica. Una de las principales complicaciones asociadas a su uso es la infección. Para su prevención, además de la esterilidad en la manipulación, la cura del orificio de salida del catéter por parte del personal de enfermería es fundamental. Son múltiples los métodos y materiales de cura utilizados. Diversos estudios describen buenos resultados con el uso del Apósito con Gluconato de Clorhexidina 3M™ Tegaderm™ (CHG) sobre el orificio de inserción de catéteres centrales no tunelizados de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Sin embargo, no hay constancia de su uso en los catéteres tunelizados para hemodiálisis. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar el método de cura basado en el uso de Apósitos CHG para cubrir el orificio de inserción del catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis.

Material y método:

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo. Se ha utilizado el Apósito CHG en 9 pacientes portadores de catéter tunelizado durante 32 semanas. Se han recogido datos referentes al estado del orificio de inserción del catéter, del túnel, de la zona colindante y aplicabilidad del material.

Por otra parte, se ha evaluado la satisfacción del paciente con el uso del Apósito CHG, así como, la percepción del personal de enfermería responsable de la téc-

nica. Por último, se ha llevado a cabo un análisis de la rentabilidad.

Resultados:

Con el uso del Apósito CHG, no se ha evidenciado incidencias relacionadas con el estado del túnel y del orificio de inserción del catéter sin embargo, si se observó, en las primeras semanas, dificultad en el despegado del apósito cubre-catéter adherido al Apósito CHG. En cuanto a la satisfacción de los pacientes, se constata una mayor percepción de seguridad al considerar que el Apósito CHG se adhiere mejor a la piel. El personal de enfermería destaca como puntos fuertes del material la capacidad de visualización del orificio, la capacidad de absorción de fluidos, la adherencia a la piel y la capacidad de reducir movimientos. Por otra parte, el análisis de rentabilidad refiere que, con el uso del Apósito CHG, se reduce los costes un 45,45% en el gasto semanal de gasas estériles, un 33,3% en el de suero salino y en tiempo enfermero un 72,5%.

Conclusiones:

El uso del Apósito CHG es una buena alternativa para la cura del orificio de inserción del catéter central tunelizado para hemodiálisis ya que, además de una reducción de los costes, permite una reducción del número de manipulaciones al tener una duración de 7 días, permite una visualización permanente del orificio y aporta mayor seguridad para el paciente.

Uso del supercath vs aguja convencional en la conservación del acceso vascular

Mireia Bravo Sánchez, Anna Mas Prat, Ester Barris Gifra, Gloria Arilla Salart, Carme Font Senen

Clínica Girona S.A. Girona

Introducción:

La eficacia dialítica en los pacientes en tratamiento renal substitutivo depende, en gran parte, del buen estado del acceso vascular, por lo tanto, la conservación de este es primordial para evitar las complicaciones intradialíticas que derivan tanto de las punciones como de las diferentes lesiones intraluminales que se pueden generar durante las sesiones.

Las fístulas protésicas cursan con un número más elevado de complicaciones debido a la predisposición de las mismas a sufrir hiperplasia o padecer pseudoaneurismas.

Objetivo:

Comparar el uso del catéter-supercath con el uso de agujas convencionales tanto en la conservación del acceso vascular, ya sea protésico o autólogo de difícil abordaje, como en la eficacia de los parámetros dialíticos.

Material y métodos:

Se realizó un estudio prospectivo observacional que empezó en febrero de 2013 y finalizó en abril del mismo año. La muestra estudiada constó de 25 pacientes de los cuales 15 eran hombres. Las edades estaban comprendidas entre 30 y 86 años. La población diana fue escogida especialmente entre aquellos con un riesgo más elevado de deterioro del acceso vascular incluyendo los accesos protésicos. Se llevaron a cabo 14 sesiones de hemodiálisis con cada uno de los dispositivos recogiendo en todos los casos las presiones arteriales y venosas, el dolor producido por los diferentes dispositivos, los tiempos de hemostasia y los flujos de acceso (QT) a través del monitor Transonic HD02. Se realizaron ecodoppler en los pacientes portadores de fístula protésica para comprobar el estado de la pared interna.

El estudio estadístico fue realizado mediante el programa SPSS 22.0 utilizando el análisis t-student para muestras relacionadas con una significación de $p < 0,05$ y ChapiroWilk para la prueba de normalidad.

Resultados:

Los resultados estadísticos muestran que el tiempo de hemostasia es significativamente inferior con la utilización del catéter-supercath siendo $p < 0,004$. Los parámetros hemodinámicos analizados tales como presión arterial, presión venosa y flujo de acceso vascular no muestran diferencias significativas. No hay diferencias en el estado final de los restos hemáticos ni en las cámaras del circuito ni en el dializador. En las imágenes ecográficas no se evidencian cambios significativos en la morfología de la pared interna de las prótesis.

La percepción del dolor para los pacientes es mayor con catéter-supercath siendo $p < 0,001$. Por el contrario disminuyen los accidentes por extravasación en fístulas autólogas de difícil abordaje.

Conclusiones:

El estudio no presenta diferencias estadísticas de las variables estudiadas, por lo tanto la eficacia dialítica es similar, siempre teniendo en cuenta que se utiliza un calibre menor de catéter-supercath que de aguja estándar. Cabe destacar la disminución del tiempo de hemostasia en las sesiones con catéter-supercath, hecho que mejora la perspectiva del paciente en cuanto a la utilización de este.

Gracias a su composición fluoroplástica, el catéter, evita riesgos de destrucción de la pared de los vasos, siendo así un fantástico dispositivo para la realización de canales de punción buttonhole. Una vez finalizado el periodo de estudio, nuestro servicio continua utilizando los dispositivos.

Validación de la encuesta de anorexia para el diagnóstico de desnutrición en el enfermo dializado

María Teresa Manso Gil, Eva María Allo Iglesias, Anselmo Narváez Fernández, Montserrat Arribas Charfole, María Jacoba Rodríguez Peña

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción:

La definición de anorexia suele realizarse mediante encuestas de las cuales la más utilizada es el cuestionario de apetito del estudio HEMO. Como todo síntoma, la anorexia es una apreciación subjetiva y su percepción puede tener una gran variabilidad individual. Para estudiar la validez del cuestionario de apetito hemos correlacionado los resultados del mismo con la evolución del signo más importante de la desnutrición que es la disminución del peso seco.

Material y métodos:

El cuestionario consta de una escala Likert en la que el enfermo señala cómo considera su apetito actual y de una pregunta que valora la evolución del apetito en las cuatro últimas semanas. Se diagnostica anorexia cuando el apetito actual es regular, malo o muy malo y en las cuatro semanas previas no ha variado o empeorado.

En cada paciente se comprobó el peso seco en el momento de realizar la encuesta con su peso seco del mes previo. El peso seco fue definido según criterios clínicos.

Resultados:

El estudio se llevó a cabo en 63 pacientes tratados con hemodiálisis cuya situación clínica era estable y sin ningún proceso intercurrente conocido que pudiera condicionar su apetito. Asimismo, se excluyó a aquellos pacientes tratados con algún medicamento estimulante del apetito en los tres meses previos al estudio.

Según el criterio de definición establecido, el cuestionario arrojó un resultado de 13 pacientes con anorexia (21%), apreciándose una mayor incidencia en mujeres que en hombres. Respecto a la edad, tiempo en diálisis, nefropatía y peso seco no se observa correlación alguna.

La variación del peso, respecto al mes anterior, de estos pacientes fue significativo, observándose una disminución del mismo de aproximadamente 1kg. En los pacientes sin anorexia la variación de peso fue insignificante, manteniéndose casi en el mismo peso.

Conclusiones:

La encuesta de anorexia utilizada tiene correlación con la variación de peso en las semanas previas. La utilización conjunta de ambos permite la alerta precoz para el diagnóstico de desnutrición sin tener que recurrir a pruebas complejas.

Valoración de la eficacia de la consulta de enfermería en relación a la kalemia y la ganancia ponderal del paciente en hemodiálisis

Montserrat García Zamora, Tamara López Ramos, M^a Elena Viudes Flores, M^a José Gordo García, M^a Carmen Moya Mejía, José Ibeas López

Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari. Barcelona

Introducción:

La consulta de enfermería (CE) es una herramienta imprescindible en el tratamiento sustitutivo renal ya que proporciona al paciente y familia los conocimientos necesarios para el autocuidado (tratamientos dietético y farmacológico, cuidado del acceso vascular, complicaciones, etc.)

En este estudio evaluamos la kalemia y la ganancia ponderal ya que son los parámetros cuya alteración provoca una mayor morbi-mortalidad en los pacientes en hemodiálisis y sobre los que se puede influir considerablemente a través de la CE.

Objetivo:

Evaluar la eficacia de la CE sobre la kalemia y la ganancia ponderal del paciente en hemodiálisis.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, realizado a 121 pacientes en programa de hemodiálisis.

Se analizó:

- La variación de la determinación en sangre de potasio (K) de la analítica previa a la realización de la CE, en relación a las tres analíticas posteriores realizadas de manera consecutiva y separadas por un intervalo de 2 meses, registrando si se habían producido modificaciones en el tratamiento farmacológico.
- El peso acumulado inter-diálisis de las 14 sesiones previas a la CE y de las 14 posteriores, realizando el promedio de cada uno de los dos periodos y considerando si conservaban diuresis residual.

Resultados:

- ▶ Kalemia:
 - Pacientes que se encontraban por encima de límites normales en la analítica previa:
 - Con valores de $K = 5'1-5'5 \text{ mEq/l}$ mejoran sus resultados en un 67.85% de los casos, lo hacen de forma significativa y sin modificación del tratamiento farmacológico un 33.33%.
 - Con valores de $K > 5'5-6'5 \text{ mEq/l}$ mejoran sus resultados en un 79.36% de los casos, lo hacen de forma significativa y sin modificación del tratamiento farmacológico un 41.26%.
 - Con valores de $K > 6'5 \text{ mEq/l}$ mejoran sus resultados de forma significativa y sin modificación en el tratamiento farmacológico en un 100%.
 - Pacientes que se encontraban dentro de límites normales en la analítica previa:
 - Se mantienen dentro de los mismos en un 61,89% de los casos (promedio 3 analíticas), sin presentar cambios de medicación un 56,66%.
- ▶ Ganancia ponderal:
 - Pacientes que antes de la CE acumulaban $> 2 \text{ kg}$: La intervención consigue disminuir el promedio en un 52.45% de los casos (más de 0.5 kg en un 16.39% y entre 0-0.5 kg en un 36.06%). De este grupo solo el 16.39% presentaba diuresis y mejoran en el 60% de los casos.
 - Pacientes que antes de la CE acumulaban $\leq 2 \text{ kg}$: Mantienen pesos similares en un 85.45%. De este grupo solo el 18.18% presentaba diuresis y mantienen pesos acumulados correctos el 80% de los casos.

Conclusiones:

Este estudio ha permitido obtener evidencia científica de la eficacia de la CE. Se constata una mejora significativa sobre los parámetros de salud del paciente en hemodiálisis, poniendo de manifiesto la importancia de la educación sanitaria como parte de la atención integral que deben recibir nuestros pacientes.

Estos resultados, que avalan la acción formativa, deben servir como elemento motivador para profesionales de enfermería y gestores de recursos, reforzando el rol educativo propio de nuestra profesión, papel que a veces queda diluido en beneficio de otras tareas asistenciales.

Valoración metodológica del riesgo de caídas como factor prevalente de evento adverso para mejorar la seguridad del paciente renal hospitalizado

Trinidad López Sánchez, Marta Pérez Doctor, Jesús Zambrana Hervás, M^a Luz Amoedo Cabrera

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción:

Hemos dado a conocer el proceso de valoración así como los factores de riesgo más prevalentes en el "Riesgo de caídas" como evento adverso con graves consecuencias sociosanitarias y económicas.

El 84% de los eventos adversos hospitalarios está relacionados con las caídas y la detección del riesgo y adopción de medidas preventivas con metodología de cuidados ayuda a disminuirlas en el paciente renal hospitalizado identificado como candidato prevalente según análisis del Perfil del paciente (Evidencia Best Practice 1998 ISSN 1329- 1874).

Objetivos:

General:

Disminuir la incidencia de caídas en el paciente hospitalizadas que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento.

Específicos:

Identificar los factores de riesgo más prevalentes y definición de las actividades preventivas asociadas. Descripción del proceso de valoración e instrumentos metodológicos.

Metodología:

Análisis de los FR intrínsecos y extrínsecos descritos en la Nanda.

Evaluación del cuidador principal:

Análisis de la taxonomía NIC y selección de las medidas enfocadas en la prevención, promoción de la salud, atención al riesgo y educación.

- Búsquedas bibliográficas de escalas validadas específicas.
- Registro de los datos en formatos integrales.

Resultados:

Intervenciones (NIC) que dan respuesta, a este diagnóstico son:

- 6490 Prevención de caídas.
- 4420 Acuerdo con el paciente

Edición de las actividades agrupadas en función del FR:

- ▶ Extrínsecos: unidad asistencial
 - Colocar los objetos al alcance del paciente.
 - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas.
 - Colocar la cama en la posición más baja.
 - Proporcionar al dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre) cuando el cuidador esté ausente.
 - Responder a la luz de llamada inmediatamente.
 - Evitar presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
 - Señalizar al paciente con alto riesgo de caídas.
 - Entorno paciente.
 - Proporcionar dispositivos de ayuda para una deambulación estable (gafas y calzado seguro).
 - Evacuación/transferencia.
 - Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros en las transferencias.
 - Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos.
 - Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- ▶ Factores intrínsecos: propios del paciente
 - Identificar déficit cognitivos o físicos, ver historia de caídas.
 - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación
 - Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.

► Factores de la enfermedad/régimen terapéutico:

- Establecer un programa de ejercicios que incluya el andar.
- Enseñar al paciente/cuidador a utilizar un bastón o un andador.
- Colaborar en la minimización de efectos secundarios de algunos medicamentos.

► Proceso de valoración:

- Valoración inicial integral en las primeras 24 h de hospitalización.
- Escala de riesgo validada (J.H.Downton) con punto de corte >2: alto riesgo de caídas.
- Descripción del diagnóstico Nanda Riesgo de caídas (00155). Revaloración en caso de cambios o caídas (lesiones).

Conclusiones:

La incorporación de la valoración del riesgo de caídas y la adopción de medidas preventivas específicas en el trabajo metodológico facilita el juicio clínico de este riesgo y previene su ocurrencia como área de mejora de la seguridad del paciente renal hospitalizado.

Enfermedad arterial periférica en población trasplantada renal, asociación con obesidad central, riesgo cardiovascular y parámetros de inflamación

Dolores Somalo Corres, Hermann Hernández Vargas, Montiel Quiñones Soledad, Marta Artamendi Larrañaga

Hospital San Pedro. Logroño

Introducción/objetivos:

En el trasplante renal (TR) la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) es muy elevada respecto a población general, siendo la principal causa de muerte. Además de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos existen otros inherentes al trasplante que explicarían la elevada morbimortalidad en estos pacientes. Entre estos, la enfermedad arterial periférica (EAP) que aunque puede empeorar de forma determinante el perfil de riesgo cardiovascular en muchos casos no está diagnosticada.

La EAP afecta a 12- 15% de la población general y hay estudios que describen elevada prevalencia en enfermedad renal crónica. Sin embargo, no se conoce bien el impacto que tiene sobre la supervivencia del paciente con TR ni sobre el injerto. El índice tobillo-brazo (ITB) es un método eficaz para detectar EAP.

El objetivo es estudiar la asociación entre ITB con FRCV clásicos, índice de comorbilidad, parámetros antropométricos y marcadores de inflamación en una cohorte con TR funcionante.

Material y métodos:

Estudio transversal de 136 pacientes (varones 55.9%, edad 57.8±14 años) con trasplante renal funcionante, seguidos en consulta entre Noviembre 2011 y Agosto 2013. El 98.5% donante cadáver. Tiempo medio injerto funcionante 8.55 (10.9) años.

Se realizaron tomas de presión arterial, peso, talla, perímetro abdominal. Se calcularon, índice de masa corporal (IMC), índice conicidad (IC) según Valdez, índice cintura-talla (ICT) y obesidad abdominal según criterios ATP III (Mujer ≥ 88 y Varón ≥ 102 cm) y según IDF

(Mujer ≥ 80 y Varón ≥ 94 cm). Se recogieron FRCV clásicos y otros como presencia de HVI por ecocardiograma y SAOS. Se analizaron parámetros analíticos (PCR, IL-6, B2microglobulina, prealbúmina, fibrinógeno, insulina e índice de resistencia, HOMA) y función renal. Se calculó el índice de comorbilidad según el score de Charlson. Para medición de ITB utilizamos el tensiómetro automático WatchBP Office ABI modelo Twin200.

Los criterios de EAP utilizados fueron: Normalidad 1-1.3, Rigidez arterial > 1.3, Vasculopatía < 1 (ESC Guidelines Eur Heart J. 2011).

Resultados:

En el análisis global el 86% eran hipertensos, un 67.6% tenían dislipemia y 66.2% sobrepeso/obesidad con IMC medio de 27.17±4.87 kg/m². El 25% eran diabéticos. Entre los no diabéticos, el 25% presentó criterios de preDM (19.9%) o DM (5.1%) tras realizar test de sobrecarga oral de glucosa.

La prevalencia de obesidad central fue elevada, 52.4% según ATP III y 77.8% según IDF. El 14% de los pacientes presentaba vasculopatía (19 pacientes ITB < 1) y un 11% rigidez arterial (15 pacientes ITB > 1.3).

No hubo diferencias en cuanto a sexo (p 0.95), edad (p 0.25) ni parámetros antropométricos en relación con patología vascular. En cuanto a FRCV sí encontramos diferencias con HTA (p 0.046) y tabaco (p 0.03) pero no en relación con DM (p 0.096), dislipemia (p 0.43) ni ECV (p 0.16).

Aquellos que presentaban vasculopatía (ITB < 1) tenían más comorbilidad (p 0.026) y valores más elevados de PCR (p 0.029), B2 microglobulina (p 0.033) e insulina (p 0.040).

Conclusiones:

En los pacientes con TR la presencia de vasculopatía, mediante ITB, se asocia con mayor comorbilidad, más riesgo cardiovascular y más inflamación.

Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del donante de vivo renal

Ana María Fernández-Viña Fernández, Covadonga Valdés Arias, Elvira Villar Fernández, Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Resumen:

Hasta la fecha han sido llevados a cabo diversos estudios para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los donantes de órgano de vivo, encontrando que es comparable a la de la población general o superior, independientemente del tiempo que ha transcurrido desde del trasplante.

Objetivo:

El presente estudio pretende evaluar la CVRS de los donantes de vivo de la consulta de trasplante de un hospital de tercer nivel y analizar otros aspectos relacionados con el proceso de la donación.

Material y métodos:

A todos los donantes se les auto-administró en la consulta el Cuestionario de salud SF-36 versión 2 que evalúa 8 dimensiones de la CVRS y ofrece una puntuación sumaria física (PCS) y mental (MCS) cuyas medias son 50 ± 10 . A su vez se recogieron variables relacionadas con los perjuicios que han podido tener como consecuencia de la donación: vida laboral activa, días de traslado al hospital y consultas necesarias pre y post-trasplante y variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados:

Hasta el momento se han realizado en nuestro centro 29 trasplantes de donante de vivo, 25 fueron mujeres (86%), la edad media en el momento de la donación fue de 52 ± 11 . Dos receptores perdieron el trasplante y un

donante fue exitus por causas ajenas a la donación. La mediana de tiempo desde el trasplante fue de 30 meses ($Pc25=19$ - $Pc75=43$). La creatinina pretrasplante fue $0,71 \pm 0,11$ y al alta $1,05 \pm 0,22$. Más de la mitad sufrieron algún efecto adverso durante los tres primeros meses postdonación, siendo dolores abdominales y molestias en la herida los más habituales, y no encontrándose diferencias en este aspecto entre laparoscopia (62%) y lumbotomía (38%), si bien estos últimos tuvieron una estancia media de ingreso más elevada 7 ± 2 vs. 5 ± 1 ($p=0,015$). La media de consultas pre y postrasplante realizadas en el hospital fue de 18 ± 6 y las visitas hospitalarias necesarias 15 ± 6 . El 41% fueron cónyuges, el 28% madres, el 24% hermanos y el 7% cuñados de los receptores. El 78% tenía estudios elementales y un 24% vida laboral activa. De los 29 donantes 24 contestaron el cuestionario de salud SF-36 y a ítems relacionados con el proceso de donación. El 100% volverían a donar, el 60% consultó el hecho con su familia y un 20% tuvo ansiedad respecto la intervención. Las puntuaciones medias en el cuestionario de CVRS fueron equiparables a las de la población general en todas las dimensiones y la media en la PCS fue $50,7 \pm 6,3$ y en la MCS $50,7 \pm 9$.

Conclusiones:

Nuestros resultados corroboraron lo aportado por los estudios previos y la CVRS de los donantes fue comparable a la población general. El trasplante de donante de vivo es la primera elección recomendable para casi todos los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) candidatos a trasplante. Conocer las experiencias que han vivido los donantes y los efectos negativos es un tema de vital importancia para evitarlos en el futuro y mejorar su satisfacción.

Evolución del peso en pacientes durante el primer año del trasplante renal

María Pilar López Garrigós, Isabel Rojas Guadamillas, Azucena González Calero, Carmina Mas Agrofojo, Pedro Vargas Ramírez, Angélica Gálvez Velasco

Complejo Hospitalario. Toledo

Resumen:

Observamos que una gran mayoría de los pacientes trasplantados, que acudían a la consulta ganaban peso, probablemente debido: a la dieta, al sedentarismo, la obesidad y al tratamiento inmunosupresor.

Esta ganancia de peso aumentaría el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas, pudiendo afectar la supervivencia del injerto.

Objetivo:

- Conocer la evolución del peso de nuestros pacientes durante el primer año del trasplante, y analizar su relación con las distintas variables asociadas al paciente: edad, sexo, IMC y al tratamiento dialítico.
- Determinar la relación, si existe, entre la ganancia de peso y la aparición de factores de riesgo metabólico y vascular.

Material y método:

Estudio retrospectivo y analítico. La muestra la formaron 100 pacientes con un año de evolución en el trasplante y función renal normal, elegidos de forma aleatoria de una población de 159 trasplantados. Se recogieron y analizaron datos, de antes del injerto y a los tres, seis y doce meses del trasplante. Datos demográficos como la edad, sexo, enfermedad renal, tratamiento dialítico, fecha del injerto; antropométricos como la talla y peso; analíticos (glucosa, colesterol y triglicéridos). Se calculó el índice de masa corporal.

También se tuvo en cuenta el tratamientos con inmunosupresores, antidiabéticos, hipotensores, y antilipídicos.

Todos estos datos se anotaron y procesaron en una base de datos "hoja de cálculo".

Resultados:

De los 100 pacientes que se analizaron: el 56% eran hombres y el 44% mujeres. Edad media $56,17 \pm 13,79$. La etiología de la enfermedad renal: no filiada 27%, glomerular 23% poliquistosis 14%, diabetes 13%, otras 23%. Como patología asociada: 88 % Hipertensión, 26 % Diabetes, 38% Di lipemia. El 87 % venían hemodiálisis y el 13% diálisis peritoneal. Fueron tratados con el mismo protocolo inmunosupresor (tacrolimus, micofenolato +esteroides) el 95%.

