

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 22 / nº 2 / abril-junio 2019

Editorial

- Repensando o ato de educar nossos pacientes

Revisiones

- Factores asociados a la satisfacción del paciente en diálisis
- El trasplante renal de donante vivo: una opción terapéutica en consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Originales

- Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis
- Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería
- El ritmo circadiano de la presión arterial y su relación con los factores de riesgo cardiovascular
- Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socio-clínicos
- Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis
- Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión
- Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en la población universitaria de Málaga

Carta al Director

- Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis



FUNDACIÓN **RENAL**
Íñigo Álvarez de Toledo



XIX
EDICIÓN

**PREMIOS
DE INVESTIGACIÓN
ÍÑIGO ÁLVAREZ DE TOLEDO**

CONVOCATORIA

A LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
Y A LA HUMANIZACIÓN EN EL TRATO A LOS PACIENTES

3.000€

Consulta las bases en: www.fundacionrenal.com

Fecha límite de presentación de candidaturas: 30 de junio de 2019

Enfermería Nefrológica

DIRECTOR

Rodolfo Crespo Montero

Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba
Supervisor Servicio de Nefrología Hospital U. Reina Sofía. Córdoba*
rodo.crespo@gmail.com

SUBDIRECTOR

José Luis Cobo Sánchez

Enfermero. Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería Hospital U. Marqués de Valdecilla. Santander*
jocobo@humv.es

EDITORES EJECUTIVOS

Antonio Ochando García

Enfermero. Servicio de Nefrología Hospital U. Fundación Alcorcón. Madrid*
aochondosedn@gmail.com

Ian Blanco Mavillard

Enfermero. Unidad de Calidad, Docencia e Investigación Hospital de Manacor. Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares*
ianblanco7@gmail.com

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL:

Ana Isabel Aguilera Flórez

Enfermera de Diálisis Peritoneal Complejo Asistencial U. de León*
aaguilera@saludcastillayleon.es

M^a Teresa Alonso Torres

Supervisora del Servicio de Nefrología Hospital Fundación Puigvert. Barcelona*
maite@revodur.com

Sergi Aragó Sorrosal

Enfermero. Servicio de Nefrología Hospital Clínico. Barcelona*
sergi.arago102@gmail.com

Patricia Arribas Cobo

Supervisora. Servicio de Nefrología Hospital U. Infanta Leonor. Madrid*
parribasc@salud.madrid.org

María José Castro Notario

Enfermera. Servicio de Nefrología Hospital U. La Paz. Madrid*
mjcasnot@gmail.com

Pilar Coronado Carvajal

Enfermera. Servicio de Medicina Interna Hospital U. Reina Sofía. Córdoba
en1cocam@uco.es

Isabel Crehuet Rodríguez

Enfermera. Servicio de Nefrología Hospital U. Río Hortega. Valladolid*
crebel@hotmail.com

Francisco Cirera Segura

Enfermero del Servicio de Hemodiálisis Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla*

Anunciación Fernández Fuentes

Enfermera de Atención Primaria Centro de Salud Santa Mónica. Madrid
anuncifer@gmail.com

Antonio José Fernández Jiménez

Enfermero. Centro de Hemodiálisis Diálisis Andaluza S.L. Sevilla*
antferji@gmail.com

Ana Vanessa Fernández Martínez

Supervisora. Servicio de Nefrología Nefroclub Carthago. Murcia*
vanesa.fernandez@fmc-ag.com

Rosario Fernández Peña

Docente. Facultad de Enfermería Universidad de Cantabria. Santander*
roser.fernandez@unican.es

Fernando González García

Enfermero. Servicio de Nefrología Hospital U. Gregorio Marañón. Madrid*
fernando.sedenhd@gmail.com

José María Gutiérrez Villaplana

Supervisor. Área de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Hospital U. Arnau de Vilanova. Lleida*
jmgutierrezv@gmail.com

David Hernán Gascueña

Director de Enfermería Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo Madrid*
dhernan@friat.es

M^a Encarnación Hernández Meca

Enfermera de ERCA Hospital U. Fundación de Alcorcón. Madrid*
mehernandez@fhalcorcon.es

Ernestina Junyent Iglesias

Supervisora. Servicio de Nefrología Hospital del Mar. Barcelona*
ejunyent@hospitaldelmar.cat

Anna Mireia Martí i Monros

Supervisora. Servicio de Nefrología Complejo Hospitalario General U. de Valencia*
anna.marti.monros@gmail.com

Luis Martín López

Supervisor. Servicio de Nefrología Hospital U. 12 de Octubre. Madrid*
lmlopez@salud.madrid.org

Esperanza Melero Rubio

Enfermera del Servicio de Nefrología Hospital Clínico U. Virgen de la Arrixaca Murcia*
emeleror@terra.com

María Victoria Miranda Camarero

Enfermera. Unidad de Agudos: Hospitalización y Diálisis Hospital U. de la Princesa. Madrid*
maria victoria.miranda@salud.madrid.org

Cristina Moreno Mulet

Enfermera. Profesora. Doctora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears
cristina.moreno@uib.es

Guillermo Molina Recio

Experto en Bioestadística Facultad de Enfermería. Córdoba*
en1moreg@uco.es

Miguel Núñez Moral

Enfermero de Diálisis Peritoneal Hospital U. Central de Asturias*
nmoral76@hotmail.com

Mateu Nadal Servera

Enfermero. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital U. Son Llätzer. Mallorca
mateunadalservera@gmail.com

Mateo Párraga Díaz

Supervisor. Servicio de Nefrología Hospital Clínico U. Virgen de la Arrixaca Murcia*
mparragad@gmail.com

Concepción Pereira Feijoo

Supervisora. Servicio de Nefrología Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo de Orense*
feijoopereira@gmail.com

Juan Francisco Pulido Pulido

Supervisor. Servicio de Nefrología Hospital G. U. Gregorio Marañón. Madrid*
juanfrancisco.pulido@salud.madrid.org

Fernando Ramos Peña

Supervisor. Servicio de Neonatal Hospital U. de Cruces. Bilbao*
fernando.ramos62@gmail.com

M^a Jesús Rollán de la Sota

Supervisora. Servicio de Nefrología Hospital Clínico U. de Valladolid*
mjrollan@saludcastillayleon.es

Isidro Sánchez Villar

Enfermero. Servicio de Nefrología Hospital U. de Canarias. Sta Cruz de Tenerife*
isvillar@gmail.com

Mercedes Tejuca Marengo

Enfermera de Diálisis Peritoneal Hospital U. Puerto Real. Cádiz*
merchetejuca@gmail.com

Antonio Torres Quintana

Enfermero. PhD. Cap d'Àrea Docent Escuela U. Enfermería Hospital de Sant Pau Universidad Autónoma de Barcelona*
atorresq@santpau.cat

Filo Trocoli González

Supervisora. Serv Nefrología Hospital U. de La Paz. Madrid*
trocolif@hotmail.com

Esperanza Vélez Vélez

Profesora de la Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz-UAM. Madrid*
evelez@fjd.es

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL:

Gustavo Samuel Aguilar Gómez

Nurse. Renal Service
Kettering Dialysis Unit, University
Hospitals of Leicester NHS
Trust. Reino Unido
gussagacupuntor@gmail.com

Nidia Victoria Bolaños Sotomayor

Enfermera Presidenta SEENP
Profesora Auxiliar Universidad
Peruana Cayetano Heredia. Perú
presidencia@seenp.org

M^a Isabel Catoni Salamanca

Profesora Titular
Pontificia Universidad Católica
de Chile
mcatoni@puc.cl

Martha Elena Devia R

Associated Marketing Manager
RSS L.A
Bogota. Colombia
martha_elena_devia@baxter.com

Ana Elizabeth Figueiredo

Profesora Titular del Curso de
Enfermería de la Escuela de
Ciencias de la Salud y Programa de
Postgrado en Medicina y Ciencias
de la Salud
Pontificia Universidade Católica do
Rio Grande do Sul (PUCRS). Brasil
anaef@pucrs.br

Fernando Luis Freire Vilares

Presidente de la APEDT
Enfermero Jefe del Servicio de
Nefrología. Hospital Davita Porto.
Portugal
f.vilares@netcabo.pt

Waltraud Kunzle

Renal Nurse Specialist Education
Manager
Past-President EDTNA
waltraud.kuentzle@t-online.de

Daniel Lanzas Martín

Enfermero. Especializado en
Enfermería Pediátrica
Centro Amadora. Lisboa. Portugal
daniel_lanzas@hotmail.com

Rosa María Marticorena

Nephrology Research Coordinator
St Michaels Hospital. Toronto
Canada
marticorenar@smh.ca

Paula Ormandy

Professor of Long term conditions
Research, University of Salford
Vice President for Research British
Renal Society
UK Kidney Research Consortia
Chair
p.ormandy@salford.ac.uk

Marisa Pegoraro

Senior HemoDialysis Nurse
Corsico Satellite Unit
NIGUARDA Hospital. Milano
Italia
marisapegoraro.996@gmail.com

M^a Cristina Rodríguez Zamora

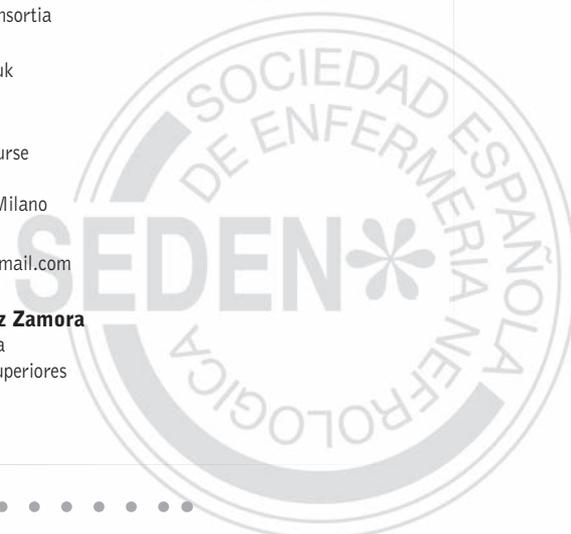
Directora de Enfermería
Facultad de Estudios Superiores
Iztacala UNAM. México
cristy@unam.mx

María Saraiva

Profesora de Enfermería
Esc. Sup. Maria Fernanda Resende
Lisboa. Portugal
mariasaraiva5993@gmail.com

Nicolas Thomas

Faculty of Health an Social Care
London South Bank University
U.K.
nicola.thomas@lsbu.ac.uk



DIRECTORA HONORÍFICA:

Dolores Andreu Pérez

Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Barcelona*
lolaandreu@ub.edu

JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

Presidente: Juan Francisco Pulido Pulido

Vicepresidenta: Patricia Arribas Cobo

Secretaria General: Francisca Pulido Agüero

Tesorero: Fernando González García

Vocalía de Educación y Docencia: M^a Ángeles Alcántara Mansilla

Vocalía de Publicaciones de SEDEN: Francisco Cirera Segura

Vocalía de Trasplantes y Hospitalización: M^a Isabel Delgado Arranz

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades: David Hernán Gascueña

Vocalía de Investigación: Sergi Aragó Sorrosal

Vocalía de Diálisis Peritoneal: Miguel Núñez Moral

Vocalía de Hemodiálisis: Cristina Franco Valdivieso

Edita:

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica

Secretaría de redacción: SEDEN

Calle de la Povedilla nº 13, Bajo Izq
28009 Madrid. España
Tel.: 00 34 91 409 37 37
Fax: 00 34 91 504 09 77
E-mail: seden@seden.org
http://www.seden.org

Tarifas de suscripción:

Instituciones con sede fuera de España:
96 € (IVA Incluido) / Instituciones con
sede en España: 70 € (IVA Incluido)

Publicado el 30 de junio de 2019
Periodicidad: trimestral
Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,
Revista de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica y Actualmente
Enfermería Nefrológica

© Copyright 2018. SEDEN

Enfermería Nefrológica en versión electrónica es una revista Open Access, todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario o su institución. Los usuarios están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, de acuerdo con la definición BOAI de open access. La reutilización de los trabajos debe hacerse en los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional



La revista Enfermería Nefrológica no cobra tasas por el envío de trabajos ni tampoco por publicación de sus artículos y va dirigida a Enfermeros/as de nefrología. La revista cuenta con un gestor editorial electrónico propio que administra también el proceso de arbitraje además de ser repositorio

Esta revista está indexada en:

CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), Sherpa/RoMEO, C17, RECOLLECTA, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Rebiun, Redib, MIAR, Wordcat, Google Scholar Metric, Cuidatge, Cabells Scholarly Analytics, AmeliCa y JournalTOCs

Maquetación: Seden

Impresión: Estu-Graf Impresores S.L.

Traducción: Pablo Jesús López Soto

ISSN: (Versión Impresa): 2254-2884

ISSN: (Versión Digital): 2255-3517

Depósito Legal: M-12824-2012



MIXTO
Papel
FSC® C008517

Esta publicación se imprime en papel no ácido.
This publication is printed in acid-free paper.

Colaboraciones Científicas:



Fundación Universitaria de Ciencias
de la Salud (FUCS). Colombia



Associação Portuguesa de Enfermeiros
de Diálisis e Transplante (APEDT)



Sociedad Chilena de Enfermería en
Diálisis y Trasplante Renal (SENFERDIALT)



Sociedad de Enfermeras Especialistas
en Nefrología del Perú



Sociedad Argentina
de Enfermería Nefrológica

El contenido de la revista expresa únicamente la opinión de los autores, que no debe coincidir necesariamente con la de la Sociedad que esta revista representa.

Sumario

Editorial

- 109 **Repensando o ato de educar nossos pacientes**
Elisabeth Figueredo

Revisiones

- 112 **Factores asociados a la satisfacción del paciente en diálisis**
Ana Belén Romero-Ruiz, Alfonso Sevillano-Jiménez, Cristina Cardador-Trocoli
- 124 **El trasplante renal de donante vivo: una opción terapéutica en consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada**
Marta García Martínez, Elena Calderari Fernández, Sara Sánchez Bercedo, Itziar Martínez Alpuente, María de la Oliva Valentín Muñoz

Originales

- 130 **Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis**
Lesnay Martínez Rodríguez, Evelyn Fernández Castillo, Elianys González Martínez, Henry Luis Vázquez Morales
- 141 **Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería**
Sandra Milena Hernández-Zambrano, Mariluz Torres Melo, Sergio Stephan Barrero Tello, Islena Johana Saldaña García, Karen Dallana Sotelo Rozo, Ana Julia Carrillo Algarra, Konniev Alexei Rodríguez Valero
- 151 **El ritmo circadiano de la presión arterial y su relación con los factores de riesgo cardiovascular**
Cristina García Serrano, Marta Micol Bachiller, David Betrán Biurrún, Lidia Aran Solé, Jesús Pujol Salud
- 161 **Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socio-clínicos**
Juan Carlos Sánchez González, Marta Barallat García, Sara Torres Paniagua, Bárbara Gaviro Matamoros
- 168 **Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis**
Miguel Ángel Cuevas-Budhart, Blanca Ruth González Martínez, Elsa Alvarez Bolaños, María Juana Barrera García, Alina de Almeida Souza, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Máximo A. González Jurado
- 177 **Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión**
Rosa Maria Salas Muñoz, Antonio José Fernández Jiménez
- 186 **Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en la población universitaria de Málaga**
Salvador Sáenz Martínez, Francisco Pérez López, Celia Martí-García

Carta al Director

- 194 **Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis**
Rubén Sierra Díaz, Cristina Mendías Benítez

Summary

Editorial

- 109 **Rethinking the fact of educating our patients**
Elisabeth Figueredo

Reviews

- 112 **Factors associated with satisfaction in dialysis patients**
Ana Belén Romero-Ruiz, Alfonso Sevillano-Jiménez, Cristina Cardador-Trocoli
- 124 **Kidney transplantation from a living donor: a therapeutic option in consultation in Advanced Chronic Kindey Disease**
Marta García Martínez, Elena Calderari Fernández, Sara Sánchez Bercedo, Itziar Martínez Alpuente, María de la Oliva Valentín Muñoz

Originals

- 130 **Social support and resilience: protective factors in primary caregivers of patients on hemodialysis**
Lesnay Martínez Rodríguez, Evelyn Fernández Castillo, Elianys González Martínez, Henry Luis Vázquez Morales
- 141 **Needs of palliative care in hemodialysis perceived by patients, principal caregivers and nursing professionals**
Sandra Milena Hernández-Zambrano, Mariluz Luz Torres Melo, Sergio Stephan Barrero Tello, Islena Johana Saldaña García, Karen Dallana Sotelo Rozo, Ana Julia Carrillo Algarra, Konniev Alexei Rodríguez Valero
- 151 **Circadian rhythm of blood pressure and the relation to cardiovascular risk factors**
Cristina García Serrano, Marta Micol Bachiller, David Betrán Biurrun, Lidia Aran Solé, Jesús Pujol Salud
- 161 **Analysis of quality of life in patients with renal replacement therapy: influence of analytical and socio-clinical parameters**
Juan Carlos Sánchez González, Marta Barallat García, Sara Torres Paniagua, Bárbara Gaviro Matamoros
- 168 **Design and validation of a new nursing clinical registry for the continuity of care and patient safety in hemodialysis**
Miguel Ángel Cuevas-Budhart, Blanca Ruth González Martínez, Elsa Alvarez Bolaños, María Juana Barrera García, Alina de Almeida Souza, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid, Máximo A. González Jurado
- 177 **Assessment of needs of psychological care in hemodialysis patients using indicators of anxiety and depression**
Rosa María Salas Muñoz, Antonio José Fernández Jiménez
- 186 **Knowledge about chronic kidney disease in university population of Malaga**
Salvador Sáenz Martínez, Francisco Pérez López, Celia Martí-García

Letter to Editor

- 194 **Nursing diagnoses in patients with temporary central venous catheter for hemodialysis treatment**
Rubén Sierra Díaz, Cristina Mendías Benítez

Repensando o ato de educar nossos pacientes

Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo

Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Brasil

Como citar este artículo:

Figueiredo A. E. Repensando o ato de educar nossos pacientes. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):109-111

O ato de educar pacientes faz parte do processo de trabalho do enfermeiro: assistir; no entanto quantos de nós nos sentimos adequadamente preparados para ensinar nossos pacientes para o autocuidado? Não tenho dúvidas, que sabemos o necessário e também o que deve ser ensinado aos pacientes, a pergunta é, estamos preparados para ensinar? Num primeiro momento a resposta que me vem é que não somos preparados para esta atividade. Neste contexto podemos ainda acrescentar que a atividade de treinamento/educação dos pacientes não é valorizada adequadamente e que muitos ainda acreditam que expertise vem com a prática, e que qualquer um que sabe fazer sabe ensinar, o que discordo completamente.

Alguns conceitos básicos são fundamentais para a nossa qualificação, o entendimento de que ensinar e aprender são diferentes, que as pessoas aprendem de maneiras diversa e que o nosso modo de aprender pode interferir no nosso modo de ensinar. Segundo Knowles¹, os adultos aprendem baseado em seis princípios dentre eles: a motivação, as experiências passadas influenciam a aquisição de novos conhecimento, precisam de objetivos claros e relevância prática para o aprendizado e gostam de serem respeitados. O aprendizado se concretiza quando há algum tipo de mudança (conhecimento, atitude, hábitos, comportamento). No entanto, devemos considerar que nosso paciente além de adulto, na maioria das vezes, são portadores de doenças crônicas que podem ter diversas manifestações inclusive sintomas depressivos, atenção reduzida e diminuição do nível de concentração, necessitando muitas repetições² tornando a atividade de ensinar um desafio.

Aspecto importante para que o processo ensino aprendizagem se concretize é o entendimento dos diversos estilos de aprendizagem e de que existem algumas barreiras que podem interferir neste processo. Limitação da audição, visão, letramento em saúde inadequado, conforto alterado e entendimento limitado do idioma em que se

está ensinamento são algumas das mais comuns. Assim, como o paciente, nós enfermeiros, temos maneiras específicas de aprender e ensinar, devemos ter claro, no entanto, que nossa maneira de aprender nem sempre se aplica aos pacientes. Para melhoria do processo ensino aprendizagem a clareza de objetivos e conhecimento de como o paciente/cuidador percebe e processa a informação recebida, irá contribuir sobre maneira para a eficácia do treinamento. Existem várias definições para estilos de aprendizagem, esta pode ser superficial, profunda ou estratégica, ou a definição mais tradicional como visual, aural, ler e escrever e motora. Independente do estilo empregado para identificar o estilo de aprendizagem o educador deve ter objetivos claros do que quer ensinar. A taxonomia de Bloom pode ser usada com este propósito visto que determina nível de proficiência e competências que devem ser alcançados no domínio cognitivo, processos cognitivo e de conhecimento³.