La ganancia de peso al año del trasplante afecto a 93 pacientes, con una media de $7,21 \text{ kg} \pm 5,84$; $R=35,8\text{kg}$. El 44,1% aumento su peso por encima de la media, y el 23,7% gano $\geq 10 \text{ kg}$. En los pacientes que venían de hemodiálisis la mayor ganancia fue en el primer trimestre, y en diálisis peritoneal entre el 3º y 4º. La prevalencia de sobrepeso y obesidad antes del trasplante fue 57% y 76,3 % después del trasplante. Los hombres ganaron más que las mujeres pero poco significativo.

Por edades, la mayor ganancia de peso corresponde a los pacientes jóvenes ≤ 49 años con una media $9,3 \text{ kg} \pm 6,25\text{kg}$ para los mayores de ≥ 50 años.

Al año del trasplante de los pacientes que desarrollaron, diabetes, hipertensión, dislipemias, la prevalencia fue mayor en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes aumentaron significativamente de peso al año del trasplante, siendo la mayor incidencia en el primer trimestre, asociándose con varios de los factores del síndrome metabólico.
- La enfermería tendría un papel importante en la educación del paciente, fomentando hábitos de vida saludable, dieta y actividad física adecuada. Con el fin de prevenir o disminuir los factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad.

Índice tobillo-brazo en trasplante renal, un método sencillo que permite detectar de forma precoz la arteriopatía periférica

Dolores Somalo Corres, Hermann Hernández Vargas, Marisol Montiel Quiñones, Marta Artamendi Larrañaga

Hospital San Pedro. Logroño

Introducción:

La enfermedad cardiovascular (ECV) es muy prevalente en pacientes con trasplante renal (TR) respecto a población general, siendo la principal causa de muerte. La elevada morbimortalidad en estos pacientes se debe en parte a la alta presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, HTA, diabetes (DM), dislipemia, hipertrofia ventricular izquierda (HVI) u obesidad, a los que se añaden otros factores propios del TR que influyen negativamente sobre el perfil cardiovascular. La enfermedad arterial periférica (EAP) es muy frecuente, tanto en población general como en enfermedad renal crónica. Sin embargo, siendo causa importante de morbimortalidad cardiovascular, en muchos casos no tiene expresión clínica y está infradiagnosticada.

El índice tobillo-brazo (ITB) es un método sencillo, de fácil manejo y con elevada sensibilidad y especificidad para detectar la presencia de EAP.

El objetivo de este estudio es identificar la presencia de EAP en una cohorte de pacientes con TR funcionante midiendo el ITB.

Material y métodos:

Se realiza un estudio de corte transversal de 136 pacientes (varones 55.9%, edad media 57.8±14 años) con trasplante renal funcionante, seguidos en consulta entre Noviembre de 2011 y Agosto de 2013.

En el 98.5% de los casos el donante es donante cadáver. El tiempo medio del injerto funcionante fue 8.55 (10.9) años.

En valoración en consulta, se realizaron tomas de presión arterial (PA), peso, talla, perímetro abdominal. Se calcularon, índice de masa corporal (IMC), índice de conicidad (IC), índice cintura-talla (ICT) y obesidad abdominal según criterios ATP III (Mujer ≥ 88 y Varón ≥ 102 cm) y según IDF (Mujer ≥ 80 y Varón ≥ 94 cm).

Para la medición de ITB utilizamos el tensiómetro automático WatchBP Office ABI modelo Twin200. Tras un reposo de 5- 10 minutos, colocamos dos manguitos en ambas extremidades superiores (EES) localizando las arterias radial y cubital. Un tercer manguito se coloca en la extremidad inferior derecha (EID), 2 cm por encima del maleolo externo. A partir de tres mediciones consecutivas en ambas EES, se elige el brazo dominante. Se hace una última toma de PA entre éste y la EID. El índice calculado nos muestra la relación existente entre la PA sistólica de EES y la parte distal de extremidades inferiores.

Criterios utilizados EAP: Normalidad 1-1.3, Rigidez arterial > 1.3, Vasculopatía < 1 (ESC Guidelines Eur Heart J. 2011).

Resultados:

En el análisis global encontramos HTA 86%, DM 25%, dislipemia 67.6%, sobrepeso/obesidad 66.2%, con IMC 27.17±4.87 kg/m² y porcentaje de obesidad abdominal del 52.4% según ATP III y 77.8% según IDF.

El 14% de los pacientes presentaron vasculopatía (19 pacientes ITB 1.3).

Conclusiones:

En los pacientes trasplantados con elevado riesgo cardiovascular, el ITB es un método sencillo y muy útil para identificar EAP subclínica.

Para el profesional de Enfermería constituye una potente herramienta que permite seleccionar aquellos pacientes de riesgo en los que es necesario realizar una intervención precoz, potenciado al máximo los cuidados, y global incidiendo también sobre otros FRCV.

Plan de cuidados (NANDA, NOC, NIC) para el trasplante de páncreas-riñón, en el preoperatorio

Consuelo Pérez Rincón, María Dolores Andrés Prieto, María Luisa Chico Saldaña

Hospital Clínico. Salamanca

Introducción:

Actualmente, el trasplante pancreático es la única opción terapéutica que permite mantener al paciente euglucémico, sin riesgo de hipoglucemia grave. Los beneficios esperados después del mismo, además de un aumento de la supervivencia del paciente y mejor calidad de vida, son la normalización de la glucemia y las cifras de hemoglobina A1c sin necesidad de administración de insulina, mejor control lipídico y de presión arterial.

En la unidad de nuestro Hospital, se han realizado hasta el momento 36 trasplantes simultáneos de páncreas-riñón. Su amplitud y complejidad, nos ha llevado a actualizar el protocolo Pre-trasplante, para garantizar unos cuidados integrales y de calidad. Durante los últimos 10 años, cómo registros de cuidados hemos venido utilizando el aplicativo informatizado de gacela His, recientemente renovado por Gacela Care. Tan importante como la aplicación de cuidados específicos, es el cálculo de tiempos destinados a esta atención.

Objetivo:

Ampliar y mejorar el protocolo de los cuidados de Enfermería, adaptándolo a la nueva nomenclatura y a los recursos existentes, para proporcionar unos cuidados integrales y estandarizados al paciente.

Material y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, con la mayor evidencia posible del trasplante de páncreas-riñón, entre las siguientes bases de datos, Medline, Cuiden, Dialnet, Investen, Nure, J.B, opinión de expertos y Sociedades

científicas. Revisión integral del protocolo de trasplante de páncreas-riñón institucional. Para su elaboración nos basamos en la Taxonomía Nanda, y en bases de datos de tiempos estimados para las intervenciones de enfermería (NIC).

Resultados:

Un plan de cuidados reales que prestamos en nuestra unidad, adaptado a la nomenclatura NANDA, NOC, NIC, en el nuevo aplicativo de Gacela Care con tiempos aproximados. Entre ellos: NIC (2930) Preparación quirúrgica, tiempo estimado entre 46 a 60 minutos. NIC (7820) Manejo de muestras, tiempo estimado: de 1 a 15 minutos. NIC (5610) Enseñanza Pre-quirúrgica, tiempo estimado: de 16 a 30 minutos. NIC (5820) Disminución de la ansiedad, tiempo estimado: de 31 a 45 minutos.

Conclusiones:

El papel de la Enfermería, dentro del protocolo del trasplante reno-pancreático, es fundamental, en la realización de las valoraciones y en la adaptación de los protocolos existentes al paciente y a las necesidades reales de los mismos. La utilización de planes de cuidados estandarizados adaptados al medio hospitalario facilita la orientación de los Cuidados de Enfermería y unifica criterios permitiendo la cuantificación y evaluación de los mismos.

Hemos comprobado, que los tiempos de los Cuidados de Enfermería son una parte fundamental en los resultados, y en la calidad de la atención tanto del trasplante inmediato, como a más largo plazo.

Sobrevida del injerto y receptor en trasplante renal en un hospital

Magali Rodríguez Vidal, Mariela Parra Morales, Susana Rocha Ortiz, Manuel Castro Salas, Claudia Villalobos Sepúlveda

Hospital Regional de Concepción. Chile

Resumen:

En la actualidad el mejor tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal es el trasplante renal, que se proyecta como la única solución integral, permitiendo una adecuada supervivencia, óptima rehabilitación y una mejoría en la calidad de vida.

En la ciudad se inició el trasplante renal en el año 1994, a la fecha los datos no se han procesado con fines de retroalimentación, es por esto que nos interesó, caracterizar la sobrevida del injerto renal y factores asociados al receptor y tipo de donante en un hospital de la 8ª región. Estudio, descriptivo, transversal, correlacional y comparativo. La recolección de datos se estructuró de acuerdo a las siguientes variables: sobrevida del paciente e injerto, características del donante y receptor (edad, sexo y estado civil), histocompatibilidad, horas de isquemia fría, tratamiento inmunosupresor, causas de muerte y causas de pérdida del injerto. El proyecto fue sometido a revisión del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v20.0. La función de sobrevida fue obtenida utilizando la prueba no-paramétrica de Kaplan-Meier; y para comparar la sobrevida con las otras variables se utilizó el test log-rank.

Resultados:

La sobrevida (SV) del paciente trasplantado en el primer periodo (1994- 2003) fue mejor al año, pero disminuyó a los 3, 5 y 10 años (96%, 90%, 86%, 72%), con respecto al segundo periodo (2004-2012), (95%, 90%, 87%, 87%).

La sobrevida del injerto renal en el primer periodo fue mejor a 1, 3 y 5 años que en el segundo periodo (87%, 82%, 79%, 59%,);(83%, 77%, 68%, 64%) El donante vivo en el primer periodo tuvo una sobrevida de 100%, al año, cinco y diez años con diferencia significativa respecto del donante cadáver y en el segundo periodo esta fue 100% al año y cinco años.

En relación al sexo, en el primer periodo hubo diferencia significativa ($p=0.048$) a favor del donante de sexo femenino. La edad del receptor influyó en la sobrevida del injerto ($p=0.000$).

El tiempo de isquemia fría menor a 24 hrs. reporta mayor sobrevida. El tipo de tratamiento inmunosupresor no influyó en la sobrevida del injerto.

Las causas de muerte en el primer periodo fueron: cardiovasculares, infecciosas(8) y cáncer (4); en el segundo periodo fueron infecciosas (6), otras causas (4) y cardiovasculares (4).

Las causas de pérdida del injerto en el primer periodo, fueron: nefropatía crónica del injerto (24,1%), infecciones (10%) y fracaso quirúrgico (9%), y en el segundo periodo complicaciones quirúrgicas (12%) nefropatía crónica del injerto (8,3%) e infecciosas (6,8%).

Conclusión:

La sobrevida del paciente es estable en el tiempo, la sobrevida del injerto fue menor en comparación a estándares nacionales e internacionales. La sobrevida del injerto, fue mayor a menor edad y con tiempos de isquemia menor a 24 hrs., sin diferencias en relación al sexo del donante y receptor, y tipo de tratamiento inmunosupresor. La primera causa de muerte fueron las infecciosas y primera causa de pérdida del injerto fueron las complicaciones quirúrgicas.

Análisis nutricional de los pacientes con insuficiencia renal durante el ingreso hospitalario

Marisol Fernández Chamarro, Carlota Hidalgo López, María Teresa Baz Rodríguez, Gloria García Gallardo Silvia Collado Nieto, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción:

La prevalencia de desnutrición en nuestra población es muy alta, el 57% de nuestros pacientes presentaban una albúmina < 3,5 en el momento del alta. En diferentes estudios la desnutrición se relaciona con la mortalidad y con los días de estancia hospitalaria.

Objetivos:

Analizar la repercusión de la estancia hospitalaria sobre el estado nutricional de los pacientes con insuficiencia renal ingresados en nuestra unidad. Analizar el porcentaje de ingesta de los pacientes hospitalizados. Analizar la relación entre el test SNAQ sobre el apetito y la ingesta en los pacientes hospitalizados.

Metodología:

Estudio prospectivo y observacional de los pacientes ingresados en nuestra unidad de nefrología durante 6 meses excluyendo ingresos inferiores a 72h. Se analizan parámetros analíticos y antropométricos como albúmina y proteína C reactiva (PCR), Valoración Global Subjetiva (VSG), Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) y bioimpedancia al ingreso y al alta. Se realiza un registro alimentario donde se apunta el porcentaje de ingesta diaria.

Resultados:

Se incluyeron 92 pacientes, con una edad media de 61.42 ± 20.57 , 55.9% hombres/44.1% mujeres, un IMC

de $28,65 \pm 7.3$ kg/m² y con una estancia hospitalaria media de 11.79 ± 7.78 días. La estancia hospitalaria es más prolongada de manera significativa en los pacientes diabéticos ($p=0.014$) y éstos pacientes presentan niveles más bajos de albúmina ($p=0.044$). Los pacientes con una estancia hospitalaria superior a la media ($> 11,79$ días) presentan un test SNAQ < 14 ($p < 0,045$). No diferencias significativas entre edad, sexo ni grupos de pacientes. Se valoraron las ingestas alimentarias durante el ingreso. Obtuvimos los siguientes porcentajes: desayuno 89,61%, comida 82,78% y cena 82,51%.

Desglosando el test SNAQ al alta por preguntas podemos afirmar que un 52,8% de la muestra contempla su apetito de regular a muy escaso, un 20,7% se sienten saciados después de comer menos de una tercera parte de la comida o pocos bocados y a un 32,1% la comida le sabe de regular a muy mala.

Conclusiones:

La estancia hospitalaria aumenta significativamente en pacientes con SNAQ < 14.

- El test SNAQ nos permite analizar los principales motivos por los que nuestros pacientes no comen.
- Nos planteamos realizar intervenciones como:
 - Valorar la realización de un registro nutricional al ingreso para detectar casos susceptibles de beneficiarse de una intervención nutricional.
 - No realizar turnos intermedios imprevistos en hemodiálisis para evitar pérdidas de ingestas.
 - Facilitar las comidas en horarios y gustos.
 - Permitir que las familias traigan comidas del exterior.

Apósito con plata: una realidad en la prevención de infecciones en pacientes portadores de catéter venoso central y catéter peritoneal

Sonia Aznar Barbero, Ramón Bel Cegarra, Josefa Chica Arellano, Alicia Moreno Vallejo, Javier Fernández-Caro Sánchez, Ana Vanessa Fernández Martínez

Hospital General Universitario Santa Lucía y Fresenius Medical Care Services. Murcia

Introducción:

Las complicaciones infecciosas son una de las principales causas de morbilidad y hospitalización de los pacientes en hemodiálisis portador de CVC y de catéter peritoneal en este otro tratamiento renal sustitutivo. La bacteriemia de CVC es la cuarta infección nosocomial y el 20% de los pacientes en diálisis peritoneal que desarrollan una peritonitis está relacionada con una infección en el punto de inserción o túnel.

La plata es un antimicrobiano tópico, en los últimos años se han desarrollado apósitos que contienen este elemento o un componente que lo libera.

El objetivo de este estudio fue valorar la evolución clínica del punto de inserción del CVC tunelizado en pacientes en hemodiálisis y del orificio de inserción en el catéter peritoneal a corto plazo usando el apósito Exit-pro Ag con un compuesto de plata.

Material y método:

Se trata de un estudio prospectivo y observacional en pacientes con IRC en tratamiento renal sustitutivo. La muestra fue de 11 pacientes de los cuales 10 en HD y 1 en DP, en un periodo de 9 semanas, 3 sesiones semanales y siendo el apósito cambiado en cada tratamiento.

La franja de edad de los pacientes fue de 27 a 83 años. 60 % hombres. Todos ellos tenían antecedentes cardiovasculares o HTA. Tiempo en TRS de 13 a 156 meses y una permanencia del acceso de 0 a 36 meses. De los pacientes en hemodiálisis el 35% habían tenido infecciones sistémicas previas, el 45% infecciones locales y 1 paciente tenía una infección local en el momento del inicio del estudio. En DP el paciente tenía una infec-

ción activa local. La indicación para su uso en HD fue la prevención con un 90% y en DP fue el tratamiento de la infección.

También se valoró la opinión que los profesionales de enfermería con respecto a la comodidad de uso del apósito. Todos los pacientes del estudio dieron consentimiento para participar.

Resultados:

El paciente en DP que presentaba una infección en el orificio del catéter no tuvo una respuesta positiva a la utilización del apósito como tratamiento a la infección, tampoco el paciente en HD con infección local en el orificio del CVC.

De los 9 pacientes para los que se usó el apósito como medida de prevención de la infección ninguno desarrolló infección local o sistémica que tuviera su origen en el punto de inserción del CVC.

En 2 sesiones se produjo alteraciones alérgicas, 1 de los pacientes afectados tenía antecedentes de hipersensibilidad a apósitos de uso clínico.

Al 90% del personal de enfermería que lo usó le resultó cómodo su uso.

Conclusiones:

El uso del apósito Exit-pro Ag nos resulta efectivo para la prevención de infecciones locales, no lo fue en el caso de tratamiento activo de la infección ni en el CVC ni en el catéter peritoneal. Consideramos que se trata de una herramienta más que puede ser útil para la prevención de infecciones en los catéteres. Siendo bien valorado por el personal de enfermería.

Atención integral al paciente renal crónico. Accesos vasculares

Ana Isabel Lozano Zorrilla, Verónica Milagros Ramos Parra, Paula del Carmen Espinoza Serrano, Francisca Miralles Martínez, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción:

El acceso vascular (AV) es imprescindible para que los pacientes con enfermedad renal crónica sean tratados mediante hemodiálisis (HD) y es el factor más importante que determina el éxito o fracaso de los programas de HD crónica.

El mantenimiento del AV ha de basarse en unos cuidados exhaustivos y protocolizados que permitan un desarrollo adecuado y posteriormente una utilización óptima y duradera. Los cuidados del AV han de comenzar en el postoperatorio inmediato, continuar durante el periodo de maduración y prolongarse tras el inicio del programa de HD.

Objetivos:

En este estudio nos planteamos analizar los cuidados y mantenimientos destinados al acceso vascular, tanto de la fístula arteriovenosa como del catéter venoso central, que los pacientes o sus cuidadores deben realizar en su domicilio.

Metodología:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, en dos idiomas, castellano e inglés. Para ello se han utilizado

las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, LILACS y Cuiden, además de la biblioteca virtual SciELO. También se consultaron manuales y protocolos de procedimientos de enfermería nefrológica y se ha tenido en cuenta nuestra experiencia como profesionales.

Resultados:

Es importante ofrecer al paciente información general sobre el AV: qué es, para qué sirve y qué cuidados debe aplicar el paciente, de manera que sean instruidos en el autocuidado tanto de la FAVI como del catéter. Estos cuidados variarán según se realicen después de la operación, cuando está madurando o una vez iniciada la sesión de HD.

Conclusiones:

El personal de enfermería juega un papel fundamental en la formación del paciente, familia y/o cuidador. La información y educación del paciente es de vital importancia para conseguir que se implique en los cuidados de forma activa garantizando una buena calidad y seguridad en su autocuidado así como prevenir las complicaciones propias de los AV.

Cambios en el protocolo para la contención de la bacteriemia relacionada con los catéteres de hemodiálisis

Gloria García Gallardo, Anna Bach Pascual, Tania Quesada Camacho, Yaiza Martínez Delgado, Oliva Montilla Mateo, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción:

La segunda causa de muerte en pacientes con tratamiento sustitutivo renal portadores de catéter venoso central (CVC) y en hemodiálisis es la bacteriemia (BCR).

La BRC, se ha definido por la aparición de fiebre en un paciente con CVC, con aislamiento del microorganismo en sangre y catéter, en ausencia de otro foco infeccioso. El principal microorganismo causante, es el *Staphylococcus Aureus*.

La literatura demuestra que las medidas de protección universal en la manipulación de los CVC ayudan a disminuir / prevenir la BCR.

En la distinta bibliografía consultada se relaciona la infección del CVC, con dos momentos clave en la vida del CVC: su inserción y durante la conexión /desconexión.

En nuestra unidad con el fin de controlar y reducir las infecciones se adoptaron una serie de cambios en el protocolo.

Objetivo:

Analizar si las modificaciones adoptadas en el protocolo de nuestra unidad han disminuido el número de las bacteriemias en el CVC.

Método:

Estudio cualitativo y cuantitativo de los registros de nuestra unidad en relación al manejo de los CVC. Modificación del protocolo en enero de 2011, con los siguientes

puntos a destacar: colocación del catéter en una sala especial del servicio, y conexión y desconexión de forma aséptica entre dos profesionales. Se comparan los resultados antes y después de esta fecha. Consultamos los registros desde el año 2009 hasta el año 2012. Hemos tenido en cuenta variables como el total de catéter colocados durante el año, sala de colocación y BRC.

Resultados:

En el año 2009, se implantaron un total de 230 CVC a 176 pacientes, 68% fueron colocados en la sala de HD, 32% en la UCI. Hubo 9 casos de Bacteriemia.

En el año 2010, se implantaron un total de 266 CVC a 98 pacientes, 67% colocados en la sala de HD, 1%, quirófano, 26% en UCI, 6% en otros lugares. Hubo 12 casos de Bacteriemia. Con la implantación de los protocolos en septiembre del 2011, se obtuvieron: En el año 2011, se implantaron un total 145 CVC a 70 pacientes, 27% colocados en la sala de Catéteres, 49% fueron colocados en la sala de HD, 20% en urgencias, 4% en quirófano. Hubo 7 casos de Bacteriemia. En el año 2012, se implantaron un total de 124 CVC a 59 pacientes, 84,8% en la sala de Catéteres, 7,2% colocado en HD, 1,6% en QUIR, 6,4% en UCI. Hubo 1 caso de Bacteriemia.

Conclusiones:

Al analizar los datos hemos visto una disminución clara de la infección del catéter para HD, por lo que creemos que las modificaciones en el protocolo de CVC, hechas en nuestro servicio de nefrología, representan una mejora de calidad y seguridad del paciente.

Complicación aguda en hemodiálisis

Ana Isabel Lozano Zorrilla, Verónica Milagros Ramos Parra, Paula del Carmen Espinoza Serrano, Francisca Miralles Martínez, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Resumen:

La hemodiálisis (HD) es un procedimiento terapéutico suficientemente contrastado y seguro, de manera que están recibiendo este tratamiento sustitutivo de la función renal 1.078 personas por millón de población en España, según los datos del año 2012 recogidos de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N). No obstante, la realización de una HD supone someter al paciente a una circulación extracorpórea durante la cual la sangre se pone en contacto con materiales sintéticos y soluciones de diversa composición, que pueden afectar al equilibrio del paciente.

Esto hace que la HD se acompañe, a veces, de complicaciones importantes, potencialmente graves, que pueden originar incluso la muerte del paciente. Entre ellas se encuentra el embolismo gaseoso. Éste se produce cuando inadvertidamente entra aire al circuito extracorpóreo y por la rama venosa del mismo se introduce aire al torrente circulatorio del paciente.

Objetivos:

- Describir la incidencia de embolia gaseosa derivado de la hemodiálisis en una unidad de nefrología en pacientes ancianos.
- Evitar la aparición de esta complicación aguda.
- Formar y aumentar los conocimientos del personal sanitario.