Frente a todos os estudos sobre a temática, fica claro que este processo ensino aprendizagem não é fácil e nem simples. Recentemente Taylor et al.⁴, propuseram um modelo múltiplo que engloba outros já existentes, que considera o conhecimento já adquirido, e parte dele para a construção do novo, este parece promissor para ser aplicado ao ensino dos nossos paciente.

Finalizando, quanto mais lemos sobre o assunto, mais conscientes ficamos que existem muitas maneiras de explicar como os adultos aprendem, mas nenhuma explica completamente todos os aspectos deste processo. Portanto, cabe a nós enfermeiros buscar maior entendimento de quem são nossos pacientes, quais suas barreiras para aprender e como podemos trespassá-las com sucesso. Importante lembrar sempre que o foco principal da educação do paciente renal crônico é habilitá-lo para gerenciar seu cuidado de maneira segura. Esta reflexão terá atingido seu objetivo se você ao final da leitura se perguntou: como eu aprendo? Como eu ensino? Como posso melhorar?

Repensando la acción de educar a nuestros pacientes

La acción de educar pacientes forma parte del proceso del trabajo de la enfermera: cuidar; sin embargo ¿cuántos de nosotros nos sentimos adecuadamente preparados para enseñar a nuestros pacientes el autocuidado? No tengo dudas, que sabemos lo necesario y también lo que debemos enseñar a los pacientes; la pregunta es, ¿estamos preparados para enseñar? En un primer momento, la respuesta que me invade es que no estamos preparados para esta actividad. Sin embargo, en este contexto podemos añadir que la actividad de entrenamiento y educación de los pacientes no es valorada adecuadamente, y que muchos todavía creen que la experiencia viene con la práctica, y que cualquiera que sepa hacer, sabe enseñar, con lo que estoy completamente en desacuerdo.

Algunos conceptos básicos son fundamentales para nuestra cualificación, el entendimiento de que enseñar y aprender son diferentes, que las personas aprenden de maneras diferentes y que nuestro modo de aprender puede interferir en nuestro modo de enseñar. Según Knowles¹, los adultos para aprender se basan en seis principios fundamentales, de ellos destacan: la motivación, las experiencias pasadas influyen en la adquisición de nuevos conocimientos, necesitan de objetivos claros y práctica relevante para el aprendizaje y les gusta ser respetados. El aprendizaje se concreta cuando hay algún tipo de cambio (conocimiento, actitud, hábitos, comportamiento). No obstante, debemos considerar que nuestros pacientes además de adultos, en la mayoría de los casos, son portadores de enfermedades crónicas que pueden tener diversas manifestaciones incluyendo síntomas depresivos, atención reducida y disminución del nivel de concentración, necesitando de muchas repeticiones², convirtiendo la actividad de enseñar un desafío.

Un aspecto importante para que el proceso de enseñanza y aprendizaje se materialice, es el entendimiento de los diferentes estilos de aprendizaje y de que existen algunas barreras que pueden interferir en este proceso. La limitación de la audición, visión, escasos conocimientos en materia de salud, confort alterado y comprensión limitada del idioma en que se está enseñando, son algunas de las más comunes. Las enfermeras tenemos maneras específicas de aprender y enseñar, debemos tener claro, no obstante, que nuestra manera de aprender no siempre se aplica a los pacientes. Para mejorar el proceso de enseñanza y

aprendizaje, la claridad de los objetivos y conocimientos de como el paciente/cuidador percibe y procesa la información recibida, contribuirá a la eficacia del entrenamiento. Existen varias definiciones para estilos de aprendizaje, estos pueden ser superficial, profundo o estratégico, o la definición más tradicional como visual, auditivo, leer y escribir y motora. Independientemente del estilo utilizado para identificar el estilo de aprendizaje, el educador debe tener claros los objetivos de lo que va a enseñar. La taxonomía de Bloom puede ser utilizada con este propósito, una vez que se determine el nivel de pericia y competencia que deben ser alcanzados en el dominio cognitivo, procesos cognitivos y de conocimientos³.

Frente a todos los estudios sobre el tema, queda claro que este proceso de enseñanza y aprendizaje no es fácil ni simple. Recientemente Taylor et al.⁴, propusieron un modelo múltiple que engloba otros ya existentes, que considera el conocimiento adquirido y parte de él, para la construcción del nuevo. Esto parece prometedor para ser aplicado a la enseñanza de nuestros pacientes.

Para terminar, cuanto más leemos acerca del asunto, más conscientes somos que existen muchas maneras de explicar cómo los adultos aprenden, pero ninguna explica completamente todos los aspectos de este proceso. Por lo tanto, las enfermeras deben buscar una mayor comprensión de quienes son nuestros pacientes, cuáles son sus barreras para aprender y cómo podemos atravesarlas con éxito. Es importante recordar que el foco principal de la educación del paciente renal crónico es capacitarlo para gestionar su cuidado de manera segura. Esta reflexión habrá conseguido su objetivo si al final de este texto, el lector se preguntó: ¿Cómo aprendo?, ¿Cómo enseño?, ¿Cómo puedo mejorar?

Bibliografía

1. Knowles MS, Holton III EF, Swanson RA. The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development: Routledge; 2014.
2. Baer C. Principles of Patient education. In: Lancaster L, editor. Core Curriculum for Nephrology Nursing. 4th ed. Pitman, NJ: American Nephrology Nurses Assoc; 2001. p. 191-201.
3. Ferraz A, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Gest Prod, São Carlos. 2010;17(2):421-31.
4. Taylor DC, Hamdy H. Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. Medical teacher. 2013;35(11):e1561-72.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Factores asociados a la satisfacción del paciente en diálisis

Ana Belén Romero-Ruiz, Alfonso Sevillano-Jiménez y Cristina Cardador-Trocoli

Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. España

Como citar este artículo:

Romero-Ruiz AB, Sevillano-Jiménez A, Cardador-Trócoli C. Factores asociados a la satisfacción del paciente en diálisis. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):112-23

Resumen

Introducción: La satisfacción del paciente es uno de los grandes retos que persigue conseguir el sistema sanitario y que repercute de forma positiva en la esfera biopsicosocial del paciente.

Constituye una prioridad de los profesionales sanitarios el velar por dicha satisfacción y ello pasa por conocer las necesidades del paciente para luego marcar objetivos que el personal debe cumplir.

Objetivo: Analizar la satisfacción del paciente en diálisis a partir de la producción científica existente.

Material y Método: Se ha realizado una revisión integrativa mediante una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Google académico y Medes. Se incluyeron artículos científicos originales y de revisión, en inglés y español, excluyendo aquellos artículos que no presentaban resultados o que no estuviesen en texto completo.

Resultados: Se revisaron 17 artículos que se ajustaron a los criterios de selección. Los principales resultados encontrados se agruparon en los siguientes aspectos: factores determinantes en el nivel de satisfacción del paciente, herramientas de valoración de la satisfacción, rol de enfermería y áreas de mejora.

Conclusiones: Los factores más influyentes en la satisfacción del paciente en diálisis son, principalmente, la confianza transmitida y disposición del personal sanitario, trato personalizado, amabilidad y seguridad trans-

mitida, la destreza para puncionar, entre otros. Respecto a los instrumentos de medida, no existe un instrumento de medida específico, para evaluar la satisfacción del paciente en diálisis. Los atributos más satisfactorios que destacan en la enfermería, son amabilidad, disposición e interés, preparación técnica profesional, trato personalizado, confianza y seguridad clínica.

PALABRAS CLAVE: diálisis; satisfacción del paciente; factores.



Factors associated with satisfaction in dialysis patients

Abstract

Aims: Patient satisfaction is one of the great challenges that the healthcare system seeks to achieve and that has a positive impact on the biopsychosocial sphere of the patient.

It is a priority for healthcare professionals to ensure this satisfaction and this involves knowing the needs of the patient and then setting targets that the staff must meet.

Objective: To analyse the dialysis patient satisfaction according to existing scientific production.

Material and Method: An integrative review has been carried out through a search of PubMed, Cuiden, Google academic and Medes databases. Original and review articles were included, in English and Spanish, excluding those articles that did not present results or that were not in full text.

Results: We reviewed 17 articles that met the selection criteria. The main results found were grouped into

Correspondencia:

Ana Belén Romero Ruiz

C/ General Lázaro Cárdenas, N° 3 (Manz 5), Portal 3, 2° 3

14013 Córdoba

E-mail: anabelen_rr_93@hotmail.com

the following aspects: determining factors in the level of patient satisfaction, satisfaction assessment tools, nursing role and areas for improvement.

Conclusions: The most influential factors in the satisfaction of dialysis patient are, mainly, the transmitted confidence and disposition of the health personnel, personalized treatment, kindness and transmitted security, the skill to puncture, among others. Regarding measurement instruments, there is no specific measurement instrument to evaluate satisfaction in dialysis patient. The most satisfactory attributes that stand out in nursing are kindness, willingness and interest, professional technical preparation, personalized treatment, confidence and clinical safety.

KEYWORDS: dialysis; patient satisfaction; factors.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida viene determinado por un cambio en los estilos de vida y avances en el ámbito de la sanidad. Como consecuencia de esto, nos encontramos con una población cada vez más envejecida; lo que conlleva a un mayor número de problemas de salud y un aumento del uso de los recursos sanitarios¹⁻³.

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es, hoy por hoy, un problema de salud pública en todo el mundo por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su naturaleza crónica y permanente, su impacto en el paciente, su familia y el sistema sanitario^{4,5}.

Como principal medida para tratar la ERCA encontramos el trasplante renal, el cual representa actualmente el tratamiento más eficaz para tratar a los pacientes con ERCA, pero la escasez de donantes lo convierte en una posibilidad no disponible para todos los pacientes; haciendo que la mayoría de ellos tengan que tratarse con otra terapia renal sustitutiva (TRS) como la hemodiálisis (HD) o la diálisis peritoneal (DP) y deban acostumbrarse a las monitores, punciones de la fístula y catéteres necesarios para llevar a cabo los procedimientos que los mantengan vivos⁵.

Estos procedimientos ocasionan grandes cambios en la vida del enfermo, tanto a nivel físico, psicológico como social; por lo que se hace necesario un esfuerzo por parte de los servicios de salud para ofrecer cuidados y atención de calidad^{1,5}.

El esfuerzo de los profesionales de enfermería se ha centrado siempre en prestar cuidados de calidad. Es por ello, que en los últimos años se vuelven relevantes aspectos como la calidad de vida, la salud percibida y el bienestar del paciente y su familia. Es por esto que el paciente se convierte en el centro de la asistencia sanitaria, siendo sus necesidades las directrices que se debe marcar el sistema sanitario para ofrecer las prestaciones necesarias para ayudar a los ciudadanos⁶.

La importancia de satisfacer estas necesidades radica en que al mejorar la perspectiva del paciente respecto a la enfermedad, estamos ayudando a afrontarla, lo que influye positivamente en el proceso de esta⁷.

Esta reflexión, nos lleva de nuevo a percibir la importancia de los aspectos relacionados con el bienestar del enfermo. Sin embargo, la calidad de un servicio es un término complicado de definir, ya que va a depender de las características de cada paciente en concreto y se rige por las diferencias en los estilos de vida, experiencias de salud percibidas anteriormente y características sociales de cada persona^{6,7}.

El comienzo del ciclo para conseguir la satisfacción del paciente sería conocer las necesidades y expectativas de éste con el sistema sanitario, para luego poder establecer objetivos a cumplir por el personal sanitario^{2,7}.

Para conocer estas necesidades, necesitamos ayudarnos de instrumentos. Uno de ellos es el cuestionario SERVQUOS. Se han llevado a cabo múltiples estudios en los que se ha utilizado dicha herramienta en pacientes en diálisis y se han conseguido conocer algunos de los aspectos de la atención sanitaria que más satisfacen a los pacientes; elementos como la puntualidad en las sesiones de HD o el interés del personal de enfermería por los pacientes, son los hechos que más satisfacción brindan^{2,3,6}.

En este sentido, el análisis de la satisfacción del paciente es muy útil para diseñar estrategias de mejora en la asistencia y modificar ciertos aspectos para lograr prestar cuidados de calidad, siendo estos imprescindibles para la seguridad del paciente. Dentro de estas oportunidades de mejora, podemos citar aquellos factores que aumentan la confianza del paciente en el personal sanitario como son: el tiempo dedicado a la consulta o el conocimiento del nombre del profesional por parte del paciente^{2,3}.

El personal de enfermería es el que mantiene el primer contacto con el paciente en diálisis; y por ello el responsable de crear una buena relación enfermero-paciente,

lo que ayudará a crear un ambiente de confianza, credibilidad y comunicación entre el paciente, la familia y el personal sanitario; todo ello será más factible si añadimos una atención de calidad y cubrimos las necesidades de la persona a la que estamos atendiendo⁸.

Por todo ello, y dada la relevancia que presenta la satisfacción del paciente en tratamiento con diálisis, nos planteamos como objetivo principal revisar la bibliografía científica existente sobre la satisfacción del paciente en diálisis, con los siguientes objetivos secundarios:

- Conocer los factores más influyentes en la satisfacción del paciente en diálisis.
- Precisar los instrumentos de medida más utilizados en la valoración de la satisfacción del paciente en diálisis.
- Determinar los aspectos más destacados de la satisfacción por parte de los pacientes en diálisis de su interacción con enfermería.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión integrativa de la literatura⁹. Este tipo de revisión presenta un enfoque más sistemático y riguroso que la revisión narrativa de la bibliografía tradicional, estableciendo la consecución de criterios que aseguran el nivel de calidad deseado de los resultados obtenidos.

El desarrollo de la revisión integrativa del presente estudio lleva consigo el establecimiento de diferentes fases bien definidas, destacando:

Identificación del objetivo de la revisión:

¿Cuáles son los factores determinantes en la satisfacción del paciente en tratamiento con diálisis?

Búsqueda y selección de artículos:

La búsqueda de la bibliografía seleccionada se realizó a través diversas bases de datos con el objetivo de recopilar la mayor producción científica posible disponible en relación con el objeto a estudio. Como determinante, se estableció la selección de artículos publicados en los últimos 5 años (período comprendido entre 2013 y 2018). El período de búsqueda bibliográfica fue establecido desde Marzo hasta Junio de 2018. Las bases de datos empleadas fueron: Pubmed, Cuiden, Google académico y Medes.

El método de búsqueda consistió en utilizar como palabras clave o descriptores: diálisis (dialysis), satisfacción (satisfaction), paciente (patient), factores (factors). En cada base de datos se llevó a cabo estrategias de búsqueda diferentes, llevando consigo diversas pruebas de asociación entre los descriptores anteriormente citados mediante operadores booleanos ("AND", "OR"), teniendo presente la existencia de cada uno de los descriptores empleados en: resumen, título del artículo y/o palabras clave. La metodología de búsqueda empleada fue determinada y condicionada a los siguientes criterios:

a) Criterios de Inclusión:

- Artículos en español e inglés.
- Artículos relacionados con el tema de interés.
- Artículos originales y de revisión a texto completo.

b) Criterios de Exclusión:

- Documentos provenientes de bases de datos sin evidencia científica ni fiabilidad derivada.
- Artículos que no presentasen los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Lectura crítica:

Al inicio de la búsqueda no se consideró ningún criterio de inclusión/exclusión en las diversas bases de datos, con el objetivo de conocer la cantidad de producción científica existente respecto al tema a tratar, obteniendo, de este modo, mayor conocimiento del mismo, aceptándose todo aquel artículo que tratase sobre el tema en cuestión.

Tras la lectura de títulos y resúmenes de todos los artículos potencialmente seleccionables, se descartaron aquellos que no cumplieren con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Posteriormente, se realizó la lectura completa de los trabajos seleccionados, realizándose un nuevo cribado de aquellos que no versaban sobre el objeto a estudio.

Finalizado dicho proceso de selección, el número de artículos total que cumplieran con los criterios de inclusión marcados y que se han utilizado para el estudio han sido de 17 (**Tabla 1**). En ese momento se comenzó el análisis de los artículos recopilados.

Tabla 1. Procedencia de los artículos seleccionados.

Bases de Datos	PUBMED	CUIDEN	GOOGLE SCHOLAR	MEDES
Total de publicaciones localizadas	109	34	142	11
Total de publicaciones seleccionadas	4	5	6	2

Integración de los hallazgos:

La información analizada dentro de los artículos obtenidos fue: definición e identificación de factores determinantes en la satisfacción implícita y explícita de los pacientes sometidos al proceso de diálisis, recopilación de principales herramientas de valoración a cerca de la satisfacción y rol de enfermería respecto al desarrollo de la mencionada variable.

Tras ello, se procedió a la interpretación de la información recopilada, así como el establecimiento de las conclusiones obtenidas.

Resultados

Selección de estudios preliminar:

De un total de 296 artículos preseleccionados, se excluyeron 244 durante la revisión de títulos y resúmenes. Otros 35 fueron eliminados tras la revisión del texto completo. Finalmente, se seleccionaron 17 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos, tal como se refleja en la **Figura 1**.

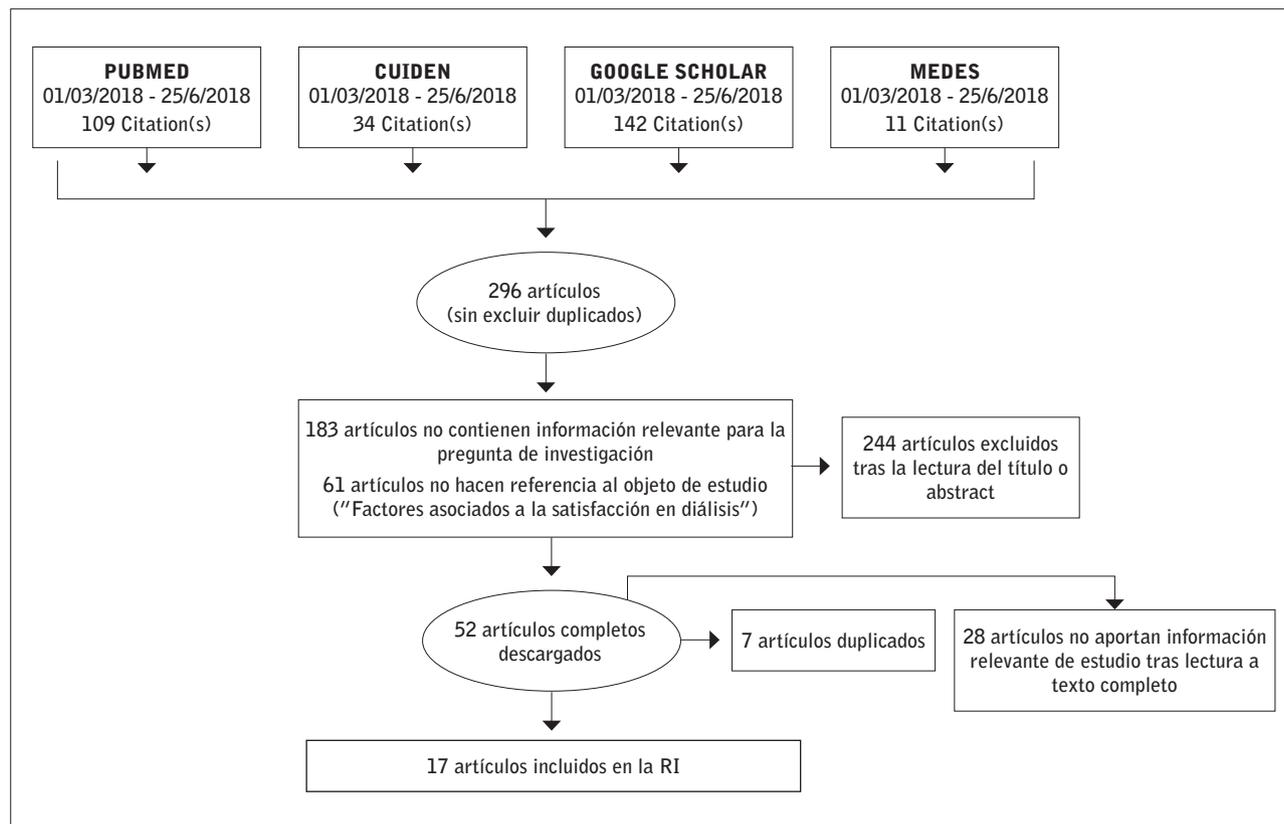


Figura 1. Diagrama de flujo de las etapas metodológicas utilizadas en la Revisión Integrativa de la Literatura.

Características de los estudios

Los datos más relevantes de cada estudio se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Artículos revisados.

Autor, Año, País	Diseño del estudio	Muestra	Principales conclusiones
García R, et al. 2016. España ³ .	Estudios de corte transversal.	143 participantes.	Un elevado porcentaje indica que los pacientes colaboran de buen grado. Los pacientes en diálisis se muestran satisfechos pero debemos mejorar en la información relacionada con la medicación. Este es el punto que nos plantemos como objetivo de mejora.
Sanz M, et al. 2017 España ⁷ .	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, mediante grupo focal.	7 participantes.	Los pacientes en diálisis destacan la relación que se crea entre ellos y enfermería. Tienen un alto grado de confianza en el personal de enfermería, basado en su destreza para pinchar la fístula arteriovenosa y en su fiabilidad profesional.
Rodríguez D. 2013 España ¹⁰ .	Estudio descriptivo y correlacional.	54 participantes.	El índice de satisfacción fue de 86,36% para el ítem referido a la satisfacción general, teniendo una valoración de excelente. Los 5 ítems más valorados fueron: la confianza transmitida, la disposición del personal, el trato personalizado, la amabilidad del personal y la información relacionada con la higiene. Los menos valorados fueron: la señalización para llegar al Servicio, la capacitación del personal, la información médica, la tecnología de los equipos y el tiempo de espera para ser atendido por el médico.
Martín RA. 2014. México ¹¹ .	Estudio observacional, descriptivo y trasversal.	70 participantes.	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. Los cuidados de calidad son determinantes para la seguridad del paciente.
Gómez M, et al. 2014 España ¹² .	Estudio observacional, descriptivo y trasversal.	70 participantes.	La mayoría de los pacientes evalúan positivamente el trabajo de la enfermera, excepto en lo referente a la información sobre dieta y medicación, que se muestran más insatisfechos. Por tanto será en este sentido en el que debemos esforzarnos más. No se observó correlación entre variables socio-demográficas y el grado de satisfacción. 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.
López MC, et al. 2016. España ¹³ .	Estudio observacional, descriptivo y trasversal.	89 participantes.	Los pacientes que reciben tratamiento de diálisis en nuestra UGC, se reconocen muy satisfechos con ligeras diferencias según la unidad en la reciben tratamiento, y conocer aspectos mejorables en el servicio, que se están abordando para aumentar la satisfacción del paciente y por tanto la calidad asistencial.
Rebollo A et al. 2015 España ¹⁴ .	Estudio observacional, descriptivo y trasversal.	83 participantes.	Aspectos tales como la calidad de vida, la satisfacción del enfermo y el nivel de salud percibida por éste, han cobrado especial importancia en los últimos años en el tratamiento de diálisis. Este estudio estudió las variables anteriores, dando como resultado un alto grado de satisfacción en pacientes que iniciaban la terapia renal sustitutiva.

Autor, Año, País	Diseño del estudio	Muestra	Principales conclusiones
Aguilar F et al. 2015 Brasil ¹⁵ .	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	338 participantes.	La diálisis peritoneal fue más favorable con respecto a la calidad de vida ($p<0,05$), debido a la gran cantidad de elementos con resultados significativos en comparación con la Hemodiálisis. Sin embargo, las dos variables de mayor importancia encontradas en la hemodiálisis (funcionamiento físico $-p<0,05$ y funcionamiento emocional $p<0,01$) terminaron teniendo un impacto mucho mayor en el bienestar y la vida diaria del paciente en el entorno externo a la clínica que aquellos que eran más altos en diálisis peritoneal, haciendo de la hemodiálisis la más favorable para la calidad de vida del paciente.
Sanabria M et al. 2017 Colombia ¹⁶ .	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	370 participantes.	La escala ESUR-HD mide la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis en una dimensión con 9 dominios. El instrumento puede detectar cambios en el constructo, gracias a la adecuada validez y fiabilidad de la misma. Las versiones subsiguientes de la escala deben incluir nuevos elementos que permitan una mejor discriminación entre los altos niveles de satisfacción.
Ángel ZE et al. 2016 Colombia ¹⁷ .	Revisión Sistemática.	21 artículos.	Materias como los modelos y teorías de enfermería en el cuidado del paciente en hemodiálisis, el uso de lenguaje común por parte de enfermería, los diagnósticos de enfermería, la educación y autocuidado del paciente y la implicación de la familia como factor importante en la vida del enfermo; son las que hacen que la atención al paciente en hemodiálisis roce la excelencia.
Rocha MR et al. 2014 México ¹⁸ .	Estudio descriptivo longitudinal.	100% pacientes ingresados en urgencias, hemodiálisis y hospitalización.	La calidad de la atención se contempla como indicador de la satisfacción de los pacientes. En este estudio se demostró que la calidez del trato, el tiempo de espera y la información que se proporciona ante cualquier actuación que se realice, son factores que determinan la satisfacción del paciente.
Urbina MA et al. 2016 México ¹⁹ .	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	178 participantes.	Prestar servicios de alta calidad a los pacientes y brindar calidad en el cuidado de la salud, es la razón de ser de la formación de enfermería. En este estudio, se observó que la implementación del cuidado en las áreas de diálisis peritoneal y hemodiálisis resultan satisfactorias para el paciente, aunque aún quedan amplias zonas para estudiar mejoras.
Morga S et al. 2014 España ²⁰ .	Estudio descriptivo.	31 participantes.	Se midió el grado de satisfacción de los pacientes por medio de tres cuestionarios (SF-36, LOPSS 12 y un cuestionario de opinión de los cuidados de enfermería dirigido a los enfermos del centro Fresenius Medical Care E palmar (Murcia), dando como resultados de este último una óptima calidad de vida de los pacientes y un afrontamiento positivo de éstos ante la enfermedad.
Palmer SC et al. 2014 Italia ²¹ .	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	2748 participantes.	Los pacientes sometidos a hemodiálisis están menos satisfechos con los aspectos complejos de la atención. Las expectativas de los pacientes respecto a la información respecto al pronóstico, la probabilidad de trasplante de riñón y sus opciones al elegir el tratamiento de diálisis deben considerarse al planificar la investigación y las prácticas de atención médica derivadas.
Huertas MP et al. 2014. España ²² .	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	35 participantes.	Es de suma importancia tratar el factor psicológico de los pacientes en hemodiálisis crónica, pues en este estudio se comprueba que variables como el índice de depresión afectan significativamente tanto a la adherencia al tratamiento como al bienestar general del enfermo renal.

Autor, Año, País	Diseño del estudio	Muestra	Principales conclusiones
Reid C et al. 2016 EE.UU. ²³ .	Revisión bibliográfica de la literatura.	17 estudios (576 participantes).	Centrarse en las intervenciones que se incorporan a las relaciones establecidas que los pacientes tienen con sus profesionales de la salud puede permitirles progresar hacia un sentido de control y mejorar la satisfacción con la atención. Se considera que estas relaciones influyen través del intercambio de información, la continuidad y el soporte personalizado.
Ruiz de Alegría B et al. 2013 España ²⁴ .	Estudio longitudinal.	98 participantes.	Ante la visión negativa que supone el inicio del tratamiento de diálisis, se torna imprescindible identificar los factores que afectan a la calidad de vida de los pacientes y a su bienestar psicológico. En este estudio se logra ver como las estrategias de evitación y aproximación son las, más influyentes en el bienestar psicológico de los pacientes en diálisis, por ello es que los profesionales deben de conocer cómo detectarlas precozmente.

Descripción de los resultados en función de las variables

Factores determinantes en el nivel de satisfacción del paciente

La mayoría de artículos seleccionados evidencian que los principales factores determinantes de una mayor satisfacción del paciente en diálisis son, principalmente, la confianza transmitida^{10,11} y la disposición del personal sanitario en la prestación de ayuda¹⁰⁻¹², el trato personalizado¹⁰⁻¹³, amabilidad y seguridad transmitida^{7,10,11,13}, la destreza para pinchar la fistula⁷, interés por resolución de problemas asociados^{3,11,13}, así como la información relacionada con la higiene y la rapidez de respuesta requerida¹⁰.

Por otro lado, los ítems peor valorados por los pacientes, según la bibliografía revisada, serían: señalización para llegar al servicio¹⁰, capacitación del personal¹⁰, información médica^{3,10}, tecnología de los equipos^{3,10,13}, tiempo de espera de atención médica^{7,10,13}, así como la información referente a la dieta y medicación prescrita^{3,11,12}, destacando éste último como el ítem en el que los pacientes reportan mayor insatisfacción. Asimismo, varios^{7,13}, coinciden en que la falta de personal en las unidades de diálisis sería un factor determinante en el incremento de insatisfacción de los pacientes.

Algunos estudios apuntan leves diferencias entre la satisfacción percibida por los pacientes de hemodiálisis con respecto a la diálisis peritoneal, siendo comparativamente mejores en esta última^{3,14}.

Cabe destacar, la valoración general positiva de los pacientes respecto al trabajo desempeñado por los profesionales de Enfermería en la unidad de diálisis, aspecto que deriva en un aumento de calidad percibida hacia dicha unidad^{3,11-13}.

Herramientas de valoración de la satisfacción

Según diversos autores, el análisis de la satisfacción del paciente nos permite diseñar una estrategia de mejora en la atención enfermera y prestación de cuidados de calidad, ya que las necesidades del paciente constituyen el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales^{10,16,17}. Para ello, se precisa la utilización de herramientas de valoración que nos permitan conocer el estado actual de satisfacción del paciente en diversas áreas de estudio, según los diferentes factores que la conforman^{7,14}.

Sin embargo, no existe un instrumento de medida específico, para evaluar la satisfacción del paciente en diálisis; y los existentes no están adaptados a la población española en diálisis.

Atendiendo a la selección de artículos del presente trabajo, existen diferentes instrumentos, que permiten conocer de diferentes formas el grado de satisfacción del paciente en diálisis. En este sentido, algunos cuestionarios diseñados para medir la calidad, añaden como variable la satisfacción¹⁸ y los cuestionarios de valoración CARE-Q (escala análoga de 4 puntos)¹⁹ y LOPSS 12 para evaluar el nivel de satisfacción de los cuidados enfermeros²⁰.

En efecto, uno de los factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes en diálisis, es la satisfacción. Así encontramos el cuestionario KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life – Short Form*), el cual está indicado específicamente para evaluar el grado de calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con afectación renal¹⁴. Este cuestionario, asociado con el ya mencionado SF-36, conforman el integrado KDQOL SF-36, permitiendo, conocer el nivel de satisfacción de los pacientes nefrológicos, tanto en HD como en DP^{14,15}.

Otro de los instrumentos utilizados es el SERV-QHOS^{10,11}, que evalúa la calidad percibida por el paciente, aplicada en estudios de satisfacción de los usuarios, combinando expectativas y percepciones¹⁰. Además de discriminar entre pacientes satisfechos e insatisfechos así como, permitirnos identificar oportunidades de mejora^{3,7,10-13}. Este cuestionario ha demostrado una alta consistencia interna, una buena capacidad predictiva, y especialmente una buena estructura factorial^{10,12}.

Del mismo modo, resulta evidente resaltar el cuestionario CHOICE (*Cuestionario de elecciones para resultados saludables en el cuidado de la enfermedad renal en etapa terminal*), que evalúa la satisfacción el paciente con el tratamiento llevado a cabo en diálisis²¹. Dicha herramienta consta de 20 preguntas sobre las experiencias de los pacientes en relación con los diferentes aspectos de la atención de diálisis. Además, tres preguntas le piden a los pacientes que califiquen la calidad general de su atención, cuánto de su atención podría ser mejor y si recomendarían el Servicio en el que son atendidos^{15,21}.

Otro de los instrumentos que facilitan conocer el grado de satisfacción, concretamente en hemodiálisis, es la Escala para la Evaluación de la Satisfacción del Paciente con el Servicio de Hemodiálisis (ESUR-HD), la cual atiende a 9 dominios de la dimensión de la satisfacción¹⁶.

Por último, bajo un enfoque de cumplimiento terapéutico, destaca el cuestionario de valoración SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*), siendo éste validado en la población española en pacientes con tratamiento renal sustitutivo. Dicho cuestionario consta de 6 preguntas de carácter dicotómico (SI/NO), por lo que cualquier respuesta en el sentido de no adherente implicará que al paciente se le considere no adherente al tratamiento prescrito²².

Interacción con enfermería. Aspectos más valorados
Según diversos estudios, resulta evidente el crucial papel desempeñado por el profesional enfermero en el cuidado, seguridad y recuperación del paciente, en especial en aquellas entidades patológicas de carácter crónico^{7,10,12}, conllevando consigo, en algunos casos, tratamientos sustitutorios o paliativos con un marcado carácter permanente, como es la diálisis¹⁷. En este sentido, las funciones inherentes de Enfermería llevadas a cabo en el paciente renal, como son el adecuado tratamiento, educación sanitaria o apoyo psicológico, permiten alcanzar unos estándares de calidad en los cuidados adecuados^{3,12,13} que, siendo enfocados sobre el contexto de la satisfacción, actúan sobre cada uno de los factores determinantes del mismo, intentando desarrollar los más altos niveles de satisfacción¹⁸. De ahí, que la mayoría de autores pongan énfasis en la necesidad de una adecuada educación sanitaria, por parte del profesional facultativo y enfermero, del paciente y familia respecto al proceso clínico y las características asociadas al mismo, que repercutirá directamente en el paciente²¹.

Finalmente, resulta evidente destacar aquellos atributos que mejor valoración han reportado por parte del paciente en diálisis, conformándose éstos como factores influyentes en el aumento del nivel de satisfacción percibida, destacando: amabilidad, disposición e interés, preparación técnica profesional, trato personalizado, confianza y seguridad clínica^{3,7,13,23}.

Áreas de mejora

La mayoría de estudios encontrados proponen como áreas de mejora ante la satisfacción del paciente: charlas dirigidas a pacientes y familiares en temas relacionados con información general y específica respecto a su proceso de enfermedad renal crónica¹⁰, así como el aporte de información requerida que permita aumentar el nivel de formación de profesionales sanitarios para asistir adecuadamente a este colectivo de pacientes^{7,13}. En éste último, otro de los aspectos que precisan mejora es la correcta información sobre avances tecnológicos y monitores utilizados en el adecuado tratamiento de la ERCA^{10,11}.

Cabe hacer especial hincapié en la información referente a la medicación y a la dieta, puesto que resulta un factor determinante e influyente en la percepción de la propia salud del paciente, condicionando, en gran medida, los resultados obtenidos^{3,12}.

Algunos artículos apuntan la necesidad de ampliación de las unidades de diálisis y, con ello, el aumento del

personal que les atiende, conllevando consigo la reducción de tiempos de espera. Otro aspecto a mejorar es la calidad y cantidad de comida que se les facilita durante su estancia, siendo secundada por la necesidad mejora del transporte evitando esperas prolongadas^{7,13}.

Discusión

La ERCA, caracterizada por su evolución progresiva, lleva consigo un tratamiento prolongado y paliativo ante el fracaso renal objetivado, requiriendo al final de la última etapa de la enfermedad una TRS, como el trasplante renal^{11,12} o alguna de las modalidades terapéuticas que conforman la diálisis¹⁷, la HD o la DP, en las que los pacientes precisan de unas necesidades especiales que repercuten en su estado bio-psicosocial²³, siendo éstas principalmente determinadas por la propia evolución clínica y el manejo terapéutico llevado a cabo aplicado a los mismos^{7,12}.

En este sentido, la correcta valoración del nivel de satisfacción, así como las diferentes variables que la conforman^{7,14}, se articulan como cruciales a la hora de conocer el grado de atención requerida por parte de los pacientes en diálisis, estableciéndose la estrategia terapéutica que mayor se adapte a las expectativas y necesidades individuales alteradas de cada paciente^{7,11,16,17,23}. Este hecho no resulta aislado, ya que el nivel de satisfacción permite establecer planes de mejora, aumentando la calidad de la atención y cuidados llevados a cabo por parte del personal sanitario implicado en el proceso de tratamiento en diálisis^{10,11}.

Actualmente, los profesionales implicados en la atención del paciente renal tienen a su disposición un abanico de herramientas de valoración que permiten conocer, objetivamente, multitud de aspectos de interés relacionados con el propio proceso clínico y la esfera psicosocial de este tipo de pacientes^{23,24}.

Sin embargo, no existen cuestionarios específicos que midan la satisfacción del paciente en diálisis, y los existentes no han sido adaptados a la población española en diálisis. Los principales cuestionarios de valoración de esta variable encontrados en esta revisión, evalúan los diferentes factores asociados a la satisfacción del paciente en diálisis, destacando, entre otros: las escalas tipo Likert¹⁸ y los cuestionarios CARE-Q¹⁹, LOPSS 12²⁰ y SUR-HD¹⁶ para conocer el nivel de satisfacción de pacientes nefrológicos, así como el cuestionario

SERVQHOS^{3,7,10-13} para valorar el nivel de calidad de vida del paciente en diálisis. Según López MC et al.¹³, la utilidad derivada del uso de dichos instrumentos de valoración radica en la fiabilidad y precisión de los mismos, requiriendo de nuevos estudios que formulen nuevas herramientas que permitan atender a las recientes necesidades originadas en el paciente renal, traducidos en términos de calidad y satisfacción^{17,21}.

Por otro lado, según los resultados obtenidos, destaca el alto grado de satisfacción del paciente en diálisis, en general, y mejor percepción de la mismas de los pacientes en DP respecto a los de HD¹⁴. Este hecho es asociado a determinantes como la calidad de vida^{15,16}, funcionamiento social¹⁵ y seguridad clínica^{7,11,13}. Sin embargo, los factores que mayor grado de insatisfacción han sido reportados son principalmente, incorrecta información acerca del régimen terapéutico y dieta^{3,7,10-13}, así como falta formación y número de personal adecuado en la unidad^{7,10,13}. Reid C et al.²³ y Ruiz B et al.²⁴, establecen que las alteraciones de los roles socio-familiares, así como del nivel de funcionamiento del paciente renal, suponen un riesgo añadido al grado de satisfacción, pudiendo afectar ciertas áreas de valoración que actualmente se encuentran bien conservadas.

Atendiendo al nivel de calidad percibida por parte de los usuarios de diálisis ante los cuidados de enfermería, la satisfacción reportada es elevada, coincidiendo con la mayor parte de producción científica disponible^{7,11-13,24}. Las acciones derivadas de la educación sanitaria llevada a cabo, así como el establecimiento de un adecuado tratamiento y apoyo psicológico ejercido durante el proceso de atención terapéutica por parte del profesional enfermero, reportan los mayores resultados positivos de satisfacción de este grupo de pacientes^{17,21,22,24}.

Limitaciones del estudio

Como principales limitaciones de nuestro estudio cabe destacar los pocos estudios localizados y la variabilidad existente en la metodología e instrumentos de medida utilizados para evaluar la satisfacción, y por tanto, las diferentes dimensiones utilizadas en cada uno de ellos no permiten agrupar resultados. También en los artículos seleccionados, no existe homogeneidad respecto a la técnica de diálisis en la que se ha evaluado la satisfacción (HD, DP -intermitente ambulatoria, intermitente diurna, tidal etc..-).

Consideraciones prácticas

Como consideraciones prácticas de la presente revisión, cabe destacar la importancia de llevar a cabo este tipo de estudios en la práctica clínica de forma periódica, estableciendo como principal objetivo conocer las expectativas de los pacientes, así como el establecimiento de puntos de mejora y fortalecimiento de aspectos clave en la satisfacción de los usuarios de diálisis, siendo éstos últimos partícipes en el reporte de opiniones y sugerencias relevantes para la mejora continua del proceso asistencial. Del mismo modo, resulta evidente la necesidad de difusión de los resultados obtenidos hacia el profesional sanitario, sirviendo como incentivo en el puesto profesional desempeñado.

A la vista de estos resultados, podemos afirmar que:

-Los factores más influyentes en la satisfacción del paciente en diálisis son, principalmente, la confianza transmitida y la disposición del personal sanitario en la prestación de ayuda, el trato personalizado, la amabilidad y seguridad transmitida, la destreza para pinchar la fistula, el interés por la resolución de problemas asociados, así como la información relacionada con la higiene y la rapidez de respuesta requerida. Al contrario, los factores menos satisfactorios son la escasa capacitación del personal, la información médica, la tecnología de los equipos, el tiempo de espera de atención médica, así como la información referente a la dieta y medicación prescrita.

-Respecto a los instrumentos de medida, hay que indicar que no existe un instrumento de medida específico, para evaluar la satisfacción del paciente en diálisis; y los existentes no están adaptados a la población española en diálisis.

-En cuanto a los atributos que los pacientes en diálisis perciben como más satisfactorios en su relación con enfermería, destacan la amabilidad, disposición e interés, preparación técnica profesional, trato personalizado, confianza y seguridad clínica.

Finalmente, es importante indicar la necesidad de evaluar periódicamente el grado de satisfacción del paciente en diálisis, para no solo responder a sus necesidades sino también a sus expectativas y detección de áreas de mejora asistenciales. Este hecho resulta fundamental en la conformación y diseño de planes de gestión y atención sanitaria, conllevando una adecuada actuación clínica, así como el establecimiento de la seguridad clínica

relevante, siguiendo los más altos estándares de calidad.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos del presente artículo.