Metodología:

Este estudio tuvo como metodología la búsqueda de información en las bases de datos de BIREME, PUB-

MED, LILACS Y BBO, además de la biblioteca virtual SciELO. También se consultaron registros oficiales de la S.E.N. Se realizó una revisión de la literatura, en dos idiomas castellano e inglés, con el fin de conocer las complicaciones agudas asociadas a la hemodiálisis y más concretamente el embolismo aéreo.

Resultados:

Aunque su incidencia es baja, sigue siendo posible desde el momento que existe una circulación extracorpórea impulsada por una bomba. Las situaciones que pueden desencadenar este peligroso accidente en hemodiálisis, implican un mal funcionamiento del detector de aire de la línea venosa. O bien una mala conexión entre la línea venosa y el acceso vascular.

Saber detectar signos y síntomas así como las medidas a adoptar ante un embolismo gaseoso resulta fundamental para salvar la vida del paciente.

Conclusiones:

- En la actualidad el riesgo es cada vez mayor por la más frecuente utilización de catéteres para acceso vasculares en hemodiálisis, tanto permanentes como temporales en subclavia y yugular.
- Debemos insistir en la prevención.
- El entrenamiento del personal sanitario es el componente fundamental para el tratamiento agudo de esta complicación.
- La intervención de enfermería resulta de gran importancia siendo ellos los que velan por su seguridad y los que en la gran mayoría de los casos acuden en primer lugar.

Control de la carga bacteriana en la cura de orificios de catéter con apósitos de plata

Ana Dorado García, Isabel Casanova Mateo, Alicia Quintano Pintado, Ángel Jiménez Maldonado, Ana Belén Martínez Galán

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción:

La piel es un órgano complejo que cumple múltiples funciones una de ellas es la defensa a las infecciones, ya que es una barrera protectora de entrada de microorganismos cuando está íntegra.

Solo si se produce una pérdida de la continuidad de la piel se provoca una quiebra en la integridad de esta barrera, permitiendo la colonización que antecede a la infección. El control de la carga bacteriana de las heridas es un importante reto para las enfermeras. En el proceso de cicatrización debemos regirnos por la norma de que una herida infectada es incapaz de cicatrizar.

Un estado general de salud deficiente y una defensa inmunológica debilitada debido a enfermedades concomitantes pueden favorecer la infección, como puede ser el caso de pacientes renales.

Objetivos:

Mejorar la cicatrización en aquellos orificios que no cicatrizan de manera adecuada con el protocolo habitual de cura de la unidad, siendo nuestros objetivos:

1. Adecuada gestión del exudado.
2. Desbridar y eliminar el tejido desvitalizado
3. Proteger la piel perilesional
4. Favorecer la cicatrización del tejido sano
5. Controlar el dolor.

Material y método:

Se trata de la cura de varios orificios de salida de catéter que estaban infectados o bien que no evolucionaban de manera adecuada; las curas se realizaron en el hospital en las consultas de diálisis con un nuevo protocolo de cura húmeda con apósito de plata. Los materiales usados fueron:

- Suero Fisiológico 0,9%
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Hidrogel
- Apósitos de plata iónica

Conclusiones:

Las curas con ambiente húmedo han favorecido la cicatrización, hemos notado una notable mejoría y evolución sobre todo en dos de los casos que se encontraban estancados desde hacía varias semanas y que con la aplicación de la cura húmeda y apósito de plata mejoró la cicatrización en un corto espacio de tiempo.

La piel perilesional, se encuentra íntegra y sin signos de enrojecimiento debido al apósito.

El paciente refiere una adecuada tolerancia al apósito, no refiere aumento de dolor al retirar el apósito.

Cuidados de calidad y satisfacción del paciente con enfermería en hemodiálisis

Mónica Gómez Rodríguez, Pedro Moreno Olivencia, Francisca Miralles Martínez, Manuel David Sánchez Martos, M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción:

La Insuficiencia renal crónica (IRC), es una enfermedad que afecta de manera global a la vida de las personas que la padecen, ya que se encuentran sometidas a un estricto tratamiento: dieta, restricción de líquidos, medicación, técnicas dolorosas por las punciones, etc. Esto obliga a modificar sus hábitos de vida e implica exigencias que repercuten en el estado bio-psico-social del paciente.

El conocimiento acerca de su enfermedad: manejo de la dieta, medicación, solución de posibles complicaciones, es sumamente importante para el mantenimiento de su salud. Las enfermeras de hemodiálisis tenemos un papel fundamental en el cuidado y la seguridad del paciente crónico, ya que ejercemos funciones de tratamiento (sesiones de hemodiálisis), educación sanitaria (dieta, medicación, cuidados del acceso vascular y actuación ante posibles complicaciones) y apoyo psicológico.

Objetivo:

Nuestros objetivos con este trabajo son; evaluar el grado de satisfacción del paciente con la labor que realiza la enfermera en hemodiálisis, y determinar en base a los resultados qué estamos haciendo bien y en que necesitamos mejorar.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y trasversal. A 70 pacientes crónicos que acuden a hemodiálisis en nues-

tro centro durante el mes de Diciembre de 2013. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado para nuestro fin; cada ítem puntuó en una escala tipo Likert (del 1 al 5 según el grado de satisfacción). Para el análisis de los datos socio-demográficos, se utilizó el programa SPSS v.21.

Resultados/conclusión:

De los 70 cuestionarios entregados, 65 fueron correctamente rellenos, que supone un 81,25% de la población a estudio (o muestra), obteniéndose una tasa de respuesta del 92,85%.

Los resultados referentes a las variables socioculturales que hemos estudiado son las siguientes: De los pacientes encuestados un 61,5% eran hombres y un 38,5% eran mujeres, con una edad media de 60,94 años y un tiempo medio en diálisis de 58,31 meses.

Los resultados obtenidos indican que la mayoría de los pacientes evalúan positivamente el trabajo de la enfermera, excepto en los apartados referentes a la información sobre dieta y medicación, que es donde los pacientes se muestran insatisfechos.

Por tanto será en este sentido en el que debemos esforzarnos más, revisar el contenido de la información relativa a la dieta y a medicación y asegurarnos que asimilan los conocimientos. No se observó correlación entre variables socio-demográficas y el grado de satisfacción. Podemos concluir que el análisis de la satisfacción del paciente es muy útil para diseñar una estrategia de mejora en la asistencia enfermera y prestar cuidados de calidad.

El paciente mayor; elección del mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica

Paula del Carmen Espinoza Serrano, Verónica Milagros Ramos Parra, Ana Isabel Lozano Zorrilla, Francisca Miralles Martínez, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Resumen:

En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la población con insuficiencia renal ha ido aumentando considerablemente. En concreto la población mayor de 65 años debido, en primer lugar, a que en el pasado este colectivo era excluido de este tratamiento por su alto índice de comorbilidad y seguidamente por la limitación de recursos técnicos y financieros existentes.

Una vez diagnosticada esta patología, el paciente y su familia deben tomar la decisión de que técnica de depuración extracorpórea es la más adecuada para el paciente mayor. Será el equipo multidisciplinar de nefrología el encargado de explicar detenidamente las ventajas e inconvenientes de cada técnica, así como identificar cuál de ellas se adaptará mejor a las características específicas de cada individuo.

Objetivos:

1. Clarificar técnicas de depuración extracorpórea.
2. Indicación y contraindicación.
3. Ventajas e inconvenientes.
4. Complicaciones frecuentes.

Metodología:

Revisión teórica sistemática a través de diferentes bases de datos científicas en inglés y español (medline, pubmed, dialnet, etc.) durante los últimos diez años.

Desarrollo del tema:

La diálisis y diálisis peritoneal son técnicas de depuración extracorpóreas. Cada una de ellas representa una serie de características, ventajas y desventajas que van a influir en que se ofrezca esta técnica a uno u otros pacientes. En este trabajo mostramos aquellas contraindicaciones absolutas así como sus indicaciones y complicaciones más frecuentes, para facilitar el acceso a la mejor terapia para el paciente anciano con insuficiencia renal crónica.

Conclusión:

- El tratamiento extracorpóreo en pacientes ancianos debe ser ofrecido a todos los pacientes a los que ello contribuya a prolongar una vida de calidad suficiente, excluyendo el tratamiento para prolongar un proceso mortal.
- **NO EXISTEN** conclusiones definitivas sobre que técnica es mejor para el paciente anciano y la elección entre ambas dependerá de razones individuales, médicas y sociales.

Estudio de prevención y detección temprana de enfermedad renal (ERC) crónica con autogestión, en un país del tercer mundo

Alexandra Palacios Dillón, Carola Sánchez Rivera, Gissella Armas, Rosana Valverde, Felicita Eguez Montalvan, Estefanie Alvarado

Instituto Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante. Ecuador

Resumen:

Ecuador es un país tropical con 14 millones de hab, se considera que el 10% de la población total es decir 1.400.000 hab ya tienen algún grado de falla renal, y de estos 10.286 que corresponde al 0.73% ya está en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Apenas desde el 2008 existe cobertura total a los pacientes con requerimientos de diálisis, y desde esta fecha acá la demanda de máquinas de hemodiálisis y la instauración de programas de diálisis peritoneal ha incrementado la necesidad de personal calificado, el mismo que se ha desarrollado con entrenamiento de personal profesional y no profesional. Por esta razón consideramos que la política de prevención debe tomarse muy en serio.

Todas las inversiones por parte del gobierno para ayudar a los pacientes con esta enfermedad, no son suficientes porque cada año aumenta la cifra de personas que necesitan diálisis o trasplante.

Realizamos un proyecto descriptivo transversal de prevención y detección temprana de la ERC, mediante el estudio individualizado de 5 variables en poblaciones rurales que rodean a la ciudad de Guayaquil, realizado con recursos autogestionados con la empresa privada, a fin de llamar la atención a los gobiernos sectoriales y procurar la implementación de un programa educativo a largo plazo y de identificación de factores de riesgos de manera gratuita, con el apoyo de brigadas organizadas que concienticen a las personas y a los miembros de la

comunidad, que nos permita realizar esta actividad de forma permanente (a 5 años).

En base a este proyecto realizamos un estudio a 409 personas de 3 zonas rurales cercanas a la ciudad de Guayaquil entre el 2013 y 2014 donde se midió índice de masa corporal, glicemia en sangre, examen físico, presión arterial y proteinuria en el marco de 3 campañas educativas. Previo a los exámenes realizados los habitantes de las 3 comunas recibieron educación (multimedia) en la salud referente a la prevención de enfermedades renales y posterior a la medición de indicadores recibieron consultas médicas, de enfermería y nutrición.

409 personas estudiadas en un año 59.9% mujeres, 22% con sobrepeso, 19% con obesidad en algún grado, 20.5% con hiperglicemia, 7%. Presión arterial normal alta y 9% con Hipertensión Arterial, 39.4% presentaron hematuria y el 3.2% de pacientes con proteinuria.

Podemos concluir que el gobierno no está invirtiendo en la prevención de la EFR, que el proceso de detección y prevención no es oneroso y destinando una ínfima parte del presupuesto de salud podemos llegar a la población en riesgo. Queda demostrado el alcance que puede beneficiar a la sociedad con la intervención enfermera en la atención primaria en salud. Con la intervención de la empresa privada y el uso adecuado de los recursos universitarios podemos crear la conciencia de la prevención. Creamos la conciencia en las nuevas generaciones de enfermeros que su intervención en la atención primaria es una opción laboral grata y de gran impacto social

Grado de interés del paciente renal y su entorno en las nuevas tecnologías aplicadas a su enfermedad

Laura Picazo López, Raquel García Moreno, Carmen Grau Pueyo, Mónica Rico Torrent, M^a Carmen Moya Mejía, Thaïs López Alba

Corporació Parc Taulí de Sabadell. Barcelona

Resumen:

En el campo de la sanidad las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) abren una amplia posibilidad para la renovación y mejora de las relaciones entre paciente y profesional sanitario con el objetivo de mejorar los procesos asistenciales.

Compartir el conocimiento de manera ilustrativa, fácilmente comprensible y a través de una herramienta tecnológica versátil, de fácil manejo y usabilidad, es algo que conforma un espacio de comunicación abierto.

Objetivo:

Principal: conocer el grado de interés del paciente renal y su entorno en las TIC aplicadas a su enfermedad.

Secundario: valorar el interés y la utilidad de un espacio web creado por enfermería nefrológica en la página web de nuestro hospital como herramienta de consulta del paciente renal.

Metodología:

Estudio cuantitativo, observacional de corte transversal, en una unidad hospitalaria de nefrología.

Criterios de inclusión: pacientes en programa de hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y pacientes trasplantados (TR) que siguen control en nuestro centro, con interés en las TIC.

Criterios de exclusión: negativa a participar y pacientes sin medios para consultar internet. Se informó, verbalmente y/o por escrito (hoja informativa), a los pacientes de la participación anónima y voluntaria en el estudio.

Se elaboró una encuesta del grado de interés en las TIC aplicadas a la enfermedad renal y se envió por correo electrónico.

La evaluación de los resultados se ha realizado mediante porcentajes.

Resultados:

El total de los pacientes controlados en nuestro centro es de 193 (136 en HD, 37 en TR y 20 en DP).

75 pacientes cumplen los criterios de inclusión (50 en HD, 17 en TR y 8 en DP) a los cuales enviamos la encuesta.

Se han contabilizado 29 encuestas contestadas, 18 de HD y 11 de TR. Ninguna de DP. Respondieron a la encuesta un 42,66% de pacientes, el 56,25% de ellos pertenecían al grupo de HD, en su mayoría hombres (68%) entre los 31 y 50 años.

El 90% tienen un elevado grado de interés (mucho o bastante) por las TIC.

El 74% consultan temas relacionados con la enfermedad renal en internet, mediante buscadores (47%) y páginas especializadas (37%), la mayoría sólo en caso de duda (56%).

Los temas que más les interesan son: alimentación (30%) y situaciones de urgencia (26%). Consultan mediante ordenador (61%).

Al 96% de los encuestados les gustaría disponer de un espacio en internet realizado por el personal de su hospital con toda la información sobre la enfermedad renal y participarían activamente mediante buzón de consulta (43%).

Conclusiones:

El desarrollo del estudio nos ha permitido conocer el grado de interés de nuestros pacientes y su entorno en las TIC aplicadas a la enfermedad. Paralelamente se está elaborando y se va a poner en marcha una página web de enfermería nefrológica dentro de la web institucional de nuestro hospital.

La información será ilustrada y de fácil comprensión, también se incorporará un buzón de consultas/sugerencias de apoyo a la relación paciente/profesional. Posteriormente se evaluará el grado de satisfacción y la utilidad de la web, por parte de pacientes y profesionales.

Grupo focal: satisfacción y expectativas de nuestros pacientes en hemodiálisis

Mónica Gómez Rodríguez, Pedro Moreno Olivencia, Francisca Miralles Martínez, Manuel David Sánchez Martos, M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Gloria Perez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción:

La satisfacción del paciente, determinar cuáles son sus necesidades y expectativas, se ha convertido en el eje central de la calidad asistencial de cualquier servicio.

El interés por medir, evaluar, y mejorar la calidad en la asistencia sanitaria, hace necesario contar con instrumentos válidos y fiables para medirla, como son la encuesta de satisfacción y el grupo focal.

Ya anteriormente realizamos en nuestra unidad un estudio mediante el cuestionario de satisfacción SERVQHOS. El propósito con este trabajo es profundizar en el tema, utilizando una técnica de medida cualitativa: el grupo focal.

Objetivos:

Conocer que opinan y cuáles son las expectativas de los pacientes sobre las instalaciones, funcionamiento del servicio y la atención del personal sanitario de nuestra unidad de hemodiálisis.

Material y métodos:

Estudio cualitativo, fenomenológico, utilizando como instrumento el "grupo focal" realizado en el mes de Febrero de 2014. Se realiza con 12 pacientes crónicos, contrastando opiniones y resultados. Las cuestiones a tratar fueron:

- Comodidad de las instalaciones.
- Cumplimiento de horarios.
- Opinión acerca de los profesionales que les tratan: médico, enfermería y auxiliares.

La moderadora abre el coloquio, la conversación fue recogida con una grabadora; posteriormente, los datos

fueron transcritos y analizados por dos observadores que presenciaron la sesión grabada.

Resultados:

Respecto a las instalaciones: consideran que en general están bien; el principal problema radica en el sistema de calefacción, siempre hace demasiado frío o demasiado calor.

Respecto a los horarios, las quejas recaen en el servicio de ambulancias; se pierde demasiado tiempo durante los traslados al ser colectivas.

La opinión acerca de los profesionales: Sobre enfermeras y auxiliares tienen una buena opinión general, el problema surge en vacaciones o cuando hay personal no reciclado, acerca de los médicos; comentan que no les dedican el suficiente tiempo, piensan que deberían escucharles más, pararse cuando pasan sala y atender sus problemas y dudas sobre el tratamiento.

Conclusiones:

Nuestros esfuerzos deberían ir encaminados a:

- Organizar rutas junto al servicio de ambulancias para que los pacientes pierdan el menor tiempo posible en los traslados.
- Mantener un personal fijo y reciclado.
- Hablar con el servicio de calefacción para asegurar una temperatura agradable en la sala.
- Trato personalizado por parte de médicos y enfermeros; proporcionar información reiterada sobre tratamiento, dieta y cuidados.

Bibliografía:

6. Mira JJ, Aranaz J,. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina clínica*. 2000;114(3):26-33.
7. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev calidad asistencial* 2002; 17(1):22-29.
8. Carbonel MA, Aranaz JM, Mira JJ, Pérez V, García A. La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias*. 2004; 16:184-189.

Hospitalización por pielonefritis del injerto renal en 2013

David Berlango Martín, Cristina Carrasco Salinas, Rafael Méndez Ordóñez, María López Andreu, José Berlango Jiménez, María Dolores Navarro Cabello

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción:

Las infecciones son una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los receptores de un trasplante renal, tras el periodo inicial. Existen factores predisponentes de infección diferentes de los de la población general entre otros el grado de inmunosupresión del paciente y sus comorbilidades. De los diferentes procesos infecciosos que pueden presentar las infecciones del tracto urinario son las más frecuentes en los pacientes trasplantados renales.

Objetivo:

Analizar las hospitalizaciones de los pacientes trasplantados renales de causa infecciosa en la Unidad de Nefrología durante 2013. Determinar la incidencia de pielonefritis, así como los gérmenes implicados y complicaciones presentadas por los pacientes.

Material y métodos:

Se analizó todos los ingresos en pacientes trasplantados renales en la Unidad de Nefrología desde Enero a Diciembre de 2013. Se analizó la causa de ingreso, la presencia de proceso infeccioso, los días de hospitalización, el germen productor de la infección, así como variables clínicas y analíticas de los pacientes.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se produjeron un total de 176 hospitalizaciones en pacientes trasplantados, de las cuales 64 fueron por causa infecciosa (36,4% hospitalizaciones).

La infección más frecuente fue la pielonefritis del ingreso (44 hospitalizaciones 68,3% de las hospitalizaciones de causa infecciosa). El tiempo medio de ingreso en las pielonefritis fue de 12 días (Mediana 7 días, Rango 2-48 días). Hubo 5 pacientes que precisaron ingreso en UCI por Shock Séptico con estancias hospitalarias > 28 días. 3 episodios se produjeron en el ingreso para la realización del trasplante, con un incremento en la estancia hospitalaria y aumento de las complicaciones. No se registraron éxitos en los pacientes con Pielonefritis del injerto.

4 pacientes reingresaron por pielonefritis del injerto a lo largo del periodo de estudio. El 100% de las pielonefritis en las que se aisló germen en el cultivo se produjeron por gram negativos (E. coli 41,7% (15), Klebsiella 16,7% (6), Pseudomona 5,6% (2), Polimicrobianas 19,4% (7), Enterococo 8,3% (3), Proteus 2,8% (1)). En un total de 7 episodios no se aisló el germen productor.

Conclusiones:

La pielonefritis del injerto renal es la patología infecciosa que más episodios de hospitalización produce en los pacientes trasplantados renales incrementando su morbilidad. La etiología infecciosa más frecuentemente aislada fue bacterias gram negativas.

Índice tobillo brazo para el estudio de la enfermedad arterial periférica en pacientes dializados

Jennifer Moreno Perdiguero, Jordi Calabia Martínez, Adriana Lucía Marín Valencia, Lluïsa Colón Moreno, Carme Puigvert Vilalta, Martí Vallès Prat

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

Introducción:

La enfermedad renal crónica (ERC) avanzada se asocia a una elevada mortalidad por eventos cardiovasculares (CV), atribuidos a factores de riesgo tradicionales y no tradicionales que contribuyen a la aparición de calcificaciones vasculares precoces. Juntamente con la aterosclerosis son las responsables del desarrollo de múltiples enfermedades CV, como la enfermedad arterial periférica (EAP), muy frecuente en pacientes en diálisis y considerada un potente predictor independiente de mortalidad cardiovascular en pacientes con ERC estadio 5.

El índice tobillo-brazo (ITB) constituye una herramienta muy útil para el diagnóstico de EAP.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de EAP mediante el uso del ITB en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal así como sus características diferenciales.

Métodos:

Se estudiaron 58 pacientes afectados de insuficiencia renal crónica estadio 5d (IRC V) sometidos a tratamiento de hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) en los que se evaluó la presencia de EAP mediante el índice tobillo-brazo, clasificándose como EAP si $ITB < 0,9$, normalidad si $ITB 0,9 - 1,3$ y rigidez si $ITB > 1,3$. Las características de cada grupo de pacientes se recogieron mediante la revisión de la historia clínica y por entrevista directa. Se definió presencia de arteriopatía periférica según sintomatología evidente o diagnóstico clínico previo.

Resultados:

De los 58 pacientes incluidos, el 76,6% fueron hombres y la mediana de edad fue de 66,5 (49-75) años. El 51,7% estaban en DP y el 49,1% en HD.

La prevalencia de DM, HTA y DLP fue del 34,5%, 82,8% y 57,2% respectivamente. Respecto a la DM, se encontró una prevalencia mayor en el grupo de DP.

Los parámetros analíticos fueron: albúmina $3.9 \pm 0,47$ mg/dL, fósforo $5,73 \pm 1,69$ mg/dL, calcio 9.1 ± 0.83 y parathormona intacta 250.15 (143-437,7) mg/dL. El tiempo en diálisis fue mayor para los pacientes en HD, 49 (22,8-94,2) meses, que para los de DP 22,5 (12,3-38,1) meses ($p=0,02$). Los valores de ITB fueron significativamente superiores ($p < 0,001$) en los pacientes de HD $1,47 \pm 0,55$ que en los de DP $1,08 \pm 0,3$ y en la clasificación de EAP se mostró también un incremento significativo ($p < 0,01$) de la rigidez arterial de los pacientes tratados mediante HD (53,6%) frente a los que recibían tratamiento de DP (7,1%). Los factores independientes (por regresión logística) para un ITB alterado (definido como inferior a 0,9 o superior a 1,3) fueron la edad y el tiempo en diálisis.

Al analizar el ITB como prueba diagnóstica de arteriopatía periférica en nuestra muestra de pacientes se encontró una sensibilidad/especificidad de 87,5% y 83,3% respectivamente.