Recibido: 28-12-18
Revisado: 15-01-19
Modificado: 30-01-19
Aceptado: 15-02-19

Bibliografía

1. Pérez T, Rodríguez A, Suárez J, Rodríguez L, García MA, Rodríguez Pérez JC. Satisfacción del paciente en una Unidad de Diálisis. ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis? *Enferm Nefrol.* 2012;15(2):101-7. DOI: 10.4321/S2254-28842012000200004.
2. Miguel M, Valdés C, Rábano M, Artos Y, Cabello P, De Castro N et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2009;12(1):19-25. [Consultado 13 abril 2018]. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n1/original13.pdf
3. García R, Fernández J, González I, Fernández C, Fernández M, Díaz C. Satisfacción del paciente en diálisis (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal): aspectos a mejorar. *Enferm Nefrol (Mad).* 2016;19(3):248-54. DOI: 10.4321/S2254-28842016000300007.
4. Largo CM, Zamaniego MA. Calidad y nivel de satisfacción en la Atención de los pacientes del centro de DIALILIFE-CUENCA 2017. Universidad de Cuenca. 2018. [Consultado 23 marzo 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30385>.

5. Ocaña J, Montero D. Calidad de vida en pacientes enfermos renales crónicos sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria versus hemodiálisis, en el hospital Carlos Andrade Marín Quito período Junio-Septiembre 2013. Universidad Nacional de Chimborazo. 2013. [Consultado 17 marzo 2018]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/105>.
6. Hernández ME, Ochando A, Lorenzo S, Orbes P, López K. Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2007;10(1):6-13. DOI: 10.4321/s1139-13752007000100002.
7. Sanz M, Garrido L, Caro C. Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. *Enferm Nefrol*. 2017;20(1):66-75. DOI: 10.4321/S2254-28842017000100009.
8. Castro E, Cadena G. Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Mex Seguro Soc*. 2017;25(4):271-8. [Consultado 5 mayo 2018]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174e.pfd.
9. Guirao JA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene* [Internet]. 2015;9(2). [Consultado 23 marzo 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-
10. Rodríguez D, Sanjuán D. Satisfacción percibida por los pacientes en el servicio de hemodiálisis del hospital general de La Palma. *Enferm Nefrol (Mad)*. 2013;16(2):75-82. DOI: 10.4321/S225428842013000200002.
11. Martín RA. Satisfacción del paciente en HD como criterio de calidad asistencial en enfermería. *Rev Mex Urol*. 2014;74(5):292-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.uromx.2014.09.008>.
12. Gómez M, Moreno P, Miralles F, Sánchez MD, Sánchez MA, Pérez G. Cuidados de calidad y satisfacción del paciente con enfermería en hemodiálisis. *Enferm Nefrol (Mad)*. 2014;17(Supl 1):S88-108.
13. López MC, Luque I, Gómez VE, Casas R, Crespo R. La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. *Enferm Nefrol (Mad)*. 2016;19(2):125-33. DOI: 10.4321 / S2254-28842016000200004.
14. Rebollo A, Pons ME, Macías MJ, Cabrera S. Valoración de la acogida de pacientes que inician terapia renal sustitutiva: Nivel de satisfacción. *Enferm Nefrol*. 2015;18(2):97-102. DOI: 10.4321/S2254-28842015000200004.
15. Aguilar F, Fernandes I, Camargo JM, Bucaneve J, Prado NM, Terumy C et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service. *J Bras Nefrol*. 2015 (octubre-diciembre);37(4):467-74. DOI: 10.5935 / 0101-2800.20150074.
16. Sanabria M, Tobón J, Certuche MC, Sánchez R. Validation of an instrument for measuring satisfaction of patients undergoing hemodialysis. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:321. DOI: 10.1186 / s12913-017-2251-y.
17. Ángel ZE, Duque GA, Tovar DL. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enferm Nefrol*. 2016;19(3):202-13. DOI: 10.4321/S2254-28842016000300003.
18. Rocha MR, Vega J, Reséndiz G, López G. Determinación de la calidad a través de la satisfacción del paciente y atención de enfermería en clínica ISSSTE, Rioverde, México. *Rev. Paraninfo Digital*. 2014;21. [Consultado 13 abril 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n21/034.php>.
19. Urbina MA, Ávila H, Gutiérrez G, Vázquez L, Martínez ML, Hernández MA. Satisfacción del cuidado enfermero en pacientes con Enfermedad Renal Crónica. *Rev. Paraninfo Digital*. 2016;25. [Consultado 17 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/021.php>.
20. Morga S, Navarro MA, Torralba MJ, Saura AM. Un estudio de calidad de vida y grado de satisfacción con los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev. Paraninfo Digital*. 2014; 20. [Consultado 17 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/232.php>.
21. Palmer SC, de Berardis G, Craig JC, Tong A, Tonelli M, Pellegrini F et al. Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: an international survey. *BMJ Open*. 2014;4:e005020. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005020.

22. Huertas MP, Pérez R, Albalade M, De Sequera P, Ortega M, Puerta M, et al. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Rev. Nefrol.* 2014; 34(6):737-42. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477.
23. Reid C, Seymour J, Jones C. A Thematic Synthesis of the Experiences of Adults Living with Hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016 (Jul);11:1206-18. DOI: 10.2215 / CJN.10561015.
24. Ruiz de Alegría B, Basabe N, Saracho R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Rev. Nefrol.* 2013;33(3):342-54. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



years exceeds 50% of the total. There are also notable differences in the distribution of renal transplant activity from living donors by Autonomous Community.

Kidney donation from living donors, aims to better meet the needs of the waiting list for transplant, reduce waiting times in general and increase the supply of an excellent therapeutic option, with better results in survival and rehabilitation for the patient, being currently a very safe option also for donors.

The approach to patients with chronic kidney disease must be multidisciplinary (nurses, nephrologists, psychologists and surgeons), highlighting the key role of the nurse as manager of care, by the influence on their health education and therapeutic guidance, which it is provided from the consultations in advanced chronic kidney disease.

PALABRAS CLAVE: kidney transplantation; consultation; living donor; ACKD.

Introducción

En España, con la creación en 1989 de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y de la Red de donación y trasplantes, se ha conseguido gestionar la donación de órganos a lo largo de los últimos 30 años, de manera más efectiva que en el resto de países¹. Aunque este hecho ha proporcionado un aumento del número de trasplantes renales efectuados en nuestro país, no se ha producido un descenso proporcional del número de pacientes en lista de espera para trasplante². Este fenómeno paradójico, por el cual se produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda de órganos para trasplante, se sustenta en que una mayor actividad de donación y trasplante conlleva a una flexibilización de los criterios de entrada en lista de espera y un consecuente incremento en la demanda de trasplante.

Por este motivo, y con el fin de aumentar la actividad de trasplante de órganos en general y de trasplante renal en particular, en los últimos 15 años se han puesto en marcha diferentes estrategias dirigidas a incrementar, la actividad de donación. Siendo la creación de nuevos programas de donación en asistolia (856 trasplantes renales realizados en 2018)², detección de donantes fuera de la UCI y la optimización de la utilización de órganos de donantes con criterios expandidos, las principales áreas desarrolladas. Fomentar la donación renal procedente de donante vivo también ha sido una prioridad para equipos de trasplante,

pacientes y ONT, sobre todo a partir del desarrollo del Plan estratégico de donación 40³, ya que, además, no siempre la donación de cadáver es la mejor opción, cuando existe la posibilidad del trasplante de donante vivo. Todas las anteriores medidas citadas, han sido fructíferas y han aumentado el número total de donantes. No obstante, seguimos sin alcanzar la autosuficiencia.

Actividad y Programas de trasplante renal vivo en España

Según datos del registro nacional de enfermos renales la prevalencia de la enfermedad renal terminal en tratamiento dialítico (ya sea hemodiálisis o peritoneal) en 2017 fue de 685 p.m.p.⁴. Teniendo en cuenta que el 22% de estos pacientes podrían ser teóricos candidatos a trasplante renal, nos encontramos ante la necesidad de unos 150 trasplantes renales p.m.p. para cubrir las necesidades. El porcentaje aumenta cuando hablamos de receptores jóvenes, ya que, el número de donantes mayores de 60 años supera el 50% del total⁵. Esto hace que nuestras listas de espera alberguen un pool de pacientes jóvenes, que pasan en ocasiones varios años esperando un trasplante, con el coste sociofamiliar y económico que implica. El trasplante renal de donante vivo es una excelente opción terapéutica para hacer frente a la lista de espera. Ofrece mejores resultados a largo plazo en cuanto a supervivencia del injerto y del paciente en todas sus modalidades^{6,7} y puede realizarse de manera programada, en un momento idóneo para donante y receptor, incluso cuando este aún está en prediálisis, lo que le confiere una gran ventaja sobre todo en cuanto a grado de morbilidad e inmunización.

Son un hecho también y así lo demuestran diferentes series nacionales e internacionales, los excelentes resultados en cuanto a seguridad a corto y largo plazo para el donante⁸⁻¹², que establecen una mortalidad en torno al 0,03% y una menor morbilidad, asociada al uso de técnicas menos invasivas en la nefrectomía tales como la nefrectomía laparoscópica. Esto hizo también aunar esfuerzos entre: equipos de trasplante, asociaciones de pacientes y la propia ONT, para impulsar decididamente la donación renal de donante vivo en nuestro país, que comenzó con el Plan estratégico de donación 40³, en el año 2008 y tiene continuidad con el Plan estratégico de donación y trasplante de órganos 2019/2022¹³.

Con ello se ha conseguido, que sean más de 30 los equipos de trasplante renal los que realizan ya esta modalidad de trasplante en nuestro país, y que registremos un

8,8% de actividad de trasplante renal de donante vivo en el último año, con 293 trasplantes realizados². De manera muy ligada al incremento de la actividad de trasplante renal de donante vivo y al acumulo de experiencia por parte de los equipos de trasplante renal en España, la ONT con el apoyo de las Coordinaciones Autonómicas de Trasplante y los equipos de trasplante, puso en marcha hace ya algunos años el Plan Nacional de Trasplante Renal Cruzado¹⁴, así como desarrolló un protocolo de funcionamiento para gestionar la donación renal procedente de donante altruista¹⁵.

Plan Nacional de Donación Renal Cruzada

Concebido para ofrecer a la sociedad en general y a los pacientes con insuficiencia renal terminal en particular, la posibilidad de donación y trasplante de riñón de vivo, en aquellos casos en que no existe compatibilidad entre donante y receptor, bien por grupo sanguíneo ABO incompatible o por haber resultado la prueba cruzada positiva, (estimada en un 30% de los casos)^{16,17}. Permite también otros supuestos en los que, sin existir una imposibilidad real para trasplante entre la pareja, existe un beneficio real asociado, como por ejemplo disminuir la diferencia de edad entre donante y receptor.

Desde su puesta en marcha en el año 2009 y hasta el año 2017, han participado 555 parejas de donante-receptor y 185 pacientes han sido trasplantados, obteniendo una tasa de éxito del 32,7%, cifra muy similar a las de países de nuestro entorno². Se trata de un programa multicéntrico en el que la labor desde la ONT consiste en trabajar de manera transversal con todos los profesionales implicados, fundamentalmente: nefrólogos, inmunólogos y coordinadores de trasplantes.

Programa de donación Renal Altruista

El trasplante renal de donante vivo está regulado en España por la Ley de trasplantes 30/1979 aplicada mediante el Real Decreto 1723/2012 que permite la donación, no solo entre personas emocionalmente relacionadas, sino entre desconocidos, siempre que se realice de forma altruista y desinteresada. En el año 2010 la ONT junto con un comité de expertos, articuló un protocolo¹² que facilitase a los profesionales de cualquier centro de la Red de Donación y Trasplantes, la evaluación de cada posible candidato que quisiera donar de manera anónima uno de sus riñones a un receptor en lista de espera para trasplante, conocidos como donante altruista o "Buen

Samaritano". Entre el año 2010 y 2018, 15 personas ya han donado un riñón de esta manera en nuestro país, facilitando el acceso al trasplante de 44 pacientes.

Los resultados de la donación renal altruista son alentadores tanto para receptores como para donantes. Los principales motivos de éxito son:

- La dinamización del Programa de donación renal cruzada, ya que los donantes inician cadenas de donación cruzada, permitiendo una mayor tasa de éxito del mismo.
- La posibilidad de gestionar con eficacia y en un entorno de seguridad, la voluntad de donación de aquellas personas que han tomado la decisión meditada, solidaria y altruista de donar un riñón anónimamente en nuestro país.

No obstante, en cuanto a la distribución del trasplante renal de donante vivo, justificada y necesaria como hemos argumentado, existen notables diferencias según las comunidades autónomas, probablemente de origen multifactorial, lo cual nos hace pensar que existen grandes áreas de mejora. (Figura 1). Es posible, que el notable incremento de la donación procedente de donante fallecido en estos últimos tres años haga pensar a los profesionales que se dedican al cuidado y tratamiento del paciente nefrológico, que la opción del trasplante de donante vivo ya no es tan necesaria. Sin embargo, los datos son reveladores, en 2017 en España hubieron 7.211 pacientes en lista de espera para trasplante renal, de los cuales 3.269 consiguieron trasplantarse (332 de donante vivo), lo que suponen solo 70 trasplantes p.m.p².

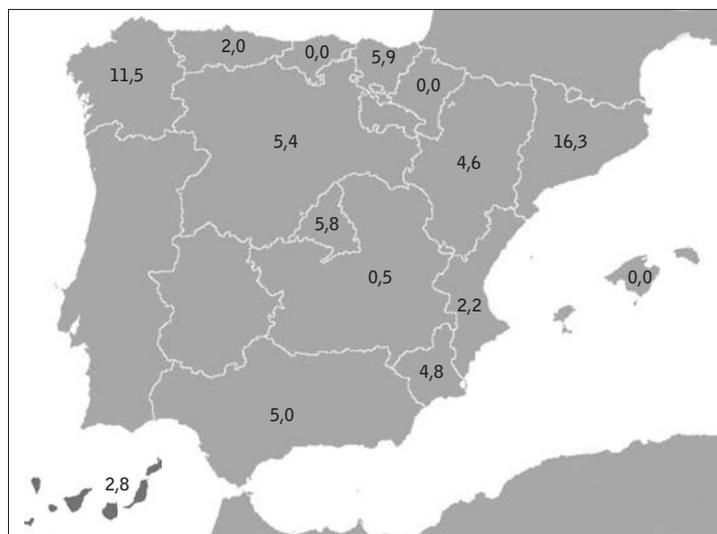


Figura 1. Trasplante renal de donante vivo. Distribución de actividad por Comunidad Autónoma de trasplante p.m.p. España 2018. ONT.

Discusión

Con la donación renal de vivo, se pretende atender mejor las necesidades de la lista de espera para trasplante, reducir los tiempos de espera en general y aumentar la oferta de una excelente opción terapéutica. Esta situación provocará un aumento en la supervivencia y rehabilitación del paciente, siendo actualmente una opción muy segura también para los donantes.

El abordaje de los pacientes con enfermedad renal crónica debe plantearse desde el ámbito de lo multidisciplinar (nefrólogos, enfermeras, psicólogos y cirujanos), destacando el papel de la enfermera como gestora de cuidados. Normalmente es la enfermera la que informa a los pacientes, garantiza sus cuidados y los prepara para alcanzar la autonomía, apoyándolos emocionalmente y siendo también punto de unión entre los distintos profesionales implicados de cara a la resolución de dudas y conflictos. Todo ello constata que la enfermera de nefrología tiene una importante influencia en la evolución de estos pacientes, no solo por los cuidados altamente cualificados que proporciona, sino también por la influencia que ejerce en su educación sanitaria y en la orientación terapéutica que se proporciona desde las consultas de enfermedad renal avanzada: ERCA¹⁹.

Para concluir podemos decir que en este largo proceso motivacional y de apoyo educativo la enfermera es fundamental a la hora de ofrecer información veraz y actualizada de todas las opciones terapéuticas al paciente con enfermedad renal terminal, contemplando como opción el trasplante renal con donante vivo, (siendo ideal en situación de prediálisis). Sólo así, es posible asegurar que el paciente contando con toda la información a su alcance, tome la mejor decisión teniendo en cuenta sus necesidades y circunstancias, y siempre respaldado por la enfermera de ERCA como persona de referencia en la relación terapéutica¹⁹. Es por ello, que les alentamos a pensar, que cuando tengan delante a un paciente con enfermedad terminal renal les informen y ofrezcan, junto con el resto de las opciones, una muy buena opción de tratamiento: El trasplante renal de donante vivo.

Conflictos de interés

No existe conflicto de intereses.

Recibido: 15-04-19
Revisado: 25-04-19
Modificado: 01-05-19
Aceptado: 12-05-19

Bibliografía

1. Total rate (p.m.p.) total number of actual deceased donors. Global Observatory on Donation and Transplantation. 2017 [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/data-charts-and-tables/chart/>
2. Memoria de Actividad de donación y trasplante renal en España. Organización Nacional de Trasplantes. 2018. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.ont.es/mailings/ACTIVIDAD%20DE%20DONACION%20Y%20TRASPLANTE%20RENAL%20EN%20ESPA%202018.pdf>
3. Plan de acción para la mejora de la donación y el trasplante de órganos: Plan donación 40. Organización Nacional de Trasplantes. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/ProyectosEnMarcha/Plan%20Donacion%20Cuarenta.pdf>
4. Prevalencia paciente en tratamiento renal sustitutivo España. Registro Español de Enfermos Renales. 2017. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.registrorenal.es/informes/>
5. Memoria de actividad de donación y trasplante, España. Organización Nacional de Trasplantes. 2018. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: http://www.ont.es/mailings/DOSSIER%20DONACION%20Y%20TX_2018.pdf
6. Axelrod DA, Schnitzler MA, Xiao H, et al. An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. *Am J Transplant*. 2018;18:1168-76.
7. Guirado, L., Why renal transplant from living donors gives better results than cadaver renal transplant? *Revista de Nefrología*. 2008;28(2):159-67.

8. Vishnu, P, Kidney Transplant Outcomes for Prior Living Organ Donors. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2015 May;26(5):1188-94.
9. Gross, C.R., Health related quality of life in kidney donors from the last five decades: results from the RELIVE study. *The American Journal of Transplantation*. 2013 Nov;13(11):2924-34.
10. Ibrahim HN, Foley R, Tan L, Rogers T, Bailey RF, Guo H, et al. Long-term consequences of kidney donation. *N Engl J Med*. 2009;360(5):459-69.
11. Mjoen G, Hallan S, Hartmann A, Foss A, Midtvedt K, Oyen O, et al. Long-term risks for kidney donors. *Kidney Int*. 2014;86(1):162-7.
12. Muzaale AD, Massie AB, Wang MC, Montgomery RA, McBride MA, Wainright JL, et al. Risk of end-stage renal disease following live kidney donation. *JAMA*. 2014;311(6):579-86.
13. Plan Estratégico de donación y trasplante de órganos 2018-2022. Organización Nacional de Trasplantes. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Documents/PLAN%20ESTRAT%3%89GICO%202018%20-%202022_%3%93RGANOS_SEPTIEMBRE%202018_FINAL.pdf
14. Programa de Donación Renal Cruzada en España. Organización Nacional de Trasplantes. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://vivorenal.ont.es/download/documentaci%3%B3n/Programa%20Donaci%3%B3n%20renal%20cruzada%206.0.pdf>
15. Protocolo de donación Renal Altruista en España. Organización Nacional de Trasplantes. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/DocumentsDeConsenso/Proccolo_donaci%3%B3n_renal_altruista.pdf
16. Recomendaciones de la SEN y de la ONT sobre trasplante renal de donante vivo 2010. [Consultado 10 marzo 2019]. Disponible en: <http://vivorenal.ont.es/download/documentaci%3%B3n/Guias%20SEN.pdf>
17. Montgomery RA. ABO incompatible transplantation: to B or not to B. *Am J Transplant*. 2004; 4(7):1011-2.
18. Domínguez-Gil B, Valentín M.O, Martín Escobar E, García Martínez M, José María Cruzado J.M, Pascual Santos J, Fernández Fresnedo G, Matesanz Acedos R. Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. *Nefrología* 2010;30(Suppl 2):S3-13.
19. García Llana H. et al. Consulta de enfermería interdisciplinar de enfermedad renal crónica avanzada: apuntes para un modelo integral de cuidados. *133 Enferm Nefrol* 2013 Abr-Jun;16(2):133-5.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA ERCA

*Si tienes una idea
sobre Enfermedad
Renal Crónica, este
es tu proyecto*

¡Participa!

- Serán admitidos a concurso todos los trabajos enviados al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN cuya temática esté relacionada con el ámbito de la enfermedad renal crónica avanzada.
- Los trabajos serán redactados en lengua castellana.
- Los trabajos serán inéditos y cumplirán todas las normas de presentación de trabajos al XLIV Congreso Nacional de SEDEN.
- El plazo de entrega de los trabajos será el mismo que se establece para el envío de trabajos al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN (del 1 de marzo al 10 de abril de 2019)
- El Jurado estará compuesto por el Comité Evaluador de Trabajos de la SEDEN.
- La entrega del Premio tendrá lugar en el acto inaugural del XLIV Congreso Nacional de la SEDEN, A Coruña 2019.
- El trabajo premiado quedará a disposición de la revista Enfermería Nefrológica para su publicación si el comité editorial lo estimase oportuno. Los autores siempre que dispongan del trabajo y/o datos del mismo deberán hacer constar su origen como Premio SEDEN.
- Cualquier eventualidad no prevista en estas bases será resuelta por la Junta Directiva de la SEDEN.
- El Premio consistirá en una inscripción gratuita para el Congreso Nacional de la SEDEN 2020.
- El premio puede ser declarado desierto.



Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis

Lesnay Martínez Rodríguez¹, Evelyn Fernández Castillo¹, Elianys González Martínez¹, Yunaisi de la C. Ávila Hernández¹, Amanda Lorenzo Carreiro³, Henry Luis Vázquez Morales²

¹ Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas. Cuba

² Hospital "Arnaldo Milián Castro". Cuba

³ Universidad Central de las Villas. Cuba

Como citar este artículo:

Martínez-Rodríguez L, Fernández-Castillo E, González-Martínez E, Vázquez-Morales HL. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):130-9

Resumen

Introducción: Garantizar el cuidado del paciente en hemodiálisis se reconoce como una actividad compleja, exigente y estresante a la cual se expone de manera reiterada el cuidador. El apoyo social y la resiliencia constituyen factores protectores que permiten amortiguar el impacto del estrés en la salud mental de los cuidadores.

Objetivo: Analizar el apoyo social y la resiliencia como factores protectores en los cuidadores de pacientes en hemodiálisis.

Material y Método: Estudio mixto secuencial con alcance descriptivo. La selección muestral se realizó de forma intencional-no probabilística para una muestra de 67 cuidadores de pacientes en hemodiálisis asistentes al Servicio de tratamiento sustitutivo durante el 2018.

Se emplearon como instrumentos un Cuestionario de variables sociodemográficas, el Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 y la Escala reducida de Resiliencia Connor-Davidson. Se desarrollaron entrevistas grupales para la recogida de información cualitativa.

Resultados: La percepción de apoyo social así como las dimensiones de apoyo afectivo y confidencial se expresan en niveles medios y bajos, distinguiéndose la familia como la principal red de apoyo para los cuidadores. La

resiliencia alcanza niveles medio y alto siendo el optimismo, el sentido del humor y el establecimiento de relaciones sociales los principales mecanismos resilientes para enfrentar la actividad de cuidado.

Conclusiones: El apoyo social y la resiliencia se comportan como factores protectores en los cuidadores estudiados. Se constituyen como los principales recursos psicológicos amortiguadores del estrés que ofrecen una perspectiva diferente y enriquecedora para enfrentar situaciones adversas de manera efectiva en los cuidadores.

PALABRAS CLAVE: cuidador; apoyo social; resiliencia; hemodiálisis.



Social support and resilience: protective factors in primary caregivers of patients on hemodialysis

Abstract

Introduction: Ensuring the care in hemodialysis patient is a complex, demanding and stressful activity to which the caregiver is repeatedly exposed. Social support and resilience are protective factors that allow to mitigate the impact of stress on the caregiver's mental health.

Objective: Analyze social support and resilience as protective factors in caregivers of patients on hemodialysis.

Material and Method: A sequential mixed model design with descriptive scope. A non-probability sampling was made for a sample of 67 caregivers of hemodialysis pa-

Correspondencia:

Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas
Facultad Ciencias Sociales. Departamento de Psicología
Ctra. Camajuaní, Km 5 ½. Santa Clara, Villa Clara. Cuba
E-mail: lesnay@uclv.cu

tients attending the Substitute Treatment Service during 2018.

A questionnaire of sociodemographic variables, the Duke-UNK-11 Functional Social Support Questionnaire and the Connor-Davidson Reduced Resilience Scale were used as instruments. Group interviews were developed for the collection of qualitative information.

Result: The perceptions of social support as well as the dimensions of affective and confidential support are expressed in medium and low levels, distinguishing the family as the main support network for caregivers. Resilience reaches medium and high levels, with optimism, a sense of humor and the establishment of social relationships as the main resilient mechanisms to approach the care activity.

Conclusions: Social support and resilience operate as protective factors in the caregivers studied. Both are considered as the main psychological resources to mitigate stress. Also they offer a different and enriching perspective to face adverse situations effectively in caregivers.

KEYWORDS: caregiver; social support; resilience; hemodialysis.

Introducción

El incremento de la insuficiencia renal crónica se debe al aumento de enfermedades crónicas degenerativas de gran prevalencia como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, infecciones sistémicas y del tracto urinario, litiasis renal y enfermedades hereditarias¹. La hemodiálisis se reconoce como una de las modalidades terapéuticas para la sustitución de la función renal que se realiza a partir de un procedimiento artificial apoyado por una máquina que dializa la sangre y la libera de las toxinas².

El diagnóstico de la enfermedad renal y su tratamiento sustitutivo genera como impactos en la familia la modificación en la estructura organizativa de sus miembros, la fragilidad y dependencia que experimentan los pacientes a nivel físico, emocional y social.

De acuerdo con la distribución de roles familiares las funciones recaen sobre el cuidador principal, quien se dedica de forma temporal o permanentemente al cuidado, custodia o protección de otra persona a la cual le falta o ha perdido autonomía física, psíquica o intelectual, y

tiene necesidad de asistencia o ayuda para realizar actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los relacionados con el cuidado personal³.

La asunción del rol implica para el cuidador conflictos, carencia de intereses personales, frustraciones, estados emocionales negativos, sobrecarga, insatisfacción de necesidades materiales o espirituales; pues la actividad de cuidado requiere no solo de disposición física sino también de un apoyo emocional hacia el familiar.

Se evidencian como principales variables asociadas al aumento de la carga del cuidador y relacionadas con el enfermo el grado de deterioro y/o pérdida de autonomía, comorbilidad con trastornos mentales de difícil manejo o la estabilidad hemodinámica. Por otro lado la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, los años de experiencia y las derivadas de la relación afectiva cuidador-enfermo tanto previas como actuales matizan el estado mental del cuidador⁴.

Las sensaciones de aislamiento social dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, constituye un cambio brusco si no existe una preparación y puede originar sentimientos de pérdida a partir de las expectativas personales o profesionales trazadas⁵.

Dentro del proceso salud-enfermedad el apoyo social se concibe como un recurso que facilita el éxito y actúa como variable mediadora en el proceso de estrés de las personas cuidadoras; desempeñándose como factor protector para la salud, facilitando el afrontamiento y la adaptación ante este tipo de situaciones⁶. Se afirma que la influencia del apoyo social garantiza un aumento de la resistencia de las personas ante cambios significativos durante su vida, estresores diarios, crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades de carácter crónico⁷.

Por otro lado, la resiliencia se evidencia como un proceso que permite retomar algún tipo de desarrollo a pesar de la ocurrencia de una situación traumática. La resiliencia se establece como un proceso dinámico, que depende de factores internos (personales) y externos (contextuales), tanto de riesgo como protectores, donde ambas dimensiones interactúan entre sí para generar un mecanismo que hace posible darle continuidad al desarrollo o a algunos aspectos del mismo, a pesar de las circunstancias⁸.

Los factores protectores se reconocen como influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una

persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo⁸. Entre las condiciones promotoras de resiliencia, se destacan el apoyo social, la evaluación de los estresores así como el estilo de afrontamiento empleado por el cuidador⁹. Teniendo en cuenta el valor mediador que alcanzan los factores protectores en el bienestar de los cuidadores la investigación asumió como objetivo general: Analizar el apoyo social y la resiliencia como factores protectores en los cuidadores de pacientes en hemodiálisis. Se declaran como objetivos específicos del estudio:

- Identificar los niveles, tipos y fuentes de apoyo social en los cuidadores de pacientes hemodializados
- Determinar los niveles y mecanismos de resiliencia que poseen los cuidadores de pacientes hemodializados.

Material y Método

Diseño

Se realizó un estudio mixto secuencial con alcance descriptivo. El diseño de investigación se organizó mediante dos fases: en una primera etapa, se obtuvieron los datos cuantitativos que condujeron a la fase de análisis de datos cualitativos.

Contexto de estudio

El estudio se desarrolló durante el primer semestre del 2018 en los Servicios de Hemodiálisis del Hospital Docente "Arnaldo Milián Castro" de la ciudad de Santa Clara y el Hospital General de Caibarién ambos pertenecientes a la provincia de Villa Clara en Cuba. La investigación se desarrolló en los marcos de un convenio entre la institución hospitalaria y el Departamento de Psicología de la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.

Muestra

Se incluyeron 67 cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis a partir de un muestreo intencional no probabilístico. Se definieron criterios de inclusión, exclusión y salida para el proceso de selección muestral.

- Criterios de inclusión: Persona que se desempeñe como cuidador principal del paciente en tratamiento por hemodiálisis en Villa Clara. Asistencia en el horario diurno de tratamiento y la participación voluntaria en la investigación ofreciendo el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión: Discapacidad intelectual y dificultades para la comprensión y realización de las pruebas. Persona o familiar que cumpla las funciones de acompañamiento al tratamiento.
- Criterios de salida: Abandono de la investigación debido al fallecimiento de su familiar o recibir trasplante y el no ofrecimiento del consentimiento informado.

Aspectos éticos

Se solicitó a las autoridades del Servicio de Hemodiálisis y del Hospital Docente "Arnaldo Milián Castro" el consentimiento para iniciar el estudio siendo aprobada su ejecución por el Consejo Científico y ético de la institución. Resultó imprescindible la firma del consentimiento informado por parte de los participantes posteriores a la explicación de forma individual sobre los objetivos y alcances de la investigación, respetando la participación voluntaria y confidencial.

Técnicas

- Cuestionario de variables sociodemográficas del cuidador: El instrumento agrupa de manera organizada los indicadores de las variables implicadas como objeto de estudio: edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, vínculo laboral, grado de parentesco familiar-cuidador. El procesamiento de los datos se realizó de forma estadística mediante frecuencias descriptivas.
- Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11¹⁰: Evalúa el apoyo social percibido y consta de 11 ítems con una escala de respuesta tipo Likert para un rango de 1 a 5. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos y la puntuación obtenida refleja el apoyo percibido y las dimensiones de apoyo confidencial y apoyo afectivo.
- Escala reducida de Resiliencia Connor-Davidson¹¹: La variante reducida (CD-RISC10) validada para la población cubana mide la resiliencia de forma global y se evalúa mediante la sumatoria de los ítems. La escala consta de 10 ítems que se responden en una escala de tipo Likert para un rango de 0 a 4.
- Entrevista grupal: Se reconoce como una técnica dirigida a explorar los contenidos individuales en su expresión grupal amplificadas. Para el estudio se conformaron dos grupos de 8 cuidadores teniendo como criterios la calidad, representatividad y distribución institucional de los participantes de acuerdo a las se-

siones de tratamiento de sus familiares (**Tabla 1**). Se empleó la entrevista grupal de discusión pues en relación a un tema portador de sentido y mediante un contexto facilitador de la comunicación, actúa como inductor para la expresión plena de los participantes. (**Tabla 2**). Las sesiones de trabajo se realizaron en la sala de acompañantes del Servicio de Hemodiálisis con una duración máxima de 60 minutos. Para la transcripción de la información obtenida se utilizó solo como recurso la audiograbación pues los sujetos se negaron a ser grabados en vivo.

Tabla 1. Distribución de participantes en las entrevistas grupales.

	Variables	Grupo 1	Grupo 2
Edad (años)	25-37	3	3
	38-50	4	2
	51-63	1	3
Nivel de escolaridad	Secundaria Básica	4	2
	Bachiller	2	3
	Universitario	2	3
Estado civil	Soltero	2	1
	Casado	3	4
	Divorciado	3	3
Tiempo como cuidador (años)	1 a 2	2	2
	3 a 4	1	3
	5 a 6	5	-
	7 a 8	-	3

Tabla 2. Guía de preguntas de entrevistas grupales.

¿Cuáles son sus antecedentes y experiencias previas de cuidado?
¿Cómo describiría los modos de relación y convivencia con su familiar?
¿Qué particularidades caracterizan el cuidado a un paciente en hemodiálisis?
¿Cómo describiría su experiencia de cuidado? ¿Qué beneficios y desventajas han provocado en su vida?
¿De qué tipos o fuentes de apoyo se benefician? ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el apoyo que perciben o reciben?
¿Qué recursos o mecanismos emplea para manejar de forma positiva el cuidado?
¿En qué espacios o momentos establecen relaciones con miembros de otros grupos?
¿Qué tipo de contactos (relaciones de amistad, de pareja) funcionan como sistema de apoyo para usted?
¿Con qué frecuencia disfruta de actividades sociales que no se relacionen con el cuidado?

Procedimiento de investigación

Para la recolección de la información en la fase cuantitativa se elaboró una base de datos para el procesamiento estadístico mediante el programa SPSS versión 22. Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia. Se empleó el análisis de contenido como método para el procesamiento de los datos cualitativos a partir de indicadores (**Figura 1**). Se contrastaron los datos obtenidos en la fase cuantitativa a través de entrevistas grupales. Las verbalizaciones de los cuidadores se codificaron a través de la letra C mayúscula acompañada con un número en subíndice en correspondencia con sus intervenciones durante las entrevistas.

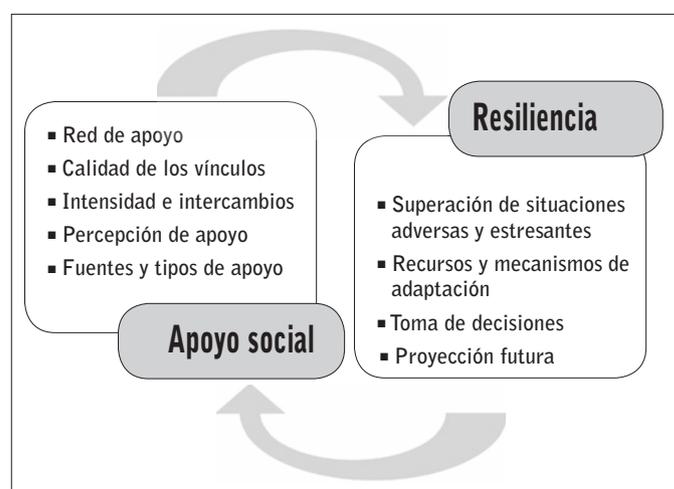


Figura 1. Indicadores cualitativos de análisis de los datos.

Se evidencia un predominio del género femenino en la asunción del rol para un 71,6% de la muestra con respecto al 28,4% de los cuidadores pertenecientes al género masculino. Las edades oscilan en el rango de 25 a 76 años de edad, con un predominio de cuidadores en las edades comprendidas entre 38 y 50 años que representan el 34,3% de los participantes. En relación al nivel de escolaridad se identifica que los cuidadores poseen formación técnico medio y nivel universitario para una distribución del 23,9% en ambos casos (**Tabla 3**).

Se reconoce que el 59,7% (40) de la muestra no presentan vínculo laboral alguno y solo el 40,3% (27) se mantiene activo laboralmente. El 37,3% (25) de la muestra valora que el abandono del vínculo laboral resultó como consecuencia de la tarea de cuidado de su familiar. En tanto el 25,4% (17) no presentaba ningún

Tabla 3. Distribución por edad, escolaridad, estado civil y tiempo de cuidado.

		Frecuencia	%
Edad (años)	25-37	16	23,9
	38-50	23	34,3
	51-63	18	26,9
	64-76	10	14,9
Nivel de Escolaridad	Primario	4	6,0
	Secundaria Básica	15	22,4
	Técnico Medio	16	23,9
	Obrero calificado	3	4,5
	Bachiller	13	19,4
	Universitario	16	23,9
Estado civil	Soltero	10	14,9
	Casado	43	64,2
	Unión consensual	2	3,0
	Divorciado	10	14,9
	Viudo	1	1,5
Tiempo como cuidador (años)	1 a 2	28	41,8
	3 a 4	12	17,9
	5 a 6	5	7,5
	7 a 8	3	4,5
	9 a 10	7	10,5
	11 a 12	2	3,0
	13 a 15	5	7,5
	18 a 23	3	4,5
30 a 35	2	3,0	

vínculo laboral previo a sus funciones como cuidador. Se evidencia que el 41,8 % (28) de los cuidadores ejecutan sus funciones por un periodo entre 1 a 2 años, sin embargo se identifican un rango máximo de 33 a 35 años para al menos 2 de los participantes (**Tabla 3**).

De acuerdo al grado de parentesco los datos más significativos encontrados fueron entre hijos y esposos que se encuentran desempeñando el rol de cuidador principal para un 40,3% (27) y un 50,7% (34) respectivamente.

Se constató que el apoyo social funcional de tipo confidencial en los cuidadores se expresa en un nivel medio para el 67,2 % y el 32,8 % percibe un nivel bajo. Por su parte el apoyo afectivo se ubica en el nivel medio para un 58,2 % y solo el 14,9 % de la muestra se ubican en el nivel alto. Se evidencia que los cuidadores perciben un mayor apoyo social funcional de tipo afectivo con respecto al apoyo confidencial (**Gráfico 1**).

Los cuidadores refieren que la familia constituye la principal fuente de apoyo compuesta por hijos-hijas, hermanos y esposo(a) y los amigos. Respecto a ello expresan: C₁ "generalmente es la familia quien nos apoya...", C₅ "mis hijas me ayudan en las labores de la casa", C₃ "tengo una familia que me apoya y me ayuda

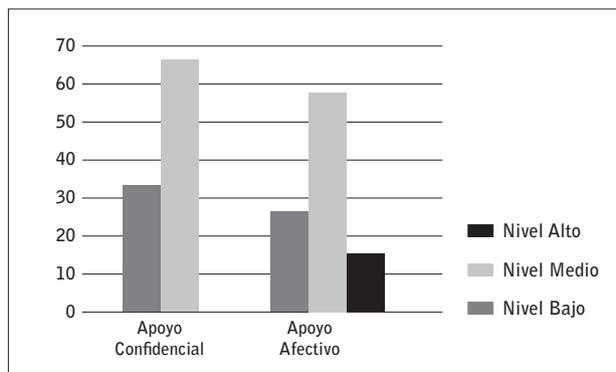


Gráfico 1. Niveles de apoyo social funcional.

en la medida de sus posibilidades", C₄ "me siento apoyado porque tengo muy buenos amigos", C₂ "somos una familia pequeña pero muy unida". Estas expresiones permiten comprender que los vínculos entre los cuidadores y sus fuentes de apoyo se establecen de manera favorable y que el apoyo instrumental se reconoce como un recurso para afrontar de forma saludable el proceso de cuidado.

Se identifica, sin embargo, una marcada carencia de apoyo afectivo y confidencial así como la necesidad por parte de los cuidadores de establecer un contacto más cercano y frecuente con los miembros de sus redes de apoyo. Este factor se evidencia de igual modo con el personal del hospital, reconociendo a la institución como una fuente de apoyo y señalan la necesidad de un mayor apoyo informativo por parte del personal médico. En relación a ello expresan: C₆ "los médicos pueden ayudarnos más, informarnos mejor", C₇ "una enfermera que los trate bien salen más tranquilo y esto nos ayuda".

El personal médico, el servicio de transporte que el hospital proporciona y la ayuda económica de algunas instituciones gubernamentales se establecen como las principales fuentes de apoyo económico e institucional. Muchos de los cuidadores satisfacen la necesidad de apoyo afectivo en la propia relación con el familiar de cuidado expresada en verbalizaciones como: C₂ "si él puede yo también", C₆ "el paciente es nuestra red emocional", C₁ "mi familia es la que se encarga de brindarme cariño", C₅ "mi familiar es muy positivo y me da fuerzas para seguir adelante".

Por su parte el grupo de cuidadores que asisten al turno se reconocen entre sí como una red de apoyo al afirmar: C₁ "nosotros somos una familia aquí", C₇ "nos ayudamos unos a otros lo mismo a acompañar a un paciente si el cuidador no se encuentra, asistirlo cuando

termina el tratamiento, en lo que sea necesario", este aspecto se considera una potencialidad dentro del grupo de cuidadores estudiados. Los cuidadores declaran que a medida que avanza el tratamiento en hemodiálisis las fuentes de apoyo progresivamente desaparecen o disminuyen la intensidad de su relación, quedando el familiar sin otra ayuda que la proporcionada por el cuidador. Al respeto valoran que C₈ "es una enfermedad muy larga, muchas personas nos abandonan en el camino", C₃ "en esta enfermedad tan larga la familia te apoya, pero después la gente va sacándose del rollo", C₇ "esta vida de nosotros tiene muchos huecos", las verbalizaciones expresan el malestar emocional que genera la pérdida de apoyo familiar.