Conclusión:

Los pacientes sometidos a HD presentan un aumento del ITB y de la prevalencia de rigidez arterial periférica respecto a los sometidos a DP. No siendo significativa la presencia de EAP en ninguno de los dos grupos de pacientes. La edad y el tiempo en diálisis son factores independientes para la alteración de las cifras de ITB. El ITB es una prueba con una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de EAP.

La elección de TRS en la consulta ERCA: revisión de resultados y propuestas de mejora asistencial

Mónica Lorenzo Méndez, Beatriz Sánchez Salan, Isabel Cepeda Pérez, Diana María Viera Cordero, Irene Alonso Bustamante

Hospital Infanta Sofía. Madrid

Introducción:

Uno de los aspectos esenciales que llevan a cabo los pacientes de la consulta ERCA es la elección de TRS, la enfermera se encarga de educar al paciente y acompañarlo en este complicado proceso. No debemos dirigir al paciente a elegir una opción determinada, sino prepararle para poder discutir y revisar las diferentes opciones y lograr una toma de decisión coherente con sus valores y su estilo de vida.

Objetivos:

- Analizar los resultados de las actividades educativas para la elección de TRS de la consulta ERCA.
- Establecer propuestas de mejora asistencial que orienten nuestro trabajo futuro.

Material y métodos:

Para el análisis de datos se realizó un estudio observacional longitudinal retrospectivo, a partir de los datos de nuestro registro de educación en TRS de pacientes vistos en la consulta de enfermería desde febrero de 2010 hasta marzo de 2014.

El material utilizado para la educación son las "Herramientas de ayuda a la toma de decisión compartida del TSR", que consisten en: presentación, DVD de modalidades, tarjetas con direcciones, tarjetas de valores, cuestionarios y folletos informativos.

Resultados:

En el periodo establecido hemos educado a 113 pacientes, con una edad media de 63,8 años, de los cuales 73 ya tienen elección final:

- 39,7% HD.
- 49.3% DP, de los cuales el 20,5% eligió CAPD y el 28,8% DPA.
- 1,4% Tx prediálisis.
- 9,6% Tratamiento conservador.

El Filtrado Glomerular Medio (MDRD-4 IDMS) al inicio de la educación es de 15.8 ml/min/1.73 m².

Hemos realizado 215 visitas educativas. El 31 % de los pacientes ha necesitado una visita para decidir, el 27.4 % ha tomado la decisión en la segunda, el 39.8 % en la tercera y el 1.8 % ha necesitado cuatro.

Han entrado en programa de diálisis 62 pacientes de los cuales 20 han precisado HD urgente: el 60% de ellos no tenían seguimiento en ERCA. De los 8 pacientes seguidos en ERCA el 50% tuvieron que comenzar TRS por una descompensación clínica y el 50% por un deterioro rápido de la función renal.

Conclusiones:

El proceso educativo de elección de TRS es imprescindible para conseguir una toma de decisión libre y acorde con los valores de cada paciente. Es importante revisar periódicamente los resultados de las actividades realizadas para poder mejorar nuestra labor profesional. Nuestro objetivo es acercar la educación en TRS a todos los pacientes nefrológicos del hospital que lo precisen, independientemente de que tengan seguimiento o no en nuestra consulta ERCA, así como seguir desarrollando herramientas para prestar la mejor atención posible a los pacientes que sí lo tienen.

Bibliografía:

1. Sarrias Lorenz, X., Bardón Otero, E.; Vila Paz, M^a L. El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. Guía SEN.

2. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Elsevier.
3. Baxter. Proceso de educación del paciente con ERCA y uso de las herramientas de ayuda a la toma de decisión compartida del TSR.

Movimiento y salud. Un proyecto hospitalario multidisciplinar

María Victoria Miranda Camarero, María del Pinar de Lucas Garrido, Margarita Sacristán Rodríguez, Diana Sánchez Vergara

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción:

La inmovilidad y los largos ingresos hospitalarios de ciertos pacientes y su deterioro progresivo, plantearon la necesidad de abordar precozmente el mantenimiento de la movilidad e independencia en las actividades de la vida diaria de aquellas personas que eran independientes o parcialmente independientes previamente a su ingreso. En base a la necesidad valorada, se diseñó un proyecto multidisciplinar para prevenir la pérdida de autonomía durante el ingreso. La implementación del mismo se inició en diciembre de 2013 en el Servicio de Nefrología de un hospital público.

Objetivo:

Nuestra meta es conservar la autonomía del paciente implicándole a él y a su familia en el mantenimiento y mejora de su funcionalidad e independencia previniendo así, las complicaciones derivadas de la inmovilización, disminuyendo su estancia hospitalaria y facilitando su regreso al domicilio.

Material y método:

Nos basamos en: protocolo de actuación, guía de autocuidados, escala de Barthel modificada y validada, recomendaciones al alta y recursos humanos.

Los criterios de inclusión en programa son la estabilidad clínica y una puntuación mínima de escala de 20 puntos. Al ingreso, se realiza una valoración conjunta de la autonomía del paciente. Si es candidato al programa, la/el

fisioterapeuta entregará la documentación, informará y aclarará dudas. Dicha guía contiene las pautas y recomendaciones en texto e imágenes, así como una tabla para registrar lo que ha realizado el paciente cada día y el nivel de ayuda que ha precisado.

El seguimiento será realizado por todo el equipo: fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares, celadores, trabajadora social, rehabilitadores y nefrólogos, contando con el apoyo familiar.

Conclusiones:

El paciente es sujeto activo de su cuidado. La enseñanza y seguimiento del programa es un elemento motivador en su día a día durante el ingreso.

La unificación de criterios y de información transmitida al paciente por parte de los diferentes profesionales, mejora la calidad de los cuidados holísticos, la seguridad y el bienestar de los pacientes y su familia.

La prevención de la inmovilización y de la pérdida de autonomía en el autocuidado durante la estancia hospitalaria debe ser prioritaria.

El compromiso y la implicación de todos los miembros del equipo asistencial es la base para conseguir resultados positivos y optimizar el programa.

La continuidad de los cuidados en el hogar y su seguimiento será un aspecto a valorar en las recomendaciones al alta del paciente.

El desarrollo de este proyecto incluirá la creación de una encuesta de satisfacción para profesionales y usuarios y la realización de un posterior estudio de seguimiento a medio/largo plazo.

Paciente de edad avanzada en hemodiálisis. ¿Qué acceso vascular elegir?

Ana Isabel Lozano Zorrilla, Verónica Milagros Ramos Parra, Paula del Carmen Espinoza Serrano, Francisca Miralles Martínez, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Resumen:

Los cambios demográficos que se están produciendo en las sociedades occidentales las están conduciendo hacia sociedades ancianas. Para el año 2025, aproximadamente el 25% de la población de estos países tendrá más de 65 años. Este envejecimiento lo estamos observando igualmente en las poblaciones en diálisis.

Estos pacientes de edad avanzada tienen problemas arteriales y venosos que dificultan la consecución de un acceso vascular adecuado para la hemodiálisis, aun así en esta población el acceso que mejor resultados conlleva es la fístula arteriovenosa autóloga (FAVI) siempre que el estado del lecho vascular lo permita. En los ancianos con mal lecho vascular, habrá que recurrir en bastantes casos a injertos de material sintético. Otra posibilidad es la utilización de catéteres centrales crónicos pero no debemos olvidar que éstos condicionan con frecuencia una hemodiálisis inadecuada y una alta morbilidad.

En la realización de este trabajo nos hemos planteado dos objetivos:

- Analizar los distintos tipos de accesos vasculares en el anciano, así como sus ventajas e inconvenientes.
- Describir las complicaciones derivadas del acceso vascular (AV) en pacientes de edad avanzada.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre los distintos tipos de accesos vasculares en el paciente anciano así como las complicaciones derivadas del AV. Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: MedLine, PubMed, Cochrane y Cuiden. Existen tres tipos de accesos vasculares para hemodiálisis en el anciano que son la fístula arteriovenosa autóloga, el injerto sintético y el catéter venoso central (CVC). Cada uno de ellos posee unas ventajas y desventajas determinadas que van a hacer posible que la elección del AV sea el idóneo para el paciente anciano.

Para ello es preciso también saber que complicaciones frecuentes se pueden derivar de cada uno de ellos. Las conclusiones derivadas de este trabajo son:

- El AV idóneo en el anciano debe individualizarse siempre caso por caso y se elegirá dependiendo del estado del lecho vascular arterial y venoso y no por la edad cronológica.
- La construcción de una FAVI debe priorizarse sobre la implantación de un CVC en el anciano debido a su menor morbimortalidad asociada.
- La FAVI en los pacientes mayores pueden tener tan larga duración como en pacientes más jóvenes, si las complicaciones de la FAVI son tratadas pronto y adecuadamente.

Pacientes en hemodiálisis, ¿cómo les afecta el dolor?

Esther Gómez Alonso, Guadalupe Membrillo Fernández, Verónica Martín Guerrero

Clínica de Hemodiálisis ASYTER. Toledo

Introducción:

El dolor supone uno de los mayores problemas de salud pública de nuestra sociedad, motivando mayor número de consultas. Forma parte de la vida de los pacientes en hemodiálisis, tratándose de un síntoma altamente influyente en el bienestar de los mismos. La valoración del dolor en estos pacientes ofrece aún bastantes dudas pues no existen instrumentos para detectar las necesidades de dichos pacientes.

Objetivo:

Describir el dolor que experimentan los pacientes en domicilio y en hemodiálisis, incluyendo frecuencia, gravedad, severidad, causas y manejo del mismo, así como su influencia en su vida y valorar cómo el dolor influye sobre las puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad y depresión.

Material y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con pacientes de un centro de hemodiálisis. Se seleccionaron 30 pacientes con antigüedad mínima de 3 meses en la unidad (9 mujeres y 21 hombres) con mediana edad de 65 años y RI 17.5 años, elegidos de forma aleatoria. Para valorar la intensidad del dolor se utilizó Escala Visual Analógica (EVA) pre y post hemodiálisis. Se elaboró una encuesta de preguntas cerradas que incluía tipo y localización del dolor, causas asociadas al dolor atribuibles o no al proceso de diálisis, administración de fármacos y utilización de medidas alternativas. Para evaluar la depresión se utilizó el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER) y para evaluar la ansiedad el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Los datos se analizaron con el programa SPSS.15 para Windows.

Resultados:

Muestran que un 50% de los pacientes refieren dolor a lo largo del día. Ocho de los pacientes reconocen tomar analgesia (26%). El porcentaje de pacientes que presentan dolor intradiálisis es superior a aquellos que refieren dolor crónico, siendo las causas más frecuentes los calambres y el dolor generalizado por el periodo de inmovilización, un pequeño porcentaje (6,7%) refiere dolor por punción. Los pacientes con dolor presentan problemas de sueño de forma estadísticamente significativa $p=0,03$. No existe relación entre dolor e incapacidad para actividades de la vida diaria. Tampoco entre los pacientes que refieren dolor intradiálisis y la necesidad de analgesia, siendo la alternativa más frecuente aunque sin significación estadística los cambios posturales. Un 63,3% usan analgesia solo si tienen dolor y únicamente un 13,3% lo toman de forma diaria. La media de puntuación EVA prehemodiálisis es $1,9 \pm 2,5$ y poshemodiálisis $2 \pm 2,8$, no siendo significativa la diferencia. No se ha reconocido asociaciones analíticas con dolor: en pacientes con más dolor no se ha demostrado mayor hipeparatiroidismo severo respecto a los sin dolor. Tampoco hay diferencias en cuanto al estado de anemia. No existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad y dolor ($p=0,07$) ni con depresión ($p=0,08$). Tampoco existe relación entre dolor y presencia de isquemia ($P=0,7$).

Conclusiones:

Los pacientes que sufren dolores crónicos presentan alteraciones del sueño. La astenia supone un factor limitante en las actividades de la vida diaria mayor que el dolor.

Es necesario realizar estudios con mayor muestra para poder determinar un patrón determinado en los pacientes en hemodiálisis.

Variabilidad en la práctica clínica en la administración de fármacos intravenosos en pacientes en hemodiálisis

Didier Sánchez Ospina, María Vanessa Pérez Gómez, Cristina Ledesma Torres, Raquel del Toro Alonso, Amparo Medina Carrizo

Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT) y Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Resumen:

La hemodiálisis (HD) puede aumentar el aclaramiento de fármacos, dependiendo del porcentaje de unión a proteínas, volumen de distribución, peso molecular y técnica de diálisis. La mayoría de tablas de dosificación están basadas en la administración post-HD en HD convencional. Los avances en técnicas de diálisis (alto flujo-online) pueden aumentar aclaramiento de ciertos fármacos. Además, no existen estudios sobre la farmacocinética de fármacos administrados durante la HD y sobre si en este caso la vía de administración (venosa-arterial) influye sobre el aclaramiento. Teóricamente, si se utiliza la vía arterial durante la HD, factores como unión a proteínas y volumen de distribución cobrarían menos importancia y el fármaco se eliminaría en función del peso molecular y el tipo de HD.

Objetivo:

1. Conocer la variabilidad que existe en la práctica clínica en la administración intravenosa de fármacos en pacientes en HD.
2. Evaluar si se considera el tipo de HD y la vía de administración para la forma de administración.

Material y métodos:

Encuesta en 20 centros de hemodiálisis de España sobre la forma de administración de algunos de los fár-

macos más usados en HD. Se introdujeron variables de administración, vía de administración, consideración en el tipo HD, entre otras.

Resultados:

Los resultados están resumidos en la tabla. La mayoría de hospitales no tienen en consideración el tipo de HD para la forma de administración (85% de los centros). La vancomicina y los analgésicos se administran con frecuencia durante la HD (65% y 100%). La vancomicina se administra por la vía venosa en el 65% y por la vía arterial en el 35% y los analgésicos por vía arterial en el 80%. La Gentamicina post-HD 84%, durante la HD 16%, en todos los centros por vía venosa 100%.

Conclusiones:

1. Existe una gran variabilidad en la práctica clínica.
2. Con frecuencia no se tiene en consideración el tipo de HD para la forma de administración.
3. En ocasiones se administran fármacos durante la HD por la vía arterial, lo que podría resultar en niveles inapropiadamente bajos, dependiendo del peso molecular y el tipo de HD empleada.
4. Sería deseable la existencia de un consenso sobre la administración de fármacos en relación a la hemodiálisis por parte de las Sociedades Científicas.

Circuito de actuación de urgencias de los pacientes de diálisis peritoneal fuera del horario habitual

Pilar Cardona Blasco, María Ángeles Salvador Luna, Otilia Mingorance Lupiañez, María Isabel Ros Valero, Sergi Aragó Sorrosal, Nuria Fornos Barreras

Hospital Clínic. Barcelona

Introducción:

Trabajo descriptivo de la atención ante las situaciones de urgencia que presentan los pacientes de una unidad de diálisis peritoneal (DP) en un hospital terciario, cuando la unidad de referencia está cerrada; que dispone de unidad de hospitalización y de cuidados intermedios de Nefrología y Trasplante Renal, que da soporte a los dispositivos ambulatorios.

La unidad de DP atiende un volumen de 45 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y los 45 años; y el horario de funcionamiento es de lunes a viernes, de 08h a 16:30h. Cuando el paciente precisa realizar alguna consulta, la forma habitual de contacto es por vía telefónica o acudiendo in situ.

Al haber aumentado el número de pacientes atendidos en la unidad de DP, ha sido detectada la necesidad de definir un circuito que garantice una mejor atención.

Objetivos:

Describir la actuación de enfermería en la atención al paciente de DP, fuera del horario habitual en una unidad de agudos.

Presentar un caso clínico: paciente en DP que presenta peritonitis.

Descripción:

Paciente en DP, en tratamiento de diálisis automática con día seco, que se pone en contacto telefónicamente con la unidad de Nefrología, durante el turno de noche; por presentar dolor abdominal de 4 horas de evolución, y cambios en las características del líquido peritoneal. Sin presentar otra sintomatología.

Se atiende al paciente en la sala de Intermedios, y se avisa al médico de guardia. Tras valoración, se instaura protocolo de acutación específico. Se realiza lavado de cavidad peritoneal, con posterior infusión de 2000ml de líquido de DP. Tras una permanencia de 4 horas en la cavidad peritoneal, se realiza la toma de muestras. Iniciándose tratamiento antibiótico empírico.

Posteriormente al alta, se cita para seguimiento en la unidad de DP. Estos pacientes tienen episodio abierto en el sistema informático, lo que permite realizar las peticiones para muestras y el curso clínico sin necesidad de ser acudir a urgencias. Los protocolos están disponibles en el intranet del hospital y en la unidad de DP.

Conclusiones:

Los pacientes en DP reciben una atención rápida y adecuada, tanto del personal médico como de enfermería, evitando demoras al no seguir el circuito general de urgencias. Se asegura, de esta manera, la correcta manipulación del catéter de DP y, en conjunto, proporciona seguridad y refuerza la confianza del paciente

La sobrehidratación del paciente en diálisis peritoneal detectada por bioimpedancia

M^a Angeles Guimerá Ferrer-Sama, Patricia Arribas Cobo, Sonia García Estévez, Gema María Vinagre Rea, Pilar Rodríguez Gayán, Alfredo José Sáenz Santolaya

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Introducción:

Se considera peso seco (PS) a aquel peso del paciente en el que no se presentan signos o síntomas de sobrehidratación (SH) o sobrecarga de volumen. Habitualmente esto se detecta a través de la observación clínica. La bioimpedancia (BIE) es un método más objetivo de determinar el estado de hidratación. En otros estudios, se ha detectado que pacientes en DP el PS determinado por BIE se corresponde con el determinado por la observación sólo en un 19% de los casos y que, al detectar la sobrehidratación por BIE, ésta era menor que por observación (Naini, 2012).

Objetivo:

Estudiar la evolución del estado de hidratación estimado por la clínica y por BIE en pacientes en DP.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo de una cohorte de 15 pacientes incidentes en DP seguidos mediante BIE (BCM-FMC). Las mediciones de BCM se realizaron bimensual o trimestralmente en función de la consulta de enfermería, y siempre en iguales condiciones. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, etiología, talla, tiempo en DP, Kt/V, TEP, si habían tenido peritonitis, diuresis y tensión arterial (TA) y peso de cada BIE. Y datos de BIE: litros de sobrehidratación (OH), volumen extracelular (VEC) e intracelular (VIC) y agua corporal total (ACT). Se calculó cociente OH/VEC, considerándose sobrecarga de volumen si éste era > 15%.

Resultados:

La muestra fue de 15 pacientes en DP, 7 mujeres y 8 hombres con una edad media de 52 (15,5) años. Su etiología era: 4 glomerulonefritis, 4 poliquistosis, 3 DM, 3 sin filiar y 1 vascular. En su último control presentaban IMC de 26,2 (4,2) Kg/m². Durante el seguimiento de 20 (14) meses, se realizaron 349 mediciones BCM. La diuresis media fue de 1009 (993) ml/día, teniendo en cuenta que en su último control, 3 pacientes estaban en anuria y otros 3 con diuresis < 400 ml/día. El Kt/V total fue de 2,3 (0,47) y el D/P del TEP fue de 0,61 (0,10).

El OH medio fue de 2,8 (2,6) rango entre -2,7 y 12,5 litros. En 180 mediciones encontramos un OH > 2 L y en esas, la PA era 151 (22)/81 (9,9) mmHg, mientras que en las de OH < 2L la PA fue de 135 (20)/80 (13) mmHg con una p < 0,001.

La media del cociente OH/VEC fue de 14,3 (11)%, siendo > del 15% en el 36,1% de los pacientes. La SH se relacionó de forma directa con el VEC, PA sistólica, ACT y edad y de forma inversa con el IMC y el índice de tejido graso.

En la evolución, 14 pacientes presentaron HTA en algún momento, precisando antihipertensivos, 8 presentaron edemas, 2 acudieron a urgencias por insuficiencia cardiaca congestiva y 3 presentaron peritonitis.

Conclusiones:

La SH por BIE es muy frecuente en los pacientes en DP, apareciendo en el 50% de las mediciones realizadas. El 87% de los pacientes en algún momento presenta SH, que se relaciona con HTA. El BCM tiene un 30% más de sensibilidad en la detección de la SH que la clínica.

La técnica espejo

María Ángeles Gómez González

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

Resumen:

La técnica espejo surge en un momento de cambio en la sanidad, influenciada por la situación económica del país, esto hace que la sociedad en general, esté más desmotivada.

Mi experiencia en otras consultas con un modelo de sanidad tradicional, me hizo reflexionar sobre si el entrenamiento estándar era del todo motivador en los pacientes en Diálisis Peritoneal.

A la hora de redactar el protocolo de entrenamiento en Diálisis Peritoneal tuve en cuenta:

- Las características personales de cada paciente.
- Su personalidad.
- Su ambiente familiar y social.
- Recursos económicos y culturales.
- Su patología.
- Momento de su vida en el que aparece la enfermedad renal.
- Entorno que encuentra el paciente cuando acude a su unidad de diálisis.

La Técnica Espejo se define como "La técnica de enseñanza que imparte un paciente experto, (P.E) a un paciente nuevo (P.N), en la técnica de Diálisis peritoneal (DP). El aprendizaje de la misma se lleva a cabo a través de la imitación del otro". Es un programa educativo que intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes desarrollando al máximo sus habilidades y conocimientos para que el paciente renal sea independiente y activo.

El P.E, es aquel paciente crónico que conoce su enfermedad y es su principal cuidador. Se realiza la técnica

de DP en el domicilio y ha adquirido un nivel de conocimientos que se le considera capacitado para enseñar a otros pacientes sobre la enfermedad renal crónica que comparten, la técnica de DP (fundamentos, complicaciones, «truquillos»), autocuidados necesarios, diálogo más cercano y sencillo que el de los profesionales sanitarios, compartir experiencias y empatía.

El P.N, es el candidato a DP, ha elegido la técnica libremente y accede a ser enseñado por otro paciente.

La enfermera de DP está en todo momento con los pacientes, se encarga de adaptar el programa de entrenamiento a las características personales de cada PN, reentrenar al P.E y poner en marcha todo el proceso de aprendizaje. Tiene una actitud facilitadora y es el referente en todo momento tanto para los pacientes como para los familiares.

Se pretende conseguir que el P.N aprenda la técnica de DP, con el fin de fomentar el autocuidado y conseguir su máxima independencia; que el paciente se sienta apoyado y sea capaz de llevar a cabo la técnica de manera independiente en su domicilio, sea conocedor de su enfermedad y la adapte a sus AVD actividades de la vida diaria; reforzar al P.E sus conocimientos y su disposición, y crear un equipo proactivo en la unidad de DP.

La Técnica espejo ha sido revolucionaria y del 77% de los pacientes que participaron en el entrenamiento con la técnica espejo, el 100% han conseguido obtener los conocimientos y habilidades para realizar la técnica de DP en su domicilio. Con la técnica espejo se ha superado la tasa de inclusión a DP frente a HD consiguiendo reducir los puestos en hemodiálisis, cirugías por accesos vasculares, revisiones, transporte, medicación y personal sanitario y no sanitario.

Método de evaluación del aprendizaje práctico en diálisis peritoneal

Elena Gisbert Rosique, Antonia Gil Gil

Hospital de Torrevieja. Alicante

Introducción:

La diálisis peritoneal ambulatoria es un método de diálisis en la que los pacientes realizan el tratamiento en su propio domicilio. Para ello los pacientes tienen que superar una fase de entrenamiento en la que se les dota de los conocimientos y habilidades necesarios para realizar su autocuidado, pero desde nuestra unidad nos preguntamos: ¿Los pacientes siguen las pautas adquiridas una vez que han finalizado el entrenamiento? ¿Es siempre necesario programar un reentrenamiento reglado o basta con corregir el error en el mismo momento que se produzca?

Objetivos:

El objetivo principal del estudio fue evaluar los conocimientos prácticos de los pacientes de nuestra Unidad mediante la realización de un intercambio manual en la consulta coincidiendo con analítica bimensual para el cálculo del k_tv.

Los objetivos secundarios: educar al paciente para corregir errores de procedimiento. Evaluar las mejoras del paciente en la siguiente visita.

Programar un reentrenamiento si detección de errores que se consideren inaceptables o reiterativas.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo entre enero 2011 y diciembre 2013. Se incluyó a todos los pacientes con al menos 6 meses de permanencia en el programa durante este periodo. El total de la muestra fue de 14 pacientes (9 mujeres y 5 hombres), 4 de ellos eran de nacionalidad extranjera. La media de edad era de 58,7 años.

Los resultados fueron registrados y analizados en hoja Excel. Los ítems que se evaluaron se agruparon en 4 grupos:

- Preparación del material (cerrar puertas y ventanas, limpieza de palo y mesa, correcta manipulación del material y comprobación de caducidades).
- Preparación del paciente (secuencia correcta y adecuada limpieza de las manos).
- Secuencia del proceso (conexión, drenaje, purgado de líneas, infusión y desconexión).
- Registro de los balances realizados por el paciente.

Resultados:

Se realizaron un total de 142 observaciones, como media 10 observaciones/ paciente. Con respecto a la preparación de material en 28 ocasiones, no se siguió las pautas recomendadas en el entrenamiento. En el apartado de preparación del paciente la proporción de no aciertos fue del 16.92% y con respecto a la secuencia del proceso el total de evaluaciones no adecuadas fue del 11.26%. El registro de los balances en gráficas fue adecuado en un 90.85% de los casos.

La evaluación en la siguiente visita mostró mejoras en el apartado de preparación del material de un 50%, en el apartado de preparación del paciente de un 33% y en la secuencia del procedimiento mejoró el 75%.

Conclusión:

La mayor parte de los errores se observa a la hora de realizar la preparación del material. Es de remarcar que la simple corrección de los "fallos técnicos" no siempre propiciará un cambio en la forma de abordar la técnica por parte del paciente.

Por ello, consideramos es necesaria la realización presencial del intercambio en la consulta, cada 2 meses, lo que nos permitirá evaluar, detectar y corregir posibles desviaciones en la correcta realización de la misma.

Nuevos horizontes en diálisis peritoneal. Un reto del presente

Judith Sánchez Torres

Hospital del Vinalopó. Alicante

Introducción:

En manos de enfermería está la ruptura de viejos paradigmas forjados con el paso de los años que han relegado a la enfermería a un segundo plano, incluso en las unidades de diálisis peritoneal, en las que nuestro papel es prioritario y fundamental.

Por todo esto, el personal de enfermería de diálisis peritoneal ha ido abriendo nuevos horizontes y creando nuevas expectativas de actuación, convirtiéndose en profesionales mucho más proactivos, inquietos y con capacidad de autogestión. Estos cambios repercuten directamente en los pacientes, ya que la relación enfermería-paciente se vuelve mucho más directa y cercana, consiguiendo ser para ellos un factor de cambio que invita a tomar una posición mucho más activa en su proceso de salud-enfermedad. En esta comunicación se pretende dar a conocer la visión del personal de enfermería de nuestras unidades, mostrando las actividades puestas en marcha y la experiencia que ha supuesto para los pacientes.

Objetivos:

- Implementar nuevas prácticas que acerquen los cuidados de enfermería de diálisis peritoneal a la excelencia.
- Fomentar el trabajo en equipo dando más protagonismo al paciente para conseguir su atención integral.

Material y métodos:

La metodología de trabajo se ha ido adaptando a la visión multihospital con la que cuenta el personal de las unidades de diálisis peritoneal de nuestros hospitales, con jefa de servicio única.

Para llevar a cabo foros de discusión y debate de las actuaciones a realizar se han establecido reuniones mensuales conjuntas de los distintos servicios, que permiten encauzar todas las actividades bajo una misma dirección.

Del esfuerzo de los profesionales y su entusiasmo por poner en marcha diferentes intervenciones han visto la luz programas en los que se pone de manifiesto la autonomía, capacidad de liderazgo y diversidad en la actividad del personal de enfermería.

Intervenciones relevantes puestas en marcha en las que enfermería desempeña una labor mayoritaria:

- Plan de abordaje de la Enfermedad Renal Crónica.
- Call center renal 24 horas al día/365 días al año. Contacto directo con enfermería: resolución de problemas, dudas o complicaciones derivadas de su enfermedad.
- Escuela de pacientes: reuniones periódicas con pacientes y familiares en las que se comentan temas relevantes en Diálisis Peritoneal.
- Implementación del "paciente experto".
- Visitas domiciliarias.

Resultados:

- Once llamadas atendidas a pacientes en programa de diálisis peritoneal, desde la puesta en marcha del Call center renal a principios de 2013.
- Gran asistencia y satisfacción transmitida de forma explícita por pacientes y familiares tras la primera sesión de la escuela de pacientes. Programadas tres sesiones más en 2014.
- Tres pacientes que han accedido de forma voluntaria a ser referentes para otros pacientes en el inicio de la técnica o para la resolución de complicaciones: "pacientes expertos".
- Aumento de las visitas domiciliarias realizadas a pacientes: antes del inicio de la técnica, dos meses después del inicio de la misma, tras episodio de peritonitis y siempre que el paciente lo requiera.
- Cumplimiento de los criterios de calidad establecidos.

Protocolo de sellado del catéter de diálisis peritoneal con taurolidina en peritonitis recidivantes: un método para evitar la retirada del catéter

Sergi Aragó Sorrosal, María Pilar Sobrado Sobrado, Ángeles Mayordomo Sanz, Débora Bonache Tur, Marta Quintela Martínez, Ana Isabel Alicarte Gracia

Hospital Clínic. Barcelona

Introducción:

Una de las causas más frecuentes de salida de programa de diálisis peritoneal (DP) son las peritonitis que recidivan tras haber finalizado el tratamiento antibiótico, causadas por el mismo agente infeccioso. Hasta la fecha actual, la única opción posible es la retirada del catéter de diálisis peritoneal y valoración de inserción de un nuevo catéter, pudiendo suponer, en muchos casos el paso transitorio a hemodiálisis o incluso la transferencia definitiva. El mecanismo responsable de las recidivas es la presencia de un biofilm que embebe la silicona del catéter donde queda alojado la bacteria siendo inaccesible para el antibiótico. La taurolidina administrada como sellado de los catéteres de hemodiálisis ha demostrado un efecto beneficioso evitando la colonización del biofilm.

Objetivos:

Analizar la eficacia y seguridad del uso de sellado del catéter de DP con taurolidina, en los casos de peritonitis recidivantes en una unidad de DP durante el último año.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de 2 casos de pacientes atendidos en una unidad de DP, que presentaron episodios de peritonitis recidivantes sin respuesta al tratamiento habitual.

Caso 1 Varón, 56 años. IRC secundaria a nefroangioesclerosis. En DPA. Peritonitis recidivante por *Staphylococcus epidermidis* en 3 ocasiones. Tratamiento antibiótico IP con vancomicina.

Caso 2 Mujer, 18 años. IRC secundaria a esclerosis tuberosa. En DPA. Peritonitis recidivante por *Micrococ-*

cus luteus. en 2 ocasiones. Tratamiento antibiótico IP con vancomicina.

Protocolo establecido:

- a) Pauta del tratamiento antibiótico IP: dependiendo del aislamiento microbiológico y antibiograma.
- b) Determinación del volumen de sellado: identificar el volumen intraluminal del catéter peritoneal según modelo, al que se añade el volumen intraluminal de la línea de transferencia.
- c) Administración de la taurolidina: se administra el producto mediante infusión rápida con la ayuda de una jeringuilla con el volumen exacto del catéter peritoneal, que se conectará al extremo externo del mismo realizando un cierre rápido del sistema de oclusión para asegurar el efecto de vacío y permanencia intraluminal. Deberá de permanecer un mínimo de 12 horas. La cavidad peritoneal va a permanecer con un volumen mínimo de 1500 ml.
- d) Duración, frecuencia y lugar de administración: Diaria, prolongándose una semana tras la finalización del tratamiento antibiótico IP. Se realizará en la unidad de diálisis peritoneal por personal de enfermería entrenada.
- e) Retirada de la taurolidina: el paciente en su domicilio, tras conexión a la bolsa de drenaje y con la salida del efluente peritoneal.
- f) Se realiza en cada caso un registro de la administración y de recogida de incidencias.

Resultados:

En ambos casos tras seguir el protocolo, no se ha observado recidiva. En el caso 1 el tiempo libre de peritonitis hasta la fecha tras el procedimiento es 143 días y en el caso 2 es de 93 días. No se ha registrado ninguna complicación.

Conclusiones:

El sellado del catéter de diálisis peritoneal con taurolidina en los casos de peritonitis recidivante ha demos-

trado ser útil y seguro. Futuros estudios deberán valorar la posibilidad de espaciar los sellados mejorando así el confort de los pacientes y la carga de trabajo de enfermería.

Acupuntura y hombro doloroso de la FAVI

Modesta Santos Seco, Inmaculada Gil Barrera, Rubén Romero Lopez, Juan Antonio Pilares Puertas, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen:

En el intento de mejorar la calidad de vida de estos pacientes se ha realizado un estudio experimental con un grupo de 14 pacientes del programa de hemodiálisis que poseen Fístula Arterio-Venosa Interna (FAVI) y refieren un dolor agudo del hombro en el brazo de la fístula, acentuándose durante la diálisis.

Existen muy pocas referencias bibliográficas sobre su origen anatómico-histológico. Su etiología se debe a la compresión que ejerce la Fístula Arterio-Venosa sobre el plexo braquial del hombro. Durante la sesión de diálisis al realizarse con flujos elevados la dilatación de esta FAVI aumenta provocando una parálisis progresiva en los nervios adyacentes, motivo por el cual el dolor se incrementa y pueden aparecer otros síntomas como calor, quemazón y pérdida de sensibilidad en la extremidad.

El objetivo del estudio es valorar la efectividad de la acupuntura en el hombro doloroso de los pacientes portadores de FAVI.

Material y métodos:

Se han incluido en el estudio 14 pacientes voluntarios del programa de hemodiálisis que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Poseer FAVI con las siguientes características: madura, normofuncionante, uso en bipunción y con trayecto lineal.
- Estabilidad hemodinámica.
- Consentimiento informado; Aplicamos la técnica intradiálisis durante los meses de marzo a junio de 2012. Se administraron 12 sesiones de acupuntura, dos veces por semana durante seis semanas.

Resultados:

No se han presentado incidencias durante ni después de la aplicación de la acupuntura, aun con el factor en contra que a priori supone la heparinización intradiálisis y la anticoagulación a la que se ven sometidos estos enfermos.

En ningún caso se presentó lesión cutánea relacionada con la punción. Sin infecciones, ni hematomas, independientemente de las heparinizaciones.

La mejoría comienza a partir de la tercera sesión, llegando a una situación máxima en la sexta y séptima sesión, aunque todos los voluntarios del estudio terminaron el ciclo de 12 sesiones.

Se han mantenido libres de síntomas, variando de unos a otros entre 15 días y cinco meses.

Análisis de la adherencia terapéutica en pacientes en hemodiálisis

Lourdes Rueda Velasco, Raquel Reina Fernández, María del Carmen Domínguez Berruezo, Isabel Moreno Díaz, Patricia García Frías

Centro de Diálisis Málaga, Centro de Diálisis Torremolinos y Centro de Diálisis Axarquía. Málaga

Introducción:

El incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar, es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas. Estudios previos han descrito que la falta de adherencia al tratamiento oscila, según la patología, entre el 30 % y el 60 % de los pacientes. La mayoría de los pacientes en diálisis presentan una gran comorbilidad (enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia...) siendo necesario ser tratados con un elevado número de fármacos, lo que puede provocar en ocasiones un abandono del tratamiento con la consiguiente disminución de la adherencia farmacológica. Es fundamental conocer el grado de cumplimiento de estos pacientes ya que esto influye directamente en la evolución de su enfermedad

Objetivos:

Analizar la adherencia farmacológica de los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de cohorte en pacientes en hemodiálisis. Se incluyen 130 pacientes. Para conocer el grado de cumplimiento se calculó el llamado tanto por ciento de cumplimiento (número de comprimidos que toma el paciente dividido por número de comprimidos que tiene prescrito por 100). Se consideró como paciente cumplidor el que tuvo 100% y no cumplidor el que tuvo < 100%. Se recogen

variables epidemiológicas, clínicas, de comorbilidad. Los datos fueron analizados con el programa estadístico spss 15.

Resultados:

Se incluyeron un total de 130 pacientes, 82 eran varones y 48 mujeres, con una edad media de 65.8 años +- 15.66 años. La causa más frecuente de enfermedad renal crónica era la no filiada con un 22,3 %, seguida de la diabética y nefroangiesclerosis con 19.2 %, glomerulonefritis estuvo presente en un 14,6% .Destacar el alto porcentaje con HTA (90,8%). La mayoría de nuestros pacientes tienen un nivel cultural bajo (primarios 63.1% y el 16.2 % no tenían estudios). El 58.5 % estaban casados. El número de comprimidos prescritos medios es 12,58 +- 4.7. En nuestro estudio los no cumplidores corresponden el 57.5 % de la población, el fármaco que más abandona son los quelantes (23.6%) seguido de los antihipertensivos con un 8.5 %, la causa más frecuentes para no adherencia del tratamiento es el olvido con 17.7 %, sólo 10.9 % señalan la causa del abandono fue los efectos secundarios del fármaco

Conclusión:

En nuestro estudio el porcentaje de pacientes no cumplidores es alto con un 57.5 %, con un porcentaje alto de numero de comprimidos pautados. Para intentar mejorar la adherencia se podría simplificar el régimen terapéutico y otra sería proporcionar un conocimiento adecuado de la acción de los fármacos, labor en que la enfermería juega un papel importante.

Análisis del patrón del sueño en pacientes en hemodiálisis

José Manuel López Gallego, Miriam Molina Recio, M^a Ángeles Fernández Rojo

Clínica de Hemodiálisis ASYTER. Toledo

Introducción:

Los pacientes en hemodiálisis pueden presentar una sintomatología que afecte a su sueño, factor importante para su bienestar.

Objetivo:

Estudiar si el patrón del sueño se ve alterado por la hemodiálisis y determinar las causas más frecuentes

Material y métodos:

Se realiza una encuesta a un total de 62 pacientes del centro excluyendo a los hospitalizados y aquellos con problemas de comprensión y lenguaje. El cuestionario para la recogida de datos consta de nueve preguntas relacionadas con sus hábitos de sueño además de las variables de edad, sexo, tiempo de antigüedad en hemodiálisis y turno en el que se dializan.

El análisis de los datos se realiza con SPSS 15 utilizando pruebas no paramétricas para el contraste de hipótesis.

Resultados:

Se recoge una muestra de 62 pacientes, 42 hombres (67,7%) y 20 mujeres (32,3%) con una mediana de edad de 66 años (RI 12,75). Obteniéndose una media de 6,24 horas de sueño nocturno los días preHD y de 6,98 horas los días postHD (con una desviación típica de 1,89 horas y 2,06 horas respectivamente).

También se refleja que duermen durante su sesión 29 pacientes (46,8%) y 33 (53,2%) que no lo hacen.

Además 38 pacientes (61,3%) duermen siesta y 24 (38,7%) lo niegan. La sensación de descanso durante el sueño nocturno es buena en 49 pacientes (79%) los días preHD y en 50 pacientes (80,6%) los días postHD. Dentro de los 29 pacientes que duermen durante su sesión sólo 2 (6,89%) no presentan sensación de descanso. Se ha estudiado la existencia de problemas relacionados con la calidad del sueño obteniéndose que 41 pacientes (66,1%) presentan algún problema frente a 21 (33,9%) que no lo hacen.

De forma individualizada se observa que un 1,6% de los pacientes presentan disnea; un 14,5% prurito; un 9,7% piernas inquietas; un 22,6% despertar frecuente; un 33,9% le cuesta conciliar el sueño y un 38,7% refiere tomar fármacos para dormir.

Conclusiones:

No se observan relaciones significativas entre sexo, antigüedad en HD y turno con respecto a alteración del sueño, si bien parece tener una relación significativa ($p=0,022$) con la edad, a mayor edad menos horas de sueño.

Respecto a las causas existe una relación entre el prurito y las horas de sueño: Con prurito 4,88 horas y sin prurito 6,47 horas ($p=0,019$).

Aunque un 66,1% de los pacientes refieren algún problema con el sueño un 79,8% de ellos reconoce tener un sueño reparador.

Podemos concluir que no se observa un patrón definido en el trastorno del sueño que puedan sufrir los pacientes en hemodiálisis.

Configuración de una historia de enfermería de accesos vasculares para hemodiálisis

Estefanía López Fort, Javier Pereiro Soriano

Cediat Aldaya. Valencia

Introducción:

El aumento de la expectativa de vida, la notable mejoría en las técnicas de diálisis y el incremento de la incidencia de pacientes mayores de 65 años condiciona que el enfermo renal, como resultado de su mayor supervivencia y tiempo de permanencia en diálisis, además de la comorbilidad que frecuentemente asocia, atesore un mayor agotamiento de sus recursos en accesos vasculares (AV) y un aumento de las patologías y complicaciones asociadas a ellos.

Como consecuencia de este escenario que, a día de hoy, ya se presenta en la práctica clínica, y siguiendo las recomendaciones de diversas guías clínicas sobre la utilización de protocolos de monitorización prospectiva, vigilancia, registro y recogida de datos de seguimiento del AV que, además, tengan la capacidad para detectar posibles disfunciones de los mismos, hemos visto la necesidad de crear una nueva herramienta e instrumento de trabajo que nos permita un control más riguroso y exhaustivo de los AV.

Objetivo:

Crear e implantar en nuestro centro de trabajo una Historia de Enfermería de Accesos Vasculares para Hemodiálisis que reúna todos los eventos relacionados con los AV con la finalidad de mejorar la gestión, control y seguimiento de los mismos por parte de los profesionales de enfermería.

Metodología:

Revisión bibliográfica y posterior diseño y elaboración de los documentos que van a formar parte de la Historia de Enfermería de Accesos Vasculares para Hemodiálisis, de manera que sean un soporte que permita dejar constancia de la información recopilada de forma completa, precisa y continua en el tiempo.

Resultado:

Configuración e implantación de una Historia de Enfermería de Accesos Vasculares para Hemodiálisis, integrada por cuatro documentos que en su conjunto constituyen un instrumento estructurado y organizado, de fácil manejo y cumplimentación, al mismo tiempo que riguroso para la recogida de datos, evolución y observaciones significativas relacionadas con los AV:

- Documento 1: Informe de Enfermería AV y mapa AV.
- Documento 2: Hoja de complicaciones y tratamiento.
- Documento 3: Hoja de seguimiento para la detección precoz de disfunción del AV.
- Documento 4: Hoja de evolución del AV.

Discusión:

La utilización correcta y sistemática de la Historia de Enfermería de Accesos Vasculares para Hemodiálisis ha de permitir:

- Una recogida de datos e información objetiva, con criterios uniformes, para una detallada valoración inicial.
- Un seguimiento sistemático de la evolución del AV, complicaciones y el tratamiento dado.
- Detección precoz de disfunciones del AV.
- Dejar constancia de las actividades realizadas y el resultado, cuidados de enfermería y cualquier otra observación relevante sobre el AV.
- Disponer siempre de información actualizada del AV.

Conclusión:

Al estar diseñada para orientar la recogida objetiva de datos e información relevante y favorecer su tratamiento global, la implantación en nuestro centro de trabajo de la Historia de Enfermería de Accesos Vasculares para Hemodiálisis ha facilitado la práctica clínica y repercutido en un mejor y más completo control y seguimiento del AV de cada paciente.

Control diabetológico en el paciente sometido a hemodiálisis

Francisca Miralles Martínez, Manuel David Sánchez Martos, Mónica Gómez Rodríguez, Pedro Moreno Olivencia, M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción:

La diabetes mellitus (DM) tipo II es una enfermedad con un elevado riesgo cardiovascular. Constituye la cuarta causa de mortalidad. Su prevalencia aumenta a nivel mundial. El método más utilizado para la detección, diagnóstico y seguimiento de la enfermedad es la determinación de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c). La detección de la DM tipo II y su tratamiento en la ERC requieren de un abordaje interdisciplinario.

El objetivo principal de este estudio fue identificar precozmente la diabetes en el anciano renal.

Como objetivos secundarios nos planteamos:

- Evaluar el grado de control de la diabetes.
- Establecer un programa diabetológico personalizado.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional transversal de 51 pacientes renales mayores de 65 años con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada.

Resultados:

El 49% eran hombres y el 51% mujeres. El grupo 1 estaba formado por 26 pacientes NO DIABÉTICOS (51%) y el grupo 2 por 25 pacientes DIABÉTICOS (49%). En el grupo 1 obtuvimos una HbA1c media de $5,1 \pm 0,3$ (máxima 6,1 y mínima 4,2) mientras que en el grupo 2 obtuvimos una HbA1c media de $6,4 \pm 0,3$ (máxima 10,6 y mínima 4,46). No encontramos ningún paciente no diagnosticado previamente de diabetes con cifras de HbA1c en rango de diabetes. Aunque si detectamos tres pacientes no diabéticos con cifras de HbA1c en rango de prediabetes. Entre nuestros pacientes diabéticos, hallamos un excelente control de la diabetes (HbA1c de $6,4 \pm 0,3\%$). El programa diabetológico con actividades basadas en la prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables fue muy bien acogido.

Conclusiones:

La HbA1c es un marcador bioquímico excelente para la prevención y seguimiento de la diabetes. El trabajo en equipo entre el paciente y el equipo multidisciplinar, ayuda al paciente a entender y controlar los desafíos a los que se enfrenta y a evitar muchas de las complicaciones asociadas de la enfermedad.

Descripción de un rol: enfermera coordinadora en la unidad funcional del acceso vascular

M^a Teresa López Alonso, Valentín Lozano Moledo, Ana Isabel Alicarte Gràcia, Néstor Fonsere Baldellou

Hospital Clinic. Barcelona

Introducción:

El acceso vascular (AV) es un elemento fundamental en los pacientes en programa de hemodiálisis. La calidad del AV condiciona la eficacia del tratamiento, repercutiendo en su calidad de vida. Por lo que es imprescindible una vigilancia y control constante del mismo por un equipo multidisciplinar, así como del propio paciente. Esta situación es bien conocida por los centros de hemodiálisis. El principal objetivo de la Unidad Funcional de Acceso Vascular (UFAV), es establecer un conjunto de normas y circuitos de actuación ante el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), susceptible de tratamiento sustitutivo renal mediante un programa de hemodiálisis ambulatoria, que necesitará la implantación de un acceso vascular y tratamiento urgente de todas las complicaciones derivadas del mismo.