Con respecto a los niveles de resiliencia que experimentan los cuidadores no se identifican diferencias significativas entre los niveles altos y medios (**Gráfico 2**).

Algunos cuidadores expresan: C₉ "vivimos muy tensos, con mucha preocupación y mucho estrés y eso es lo que más me agota", C₁₀ "los pacientes aquí están grave y necesitan mucha ayuda". Ante estos estados emocionales displacenteras las personas reconocen como principal factor protector el contar con algún tipo de apoyo social pues minimiza las situaciones de estrés y permite enfrentar los problemas de manera efectiva. Esto se evidencia al afirmar: C₁₁ "enfrento de manera positiva las situaciones porque tengo muchas personas que me ayudan en este problema", C₁₃ "me apoyan mucho en lo que me haga falta y a la hora que sea", C₁₆ "recibo mucho apoyo de todo el mundo y esto me impulsa a seguir adelante".

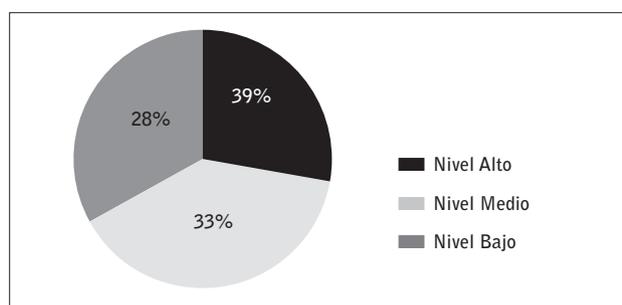


Gráfico 2. Niveles de resiliencia.

Los cuidadores identifican como sus principales fortalezas la asunción de una actitud optimista, el sentido del humor así como el mantenimiento de sus relaciones sociales. Con respecto a ello verbalizan C₁₅ "estar con otras personas en nuestra misma situación nos permite conversar, hacer chistes y pasar el tiempo de

espera, aunque no dejamos de preocuparnos nunca", C₁₁ "si no fuera por estos buenos ratos nuestra vida sería un desastre", C₁₄ "mientras estamos 4 horas en la Sala, al menos poder conversar con otros sobre nuestros problemas, eso ayuda". Estos elementos permiten afirmar que el grupo de cuidadores se establece como una valiosa fuente de apoyo social y compensan las situaciones estresantes a pesar de los efectos negativos provenientes de las funciones de cuidado.

En torno a la toma de decisiones los cuidadores alegan que no representan en sí mismo, un factor estresante sino una nueva alternativa o posibilidad de cambio: C₁₂ "soy una persona que no me cuesta tomar decisiones", C₉ "cuando hay que hacer las cosas se hacen y ya", ello indica que la flexibilidad actúa como recurso resiliente en la toma de decisiones.

Por su parte, las responsabilidades asociadas al rol de cuidador implican una reestructuración de proyectos de vida así como la modificación de rutinas, hábitos y estilos puedan interferir de algún modo con el desarrollo de su función y atención a su familiar. Se percibe entre los cuidadores una actitud pasiva y desalentadora ante la vida por lo que no se aprecia un proyecto de vida estructurado que regule y movilice su comportamiento en función de satisfacer sus necesidades, siendo por lo general subordinadas a las de su familiar. Esto se evidencia a partir de las siguientes verbalizaciones: C₁₀ "Es mi hijo quien está en esta situación, por él haría cualquier cosa, tengo que ayudarlo, no queda otra alternativa que seguir ayudándolo hasta el final", C₁₃ "soy padre del paciente y tengo que cuidarlo y luchar hasta que llegue el trasplante renal".

Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos en relación a las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel de escolaridad resultan coincidentes con estudios previos en cuidadores^{12,13}. La feminización del cuidado se reconoce como un fenómeno asociado a la función del rol y ampliamente contrastado en las investigaciones así como los altos niveles de escolarización en cuidadores garantizan mayor calidad en las funciones en correspondencia con el grado de formación académica^{12,13}.

Aun cuando la mayor representación por edad se ubica en el rango de 38-51 años es preciso señalar que el 41,8% (28) de los cuidadores son adultos medios y mayores, lo cual demuestra que las ayudas se ofrecen

por personas que a su vez requieren de atenciones y cuidado. El mantenimiento de una vida laboral resulta complicado para los cuidadores cuando se combina con la actividad de cuidado, proceso que se complejiza debido a los años en el desempeño del rol¹³.

Se evidencia que los cuidadores experimentan desgaste físico y emocional a partir de la sobrecarga de roles lo cual se agudiza debido a ineficientes redes de apoyo social que contribuyan con estas tareas^{12,15}. El estudio afirma que el apoyo social constituye una necesidad en los cuidadores y un recurso que proporciona información, capacitación y por sí mismo apoyo al cuidador lo cual disminuye la sobrecarga y mejora el proceso de adquisición de habilidades para cuidar¹⁴. La convivencia con el cuidador garantiza en el paciente una mayor calidad de vida, bienestar emocional y se reconoce que una mayor percepción de apoyo minimiza los estados emocionales displacenteros, datos que afirman el valor de la familia como insustituible red de apoyo social^{15,16}. Los resultados obtenidos confirman que la presencia de apoyo social positivo se expresa mediante muestras de afecto, escucha, consejo y comprensión.

El estudio corrobora que la familia constituye la principal fuente de apoyo social¹⁷, siendo una red capaz de ofrecer apoyo de forma incondicional tanto a pacientes como a cuidadores aun cuando se identifica la inestabilidad y poca permanencia de sus miembros. Con respecto a los tipos de apoyo social recibidos se evidencia que las principales necesidades de los cuidadores se relacionan con el apoyo instrumental, informativo y emocional.

La resiliencia actúa en los cuidadores como amortiguadores del proceso de cuidado y permite un control sobre el impacto negativo que genera la enfermedad crónica y sus consecuencias emocionales¹⁸. En los cuidadores estudiados se evidencian algunos de los elementos resilientes que modulan la percepción de estrés como el sentido del humor y el optimismo, factores que reducen los riesgos de salud y promueven la resiliencia¹⁹. Los datos de nuestro estudio permiten afirmar que el apoyo social es una condición promotora de resiliencia así como el estilo de afrontamiento al estrés centrado en los problemas se expresa en cuidadores con niveles altos de resiliencia^{9,12}.

A partir de los resultados encontrados, podemos decir que Las investigaciones en población cuidadora muestran que con independencia del tipo de cuidado que se ofrezca o quien se beneficie de los mismos, las altera-

ciones emocionales constituyen las principales consecuencias para quien asume el rol. El estrés que provoca la situación de cuidado deteriora progresivamente la calidad de vida y la estabilidad emocional del cuidador dejándolo desprovisto de estrategias para un afrontamiento efectivo. Los factores de protección como la resiliencia y el apoyo social se reconocen como los recursos sociales y psicológicos que pueden modificar la experiencia de cuidado y contribuir a un mejor bienestar.

Agradecimientos

A los cuidadores participantes en la investigación por su colaboración.

Al personal médico y asistencial de los Servicios de Hemodiálisis.

Recibido: 09-07-18
 Revisado: 05-11-18
 Modificado: 02-02-19
 Aceptado: 15-02-19

Bibliografía

1. Vazquez I, Jofré R, López Gómez J. Calidad de vida en pacientes en Hemodiálisis. En: Tratado de Hemodiálisis. España: Editorial Jims; 2006;797- 810.
2. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, De Bortoli M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*. 2009;8(1):117-24.
3. Rosell Conde FA. Usted puede... Mejorar los cuidados del enfermo dependiente. Cuba: Editorial Científico-técnica; 2016.
4. Andrade Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008;34(3):1-11.

5. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*. 2012;18(1):29-41. [Consultado 12 abril 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000100004>.
6. Pearlin L, Mullan J, Semple S, Skaff M. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*. 1990;30(1):583-94. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>.
7. Felman L, Goncalves L, Chacón Puignau G, Zaragoza J, Bagés N, Pablo D. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ Psychol*. 2008;7(3):739-51.
8. Morelato G. Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*. 2011;29(2) 201-23.
9. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*. 2015;31(1):19-27.
10. Sotelo K. Validación del Cuestionario DUKE-UNK-11 en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. [Tesis de Diploma] Cuba: Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas; 2018.
11. Rodríguez Martín B, Moleiro Pérez O. Validación de instrumentos psicológicos: Criterios Básicos. Santa Clara: Feijóo; 2012. p.71-5.
12. Martínez Rodríguez L, Grau Valdés Y, Rodríguez Umpierre, R. Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2017;20(2): 139-48. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-288420170000200007>.
13. Lago Urbano R, Alós Villanueva P. Estudio descriptivo sobre el perfil de los cuidadores de personas con demencia: la feminización del cuidado. *Psicogente*. 2012;15(27):24-35. [Consultado 12 abril 2019] Disponible en: <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>
14. Carreño-Moreno SP, Chaparro-Díaz L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2016;16(4):447-61. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.4.
15. Arkerson GR Jr, Gutman RA. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financ Rev*. 2000;21(3):171-84.
16. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*. 2000;35(4):132-40.
17. Lin, N. A Network theory of social capital. Oxford University Press. 2005;1-25.
18. Böell JE, Silva DM, Hegadoren KM. Factores socio-demográficos y condicionantes de salud asociados a la resiliencia de personas con enfermedades crónicas: un estudio transversal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;1-9.
19. López-Fuentes I, Calvete E. Desarrollo del Inventario de factores de resiliencia ante la adversidad. *Revista Ansiedad y estrés*. 2016;22(2-3),110-17. [Consultado 12 abril 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.003>.

Anexo 1. Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11

Instrucciones:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

- 1= Mucho menos de lo que deseo
- 2= Menos de lo que deseo
- 3= Ni mucho ni poco
- 4= Casi como deseo
- 5= Tanto como deseo

	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Anexo 2. Escala reducida de Resiliencia**Instrucciones:**

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

- 0= En absoluto
- 1= Rara vez
- 2= A veces
- 3= A menudo
- 4= Casi siempre

	0	1	2	3	4
Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios					
Puedo enfrentarme a cualquier cosa					
Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico					
Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte					
Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades					
Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos					
Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente					
No me desanimo fácilmente ante el fracaso					
Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales					
Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado					

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE INNOVACIÓN EN TECNICAS DIALÍTICAS, RESULTADOS EN SALUD

BASES

1. Se establece un premio de importe total de 1.800 Euros, dividido en tres: dos para póster de 600€ y 300€ y otro para comunicación oral de 900€. Destinado al mejor trabajo de investigación sobre innovación en técnicas dialíticas. [online, pre, post mid dilución, terapias adsorptivas (HFR, SUPRA), monitorización y biofeedback (Soglia, Aequilibrium), innovación en accesos vasculares y resultados en salud (Calidad de vida)].
2. Podrá aspirarse a ganar este premio individual o colectivamente, siempre y cuando el firmante esté en posesión del título de Diplomado o Grado en Enfermería, y el trabajo se centre en los enunciados anteriores.
3. Los manuscritos serán inéditos y redactados en lengua castellana.
4. El formato, la extensión en número de hojas y el plazo de entrega, estarán de acuerdo con las bases de presentación de trabajos dictados por la S.E.D.E.N.
5. Los trabajos se enviarán única y exclusivamente por la página Web de la SEDEN, www.seden.org, apartado "Congreso".
6. La selección de los trabajos y la adjudicación será realizada por un jurado formado por el comité de selección de la S.E.D.E.N.
7. La concesión del premio se hará en la ceremonia Inaugural del próximo Congreso Nacional de la S.E.D.E.N.
8. El trabajo premiado quedará bajo la propiedad de Medtronic que se reserva los derechos de difusión que considere oportunos. Los autores podrán hacer uso de dichos trabajos y/o datos para ser publicados haciendo constar su origen.
9. La presentación de trabajos lleva implícita la aceptación de sus bases.

Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería

Sandra Milena Hernández-Zambrano¹, Mariluz Luz Torres Melo¹, Sergio Stephan Barrero Tello¹, Islena Johana Saldaña García¹, Karen Dallana Sotelo Rozo¹, Ana Julia Carrillo Algarra¹, Konniev Alexei Rodríguez Valero²

¹ Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá. Colombia

² B. Braun Dially-Ser. Colombia

Como citar este artículo:

Hernández-Zambrano SM, Torres-Melo ML, Barrero-Tello SS, Saldaña-García IJ, Sotelo-Rozo KD, Carrillo-Algarra AJ, Rodríguez-Valero KA. Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. 2019 Abr-Jun;22(2):141-9

Resumen

Introducción: La hemodiálisis (HD) puede mejorar la supervivencia en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), pero trae consigo complicaciones y efectos físicos negativos, cambios emocionales y de autoimagen que disminuyen la calidad de vida y determinan la necesidad de cuidados paliativos desde el inicio del tratamiento.

Objetivo: Comprender las necesidades paliativas percibidas por el profesional de enfermería, pacientes sometidos a hemodiálisis y sus cuidadores principales informales atendidos en una Unidad Renal de la ciudad de Bogotá-Colombia.

Material y Método: Estudio descriptivo, fenomenológico. Se recolectaron los datos a través de la entrevista a profundidad individual semiestructurada. Se entrevistaron 16 personas (6 pacientes, 5 cuidadores principales y 5 enfermeras). El tamaño de la muestra se determinó por saturación de datos. El análisis se llevó a cabo mediante el método propuesto por Colaizzi.

Resultados: Emergieron 10 categorías: Percepciones sobre la enfermedad, Red de apoyo e interacción fami-

liar, Limitaciones laborales, económicas y sociales, Red de apoyo asistencial, Necesidades de afrontamiento de la persona y cuidador, Intervenciones del equipo de salud, Factores motivacionales para cuidar, Cambios en los estilos de vida, Generación de redes apoyo y Proyecto de vida.

Conclusión: La imposibilidad de continuar con el trabajo, los estudios y el proyecto de vida es la necesidad de mayor impacto negativo en cuanto a la calidad de vida de los pacientes y cuidadores familiares. Sentimientos de tristeza, soledad y baja autoestima están presentes en la mayoría de los pacientes y cuidadores que requieren de la intervención oportuna del equipo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE: hemodiálisis; necesidades paliativas; cuidadores principales informales; profesional de enfermería.

Needs of paliative care in hemodialysis perceived by patients, principal caregivers and nursing professionals

Abstract

Introduction: Hemodialysis (HD) can improve survival in patients with Chronic Kidney Disease (CKD), but it causes complications and negative physical effects, emotional changes and self-image that diminish the quality of life and determine the need for palliative care from the beginning of treatment.

Correspondencia:
Sandra Milena Hernández-Zambrano
Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá. Colombia
Carrera 54 N° 67 A - 80, Bogotá. Colombia
Código postal: 114111
E-mail: smhernandez3@fucsalud.edu.co

Objective: To understand the palliative needs perceived by the nursing professional, patients on hemodialysis and by their main informal caregivers treated in a Renal Unit of the city of Bogotá - Colombia.

Material and Method: Descriptive, phenomenological study. The data was collected through semi-structured in-depth interviews. Sixteen people were interviewed (6 patients, 5 main caregivers and 5 nurses). The sample size was determined by data saturation. The analysis was carried out using the method proposed by Colaizzi.

Results: 10 categories emerged: Perceptions about the disease; Support network and family interaction; Labor, economic and social limitations; Support network; Needs of coping with the person and caregiver; Interventions of the health team; Motivational factors to care; Changes in lifestyles; Generation of support networks and Life project.

Conclusion: The impossibility of continuing with working life, studies and life project is the need of greater negative impact in terms of the quality of life of patients and family caregivers. Feelings of sadness, loneliness and low self-esteem are present in most patients and caregivers who require timely intervention by the interdisciplinary team.

KEYWORDS: hemodialysis; palliative needs; informal caregivers; nursing professional.

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un grave problema de salud mundial, debido a la alta prevalencia de factores de riesgo como la diabetes mellitus e hipertensión arterial^{1,2}. Específicamente, el tratamiento de hemodiálisis (HD) puede mejorar la supervivencia en los pacientes con ERC. Sin embargo, provoca multitud de síntomas y complicaciones con efectos negativos para la persona³⁻⁵, genera cambios emocionales, de autoimagen, y alteraciones socioculturales que en conjunto disminuyen la calidad de vida⁶. Lo anterior indica que las personas en tratamiento de HD necesitan cuidados paliativos desde el inicio de la enfermedad hasta la muerte⁷, teniendo en cuenta que su calidad de vida se ve afectada en etapas tempranas de la enfermedad y la evolución es progresiva^{8,9}.

En el ámbito de la nefrología existen diferentes consensos internacionales que defienden la importancia

de vincular los cuidados paliativos para la atención de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS)⁷. El estudio de revisión de Ocharan-Corcuera⁷, describe los principios de cuidados paliativos asociados a la nefrología: manejo del dolor y otros síntomas, comunicación con la familia, apoyo psicosocial y espiritual en pacientes y familiares, relación de ayuda, proceso de morir, agonía y duelo, autocuidado y calidad de vida de los profesionales, autonomía del paciente y voluntades anticipadas. En este sentido, los cuidados paliativos aportan una atención sanitaria necesaria que fomente una respuesta integral y coordinada del sistema sanitario respetando la autonomía y valores de los pacientes¹⁰.

Sin embargo, se observa un incremento de hospitalizaciones en pacientes mayores de 65 años dializados, pacientes que mueren en centros de atención médica sin acceso a estos cuidados, perdiendo la posibilidad de morir en casa, y personas con manejos terapéuticos inefectivos para el dolor¹¹. Además, los cuidadores familiares también se ven afectados, que son quienes deben realizar modificaciones en su estilo de vida¹², llevándolos a presentar síntomas en el ámbito mental y físico con alteraciones como el cansancio en el rol de cuidador, generando la necesidad de crear grupos de apoyo y de intervención para disminuirlos.

Por otro lado, son escasos los estudios que exploran las experiencias y necesidades paliativas desde la perspectiva de los pacientes en HD y sus cuidadores. Actualmente, se identifica como un elemento fundamental conocer las necesidades de atención paliativa de los pacientes renales para el diseño de políticas en salud adaptadas a sus necesidades y preferencias^{10,13}. Además, en el marco de la toma de decisiones compartidas, diferentes investigaciones reportan la importancia de integrar los valores y preferencias del paciente en la planificación anticipada de la atención¹⁴⁻¹⁷.

En Colombia, la Cuenta de Alto Costo del 2017 reportó 1.267.112 personas con ERC de ellas 34.613 se encuentran en TRS: 19.695 en hemodiálisis (HD), 7.274 en diálisis peritoneal (DP), 817 en tratamiento médico no dialítico y 6.827 han sido trasplantados¹⁸. Lo anterior, evidencia una diferencia significativa en el número de personas en HD con respecto a DP sin dejar de lado que es una cifra que va en aumento^{18,19}. Por las razones anteriormente mencionadas, el objetivo de este estudio es comprender las necesidades paliativas percibidas por el personal de enfermería, sus cuidadores principales informales y pacientes en tratamiento

de HD en una Unidad Renal de Bogotá- Colombia, con el fin de plantear estrategias de intervención de enfermería que las aborden, mitigando los efectos negativos a los que se enfrentan pacientes y cuidadores durante la terapia de hemodiálisis.

Material y Método

Diseño

Estudio cualitativo, descriptivo fenomenológico que busca comprender el significado de las experiencias vividas desde la perspectiva de pacientes y cuidadores, lo que permitirá conocer y describir las necesidades de cuidado en el ámbito social, físico, psicológico y espiritual.

Población

Personas en HD, sus cuidadores principales informales, y enfermeras que trabajan en la Unidad Renal Dialyser de Bogotá- Colombia.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años con mínimo tres meses en hemodiálisis, Cuidadores familiares de pacientes en hemodiálisis, Enfermeras con mínimo seis meses de experiencia en el área de unidad renal, Participación voluntaria.

Criterios de diversificación

En relación con pacientes y cuidadores: Estrato socioeconómico, Nivel educativo, Sexo y Edad. Respecto a personal de enfermería: Formación y Tiempo de experiencia laboral.

Muestra

Por ser un estudio cualitativo la muestra estuvo basada en la conveniencia. La selección de los participantes se realizó bajo la comparación constante e incorporación progresiva de sujetos. El tamaño de la muestra fue determinado por la saturación de los datos.