La visión integral y multidisciplinaria de la UFAV tiene como objetivos fundamentales la preservación del sistema vascular del paciente, favoreciendo la realización del mayor porcentaje de FAVI, reducir el número de catéteres permanentes y prolongar las permeabilidades primarias y secundarias mediante un programa activo de monitorización, diagnóstico y tratamiento precoz del AV. El Asumir estos objetivos terapéuticos se asocia a una reducción de la morbilidad infecciosa secundaria a los catéteres centrales y la disminución del impacto económico derivado de una mala planificación en el tratamiento del AV.

La UFAV requiere de un equipo coordinador formado por un nefrólogo y una enfermera experta en diálisis, responsables del nexo de unión entre los servicios implicados: cirugía vascular, angiología y nefrología. De su labor depende en gran medida la planificación del AV, que esté maduro al iniciar hemodiálisis así como la atención precoz de las complicaciones derivadas.

Objetivo:

Descripción del rol: enfermera coordinadora de la UFAV.

Material y método:

- Estudio descriptivo trasversal.
- Definir las funciones y actividades de la enfermera coordinadora de la UFAV.

Resultados:

Funciones.

- Citar y programar la realización de los diferentes procedimientos.
- Visitas en consultas externas para planificar la implantación, seguimiento y monitorización del AV.
- Colaboración en la colocación programada de catéteres tunelizados (actividad de nueva implantación) a partir de Abril de este año.
- Colaboración en la retirada de catéteres tunelizados. Participación en la reunión semanal del equipo multidisciplinar para discutir y decidir actuaciones terapéuticas.
- Colaborar en el seguimiento de la realización de exploraciones complementarias o actos quirúrgicos sobre el AV.
- Colaboración en la Información al paciente y al centro de hemodiálisis de referencia sobre los resultados obtenidos y si es necesario planificar nuevas actuaciones terapéuticas.
- Referencia en la asistencia hospitalaria de los pacientes ingresados por problemas del AV del hospital, así como de los pacientes de las unidades de diálisis del hospital.
- Colaboración en la planificación y realización de reuniones periódicas con los diferentes centros periféricos de hemodiálisis, con doble vertiente asistencial y docente.

Conclusión:

Enfermería está presente en todas las fases del proceso de la enfermedad renal, por tanto, ejerce un papel im-

portante en el mantenimiento del AV. Dentro del equipo de coordinación de la UFAV su actividad conlleva una mejora asistencial al facilitar la comunicación y la unificación en el manejo del AV.

Ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en hemodiálisis

Montserrat Carrasco Capilla, María Ángeles Estirado Espejo

Hospital de Llerena. Badajoz

Introducción:

La principal causa de mortalidad en pacientes en Hemodiálisis es de origen cardiovascular.

El ejercicio físico moderado ha demostrado mejorar la calidad de vida, reduciendo el riesgo cardiovascular global de la población que lo practica.

Vamos a realizar inicialmente un estudio descriptivo de nuestra unidad, que constará de tres partes: una fase inicial donde se valoró la actividad física habitual y el perfil de los enfermos, una segunda fase donde realizaremos las intervenciones y una tercera fase final de evaluación de resultados. Actualmente nos encontramos en la fase inicial.

Nuestro proyecto se fundamenta en la necesidad de educar para la salud.

Objetivo:

El objetivo principal es evaluar el grado de actividad física de estos pacientes asociada a su comorbilidad e identificar a aquellos pacientes con posibilidad de mejorar su grado de actividad física.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal de los pacientes de nuestra Unidad de Hemodiálisis.

El personal de enfermería realizó una encuesta estandarizada a cada paciente donde se recogió sus hábitos de actividad física.

La encuesta consta de una serie de preguntas. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de cada paciente. Se valoró la comorbilidad de Charlson. Se uti-

lizó base de datos Nefrosoft 5.0, el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados:

Se estudió 11 pacientes, el 60% son varones. Edad media $66,27 \pm 15,08$ años, rango de edad (39,84). El tiempo medio en Hemodiálisis fue $72,09 \pm 41,28$ meses, rango (24,156). Etiología de la ERC fue un 45,5% por NTIC, un 27,3 % Nefropatía Diabética, Un 18,2 % por otras causas de Nefropatías y de un 9,1 % por Glomerulonefritis. El 100% son Hipertensos y 54,5 % presentan DM. Colesterol total $132,63 \pm 46,69$ (mg/dl), rango (89- 230), HDL $36,90 \pm 12$ (mg/dl), rango (24- 64), LDL $66,81 \pm 32,81$ (mg/dl), rango (26- 136) y Triglicéridos $172,09 \pm 111,83$ (mg/dl), rango (61- 39). Cifras medias de Hb $11,54 \pm 0,837$ (g/dl), rango (10,50- 13). El KT medio $49,55 \pm 8,96$, rango (32,80-63,70). El 70% son no fumadores. El 63,63% realiza algún tipo de ejercicio físico. El 45,45% camina. El 63,63% practica ejercicio físico más de 30 minutos al día.

Conclusiones:

La percepción de ejercicio físico es baja por parte de nuestros pacientes o bien ajustada a sus posibilidades reales. En realidad sólo un 18,18% hace bicicleta un ejercicio físico diferente a una mera actividad física ligera como puede ser caminar, teniendo en cuenta que nuestra población está envejecida, la respuesta es coherente.

Un aspecto importante es destacar que el 72,72% estaría dispuesto a realizar un ejercicio físico reglado en domicilio con elementos estáticos, muy interesante, pues, se podría plantear educadores en Educación Física en los centros de salud para mejorar el estado basal de una población cada vez más envejecida.

Hemos obtenido una brillante aceptación a nuestro proyecto, tanto para el aprendizaje como para su consecución. Se pretende demostrar la relación que existe

entre la disminución de la mortalidad a largo plazo y el ejercicio físico.

El ecógrafo como herramienta de trabajo de enfermería en hemodiálisis extrahospitalaria

Alberto Sánchez Martín, Silvia Villoria González, Belén Muñoz García, M^a Luz Sánchez Tocino, Vega Turrión Cabezas

Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Centro de Hemodiálisis El Castañar y Las Encinas. Salamanca

Introducción:

Un papel clave en el paciente renal es el cuidado de su acceso vascular (AV). Una de las situaciones que genera un mayor grado de estrés para el paciente y en numerosas ocasiones para el personal es el momento de puncionar una fístula arterio-venosa (FAVI) complicada o un acceso protésico dificultoso. En la bibliografía, enfermería ha utilizado la ecografía en diferentes áreas, como en la inserción de catéteres centrales por vía periférica (PICC) o canulación de vías venosas en situaciones de urgencia. En hemodiálisis puede ser viable introducir la ecografía bidimensional (2D) como una herramienta complementaria a la monitorización tradicional del acceso vascular.

Objetivos:

- Obtener un mapa vascular del paciente lo más fidedigno posible.
- Valorar el desarrollo anatómico del AV recién creado.
- Realizar punciones eco-guiadas del acceso dificultoso.

Material, Métodos y Resultados:

El equipo de enfermería utilizó, de manera autónoma, un ecógrafo portátil bidimensional con sonda lineal de 10Mhz. El estudio se llevó a cabo en los pacientes prevalentes de nuestras unidades extrahospitalarias (n=30).

- Se realizaron exploraciones seriadas de las fístulas en uso, registrando los hallazgos significativos. Se observaron alteraciones anatómicas en nuestros pacientes que no eran conocidas por el personal de enfermería: presencia de venas accesorias o colatera-

les, bifurcaciones de la basílica, tramos con zonas de luz venosa hiperecogénica (compatibles con trombosis) o tramos que profundizan de forma súbita.

- En las FAVIs de nueva creación se realizaron exploraciones a lo largo del periodo de maduración, registrando el progresivo aumento de calibre del trayecto venoso que se está desarrollando.
- En el caso de accesos vasculares dificultosos se realizaron punciones eco-guiadas a criterio del equipo de enfermería en situaciones de difícil punción, como un escaso desarrollo, edema o extravasación previa.

Conclusiones:

La posibilidad de contar con un aparato de ecografía en la unidad de hemodiálisis, especialmente en centros extrahospitalarios, que no tienen accesible esta tecnología en la práctica diaria, puede resultar útil para las actuaciones indicadas.

- Se mejora el conocimiento y registro del mapa vascular de nuestros pacientes, haciendo posible incorporar a la historia de enfermería, aparte de la información habitual, datos no conocidos previamente, para el mejor cuidado y utilización de la FAVI. La exploración facilita el hallazgo de nuevas zonas o trayectos de punción más distales.
- En fístulas de nueva creación, visualizar el desarrollo del mismo ayuda a la elección de la zona más adecuada para empezar a canular el nuevo AV.
- De forma subjetiva aumenta la autoconfianza del equipo de enfermería, a la hora de canular el AV de reciente creación o dificultoso. La técnica ecográfica ayuda a elegir la mejor zona de punción o posibilita canulaciones que a priori no son viables.

Espondilodiscitis en hemodiálisis. Papel de enfermería en la sospecha precoz

M^a Luz Sánchez Tocino, Silvia Villoria González, Alberto Sánchez Martín, Belén Muñoz García

Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Centro de Hemodiálisis El Castañar y Las Encinas. Salamanca

Resumen:

La espondilodiscitis es una infección del cuerpo vertebral y los discos adyacentes, cuya forma de diseminación más frecuente es la vía hematológica. Se trata de una entidad rara pero con una incidencia global en aumento, debido principalmente al incremento de bacteriemias en portadores de dispositivos intravasculares, como el utilizado en pacientes en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis, producida principalmente por *Staphylococcus aureus*. Su diagnóstico es difícil por presentarse con síntomas inespecíficos, enfermería es

el primer contacto del paciente en la sala de hemodiálisis, pudiendo ser la primera institución en dar la voz de alarma.

Se presenta el caso de un paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis por catéter yugular que presenta dolor de espalda y bacteriemia por *S. aureus*, y en cuya resonancia magnética nuclear se muestran datos sugestivos de espondilodiscitis. El tratamiento antibiótico empírico temprano y el abordaje multidisciplinario mejoran el pronóstico de esta infección potencialmente grave.

Evaluación del riesgo cardiovascular en el paciente sometido a hemodiálisis

Francisca Miralles Martínez, Manuel David Sánchez Martos, Mónica Gómez Rodríguez, Pedro Moreno Olivencia, M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Gloria Pérez Molina

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción:

La enfermedad renal crónica constituye un factor de riesgo cardiovascular derivado en sí mismo por la propia enfermedad y, además, por otras patologías frecuentemente asociadas. Los factores de riesgo cardiovascular asociados a la enfermedad renal se agrupan en: independientes, predisponentes, condicionales y derivados de la propia uremia. Nuestro objetivo fue identificar los factores independientes de riesgo cardiovascular en el anciano con enfermedad renal crónica e instaurar programas específicos de educación sanitaria que promuevan estilos de vida saludables, para modificar las conductas de riesgo con el fin de reducir la morbimortalidad.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional transversal de 51 pacientes renales mayores de 65 años, en tratamiento renal sustitutivo en programa de Hemodiálisis (HD).

Resultados:

El 49% eran hombres y el 51% mujeres. Media de edad de 65,1 años. El 94,1% de los pacientes de nuestro estudio presentan hipertensión arterial, el 49% diabetes e hiperlipemias el 78,4%. El 94 % de nuestros pacientes NO eran FUMADORES. Se creó un grupo de trabajo para impartir talleres formativos teórico-prácticos sobre medidas higiénico-dietéticas y técnicas de cambio en el estilo de vida.

Conclusiones:

Para disminuir el riesgo de padecer un accidente cardiovascular y aumentar la esperanza de vida de estos pacientes, es fundamental proporcionar una formación continuada al paciente/cuidador que les ayude a identificar los factores de riesgo cardiovascular, modificar estilos de vida de riesgo y establecer un plan de cuidados adecuado.

Grado de adherencia terapéutica mediante el cuestionario SMAQ

Raquel Reina Fernández, Lourdes Rueda Velasco, María del Carmen Domínguez Berruezo, Isabel Moreno Díaz, Patricia García Frías

Centro de Diálisis Málaga, Centro de Diálisis Torremolinos y Centro de Diálisis Axarquía. Málaga

Introducción:

La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y conlleva consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Disponer de información sobre la adherencia terapéutica ha demostrado efectividad en la mejora del cumplimiento terapéutico. Existen diferentes métodos para evaluar el cumplimiento, se dividen en directos que consisten en determinar el medicamento en algún fluido orgánico, son objetivos, pero son caros y pocos aplicables y los indirectos que son sencillos, económicos, fáciles de aplicar, disponemos de diversos cuestionarios validados.

Objetivos:

Conocer el grado de adherencia farmacológica de los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad mediante el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ).

Material y métodos:

Estudio transversal, descriptivo, en pacientes en terapia renal sustitutiva que contestaron las preguntas del cuestionario SMAQ, cuestionario validado en la población española con SIDA, un paciente se clasifica como no

cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia y en cuanto las preguntas de cuantificación, si refiere haber perdido más de dosis en la última semana o no haber tomado dos días completos la medicación en los últimos tres meses. Se incluyeron 53 pacientes. Se recogen datos sociodemográficos y clínicos básicos.

Resultados:

Se incluyen 53 pacientes. La causa más frecuente de ERC es la nefropatía diabética (26,41%), seguida de la no filiada (21.15%) y poliquistosis hepatorrenal (15,09%). La edad media de la muestra fue de 65,9 años. El 50,9 % fueron mujeres. Según el cuestionario SMAQ, el 51,9 % de los pacientes eran no cumplidores, de este grupo el 66 % fueron mujeres con una media de 63.89 años, del grupo de cumplidores sólo el 46 % fueron mujeres.

Conclusión:

El empleo del cuestionario es un instrumento breve y sencillo, fácil de utilizar pero se debería complementar con otros métodos para evaluar la adherencia ya que la información proviene del propio enfermo y se puede sobreestimar los resultados

Hemodiálisis domiciliaria diaria en nuestro hospital. Una opción de futuro

Elena María Renau Ortells, Vicente Cerrillo García, M^a José Folch Morro, Jorge Bort Castelló, M^a Carmen Salvador Lengua, Ana Cristina Ronda Nuñez

Hospital General. Castellón

Resumen:

La historia de la Hemodiálisis domiciliaria comenzó en los años 60, eran muy pocos los hospitales que contaban con la terapia de diálisis, por la falta de espacio, recursos humanos y económicos y esta escasez fue la que hizo que se desarrollasen programas de Hemodiálisis Domiciliaria(HDD). Tras su éxito inicial se produjo un declive por diversos motivos.

En los 70 se empezaron a crear más unidades de hemodiálisis y se desarrolla la DPCA, por lo que desapareció casi totalmente la HDD. En nuestro hospital contamos con una consulta de Enfermedad renal crónica avanzada de Enfermería donde se oferta también esta nueva modalidad para nuestra Unidad, la HDD.

Para ello pusimos en marcha hace seis años un programa de entrenamiento.

Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con la hemodiálisis diaria domiciliaria con los diez pacientes que han optado por ella.

Aparentemente no todos los pacientes son candidatos por lo que hemos establecido una serie de requisitos: condición biológica adecuada, mínima capacidad de aprendizaje, motivación, buen acceso vascular, contar con una persona de ayuda y disponer de un espacio y condiciones higiénico-sanitarias mínimas.

De estos 10 pacientes podemos decir que la edad media era + 61 de años, la distancia media al centro hospitalario de 42Km, mientras que la permanencia en la técnica de 32+ 17 meses. Cinco lo habían elegido como primera opción, 3 procedían de Diálisis Peritoneal y dos de un centro concertado.

La duración del entrenamiento ha sido de una media de + 30 sesiones. En todos los casos disponían de apoyo familiar bien los hijos o cónyuge.

En nuestra unidad hemos elaborado un entrenamiento flexible que nos ha garantizado tranquilidad al paciente y familia. En todo momento hemos desaconsejado que el paciente se halle sólo en su domicilio en el momento de la HD.

Es muy importante que el paciente se sienta apoyado en su domicilio tanto por un familiar como con nuestro equipo. La hemodiálisis domiciliaria no es una opción irreversible, ya que la posibilidad de volver a dializarse en el hospital o en un centro siempre queda abierta. Varios estudios avalan los beneficios de la hemodiálisis diaria, pero debido a las dificultades que se tiene en las unidades para poder desarrollarlas, la hemodiálisis domiciliaria diaria, sería una opción de tratamiento del futuro para pacientes estables. Para potenciar la HDD necesitamos dar tranquilidad al paciente a la hora de solucionar los posibles problemas que se le presenten en casa y la implicación de las instituciones ya que en la actualidad es el único tipo de hemodiálisis que permitiría reducir el intervalo dialítico en muchos pacientes.

En nuestra experiencia es una modalidad personalizada, segura, que permite al paciente seguir con su rutina diaria a la vez que es una modalidad terapéutica útil y susceptible de ser realizada por cualquier Servicio de Nefrología. Nuestro trabajo no permite obtener resultados estadísticos significativos, pero estamos convencidos que puede ayudar a otros compañeros a dar un primer paso y decidirse por esta opción terapéutica.

Herramienta de apoyo en la valoración y seguimiento del estado del orificio de salida de los catéteres venosos centrales

Raquel Díaz Manjón, Miguel Paramio Valtierra, Alfonso de la Vara Almonacid

Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Centro de Hemodiálisis Los Lauros. Madrid

Introducción:

Los catéteres son cada vez más frecuentes en las unidades de diálisis. La inclusión de pacientes con edades extremas en programa de hemodiálisis durante los últimos años, podría justificar este hecho. En nuestro centro suponen el 49% del total de los accesos.

Algunos de estos pacientes, se encuentran ante la imposibilidad en la creación de una fistula arteriovenosa, por lo que el CVC supone su único acceso vascular para la realización del tratamiento.

Sabemos, que las infecciones asociadas a los catéteres intravasculares son una importante causa de morbimortalidad, se trata de la complicación más frecuente y suele ser la causa principal de su retirada.

A diario, la enfermera es la encargada de vigilar el orificio de inserción, sin embargo, debido a las rotaciones internas en nuestra unidad, hemos detectado que ante una incidencia en un orificio, surgen en los profesionales algunos interrogantes durante su valoración, que con la descripción enfermera utilizada habitualmente no pueden responderse.

Ante este problema, creamos una herramienta basada en la fotografía digital.

Objetivos:

- El objetivo principal es mejorar la valoración y el seguimiento de las incidencias en los orificios de salida de los catéteres venosos centrales gracias a esta nueva herramienta.
- Como objetivo secundario nos planteamos reducir los costes sanitarios al disminuir la aplicación de pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

Material y métodos:

Dirigido a todos los pacientes portadores de catéter venoso central.

En primer lugar se formó al personal en la siguiente metodología: Ante una incidencia en un orificio, la enfermera realiza una fotografía in situ del problema con una cámara fotográfica, después, con un cable USB transfiere la foto al ordenador y lo adjunta a la historia clínica del paciente en el programa informático, junto con la fecha y la descripción enfermera correspondiente. Se irán tomando fotografías hasta la desaparición del problema. Cada profesional podrá consultar las fotos en cualquier momento de una forma rápida y sencilla, permitiéndoles tener una referencia previa del problema y así, poder revalorar y seguir su evolución de manera más objetiva.

Resultados:

El uso de esta herramienta ha permitido a los profesionales realizar una valoración más completa al poder incluir una imagen real del problema in situ y que ésta sea complementaria a la descripción enfermera habitual, la cual podría estar sesgada debido a la variabilidad de criterios en la práctica clínica.

Por otra parte, ha mejorado la evolución permitiendo a los profesionales emitir un juicio sobre la mejoría o el empeoramiento del problema.

En varias ocasiones evitamos la realización de pruebas complementarias (muestra de exudado pericatóter) y la aplicación de tratamientos tópicos locales innecesarios, lo que repercute de manera directa en beneficio del paciente y los costes sanitarios.

Conclusión:

La fotografía del problema es una herramienta complementaria a la descripción enfermera y supone una "buena herencia" para los compañeros.

Hemos mejorado la valoración y el seguimiento, lo que beneficia al paciente al tener un mayor control de su acceso, en ocasiones comprobamos como puede reducirse la realización de pruebas complementarias y la aplicación de tratamientos innecesarios, todo ello, gracias a dicha herramienta.

Implantación de la técnica button hole en una unidad de hemodiálisis hospitalaria: satisfacción del profesional y del paciente

Laura Baena Ruiz, Alicia Gómez Gómez, Alicia Marcos Ayuso, Beatriz Martín González

Hospital del Henares. Madrid

Introducción:

Por los profesionales del campo de la Nefrología es conocida la importancia de contar con un acceso vascular adecuado. El correcto uso y mantenimiento de ese AV, evitando las complicaciones asociadas al mismo, va a ser la piedra angular de la supervivencia del paciente relacionada con el aspecto técnico de la TRS.

La Técnica del Ojal o Button Hole es poco conocida y apenas está extendida en nuestro país, pero tiene grandes beneficios a los que podemos sacar partido. Por ello, en la Sala de Hemodiálisis de Crónicos de nuestro Hospital hemos comenzado su implantación.

Objetivo:

Implantar en la Sala de Hemodiálisis de Crónicos de nuestro Hospital la técnica de punción Button Hole como técnica de elección en todos los pacientes que cumplan los criterios establecidos.

Material y métodos:

Hace ya dos años, se inició en nuestra Unidad el proyecto piloto de la técnica de Button Hole en pacientes en programa de HDD. Tras los satisfactorios resultados obtenidos a nivel bilateral (tanto desde el punto de vista profesional como del paciente), se decidió comenzar con la implantación de dicha técnica en las FAV de los pacientes crónicos en programa de HD y HDF online. Inicialmente, los criterios de selección de pacientes a quienes realizarles la técnica fueron muy restrictivos:

- Pacientes direccionados al inicio de HDD con autopunción del AV.
- Pacientes en sala de crónicos con FAV de difícil punción o con multipunciones fallidas.

- Pacientes con dolor importante o miedo incorregible durante la punción del AV.

Tras los excelentes resultados y beneficios conseguidos, se decidió extender dicha técnica a todos aquellos pacientes que, previa información de los pormenores de la misma, estuviesen interesados en beneficiarse de los resultados que con el Button Hole estábamos obteniendo. El único criterio de exclusión que se planteó fue que los pacientes que salieran en periodos vacacionales a realizar el tratamiento de hemodiálisis en otros centros deberían aprender a realizarse la autopunción, ya que es una técnica poco extendida en el ámbito español y podrían desconocerla muchos profesionales.

Recursos materiales:

Para hacer dos túneles subcutáneos por pacientes se necesita:

- 5 Kit Bio Hole (1 kit/sesión).
- Clorhexidina.
- Gasas estériles.
- Pinzas estériles.
- Guantes estériles.
- Apósitos transparentes.

RRHH:

- 1 DUE.
- 1 TCAE.