Recogida de datos

Los datos se obtuvieron a través de entrevistas en profundidad individuales semiestructuradas, realizadas por los investigadores y grabadas previo consentimiento informado, escrito. Se utilizaron guiones diferentes para pacientes, cuidadores, cuyas preguntas se estructuraron mediante discusión y consenso del equipo investigador; se hizo pilotaje para ajustar el guion (**Anexo 1**). Las dimensiones del estudio se definieron en función de la bibliografía revisada y experiencia del equipo investigador.

Las entrevistas fueron realizadas entre mayo y septiembre de 2018, cuya duración osciló entre 20 y 60 minutos. Se recolectaron datos sociodemográficos de los pacientes (edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico y tiempo de hemodiálisis), datos de los cuidadores (edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico).

Análisis de datos

El análisis de la información fue efectuado por el equipo investigador mediante el método para análisis de la investigación fenomenológica descriptiva propuesto por Colaizzi²⁰. Se realizó el descubrimiento de temas, selección de categorías, creación de proposiciones, fundamentación de cada categoría con los fragmentos textuales de la entrevista utilizando como códigos: EP para pacientes, EE para enfermeras y EC para cuidadores familiares, y finalmente se procedió elaborar el esquema explicativo que permitió la identificación de necesidades.

Criterios de calidad y consideraciones éticas

La calidad y rigurosidad del análisis de la información se garantizó mediante la saturación y la triangulación de los datos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación en Seres Humanos del Hospital de San José, y se realizó bajo las consideraciones éticas establecidas en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, que la considera de mínimo riesgo para la vida y la integridad de los sujetos. Todos los que participaron en la investigación respetaron el anonimato de los informantes, se asignó a cada entrevista un código y en los textos y fragmentos textuales fue retirado el nombre del informante. Cada entrevista estuvo precedida por la firma del consentimiento informado escrito.

Los EA detectados, se categorizaron por su gravedad según la escala establecida por la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)¹⁵, registrándose finalmente solo los EA que describen daño al paciente (categorías E, F, G, H e I), y que precisaron intervención.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas, en una hoja de cálculo del Excel 2016 (Microsoft).

Resultados

Datos sociodemográficos

Se realizaron 16 entrevistas semiestructurada, de las cuales seis (37,5%) fueron a pacientes, cinco (31,25%)

a cuidadores y cinco (31,25%) a enfermeras. En cuanto al perfil demográfico de los pacientes y cuidadoras, el género más prevalente fue el femenino (63,6%) con un rango de edad entre 40-60 años (54,5%) y un nivel educativo básico (45,5%). Los pacientes en hemodiálisis tuvieron un tiempo de permanencia en el tratamiento de menos de un año (1; 16,7%), entre 1 -3 años (3; 50%) y más de 3 años (2; 33,3%).

Temas

Categoría 1: Percepciones de la enfermedad y el cuidado

Dentro del curso natural de la ERC, es característico encontrar un cambio radical en el estilo de vida de la persona que necesita terapia renal sustitutiva. Su nuevo estilo de vida conlleva modificaciones en la percepción de sí mismo, en el entorno y en la relación con los demás, que genera diversas sensaciones, sentimientos e ideas en los pacientes y la familia, contextualizando un entorno nuevo lleno de cambios que exige un adecuado afrontamiento y adaptabilidad. Un paciente manifiesta lo siguiente:

"Esto es duro yo a veces lloro uno tiene que sacar fuerzas de donde la tiene esta enfermedad es muy dura uno a veces se deprime que da miedo" Paciente 1.

Además, se ve reflejado en la responsabilidad del cuidado de una persona con ERC, implicando a que el cuidador lleve a cabo acciones vitales para mejorar la calidad de vida de la persona que está a su cargo y dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces dejan a un lado sus propias necesidades y expectativas personales, lo que impacta de forma negativa su calidad de vida. Una cuidadora describe como se siente respecto a la convivencia:

"He aprendido a vivir, así como en soledad con él y con lo que compartimos los dos, eso me gusta" Cuidadora 1.

El cuidado de la persona requiere una relación enfermero-paciente, donde se establece un vínculo emocional frente al paciente y su familia, aquí es necesaria la empatía para entender la posición de los pacientes, cuidadores y familias, los fuertes cambios a los que se someten y como se afecta la calidad de vida; debido a que en ciertas situaciones, los pacientes necesitan de una persona que los aconseje, escuche, acompañe y les ayude a satisfacer sus necesidades y les fortalezca la capacidad de afrontamiento. Dos enfermeras describen

la realidad de la enfermedad y como les afecta a los pacientes:

"La enfermedad desequilibra, no solamente al paciente y a la persona, sino que acaba con toda la funcionalidad de un hogar porque hay que tener una persona pendiente para esa persona todo el tiempo" Enfermera 2.

"Hay dos lados porque esta enfermedad no ataca solamente al pobre, esta enfermedad ataca al rico, y al de clase media" Enfermera 5.

Categoría 2: Apoyo e interacción familiar en la enfermedad

La satisfacción de las necesidades de la persona con ERC involucra tanto al familiar en las tareas de cuidado, que termina modificando su estilo de vida y la dinámica familiar; con el paso del tiempo al comparar el nuevo contexto familiar con el vivido antes de la enfermedad, se observan grandes diferencias; ajustarse al cuidado del paciente implica que uno o más familiares asuman roles con los cuales anteriormente no estaban familiarizados. Una paciente verbaliza el apoyo de sus familiares

"Fue muy duro para toda la familia, mucho más para mis padres, que para mí" Paciente 5.

Cuando el rol del cuidador es asumido por un integrante de la familia, él o ella con frecuencia se ven obligados a abandonar sus actividades para involucrarse por completo en el cuidado de la persona en hemodiálisis, que va desde el acompañamiento hasta el abordaje de necesidades básicas como la alimentación, el baño, el desplazamiento y demás actividades propias del autocuidado, cuando los pacientes pertenecen al grupo del adulto mayor, aumenta la complejidad. Una cuidadora explica que significa el cuidado para ella y que implica:

"Pero, no puedo, porque yo digo que, si mi abuela me cuida a mí hace 20 años, yo tengo la responsabilidad de cuidarla a ella ahora" Cuidadora 3.

Categoría 3: Necesidades de afrontamiento

En la ERC existen aspectos físicos, psicológicos y emocionales que afectan a la persona e incluso las relaciones familiares. Dentro de ellos están la personalidad, el afrontamiento de la enfermedad, el apoyo social y pueden aparecer signos de estrés, ansiedad y depresión. Durante el análisis se identificó que el afrontamiento es el principal factor psicológico que influye durante el

proceso de aceptación a la enfermedad en los pacientes renales, lo que conduce a fallas en la adherencia a la terapia. Por tanto, es necesario establecer estrategias de afrontamiento individuales y familiares con el fin de que la persona pueda tener la habilidad de afrontar los mitos, temores, o dudas, que le genera la enfermedad. De esta manera, se busca aumentar la adherencia al tratamiento dialítico y con ello reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de estas personas. Dos enfermeras describen como afrontan los pacientes y que necesidades deben afrontar en hemodiálisis:

"Ellos se quejan de dolor, más que todo en el área del catéter, además muchas náuseas, cuándo están con muchas toxinas, empiezan con mareo vómito, malestar general, debilidad, a veces terminan la terapia y tiene debilidad para irse" Enfermera 1.

"El cambio en el estilo de vida, el dejar de tomar, consumir líquidos, dejar de tener su dieta habitual, es como lo más duro y es en lo que menos cooperan, los cuidados con los accesos no están habituados a eso, entonces también hay un poquito más de dificultad en esa parte" Enfermera 2.

Categoría 4: Apoyo en los cuidados

Es importante reconocer el rol que desempeña enfermería como disciplina con cuerpo propio de conocimientos a la hora de liderar el cuidado de los pacientes. Se debe identificar y controlar los efectos adversos de la terapia y las complicaciones propias de la enfermedad, promover la satisfacción de necesidades básicas y el trato integral del paciente.

"Yo tengo una trabajadora social, tengo un psicólogo, una nutricionista, tengo un médico y tengo un nefrólogo" Paciente 5.

"La trabajadora social nos ayudaba con la EPS, pero entonces ya ella le manda la carta a la EPS y de pronto ellos lo atienden rápido, pero ellos, lo mandan a uno a otra parte". Paciente 4.

Las enfermeras buscan establecer actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario para satisfacer las necesidades, reducir las limitaciones y mejorar la atención de los pacientes en terapia renal sustitutiva. Se considera importante tener en cuenta el rol de enfermería de las unidades renales, donde su acción principal es la educación, porque a través de ella se puede lograr un impacto positivo en la conducta de salud de los pacientes, cuidadores y familias.

"También hay un grupo de cuidadores y se han manejado con los pacientes algunos talleres para cuidadores, se citan los familiares y se hacen intervenciones de acuerdo con lo que se necesita" Enfermera 2.

"Acá hay un grupo de pacientes que entre ellos hacen la canasta solidaria para ayudar a otros pacientes, ¡eso fue un éxito!, todos traen un producto de mercado, un montón de cosas eso es muy bonito. Es una iniciativa de ellos, les gusta" Enfermera 1.

Discusión

La hemodiálisis es considerada la modalidad de tratamiento más utilizada para el manejo de la ERC en estadio avanzado, esta terapia cambia significativamente la calidad de vida de los pacientes y del entorno familiar²¹, dentro de los hallazgos más relevantes en los pacientes se encontró la dificultad para ejercer una vida laboral y social. Como consecuencia de la terapia, las complicaciones y el deterioro físico que produce la enfermedad, se perciben sentimientos de frustración, desesperanza, soledad y baja autoestima, lo que deriva en la disminución de la calidad de vida. Por otra parte, los cuidadores también presentan limitaciones y los sentimientos ya mencionados como consecuencia del compromiso y el tiempo que demanda el cuidado del paciente renal.

Varios estudios han documentado la necesidad de aplicar cuidados paliativos en las unidades renales y que éstos no se centren únicamente en la atención del paciente al final de la vida, uno de ellos es el estudio realizado por Axelsson et al., donde justifica que el abordaje de cuidados paliativos en los pacientes con ERC puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, independiente de los planes terapéuticos y pueden ser adaptados a las necesidades de pacientes y familias²². De esta manera, contribuyen a la atención activa e integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente.

En éste estudio emergió como uno de los parámetros que más influye en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, la imposibilidad de continuar con el trabajo o los estudios y un cambio en los planes de vida. Además, algunos presentan limitaciones físicas y dificultades para seguir la dieta, la restricción de líquidos, y las actividades físicas; los pacientes se ven obligados a renunciar a otras actividades como el deporte, aficiones sociales, y desarrollo personal, lo cual coincide con el

estudio realizado por Bender et al²³. Algunos síntomas mentales o somáticos como los trastornos del sueño y la depresión afectan en gran medida la calidad de vida de este tipo de pacientes²³.

Por otro lado, se encontró que las relaciones sociales son fuente de sentimientos positivos y autoestima para mejorar la calidad de vida de los pacientes; con esto se observa que la falta de apoyo, la aceptación de sus amigos o familia tiene una influencia negativa en la salud a través de una baja autoestima, sentimientos de desesperanza e impotencia, lo que produce un estado de ánimo bajo, depresión y sentimientos de resignación e ideación de muerte pronta²⁴. Por el contrario, el soporte social a través de redes de apoyo familiar y un enfoque asistencial multidisciplinar, reportan beneficios asociados al afrontamiento de la enfermedad, reducción de depresión, ansiedad y fatiga, fortalecimiento de la labor de cuidado, toma de decisiones compartida y mejoramiento de la calidad de vida^{10,25}. Por tanto, es importante reconocer y mejorar el apoyo para los cuidadores familiares y aumentar la colaboración con los servicios de atención paliativa y nefrología desde el comienzo de la diálisis hasta el final de vida y el duelo¹⁴.

En un estudio transversal de las necesidades de la jerarquía de Maslow con las necesidades de los pacientes en hemodiálisis, Bayoumi et al., describen que la necesidad más alta fue la autorrealización, mientras que la más baja fue de amor y pertenencia²⁶, lo que apoya los resultados de éste estudio y significa que la vida de los pacientes con hemodiálisis requiere intervenciones de afrontamiento y adaptación con el fin de obtener mayor supervivencia²⁶. La sed es un síntoma frecuente y estresante que experimentan los pacientes en hemodiálisis²⁷, por lo tanto, la educación del paciente y la creación de actividades oportunas con respecto a la dieta, restricción de líquidos y otras limitaciones físicas son parte de las necesidades fisiológicas básicas que deben cumplirse. La seguridad es la segunda etapa de la jerarquía de Maslow, donde los pacientes necesitan sentirse seguros y protegidos durante las sesiones de diálisis²⁷, lo que indica que el equipo de salud debe estar lo suficientemente entrenado para atender e identificar oportunamente cualquier tipo de complicación que ocurra durante las sesiones de hemodiálisis, así mismo la intervención oportuna por parte de psicología para la reducción de estos síntomas.

En un estudio fenomenológico de exploración de incidencia de pacientes en hemodiálisis se encontró que la angustia emocional se repitió como tema dominante, todos los encuestados hicieron referencia a factores ge-

neradores de estrés emocional y sus manifestaciones. Los pacientes sintieron pérdida de su propósito de vida, ya que consideraban que ahora está desprovista de cualquier ambición, o que no hay nada en el futuro para ellos, después de haber sido diagnosticados con enfermedad renal terminal²⁸. Por otro lado, una parte de los encuestados se enfrenta a la amenaza de muerte, una fuerte angustia emocional, ya que estaban preocupados por la fatalidad de la enfermedad renal terminal, donde todo esto en relación a su entorno familiar se ve afectado, ya que incurren en inconvenientes excesivos para sus familiares. Sin embargo, la mayoría de los encuestados manifiestan buscar y recibir información y apoyo de familiares, amigos, compañeros de trabajo y los profesionales sanitarios²⁸, que en comparación con nuestros resultados los pacientes también presentan síntomas de labilidad emocional y pérdida del sentido de vida en los que se requiere la intervención por parte de psicología, para que no llegue a producir ideación de muerte.

No obstante, es evidente que la ERC tiene impacto negativo en la calidad de vida de la persona, que tiene que vivir y asumir una serie de dificultades y restricciones de manera frecuente y donde muchas comorbilidades y complejidades están presentes en el cuidado de los pacientes, incluyendo la discapacidad visual, pérdida de la audición, problemas sociales y financieros, malnutrición, aislamiento y alteraciones en la función cognitiva, entre otras^{29,30}.

En cuanto a la parte psicológica, las dificultades están asociadas a alteraciones emocionales y a las relaciones personales en las que influyen la capacidad de afrontamiento, las ocupaciones de la persona, el apoyo social, la capacidad de autocuidado y las relaciones familiares³¹. Por tanto, la intervención de alteraciones psicológicas en este tipo de personas a través de la intervención por parte del equipo interdisciplinario enfocadas en el control de síntomas negativos, fomento de las relaciones sociales, potenciar los pensamientos positivos y mejorar la autoimagen, entre otras permite mejorar la calidad de vida de los pacientes¹⁰. Además, por los aspectos anteriormente mencionados, éstos deben ser tomados en cuenta al momento de construir un plan de cuidados paliativos para los pacientes con ERC, en el que el equipo de salud debe abordar oportunamente los aspectos físicos, psicosociales y espirituales, incluyendo la atención al final de la vida de los pacientes.

Limitaciones del estudio

Por tratarse de un estudio descriptivo cualitativo es importante tener precaución en la transferibilidad de los

resultados. Además, es importante considerar que los participantes pueden haber ofrecido respuestas socialmente aceptables a los investigadores.

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que la imposibilidad de continuar con el trabajo, los estudios y el proyecto de vida es la necesidad de mayor impacto negativo en cuanto a la calidad de vida de los pacientes y cuidadores familiares. Por tanto, es necesario fortalecer la capacidad de afrontamiento de la enfermedad y fomentar la comunicación asertiva entre el equipo interdisciplinario y los pacientes, además de encontrar estrategias para permitir la inclusión activa de los pacientes en la sociedad.

Sentimientos de tristeza, soledad y baja autoestima están presentes en la mayoría de los pacientes y cuidadores familiares que requieren de la intervención oportuna del equipo interdisciplinario, encaminada a: brindar atención psicológica, fortalecer las redes de apoyo y las relaciones sociales para lograr mejores resultados en la terapia dialítica y mejorar su calidad de vida.

La acción de ejercer cuidado familiar es realizada principalmente por un bien económico o por ser las únicas personas que pueden apoyar al paciente en su terapia. Sin embargo, no se introyecta como un factor motivacional y deseo de la persona, lo que influye en el conocimiento propio de la enfermedad, la adherencia al tratamiento dialítico y las recomendaciones nutricionales y terapéuticas de los pacientes.

Este estudio permite la generación y apropiación de conocimientos sobre las intervenciones de enfermería en las necesidades del paciente hemodiálisis, con el fin de mejorar su calidad de vida. De esta manera, es importante realizar más estudios que evalúen la intervención de enfermería para satisfacer las necesidades de los pacientes en hemodiálisis a través de los resultados obtenidos en la satisfacción de necesidades identificadas.

Agradecimiento

A Esteffanny Ximena Díaz Delgadillo, por su contribución en la transcripción de entrevistas y análisis de datos.

Recibido: 07-02-19
Revisado: 15-03-19
Modificado: 01-04-19
Aceptado: 20-05-19

Bibliografía

1. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Official Journal Of The International Society Of Nephrology; 2012.
2. Lopera MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista gerencia y políticas de salud.* 2016;15(30):212-23.
3. Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Componente de un modelo de salud renal. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud; 2007.
4. Axelsson L, Randers I, Jacobson S, Klang B. Living with haemodialysis when nearing end of life. *Scandinavian journal of caring sciences* 2012;26(1):45-52.
5. Daugirdas JT, Sherman RA, Ing TS. Complicaciones durante la hemodiálisis. Manual de diálisis. 5ta edición. Philadelphia, PA. Wolters Kluwer; 2015.
6. Oliveira M. Soares A. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enferm. glob.* 2012;11(28):257-75.
7. Ocharan-Corcuera J, Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. *Gaceta Médica de Bilbao.* 2016;112(4):209-15.
8. Zuñiga C, Cuidados de soporte paliativos en diálisis. ¿Por qué, cuándo y cómo? *Dial Traspl.* 2014;35(1): 20-6.
9. World Health Organization. WHO, Definition of Palliative Care. United States of América: WHO. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

10. Blanco Mavillard I, Leiva Santos JP, Bolaños Herrezuelo G, Jaume Riutort C, Julià Móra JM, Rodríguez Calero MA. Evaluación de necesidades paliativas en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2017;20(3): 215-20.
11. Andreu D, Hidalgo M, Moreno M. Tratamiento conservador ante la Enfermedad Renal Crónica. *Enfermería Nefrológica.* 2015;18(4);303-7.
12. Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, Gwyther E, Payne S. The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliative Medicine.* 2013;27(2):101-2.
13. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc).* 2010;135(4):179-85.
14. Maddalena V, O'Shea F, Barrett B. An Exploration of Palliative Care Needs of People With End-Stage Renal Disease on Dialysis: Family Caregiver's Perspectives. *J Palliat Care.* 2018 Jan;33(1):19-25.
15. O'Halloran P, Noble H, Norwood K, Maxwell P, Shields J, Fogarty D, et al. Advance Care Planning With Patients Who Have End-Stage Kidney Disease: A Systematic Realist Review. *J Pain Symptom Manage.* 2018 Nov;56(5):795-807.
16. Corbett CM. Effecting Palliative Care for Patients with Chronic Kidney Disease by Increasing Provider Knowledge. *Nephrol Nurs J.* 2018 Nov-Dec;45(6): 525-46.
17. Davison SN, Tupala B, Wasylynyuk BA, Siu V, Sinnarajah A, Triscott J. Recommendations for the Care of Patients Receiving Conservative Kidney Management: Focus on Management of Chronic Kidney Disease and Symptoms. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2019 Feb 28. pii: CJN.10510917. doi: 10.2215/CJN.10510917.
18. Ministerio de Salud y Protección social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo. Situación de la enfermedad renal, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia. 2017. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php>.
19. Lameire N, Van W, Vanholder R. Did 20 years of technological innovations in hemodialysis contribute to better patient outcomes. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;Suppl 1:S30-40.
20. Wojnar D, Swanson K. Phenomenology: An Exploration. *Journal of Holistic Nursing.* 2007;25(3): 172-80.
21. Romero E, Segura Y, Solorzano L. El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte.* 2014;30(2): 146-57.
22. Axelsson L, Alvariza A, Lindberg J, Ohlén J, Hakanson C, Reimertz H. et al. Unmet Palliative Care Needs Among Patients With End-Stage Kidney Disease: A National Registry Study About the Last Week of Life. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2018;55(2):236-44.
23. Bender DM, Dykowska G, Zuk W, Milewska M. The Impact on Quality of Life of Dialysis Patients with Renal Insufficiency. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:577-83.
24. Blanco-Mavillard I. Is palliative care included in care of renal disease? *Enferm Clin.* 2017;27(6):394-95. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.04.005
25. Aldana EA, Barrera Sandra Y, Rodríguez Konniev A, Gómez OJ, Carrillo GM. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2016;19(3):265-73.
26. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade M. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Cubana Salud Pública.* 2014;40(1):3-17.
27. Bayoumi, M. Identification of the needs of haemodialysis patients using the concept of maslow's hierarchy of needs. *Journal of Renal Care.* 2012;38: 43-9.
28. Lai AY, Loh AP, Mooppil N, Krishnan DS, Griva K. Starting on haemodialysis: A qualitative study to explore the experience and needs of incident patients. *Psychology, Health & Medicine.* 2012;17(6):674-84.