Resultados:

Actualmente, contamos con una muestra de Button Hole del 32,26% de los pacientes con FAVI (30% en HDF online y 70% en HD). Los resultados constatados hasta el momento han sido:

1. Reducción del dolor derivado de las punciones.
2. Reducción del tiempo de hemostasia.
3. Disminución de presiones en el CEC con el consiguiente aumento de Qb en algunos casos.

4. Reducción de las punciones fallidas y/o multipunción con reducción del coste de material asociado.
5. Reducción del número de hematomas.
6. Estabilización del tamaño de los aneurismas.
7. Incremento de la implicación activa de los pacientes en su tratamiento.

Implantación de un programa de ejercicio en hemodiálisis: beneficios y dificultades

M^a Carmen Sancho Alcázar, Cristina Callizo Pequerul, María Durán Andía

Hospital San Juan de Dios. Zaragoza

Resumen:

Estudios previos evidencian el beneficio de implantar programas de ejercicio físico durante la sesión de hemodiálisis, tanto a nivel fisiológico como funcional o psicológico. Por eso, en nuestro centro se decidió implantar un programa de este tipo y valorar las dificultades y beneficios que ello supone.

Con la ayuda de fisioterapeutas y rehabilitadores se elaboró un programa de ejercicios que consta de dos partes:

- 1º Ejercicio aeróbico (pedales sin resistencia).
- 2º Ejercicio de fuerza (flexión-extensión de rodilla y flexión de cadera con rodilla en extensión, ambas con carga de 1 kg si es posible).

Se seleccionaron a todos los pacientes mayores o iguales a 70 años de edad del total de nuestra unidad (169) y se les aplicaron unos criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pertenecer a un programa de HD desde hace al menos 2 meses.
- Deseo de participar en el proyecto.

Criterios de exclusión:

- Ingreso hospitalario en los últimos 3 meses.
- Cardiopatía isquémica conocida.
- Problemas de acceso vascular. - Inestabilidad hemodinámica durante las sesiones de HD.
- Amputación EEII.
- Encamamiento o problemas graves de dependencia.
- Deterioro cognoscitivo/demencia.

A los pacientes que cumplían estos requisitos se les hizo una valoración inicial de diversos parámetros físicos, analíticos y psíquicos para finalmente seleccionar 12

pacientes para comenzar con el programa. Realizamos toma de constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno basal) antes y después del ejercicio y si no existe contraindicación se hacen los ejercicios.

A los cinco meses de comenzar el programa, de los doce pacientes iniciales continuaban en programa de forma regular seis; cuatro lo abandonaron por trasplante, uno por petición propia y otros dos sólo lo pudieron seguir de forma discontinua por empeoramiento en su estado de salud e ingresos hospitalarios. Cuando un paciente abandona el programa, lo comienza otro de los que ya se valoraron inicialmente pero no fueron seleccionados.

A los 6 pacientes que continuaban en el programa se les repitió la valoración. Observamos que la duración y la calidad de los ejercicios aumentan notablemente (ejercicio aeróbico de 9,25 minutos iniciales a 18,66 minutos; y ejercicios de fuerza de 5,83 repeticiones iniciales a 7,33).

También se pasó una encuesta de percepción de la salud a todos los pacientes que en algún momento participaron en el programa. El 65% dijo sentirse mejor físicamente desde que empezó a hacer ejercicio, el 57% dijo estar igual anímicamente, el 58% dijo pasar mejor las sesiones y el 100% de los encuestados valoró el programa de ejercicio en hemodiálisis como algo positivo. Sin embargo, en el análisis de los resultados del test COOP-WONCA no se aprecian cambios significativos.

Podemos decir que poner en marcha un programa así, con el tipo de pacientes que tenemos, conlleva una serie de dificultades logísticas y de organización del trabajo; pero ha tenido gran aceptación entre todos los enfermos y aunque resulte complicado cuantificar el beneficio físico, el beneficio percibido es alto.

Información al paciente en la preparación, inserción y cuidados de mantenimiento de los catéteres para hemodiálisis

Rosa María Magdalena Pinar, Abel Basilio Ruiz López, Rosa Escofet Gómez, M^a Jose Argerich Gonzalez, Maricel Julve Ibáñez, Luisa Gallego Español

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona

Introducción:

El número de pacientes con hemodiálisis crónica ambulatoria ha aumentado de forma significativa en los últimos años por la supervivencia prolongada de pacientes con enfermedad renal terminal. Las infecciones representan la segunda causa de mortalidad y ocasionan elevados costes para el sistema sanitario. Diferentes guías recomiendan la vigilancia sistemática de acontecimientos adversos relacionados con la infección sistémica o local del acceso vascular y el establecimiento de medidas de prevención. En el Área Territorial existen 6 centros públicos o concertados donde realizan hemodiálisis ambulatoria en torno a 700-800 pacientes.

Objetivo:

- Elaboración de una guía informativa dirigida a los pacientes portadores de catéteres para hemodiálisis de uso común para todos los centros de diálisis de nuestra gerencia territorial.
- Mejorar la información, preparación y cuidados de mantenimiento de los catéteres instaurados en pacientes en hemodiálisis.
- Disminuir las tasas de bacteriemia relacionadas con el uso de catéteres para hemodiálisis.

Metodología:

Durante el año 2013 se ha liderado desde el Equipo de Control de Infección en colaboración con el Servicio de Nefrología y los centros de diálisis periféricos un programa para la vigilancia y control de las infecciones relacionadas con el acceso vascular.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración de recomendaciones basadas en la evidencia, tanto para la información, preparación, cuidados de mantenimiento y otras estrategias a consensuar para la prevención

de efectos adversos relacionados con el acceso vascular en los centros de diálisis de nuestra gerencia territorial.

Se realizaron reuniones de consenso con los profesionales médicos y de enfermería de los centros de diálisis.

Se realizó una búsqueda bibliográfica y se diseñó un folleto informativo con la información relativa a los aspectos de preparación, instauración y cuidado de los catéteres en el domicilio.

Resultados:

Se ha elaborado una guía en formato papel que responde a las dudas más habituales de los pacientes y a toda la información que precisan para una correcta preparación, antes de la instauración del catéter y en los cuidados de mantenimiento. Ilustrada con dibujos didácticos, lenguaje sencillo y respondiendo a las preguntas que los pacientes se realizan más habitualmente como: ¿Qué es un catéter para hemodiálisis?, ¿Dónde lo llevaré colocado?, ¿Cómo he de prepararme en casa?, ¿Y en el Hospital o Centro de diálisis?, ¿Me dolerá?, ¿Me puedo duchar?, ¿Cada cuánto tiempo hay que cambiar el apósito?, ¿Puedo cambiarme el apósito?, ¿Y si me sangra, se desconecta o me duele....?, etc.

Conclusiones y discusión:

La elaboración de esta guía informativa nos ha servido para actualizar las recomendaciones que realizamos a los pacientes en materia de preparación, instauración y cuidados de mantenimiento de los accesos vasculares. El consenso realizado ha servido para unificar criterios entre el centro hospitalario de instauración de los catéteres y los centros de diálisis de los pacientes.

Contar con la colaboración de los pacientes ha sido clave para conocer las preocupaciones, dudas y dificultades en el cuidado de los catéteres.

Nivel de conocimientos de los pacientes en hemodiálisis

Ana Soraya Gómez David, Mónica Martín Cano, Alejandro Barbero Hidalgo

Centro de Dialisis. Málaga

Introducción:

La educación sanitaria sobre la dieta así como la toma correcta de la medicación es una parte más del cuidado del paciente renal y su correcto seguimiento ayudará al enfermo a mantener un estado de bienestar y disminuir el riesgo de comorbilidad y mortalidad. La dieta del paciente en hemodiálisis es compleja y conlleva muchas restricciones, lo que suele causar confusión en el paciente. Diariamente desempeñando nuestro trabajo observamos que los pacientes presentan con cierta frecuencia dudas y comportamientos que sugieren un déficit de conocimientos sobre la hemodiálisis y los aspectos que la rodean (cumplimiento del tratamiento, aspectos generales, dieta...), con lo que decidimos realizar un estudio para conocer lo que saben nuestros enfermos sobre la hemodiálisis.

Objetivos:

Valorar el nivel de conocimientos que tiene el paciente con respecto a la dieta a seguir, toma de medicación y conceptos generales de su tratamiento.

Material y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra de estudio fue compuesta por 75 pacientes a los que se les distribuyó una encuesta de 14 ítems de respuestas múltiples, en las que se valora los conocimientos sobre dieta, medicación y aspectos generales del paciente renal en diálisis. No se incluyeron en la muestra pacientes de vacaciones, con deterioro cognitivo y/o con barrera idiomática. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

Resultados:

Del total de la muestra, 41 son hombres (54,7%) y 34 mujeres (45,3%), con una media de edad de $67,07 \pm 11,52$. El tiempo en diálisis que predomina es igual o superior a 3 años (49,3%), sobre los que llevan de 1 a 3 años (26,7%) y menos de 1 año (24%). Tras analizar las encuestas, encontramos un 70,4% de respuestas correctas, las cuales predominan en el sexo masculino (73,2%) y en los pacientes entre los 46 y 65 años (75,3%).

El 65,3% de los encuestados sabe el porqué se le incluyó en programa de diálisis. El nivel de conocimientos con respecto a líquido y ultrafiltración fue el adecuado en el 75,3% de la muestra. El 68,9% sabe identificar alimentos ricos en potasio, sus efectos y cómo rebajarlo. En cambio, sólo un 57,3% tiene conocimientos adecuados con respecto al fósforo y la identificación de alimentos que lo contienen. En cuanto a la toma de medicación, el 73,4% ha indicado llevarla a cabo correctamente.

Conclusiones:

El papel de enfermería en hemodiálisis no sólo abarca técnica en acceso vascular y buen manejo del monitor, sino que la educación sanitaria es un pilar muy importante. Los conocimientos deficientes en un porcentaje preocupante de nuestros pacientes sobre la dieta y la medicación pueden dar lugar a un aumento de la morbilidad, por lo que deberíamos incidir más en este aspecto de nuestra labor enfermera. Se tendría que hacer evaluaciones periódicas a los pacientes de nuestra unidad, para poder identificar a aquellos con déficit de conocimientos y reforzar su formación.

Plan de seguridad para una unidad de hemodiálisis

Eva María Redondo Polvorinos, Rosa M^a Franco Herrera, Ignacio García Barrero, Esperanza Garrido Sánchez, Gemma Buendía Jiménez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción:

La seguridad clínica es esencial en el sistema de calidad. Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Así mismo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de sus ocurrencias.

Objetivos:

General

- Mejorar la calidad asistencial de pacientes en hemodiálisis disminuyendo la incidencia de daños. Específicos.
- Elaborar un listado de efectos adversos/causas.
- Crear una hoja de registro de efectos adversos.
- Implantar plan de seguridad.

Metodología:

Primera fase:

- Revisión bibliográfica y reuniones para identificar los eventos adversos que aparecen.
- Elaborar un registro de notificaciones anónimo y recoger datos durante seis meses.

Segunda fase:

- Confeccionar una base de datos para análisis estadísticos y detección de fallos no previstos en el plan.
- Utilización de alguno de los eventos adversos del registro como indicadores para elaborar un AMFE (análisis modal de fallos y efectos, herramienta imprescindible en materia de seguridad del paciente).

Identificación de riesgos:

- Error en la petición/identificación de muestras analíticas.
- Error en la prescripción/administración de medicación.
- Caídas.
- Inadecuado tratamiento dialítico.
- Coagulación del sistema/línea venosa.
- Transmisión de enfermedades nosocomiales.
- Infección de acceso vascular.
- Hematoma.
- Pérdida de aguja.
- Errores en la relación peso seco/peso húmedo.
- Hipotensión post-pandrial.
- Hemólisis.
- Error en la identificación/administración de hemo-derivados.
- Broncoaspiración.

Registro de notificaciones:

FECHA EVENTO ___/___/___ HEMODIÁLISIS
 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE: EDAD: SEXO:
 PROFESIONAL QUE NOTIFICA: Médico Enfermero
 Auxiliar Celador EVENTO:

- Infección de acceso vascular FAV Catéter
- Caída Hemólisis
- Error en la identificación/administración hemo-derivados
- Errores en la relación peso seco / peso húmedo:
 - Error al pesar al paciente
 - Errores en la UF por exceso/defecto
- Pérdida de aguja
- Coagulación del sistema / línea venosa
- Extravasación / Hematoma
- Error en la petición / identificación de muestras de analíticas
- Error en la administración de la medicación o Administración errónea de medicación o Olvido de administración de medicación oral/parenteral
- Infección nosocomial. Tipo:
- Broncoaspiración
- Incidencia negativa en traslado de pacientes. Tipo:

- Cuidado inadecuado por sobrecarga asistencial / equipo inexperto
 - Coordinación inadecuada interservicios. Tipo:
 - Incidencia de aparataje. Tipo:
 - Otras
-

Conclusiones:

La implantación del plan de seguridad del paciente en hemodiálisis supondrá una mejora en la calidad asistencial, una revisión de los POES que utilizamos en nuestra unidad y la elaboración de un plan de formación del personal. A su vez la hoja de registro nos servirá para validar con resultados todo el proceso.

Sellado de catéteres en hemodiálisis. Estudio piloto comparativo de dos soluciones de sellado: heparina sódica al 1% versus citrato sódico al 4% (Citraflow®)

Lucía Lamela Rivas, Elena Muriel Ríos, Sila Illanes Suárez, Sara Hussein Cobos, Tania Abeijón Carreño, Carmen Ornos Agra

Hospital Quiron. A Coruña

Resumen:

El sellado de catéteres permanentes sigue siendo una preocupación en los servicios de hemodiálisis, donde se continúa buscando la eficiencia y la seguridad en el sellado de catéteres de larga duración.

Tenemos como objetivo en este estudio, comparar dos soluciones de sellado de catéter para hemodiálisis: Heparina al 1% y Citrato sódico al 4%(Citraflow®).

El estudio consta de 9 pacientes 8 mujeres y un hombre con una edad media de 69.8 años de edad, portadores de catéter tunelizado, estables y que habían dado su consentimiento para el estudio.

Se comienza el sellado con Citrato 4% durante 12 sesiones y posteriormente con Heparina al 1% durante el

mismo periodo de tiempo. Durante este tiempo se registraron una serie de parámetros: Velocidad de bomba, flujo efectivo, presión venosa, número de manipulaciones, infecciones, hipotensiones, recirculaciones, uso de fibrinolíticos y los resultados obtenidos de la realización de gasometría venosa y estudio de coagulación (muestra extraída de vía venosa periférica).

Al finalizar se compararon los estudios mediante T-Student.

Tras 216 sesiones de Hemodiálisis concluimos que el sellado de catéteres en Hemodiálisis con Citrato sódico es igual de eficaz que la Heparina al 1%, con la ventaja de que el uso del Citrato al 4% lleva asociado una mayor comodidad y seguridad por venir en jeringas precargadas.

Sistema de evaluación de los estudiantes en prácticas de grado en enfermería en nuestra unidad de diálisis

Jorge Bort Castelló, Elena María Renau Ortells, Lucía Moreno Querol, Soledad Guallar Márquez, María Carmen Salvador Lengua, María José Folch Morro

Hospital General. Castellón

Resumen:

Una de las funciones de un hospital es la formación de los alumnos en prácticas de Grado en Enfermería. La formación práctica de un estudiante universitario es de gran relevancia tanto para el desempeño de la profesión como para su desarrollo personal y académico.

Los alumnos realizan en nuestra unidad de diálisis prácticas preprofesionales en forma de rotatorio clínico y con evaluación final de competencias. Esto permite incorporar valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la enfermería, basados en principios y valores.

Nuestros objetivos son:

- El estudiante tiene que obtener un máximo de aprovechamiento de su estancia en la unidad de diálisis completando la adquisición de las competencias y conocimientos.
- Facilitar al estudiante la información y formación para desarrollar las prácticas clínicas.
- Valorar la intervención del enfermero/a de referencia como elemento necesario y fundamental tanto para el aprendizaje del estudiante como para su posterior evaluación.

La metodología empleada para la adquisición de competencias integra contenidos teóricos y prácticos mediante prácticas tuteladas.

En nuestra unidad contemplamos la figura del enfermero/a de referencia que es el encargado de coordinar, observar y seguir el aprendizaje de las actividades relacionadas con la adquisición de competencias. Le ayuda la plantilla de enfermeros/as de referencia y asistenciales. Para ello el personal de enfermería ha realizado cursos de formación para tutelar a los estudiantes.

Los últimos días del rotatorio se les realiza a los alumnos un examen tipo test de 30 preguntas de elaboración propia valorando los conocimientos teóricos.

El enfermero/a de referencia también evalúa al alumno mediante la observación de la actitud, responsabilidad, iniciativa y predisposición.

Una vez finalizado el rotatorio de prácticas se les entrega una encuesta de satisfacción anónima para que los alumnos valoren la metodología, la organización y la valoración del enfermero/a de referencia. Señalar la importancia de la enfermera asistencial a la hora de facilitar el aprendizaje. A las enfermeras, la atención al alumno les supone un aumento de las cargas de trabajo, por lo que en ocasiones son reacias a asumir sus responsabilidades docentes. Podría ser conveniente realizar alguna intervención para potenciar esta faceta.

Diversos estudios hacen referencia a que se valora muy positivamente por parte del alumno al enfermero/a de referencia ya que además de los conocimientos que le aporta le ayuda a integrarse en el equipo.

Las encuestas de satisfacción de los alumnos son altamente positivas lo que nos evidencia que estamos en el camino correcto con respecto a la figura del enfermero/a de referencia. Observamos que con la figura del enfermero/a de referencia el alumno se ve más reforzado en el proceso de aprendizaje y mejor tutelado en la adquisición de conocimientos.

Las calificaciones de los alumnos son satisfactorias observando en el seguimiento al alumno que conocen y aplican los conocimientos adquiridos así como se valora su razonamiento.

Donantes mayores de 60 años: órganos óptimos para trasplantes

Ana Isabel Velázquez Fernández, Francisco Velázquez Coronillas, María Lourdes Benítez Ruiz, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos:

Analizar la evolución de los pacientes con trasplante renal procedente de donantes añosos (>60 años).

Métodos:

Diseño: estudio retrospectivo y descriptivo.

Periodo de estudio: Año 2008 y 2009.

Ámbito: Hospital Universitario de referencia para el trasplante renal en la provincia de "Cádiz" que abarca una población de 1.243.519 habitantes.

Sujetos: Todos los pacientes trasplantados con injertos renales procedentes de donante cadáver mayores de 60 años.

Protocolo: realizado en el post trasplante tras tres años de evolución.

Variables: Edad, sexo, evolución del injerto y de paciente etc.

Resultados:

Se estudiaron 41 pacientes trasplantados renales. 58,5 % eran hombres y 41,5% mujeres. De estos 27 (66%) eran receptores > de 60 años y 14 (34%) eran < de 60 años. Edad Media: 61 (40-72). 6 de ellos con trasplantes previos (14,6%). El 78,04% (32) de los trasplantes renales funcionaban tras dos años de evolución y el 22% (9) de ellos no evolucionaron bien. Las causas de pérdida fueron por fallecimiento del receptor el 66,6% y un 33,3% sufrieron trombosis arterial en las primeras 24h. post trasplante. El 56% necesitó hemodiálisis en los primeros días de evolución.

Conclusiones:

En nuestra provincia los receptores mayores de 60 años son trasplantados con injertos procedentes de donantes añosos. A los dos años de evolución más de las tres cuartas partes de los trasplante realizados siguen evolucionando favorablemente aún cuando más de la mitad de estos pacientes necesitaron hemodiálisis post trasplante inmediato.

Estudio de los pacientes trasplantados renales con injertos menores de 60 años

Ana Isabel Velázquez Fernández, Francisco Velázquez Coronillas, María Lourdes Benítez Ruiz, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos:

Estudiar la evolución de los pacientes con trasplante renal procedente de donantes jóvenes (< 60 años)

Métodos:

Diseño: estudio retrospectivo y descriptivo.

Periodo de estudio: Año 2008 y 2009.

Ámbito: Hospital Universitario de referencia para el trasplante renal en la provincia de Cádiz que abarca una población de 1.243.519 habitantes.

Sujetos: Todos los pacientes trasplantados con riñones procedentes de donante cadáver con edad < de 60 años.

Protocolo: realizado en el post trasplante tras tres años de evolución.

Variables: Edad, sexo, evolución del injerto y de paciente etc. Análisis efectuado con SSPS-15.

Resultados:

Se estudiaron 58 pacientes con trasplante renal. Edad Media: 42 (18-66). 33 (57%) eran hombres y 25(43.10%) mujeres. 9 de ellos fueron trasplantados previamente (15,5%). 54 injertos renales funcionantes tras dos años de evolución (93%), 21 de los pacientes (36%) necesitó hemodiálisis post trasplante inmediato. Los trasplantes no funcionantes representaban el 7% de los casos, las causas de pérdidas de estos injertos tanto en el primer como en el segundo fue por trombosis arterial en las primeras 24 h post trasplante.

Conclusiones:

En nuestro centro todos los trasplantes no funcionantes de donantes < 60 años presentaron trombosis arterial renal en las primeras 24 horas post trasplantes. En contraposición más del 90% de los enfermos trasplantados con este tipo de órgano continúan funcionando a los dos años de haberse implantado, aunque más de una tercera parte de ellos necesitaran hemodiálisis tras la intervención.

Evolución de los pacientes trasplantados renales en la provincia de Cádiz

Ana Isabel Velázquez Fernández, Francisco Velázquez Coronillas, María Lourdes Benítez Ruiz, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos:

Analizar las características y la evolución de los pacientes con trasplante renal en la provincia de Cádiz.

Métodos:

Diseño: estudio retrospectivo y descriptivo.

Periodo de estudio: Año 2008 y 2009.

Ámbito: Hospital Universitario de referencia para el trasplante renal en la provincia de "Cádiz" que abarca una población de 1.243.519 habitantes.

Sujetos: Todos los pacientes trasplantados.

Protocolo: realizado en el post trasplante tras tres años de evolución.

Variables: Edad, sexo, evolución del injerto y de paciente etc. Análisis efectuado con SSPS-15.

Resultados:

Se estudiaron 111 pacientes trasplantados renales. 57,5 % eran hombres y 42,5% mujeres. Edad Media: 50.4 (18-72). 12 de ellos (10,8%) fueron trasplantados con injertos procedentes de donante vivo y 99 (89,2%) pacientes con trasplantes procedentes de donante cadáver. De estos últimos el 15% había sido trasplantado previamente. Los trasplantes renales funcionantes tras dos años de evolución fueron 84 (84,5%), y los injertos no funcionantes 15 (15,5 %). Características de los riñones no funcionantes: 86,7% presentaron un rechazo del injerto, un 33,3 % sufrieron trombosis arterial en las primeras 24 h post trasplante y el 44,5% necesitó hemodiálisis en los primeros días de evolución. En el 33,3% de los casos falleció el receptor.

Conclusiones:

En nuestro centro la pérdida del injerto renal es del 15,5%. Todas estas fueron procedentes de donaciones de cadáver. Una tercera parte de ellas fueron por fallecimiento del receptor. Casi el 90% de los enfermos trasplantados en nuestra provincia conservan el injerto renal funcionado a los dos años de evolución.

Implicaciones del genotipo en el tratamiento con tacrolimus en pacientes trasplantados renales

Estibaliz Aldamizetxebarria Sagasti, Marta Albareda Díez, Verónica Muñoz Rodríguez

Hospital Universitario de Cruces. Bizkaia

Introducción:

El uso del Tacrolimus en combinación con Micofenolato, es el régimen terapéutico más comúnmente prescrito en inmunosupresión en la población trasplantada renal. Debido a su estrecho margen terapéutico y gran variabilidad interindividual, resulta necesario realizar un ajuste personalizado de dosis mediante "monitorización terapéutica", para minimizar los efectos tóxicos y optimizar su eficacia terapéutica. Actualmente, se realiza un ajuste de dosis subjetivo, por lo que hemos decidido poner en marcha un estudio piloto multidisciplinar para conseguir un ajuste individualizado de dosis mediante el desarrollo de una herramienta que correlacione la farmacocinética del Tacrolimus con la genética propia de cada trasplantado renal.

Objetivos:

Principal: Predecir la dosis de Tacrolimus a administrar individualizada para cada paciente trasplantado renal, basándonos en la asociación existente entre genética del paciente y farmacocinética.

Secundario: Desarrollar una herramienta de uso clínico, para definir de manera objetiva la dosis precisa e individualizada de Tacrolimus.

Material y métodos:

Se realizó un estudio piloto analítico, observacional, prospectivo, longitudinal y multidisciplinar de tres meses de duración. Se incluyeron 19 pacientes de ambos sexos y distintas razas con edades comprendidas entre 25-73 años aplicándoles diversos criterios de inclusión (edad >18 años, máximo 2º trasplante de riñón cadáver

y firma de consentimiento informado) y unos criterios de exclusión (doble trasplante, sustitución del tacrolimus por otro inmunosupresor, intolerancia al Tacrolimus, macrólidos esteroides y anticuerpos anti Cd-25, participación simultánea en otro ensayo clínico durante el tiempo de ajuste de dosis de Tacrolimus e infecciones virales en el momento del estudio o de agentes considerados como inmunomoduladores).

Para evaluar las posibles asociaciones entre variables clínicas y genéticas que pudieran ser determinantes para la optimización de la dosis de Tacrolimus, se emplearon variables clínicas como: peso seco del paciente, fecha de trasplante y alta, dosis de Tacrolimus en postoperatorio inmediato y al alta, niveles en sangre de Tacrolimus (ng/ml) y variables genéticas; en las cuales se empleó la herramienta Pharmachip (Progenika Biopharma S.L.) para el análisis de polimorfismos genéticos presentes en los genes que pudieran tener un significado biológico asociado a la farmacocinética del Tacrolimus.

Se analizaron las asociaciones individuales entre ellas mediante el test de alelos y de genotipos, empleando el software Golden Helix SVS. Para el análisis estadístico se utilizaron el test de Chi-cuadrado, F-test y test de Bonferroni.

Resultados:

Se demostró la existencia de genes estrechamente relacionados con el metabolismo del Tacrolimus. Los resultados de asociación obtenidos se muestran en dos momentos del estudio: post-trasplante y pre-alta. Se distinguen tres puntos de corte en cada uno de los momentos de estudio: niveles bajos (8ng/ml), altos (>12ng/ml) y normalizados. Se asocian genes determinados para cada nivel.

Discusión y conclusiones:

La realización de un estudio genético de los pacientes previo al trasplante renal, nos permitiría predecir las dosis de Tacrolimus necesarias para obtener la mayor eficacia del tratamiento.

Se desarrolla una herramienta de uso predictivo de la dosis de Tacrolimus según el genotipo de cada paciente que se evaluara posteriormente mediante un estudio multicéntrico.

Inmunoadsorción: complicaciones potenciales asociadas a la técnica

Abel Basilio Ruiz López, Rosa María Magdalena Pinar, Maricel Julve Ibáñez, M^a José Argerich González, Ana Luque Hernández, Begoña Cañas Díaz

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona

Introducción:

La inmunoadsorción (I.A) es un tratamiento extracorpóreo que utiliza un filtro que consigue eliminar inmunoglobulinas humanas del tipo IgG, IgA, IgE, IgM e inmunocomplejos que quedan atrapados por los componentes altamente específicos de anticuerpos policlonales, reinfundiendo el plasma filtrado al paciente. En nuestro servicio hemos iniciado su utilización previa al trasplante renal de donante vivo en grupo ABO incompatible para conseguir reducir o eliminar las isoaglutininas responsables del rechazo entre membranas de dos grupos sanguíneos incompatibles. La técnica de la IA se asocia con la administración y utilización tanto de fármacos como infusiones endovenosas y el material terapéutico indispensable para su empleo. Esta terapia provoca la presencia de posibles complicaciones (C.P) asociadas a los problemas interdependientes que se encontrarán en todos los casos en que esta técnica sea aplicada.

Objetivo:

Detectar las complicaciones potenciales asociadas a la inmunoadsorción aplicando la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Metodología:

Estudio retrospectivo observacional que incluyó tres pacientes incidentes en inmunoadsorción de octubre del 2013 a abril del 2014 con 15 sesiones realizadas.

Protocolo de trasplante renal ABO incompatible de nuestro centro.

Procedimiento técnico de la inmunoadsorción. Aplicación de la taxonomía de la NANDA.

Resultados:

Problemas de Colaboración:

- C.P: Infección secundaria a tratamiento inmunosupresor 30 días antes del trasplante.
- C.P: Arritmia, obstrucción e infección intra/ extra luminal secundaria a catéter venoso central.
- C.P: Infección secundaria a punciones en pacientes portador de fístula arterio venosa interna.
- C.P: Desequilibrio electrolítico (Hipocalcemia) secundario a infusión de citrato sódico (ACDA) como anticoagulante durante toda la sesión.
- C.P: Hipervolemia secundaria a infusión continua de citrato sódico y suero fisiológico (infusión del lavado de las columnas durante la técnica) en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada o Terminal.
- C.P: Hemorragia secundaria a la administración de heparina sódica al inicio y durante la sesión así como sangrado durante la sesión debido a la desconexión del set de líneas con las agujas o a la extracción accidental de las mismas.
- C.P: Hemólisis secundaria a la coagulación o mal funcionamiento del disco separador de plasma.
- C.P: Hipotensión secundaria a algún episodio hemorrágico, a la extracción del volumen de sangre del circuito extracorpóreo o a arritmias producidas por hipocalcemia inducidas por el citrato sódico.

Conclusiones y discusión:

La utilización de la inmunoadsorción debe ser entendida desde un prisma multidisciplinar para la prevención de las complicaciones propias de la técnica y las características comunes a los pacientes. La aplicación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC nos ha ayudado a identificar las complicaciones potenciales de los pacientes.

Nos hemos centrado en los problemas interdisciplinarios comunes ya que el desarrollo de un plan de cuidados enfermeros es individual y diferente para cada paciente, donde la valoración inicial del mismo nos indicará los

posibles diagnósticos enfermeros a resaltar. En este aspecto, la realización de futuros casos clínicos individualizados nos puede mostrar posibles diagnósticos comunes presentes en pacientes sometidos a inmunoadsorción.

Retraso en el crecimiento intrauterino en mujeres con trasplante renal

Mireia Soriano Calvo, Azahara, Sánchez Gómez, Nerea Martínez Castellón, Daniel Lerma García, Raquel del Águila Ruiz, José Miguel Carayol Sola

Hospital Can Misses, Hospital General Universitario Santa Lucía y Hospital Francisc de Borja. Baleares

Introducción:

El embarazo en la paciente trasplantada renal constituye el máximo exponente de la normalización, con la recuperación de la función renal y el restablecimiento del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. Durante el embarazo, existen cambios anatómicos y funcionales. Debido a la alteración de la función renal y del efecto que sobre la gestación y sobre el mismo riñón trasplantado pueden tener las drogas inmunosupresoras, siempre se debe considerar embarazos de alto riesgo y por ello requieren una atención especial por parte de un equipo multidisciplinar.

Crecimiento intrauterino restringido (CIR) es una patología de los fetos que presentan una función placentaria alterada. Se identifica por Doppler, apreciando una anomalía de la arteria umbilical o en la arteria media cerebral. El feto con CIR es aquel que tiene una limitación del crecimiento intrínseco.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cuidatge.

Palabras clave:

Embarazo, trasplante renal, retraso en el crecimiento intrauterino

Resultados:

El embarazo en la paciente trasplantada deberá presentar antes de la concepción una función renal con-

servada, con una creatinina sérica inferior a 1,5 mg/dl, la proteinuria deberá estar ausente o ser inferior a 0,5 gramos al día la presencia de hipertensión arterial leve (TA < 15 mg/día, azatioprina < 2mg/kg/día, ciclosporina < 4 mg/kg/día, tacrolimus a dosis terapéuticas), y deberá retirarse el mofetil-micofenolato y sirolimus. Aun siguiendo estas recomendaciones hay factores de riesgo que pueden llevar a desarrollar un CIR, son los siguientes: tabaquismo, drogas, historia previa de fetos con CIR, índice de masa corporal 40 años), enfermedades maternas (sobre todo renales y vasculares) y complicaciones de la gestación como los trastornos hipertensivos. Según la bibliografía consultada el retraso del crecimiento intrauterino es hasta de un 20% de los embarazos.

Una vez diagnosticado el CIR, la conducta que deberemos tomar será intentar maximizar la edad gestacional, minimizando la morbi-mortalidad neonatal. No está resuelto el tiempo óptimo para finalizar la gestación en caso de feto CIR. No existe un tratamiento intraútero adecuado para el control de estos fetos, por lo que las opciones en el manejo incluyen un control más frecuente y la extracción fetal cuando las pruebas indiquen el riesgo neonatal. La frecuencia de estos controles dependerá de las condiciones fetales.

Conclusiones:

El buen control de la HTA, de la dosis de inmunosupresores y un seguimiento exhaustivo aquellas mujeres que presenten alteraciones hará que el éxito de la gestación en mujeres trasplantadas de riñón sea similar a la población de mujeres no trasplantadas.

Dieta variada pero segura. La tecnología al servicio de los pacientes con insuficiencia renal

Anna Morera Torres, M^a Gloria Casals Suau, Marina Fenollar Boixader, Josep Maria Galceran Gui

Althaia Centre Hospitalari. Barcelona

Resumen:

Los pacientes con insuficiencia renal tienen un elevado riesgo de trastornos metabólicos derivados del aumento en sangre de componentes habitualmente eliminados por el riñón. Por este motivo, a menudo deben restringir en su dieta el aporte de estos componentes, fundamentalmente potasio, fósforo, sodio y agua. Los pacientes suelen recibir este aprendizaje en sesiones con personal especializado de enfermería y se facilita material gráfico explicativo. Sin embargo, con el paso del tiempo las recomendaciones se olvidan y los materiales se pierden, o no se tienen a mano cuando se necesitan, o bien quien se encarga de esta tarea no es el mismo paciente sino un cuidador que no ha recibido la formación adecuada. En consecuencia, a menudo sucede que o se aplican restricciones demasiado estrictas, limitando innecesariamente

la dieta, o bien se adopta un comportamiento de riesgo al consumir alimentos peligrosos.

Nuestro servicio de Nefrología y otros profesionales, ha desarrollado una aplicación para teléfonos móviles y tabletas para la ayuda en la dieta a pacientes con insuficiencia renal. La aplicación permite una consulta intuitiva de alimentos y un código visual de seguridad, así como consejos para la manipulación de los alimentos; ofrecer recetas y menús que permite a los usuarios enviar y compartir sus propias recetas, previa validación profesional.

Presentamos a la comunidad de enfermería nefrológica esta aplicación, que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal y reducir el riesgo de hiperpotasemia e hiperfosfatemia.

Evaluación de la enseñanza a enfermeros sobre la gestión clínica y metodológica del paciente renal para mejorar las competencias profesionales

Marta Pérez Doctor, Trinidad López Sánchez, Jesús Zambrana Hervás, M^a Luz Amoedo Cabrera

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción:

Se han impartido seis cursos de formación sobre de la gestión clínica y metodológica del paciente renal con el fin de dar solución a uno de los grandes problemas que abordamos a diario: el desconocimiento del profesional de enfermería del paciente renal. Se ha pretendido mejorar sus conocimientos, aptitudes y habilidades (mapa de competencias) y la atención integral al paciente, así como la resolución de los diagnósticos de enfermería más prevalentes en los enfermos renales.

Objetivo general:

Actualizar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la gestión clínica y metodológica del paciente renal.

Objetivos específicos:

- Evaluar el conocimiento en anatomía, fisiología, patología renal, tratamientos sustitutivos y nutrición, previa y posteriormente al curso de formación.
- Evaluar los conocimientos, aptitudes y habilidades en procedimientos focalizados en los tratamientos sustitutivos: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante, previa y posteriormente al programa formativo.
- Evaluar los cuidados de enfermería al paciente renal basado en la valoración integral focalizada, planes de cuidados estandarizados y recomendaciones, previa y posteriormente a la intervención enseñanza.

Metodología:

- Impartidos seis cursos, desde diciembre de 2011 a marzo de 2014, de modo presencial, de 20 horas de duración, repartidas en cuatro horas durante cinco días, dirigido a enfermeros.

- Ocho unidades didácticas:
- Anatomía y fisiología renal.
- Patología renal.
- Tratamientos sustitutivos en la insuficiencia renal.
- Hemodiálisis.
- Diálisis peritoneal.
- Nutrición en la insuficiencia renal.
- Patologías asociadas en el paciente renal con IRCT en tratamiento sustitutivo.
- Trasplante renal.
- Evaluación previa y posterior al curso, con cuestionario de 12 preguntas de respuestas múltiples de las que solo una de ellas es correcta.
- Análisis estadístico con SPSS 15.0.

Resultados:

- Total de cuestionarios previos al curso n=96
Media: 8,61
Moda: 9,00 (existen varias modas, se muestra la menor de ellas)
Desv. Típ.: 1,76
- Total de cuestionarios posterior al curso n=87
Cuestionarios perdidos: 9
Media: 9,97
Moda: 11,00
Desv. Típ.: 1,57

El resultado de los cuestionarios se ha clasificado:

- 12 respuestas correctas: muy alto nivel de conocimientos
- 10-11 respuestas correctas: alto nivel de conocimientos
- 8-9 respuestas correctas: medio nivel de conocimientos
- 6-7 respuestas correctas: bajo nivel de conocimientos
- 0-5 respuestas: muy bajo nivel de conocimientos

Evaluación previa al curso

4,2% (n=4): nivel muy bajo

23,9% (n=23): nivel bajo

36,5% (n=35): nivel medio

33,4%(n=32): nivel alto

2,1% (n=2): nivel muy alto

Evaluación posterior al curso

2,1% (n=2): nivel muy bajo

5,2% (n=5): nivel bajo

20,9% (n=20): nivel medio

53,2% (n=51): nivel alto

9,4% (n=9): nivel muy alto

9,4% (n=9): N/C

Conclusiones:

La NIC enseñanza sobre el paciente renal dirigida a profesionales de enfermería, adecuadamente estructurada en unidades didácticas y basada en la investigación, mejora los conocimientos, habilidades y aptitudes del profesional de enfermería, y por consiguiente, la atención integral al paciente renal.

Gestión de residuos en hemodiálisis: una oportunidad de ahorro

Ángel Jiménez Maldonado, Alicia Quintano Pintado, Ana Dorado Garcia, Isabel Casanova Mateo, Ana Belén Martínez Galán, Yolanda Perales Feliz

Hospital Universitario de Río Hortega. Valladolid

Introducción:

En la época actual todos somos responsables de la gestión adecuada en nuestros puestos de trabajo, más aún cuando los recursos económicos del sistema sanitario han disminuido.

En la gestión de residuos sanitarios es importante el papel del personal sanitario, pues en él recae la misión de separarlos adecuadamente.

El tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios considerados peligrosos (tipos III y VI) deben atender a criterios de inocuidad, asepsia y salubridad con el fin de garantizar la eliminación de los gérmenes patógenos y la protección del medio ambiente. Todo el material que forma parte del circuito hídrico del riñón artificial fungible y que no está en contacto con la sangre puede desecharse como residuo tipo II en vez como residuo tipo III donde desechamos el circuito hemático y que al final se incinera.

Objetivos:

1. Adecuada clasificación de los residuos sanitarios de nuestra unidad de diálisis.
2. Disminuir la generación de residuos de tipo III.
3. Ahorro mediante la gestión de los residuos de la unidad.

Metodología:

Tras varias reuniones del servicio de prevención de riesgos laborales con el personal de la unidad, realizamos una nueva valoración de la gestión de residuos sanitarios de nuestra unidad.

Se adecua la unidad para la correcta eliminación de los residuos por parte de todo el personal sanitario.

Se recogen durante todo un año todo el material del circuito hidráulico (garrafas y bolsas vacías de ácidos, los cartuchos de BICART® Y BIBAG®, y las bolsas de suero donde se recogen el líquido de purgado del circuito hemático) y se eliminan como residuos biosanitarios no infecciosos tipo II.

Todo el material que se puede desechar a través de vertedero se realizará a través de esta vía. Se realizan varias reuniones de educación y concienciación del personal de la unidad.

Resultados:

En un año hemos desviado del circuito de residuo incinerador:

1. De pacientes crónicos:
 - Bicart: 894 gr.*máquina*74 sesiones = 66,156 kg./semanal.
 - Bicart grande: 663*maquina*33 sesiones = 21,879 kg/semanal.
 - Bibag: 519 gr*maquina*9 sesiones = 4,671 kg/semanal.
 - Líquido purgado: 2 l*83 sesiones = 166 l/semanal.
2. Pacientes agudos:
 - Bicart: 894gr.*máquina*113 sesiones/año= 101,022 kg
 - Líquido purgado: 2 l*113 sesiones = 226 litros.

En total hemos conseguido desviar 13.779,734 kg. durante el año 2013 ahorrando 16.365,21 € sin IVA aproximadamente.

Conclusiones:

Gracias a una gestión responsable y adecuada de los residuos hemos conseguido disminuir el volumen de residuos tipo III generado en nuestra unidad, una adecuada

gestión de residuos en la unidad y reducimos el impacto medioambiental. La correcta ordenación de los residuos de nuestra unidad disminuye el riesgo hacia la salud y el medio ambiente.

Valoración de la función sexual y la necesidad de ayuda en el paciente en hemodiálisis

Víctor Manuel Lorente Lorente, Carla Carrasco Montealegre, Beatriz Manjavacas García, Laura Escudero Quiros, María Teresa Leal Vela

Clínica de Hemodiálisis ASYTER Álcazar de San Juan. Ciudad Real

Resumen:

La finalidad del estudio elaborado, fue obtener una valoración de la función sexual y necesidad de ayuda del paciente con ERC en Hemodiálisis. Se incluyeron a pacientes con edades comprendidas entre 18 y 70 años y se excluyeron a los que presentaban trastorno psíquico o mental, retraso psicomotor o analfabetismo. Se trata de un estudio no experimental, descriptivo y transversal. Para ello, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario de 27 preguntas basándonos en datos personales, clínicos, situación sexual antes y después del inicio del tratamiento dialítico, estado emocional y psicológico y disfunciones fisiológicas. Este cuestionario fue entregado por enfermería y se informó que era totalmente anónimo y voluntario. Aun así, sólo validamos 62 cuestionarios de 269, tal vez debido a que todavía no se han superado los "tabúes" de tipo sexual o por desinterés en nuestro estudio.

Destacamos varios puntos importantes. Hubo una caída considerable de la frecuencia del acto sexual de los pacientes tras el inicio del tratamiento sustitutivo, bien debido al cansancio físico derivado de las sesiones de diálisis, patologías asociadas de la propia enfermedad y al cumplimiento de unos horarios. El grupo que más ha con-

testado a nuestro cuestionario, llevaban entre 9 meses y 5 años. A una amplia mayoría les afectaba emocionalmente y físicamente el hecho de estar en Hemodiálisis.

Un elevado número de pacientes encuestados presentaba algún tipo de disfunción o dificultad fisiológica, pero no les resultaba importante en su vida sexual. Aseguraban que nunca habían buscado información sobre el tema del sexo al padecer ERC y estar en tratamiento dialítico. Pero sí que tras este cuestionario estaban dispuestos a indagar y recibir ayuda profesional. Pensaban que tenían cubierto su plano afectivo ya que se sentían apoyados por su pareja y dialogaban con ella sin tapujos de cómo se sentían por la enfermedad y el tratamiento al que estaban sometidos. Aunque no descartaban complementarlo con "sexo de mejor calidad" si se les ofrecía dicha ayuda y si se les recomendaba alternativas para intentar solventar sus disfunciones y así poder sentirse más satisfechos. Por ello nos queda aclarado este dato y nos mueve la motivación de hacer algo por ellos.

De ahí que tras el estudio sexual se valorará integrar los resultados e incluir un apartado en la historia psico-sexual del enfermo que proporcionará información a este nivel y permitirá usar pautas de actuación adecuadas a cada caso.

Crterios de valoración de trabajos científicos SEDEN

EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA: (Evalúan los aspectos formales del trabajo)

1.a. ORIGINALIDAD:

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS:

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos o que no son demostrados estadísticamente.

1.c.-METODOLOGÍA:

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS:

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

1.e. TÍTULO:

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del

trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA.

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

1.a. ORIGINALIDAD:

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS:

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

1.c. METODOLOGÍA:

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la obser-

vacación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS:

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

1.e. TÍTULO:

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA.

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos presentados al congreso de la SEDEN, son clasificados en la secretaría de la sociedad según su temática, en los siguientes grupos o áreas de interés diferentes:

- **Hemodiálisis**
- **Diálisis peritoneal**
- **Trasplante renal**
- **Atención integral**
- **ERCA (Consulta Prediálisis)**

Una vez clasificados los trabajos, son enviados a los miembros del Comité Seleccionador, que esta formado por grupos de "expertos" en estas cinco áreas, de forma que cada trabajo sea valorado por cuatro evaluadores diferentes.

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores los Criterios de Evaluación antes descritos, y según la es-

cala de puntuación cada miembro del jurado, valorará de modo libre e individual, los siguientes aspectos de los trabajos que le han sido designados:

- **Criterios de estructura:** Cada criterio se puede puntuará con el siguiente baremo..

1.a. ORIGINALIDAD: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1.c. METODOLOGÍA: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1.e. TÍTULO: se puntuará de 0 a 1 puntos.

- **Criterios de contenido:** (se puntuará de **1 a 10** puntos)

Por cada grupo de "expertos" se designará un **coordinador**, cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por los diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las cuatro puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la puntuación final, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una reunión conjunta entre la Junta Directiva de la SEDEN y los cuatro coordinadores del comité seleccionador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del comité seleccionador.

EVALUACIÓN DE TRABAJOS “POSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El comité de selección de trabajos tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pié de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “**NOTA**” de la planilla de puntuación, si considera el trabajo en cuestión “**APTO**” o “**NO APTO**” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato *pdf*, en el mes de Septiembre. Y durante el congreso serán seleccionados los premiados.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de **1** a **10** los siguientes criterios:

- **Interés para la práctica de la enfermería.**
- **Metodología e interés científico.**
- **Originalidad.**
- **Calidad artística.**