29. García DJ, Ochoa MC, Martínez NE, González B, Sánchez M, Martínez M. Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Rev. Cuid.* 2016;7(1):1144-51.
30. Carrillo MF, Pelcastre BE, Salinas G, Durán L, López M. Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Rev. Panam Salud Pública.* 2017;41:164.
31. Varela Y, Páez KS, Rodríguez KD, Medina CE, López M, Salcedo LV. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary.* 2015;12:157-63.

Anexo 1. Guiones de entrevistas

ENTREVISTA A PACIENTE

- ▶ ¿Su enfermedad y el inicio de terapia de hemodiálisis como afectó su vida? En las áreas física, emocional, en sus relaciones personales y sociales, en su espiritualidad
- ▶ ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su vida debido a su Enfermedad y tratamiento?
- ▶ Actualmente, cuáles considera que son sus necesidades prioritarias que influirían en el mejoramiento de su calidad de vida.
- ▶ Qué recursos personales y sociales (instituciones, redes de apoyo o personas) considera que son importantes para sobrellevar mejor su enfermedad y tratamiento
- ▶ Qué barreras considera que influyen en la atención en salud y afectan su calidad de vida
- ▶ ¿Qué propone para mejorar su atención en salud?

ENTREVISTA A CUIDADOR

- ▶ ¿Qué vínculo tiene usted con el paciente?
- ▶ ¿Desde hace cuánto es cuidador y quien más le colabora al paciente con su tratamiento?
- ▶ El hecho de que usted le ayude en el cuidado del paciente, ¿En qué medida a afectado su vida personal, familiar y social?
- ▶ ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su vida debido al tratamiento y a su nuevo rol cómo cuidador?
- ▶ ¿Qué cuidados realiza con su familiar? ¿Se siente apoyado o capacitado para realizarlos? ¿Por qué?
- ▶ Actualmente, cuáles considera que son sus necesidades prioritarias para mejorar su calidad de vida.
- ▶ Qué recursos personales y sociales (instituciones, redes de apoyo o personas) considera que son importantes para sobrellevar mejor su rol como cuidador
- ▶ ¿Qué propone para mejorar su atención en salud?

ENTREVISTA A ENFERMERAS

- ▶ ¿Que la(o) motiva a desenvolverse como profesional de enfermería dentro del campo de la nefrología?
- ▶ Teniendo en cuenta lo observado dentro de su experiencia en el cuidado de pacientes en terapia de hemodiálisis. ¿cuáles son las dificultades a las que más se enfrentan estos pacientes durante su tratamiento y sus cuidadores?
- ▶ ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento y las herramientas que utilizan los pacientes para sobrellevar su enfermedad?
- ▶ Dentro del acompañamiento y asistencia que usted le brinda a estos pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores, ¿Cuáles cree que son sus necesidades primordiales? (Físicas, emocionales, espirituales, sociales)
- ▶ Qué instituciones, redes de apoyo o personas o considera que son importante para satisfacer las necesidades de estos pacientes y de sus cuidadores
- ▶ Como profesional de enfermería con experiencia en la atención a pacientes en terapia de hemodiálisis, ¿Qué es lo más importante a la hora de brindar cuidado a este tipo de pacientes y sus cuidadores?
- ▶ ¿La experiencia de cuidado a pacientes en hemodiálisis, como ha impactado en su vida personal?

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



PREMIO Lola Andreu 2018-2019

Al mejor artículo publicado en los números **21/4, 22/1, 22/2 y 22/3** de la Revista **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**

El Comité Editorial de la Revista **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA** al objeto de incentivar el envío de originales para su publicación, convoca un único premio que se regirá por las siguientes

BASES:

1. Optarán al Premio todos los artículos publicados en los números 21/4, 22/1, 22/2 y 22/3 de la Revista Enfermería Nefrológica que se hayan recibido a través de su web: <http://www.revistaseden.org>
2. Los artículos deben ser inéditos, sin haber sido presentados, publicados ni haber obtenido otro premio o beca, y versarán sobre áreas de interés para la enfermería nefrológica, valorándose especialmente los originales de investigación.
3. Se valorará el cumplimiento de las normas de publicación de la revista en la recepción de los artículos para su evaluación.
4. El Premio será otorgado por un jurado compuesto por miembros del Comité Editorial de la Revista **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**, y su fallo será inapelable, pudiendo quedar desierto.
5. El fallo se hará público a través de la página web de la SEDEN, haciéndose entrega del Premio durante la celebración del 44 Congreso Nacional SEDEN.
6. La dotación económica del presente Premio es de 1.500€*.
7. Enfermería Nefrológica, convocante del presente Premio, declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos de intereses, asociación comercial, financiación del trabajo o cualquier otro conflicto derivado de su autoría.
8. La participación en la presente convocatoria, lleva implícita la aceptación de sus Bases.

* La dotación económica está sujeta a retención fiscal



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**

Calle de la Povedilla, 13. Bajo izq. 28009 Madrid

• Tel.: 91 409 37 37 • Fax: 91 504 09 77 •

seden@seden.org • www.seden.org

El ritmo circadiano de la presión arterial y su relación con los factores de riesgo cardiovascular

Cristina García Serrano, Marta Micol Bachiller, David Betrán Biurrun, Lúdia Aran Solé, Jesús Pujol Salud

Centro de Atención Primaria de Balaguer. Lleida. España

Como citar este artículo:

García-Serrano C, Micol-Bachiller M, Betrán-Biurrun D, Aran-Solé L, Pujol-Salud J. El ritmo circadiano de la presión arterial y su relación con los factores de riesgo cardiovascular. 2019 Abr-Jun;22(2):151-8

Resumen

Introducción: Numerosos estudios han establecido tanto la hipertensión arterial como la hipertensión de bata blanca como factores de riesgo cardiovascular. Un ritmo circadiano anómalo de la presión arterial podría aumentar el riesgo cardiovascular.

Objetivo: Determinar la existencia de una relación clínicamente relevante entre un ritmo circadiano anómalo de la presión arterial y un incremento del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial o hipertensión de bata blanca.

Material y Método: Estudio descriptivo en 166 pacientes mayores de 18 años del Área Básica de Salud de Balaguer que tuvieran una monitorización ambulatoria de la presión arterial realizada entre junio de 2014 y marzo de 2018 y cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis univariado y bivariado de las variables.

Resultados: Se obtuvo que en casi todos los promedios de presión arterial nocturna destaca el patrón riser mostrando que el 25% tenía un riesgo cardiovascular mayor o igual al 10%, seguido del dipper extremo 16,67%, dipper 9,4% y no dipper 8,27%.

Conclusión: Un ritmo circadiano alterado se relaciona con un riesgo cardiovascular más elevado y un peor control de los factores que conllevan al mismo.

PALABRAS CLAVE: hipertensión; presión arterial; ritmo circadiano; enfermedades cardiovasculares, monitorización ambulatoria de la presión arterial.

Correspondencia:

Cristina García Serrano
Passatge Àngel Guimerà, 22. 25600 Balaguer. Lleida
E-mail: cristinagarse3@gmail.com



Circadian rhythm of blood pressure and the relation to cardiovascular risk factors

Abstract

Introduction: Numerous studies have established both arterial hypertension and white coat hypertension as cardiovascular risk factors. An abnormal circadian rhythm of blood pressure may increase cardiovascular risk.

Objective: To determine the existence of a clinically relevant relationship between an abnormal circadian rhythm of blood pressure and an increase in cardiovascular risk in patients with hypertension or white coat hypertension.

Methods: A descriptive study in 166 patients older than 18 years was carried out. Patients were from the Basic Health Area of Balaguer, who had an ambulatory blood pressure monitoring, conducted between June 2014 and March 2018 and met the inclusion and exclusion criteria. Univariate and bivariate analyses of the variables were performed.

Results: In almost all means nighttime blood pressure, the riser pattern stands out, showing that 25% had a cardiovascular risk greater than or equal to 10%, followed by extreme dippers 16.67%, dippers 9.4% and non-dippers 8.27%.

Conclusion: An altered circadian rhythm is related to a higher cardiovascular risk and a worse control of the related factors.

KEYWORDS: hypertension; blood pressure, circadian rhythm; cardiovascular diseases, ambulatory blood pressure monitoring.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) ha sido claramente establecida como un factor de riesgo que contribuye a la progresión de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares. Del mismo modo, la hipertensión de bata blanca (HBB) definida como la HTA registrada únicamente en la consulta con valores de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) dentro de la normalidad, también podría tener un impacto en el riesgo cardiovascular (RCV)¹. Varias investigaciones demuestran que la HBB podría ser un precursor de la HTA sostenida². Además, diversos estudios defienden que la HBB se encuentra en un estado intermedio entre normotensión e HTA en cuanto a RCV, de ahí la importancia de realizar un seguimiento de la misma³.

El ritmo circadiano de la presión arterial (PA) se evalúa mediante la MAPA y da lugar a cuatro tipos de ritmo circadiano^{4,5}. El perfil circadiano normal se caracteriza por el descenso de entre un 10% y un 20% de las cifras de PA nocturna frente a las cifras de PA diurna o de actividad (patrón dipper). La ausencia del descenso de las cifras de PA nocturna entre el 0% y el 10% se considera un patrón no dipper. Si el descenso de PA nocturna es mayor del 20% de las cifras diurnas se considera un patrón dipper extremo. Por el contrario, si la media de los valores de PA nocturna supera la media de la PA diurna se habla de patrón riser⁶.

Otra manera de definir el ritmo circadiano de la PA es mediante el cociente noche/día, de forma que los pacientes dipper presentarían un cociente entre 0,80 y 0,90, los no dipper entre 0,91 y 1,00, los dipper extremo inferior a 0,80 y los risers mayor de 1,00⁶.

Estudios previos sugieren que un perfil circadiano anormal de la PA está asociado con un aumento del RCV en pacientes que ya han tenido un infarto de miocardio de etiología isquémica⁷. En España, se han realizado algunos estudios que así lo demuestran⁸. Sin embargo, esta relación no ha podido ser demostrada en pacientes que aún no han sufrido un debut de eventos cardiovasculares (ECV)⁴.

Por otro lado, sí se ha demostrado la relación entre el aumento de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (hipercolesterolemia, dislipemia, Índice de Masa Corporal (IMC) elevado y alteraciones de glucemia basal) en pacientes no depresores (no descenso de PA durante la noche con respecto al día)⁹.

Según la guía de la American College of Cardiology/American Heart Association para la prevención, detección,

evaluación y manejo de la hipertensión, muchos adultos con HTA tienen otros FRCV¹⁰. En un estudio de EEUU en adultos con HTA se observó que el 49,5% eran obesos, el 63,2% tenían hipercolesterolemia, el 27,2% padecían diabetes mellitus (DM) y el 15,8% presentaban enfermedad renal crónica. Pero no sólo los FRCV son comunes entre los pacientes hipertensos, sino que pacientes diagnosticados con otros factores de riesgo, fueron diagnosticados de HTA. Por ejemplo, el 71% de los adultos estadounidenses diagnosticados de DM presentaban HTA¹¹.

Por tanto, los FRCV modificables son comunes entre adultos con HTA incluyendo tabaquismo, DM, dislipemia, sobrepeso u obesidad, sedentarismo y/o dieta poco saludable.

Se plantea este estudio para describir si un ritmo circadiano anormal de la PA influye en una mayor prevalencia de otros FRCV y, por consiguiente, en un RCV más elevado que en aquellos que presentan un ritmo circadiano normal.

De esta manera, como objetivo principal del estudio nos hemos planteado determinar la existencia de una relación clínicamente relevante entre un ritmo circadiano anómalo de la PA, y un incremento del RCV en pacientes con HTA o HBB.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el ámbito de Atención Primaria del Área Básica de Salud (ABS) de Balaguer.

Como población de estudio se seleccionaron pacientes mayores de 18 años pertenecientes al ABS de Balaguer que tuvieran una MAPA realizada entre junio de 2014 y marzo de 2018. La población total fue de 173 pacientes. La muestra se obtuvo a través de una base de datos que contenía todos los registros de las MAPAs realizadas a los pacientes del ABS. El estudio consistió en la explotación de esa base de datos.

Los criterios de inclusión fueron hombres y mujeres, edad superior a 18 años, con diagnóstico de HTA (código diagnóstico CIE-10:I10), o bien diagnóstico de HBB (código diagnóstico CIE-10:R03.0). Como criterios de exclusión se establecieron: historia clínica inaccesible por cambio de ABS o exitus. Tras aplicar dichos criterios se obtuvo una muestra de 166 individuos con una exclusión de 7 pacientes.

Los instrumentos utilizados fueron los registros de las MAPAs a través del monitor Spacelabs Healthcare modelo 90207-5Q y el cálculo de RCV por la escala Registre Gironí del Cor (REGICOR) mediante el programa informático de Atención Primaria ECAP.

La variable seleccionada como dependiente fue el patrón circadiano de la Presión Arterial Sistólica (PAS) y se clasificó en: dipper, dipper extremo, no dipper y riser.

Como variables independientes se analizaron: sexo (hombre, mujer), edad (entre 18 y 45 años, entre 45 y 65 años, entre 65 y 75 años, mayores de 75 años), tabaquismo (no fumador, fumador activo, ex-fumador), IMC (menor de 25 kg/m², entre 25 y 29 kg/m², superior o igual a 30 kg/m²), diagnóstico DM (sí, no), colesterol total teniendo en cuenta que las categorías se diferenciaron entre DM y no DM por tener diferentes objetivos de control (pacientes con DM: inferior a 200 mg/dl, superior o igual a 200 mg/dl; pacientes sin DM: inferior a 250 mg/dl, superior o igual a 250 mg/dl), HDL (inferior a 45 mg/dl, superior o igual a 45 mg/dl), triglicéridos (TG) (inferior a 200 mg/dl, superior o igual a 200 mg/dl), filtrado glomerular (FG) según fórmula CKD-EPI (inferior a 60 ml/min, superior o igual a 60 ml/min), ECV (cardiopatía y/o enfermedad cerebrovascular isquémica; sí, no), RCV (REGICOR) (inferior a 10%, superior o igual a 10%), promedio de PAS despierto, promedio de Presión Arterial Diastólica (PAD) despierto, promedio de PAS dormido, promedio de PAD dormido, promedio de PAS 24h y promedio de PAD 24h.

La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica de Atención Primaria con el programa informático ECAP y a través del informe específico de cada MAPA. El análisis descriptivo univariante consistió en calcular la distribución en proporciones expresada en forma de porcentajes de sexo y grupo de edad en cada tipo de patrón circadiano de PA: dipper, dipper extremo, no dipper y riser.

Las valores cuantitativos de las variables tabaquismo, IMC, colesterol total, HDL, TG, FG, existencia de enfermedad cardiovascular y RCV, se calcularon en diferentes categorías por variable y también, se calculó su distribución en porcentajes en base a los patrones de ritmo circadiano de PA.

En el análisis bivariado se compararon los intervalos de confianza del 95% de las medias de los valores de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, TG, FG, puntuación en el índice de REGICOR, PAS despierto, PAD despierto, PAS dormido, PAD dormido, PAS 24 horas y PAD 24 horas para cada tipo de patrón circadiano de PA. Se consideró que existían diferencias significativas entre los valores de cada variable en función del tipo de patrón circadiano de PA cuando los intervalos de confianza eran suficientemente alejados como para no solaparse.

En el presente estudio se garantiza la confidencialidad y anonimato de los datos suministrados conforme lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de Protección de Datos (RGPD) y la normativa nacional de aplicación. Además, cuenta con el permiso previo de la dirección del centro y ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol.

Resultados

En cuanto a la variable sexo, no se observan diferencias notables, excepto en el patrón dipper extremo en el que prevalece el sexo femenino con un 66,67%. Se observa una disminución del porcentaje de pacientes con edad superior o igual a 45 años hasta mayores de 75 años en los patrones dipper, dipper extremo y no dipper. Sin embargo, en el patrón riser no varía el porcentaje con la edad, es decir, se mantiene constante en el 33,33% (**Tabla 1**).

Tabla 1. Relación entre ritmo circadiano y variables sociodemográficas.

	Sexo (H*,M**)					Edad (años)							
	n	H	%	M	%	18-45	%	45-65	%	65-75	%	≥75	%
Dipper	64	27	42,18	37	57,82	12	18,75	29	45,31	19	29,69	4	6,25
Dipper extremo	6	2	33,33	4	66,67	0	0,00	3	50,00	1	16,67	2	33,3
No dipper	84	41	48,81	42	51,19	15	17,86	29	34,52	25	29,76	15	23,4
Riser	12	5	41,67	7	58,33	0	0,00	4	33,33	4	33,33	4	33,3

*Hombre, **Mujer.

En el tabaquismo no se distingue ninguna relación clara ya que en todos los patrones circadianos prevalecen los no fumadores (**Tabla 2**).

Tabla 2. Relación entre ritmo circadianos y tabaquismo.

	Tabaquismo					
	No fumador	%	Fumador Activo	%	Ex fumador	%
Dipper	43	67,19	13	20,31	7	10,93
Dipper Extremo	5	83,33	1	16,67	0	0,00
No dipper	61	72,62	10	11,9	12	14,28
Riser	9	75,00	0	0,00	2	16,67

En cuanto al IMC, se observa un predominio de patrones dipper y no dipper en situación de sobrepeso (IMC mayor o igual a 25 kg/m² e inferior a 30 kg/m²). Por otra parte, los patrones dipper extremo y riser destacan porque el 50% de la muestra presenta obesidad (IMC mayor o igual a 30 kg/m²).

La hipercolesterolemia, establecida a partir de un colesterol total superior o igual a 200 mg/dl (en pacientes con DM) nos indica que prevalece el patrón riser frente al resto de patrones con un 33,33%. En cuanto a pacientes no diabéticos y tomando como objetivo un colesterol total mayor o igual a 250 mg/dl, se obtiene que predomina el patrón dipper con un 17,19%.

En la medición de HDL establecida por debajo de 45 mg/dl sobresale el patrón dipper con un 23,43%.

El 16,67% de los pacientes con patrón riser presenta un nivel de TG por encima de 200 mg/dl, dominando sobre el resto de los patrones.

El FG por debajo de 60 ml/min representa un 33,33% de la muestra en el patrón dipper extremo, seguido del patrón riser con un 16,67% (**Tabla 3**).

Tabla 3. Relación entre ritmo circadiano y FRCV.

	IMC (kg/m ²)				Colesterol total (mg/dl)				HDL (mg/dl)		TG (mg/dl)		FG (ml/min/m ²)	
	25-30	%	≥ 30	%	≥200 DM	%	≥250 no DM	%	<45	%	≥200	%	<60	%
Dipper	34	53,16	20	31,25	6	9,38	11	17,19	15	23,43	8	12,50	4	6,25
Dipper Extremo	2	33,33	3	50,00	1	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	33,33
No dipper	42	50,00	24	23,57	12	14,26	2	2,38	15	17,86	6	7,40	8	9,52
Riser	4	33,33	6	50,00	4	33,33	0	0,00	1	8,33	2	16,67	2	16,67

El cálculo de índice REGICOR, situando el punto de corte en el 10% (RCV alto) permitió clasificar a los estudiados como no dipper 8,27%, dipper 9,4%, dipper extremo 16,67%, y, finalmente, riser con el 25%. Además, se detectaron porcentajes similares en los pacientes que habían presentado algún ECV en los últimos 10 años: dipper extremo (16,67%), riser (16,67%) y no dipper (17,86%). Sin embargo, los pacientes con patrón dipper (10,93%) presentaron un porcentaje inferior de ECV

al resto (**Tabla 4**).

Tabla 4. RCV según el ritmo circadiano.

	ECV (sí, no)		RCV (%)	
	Sí	%	≥10	%
Dipper	7	10,93	6	9,40
Dipper Extremo	1	16,67	1	16,67
No dipper	15	17,86	7	8,27
Riser	2	16,67	3	25,00

En cuanto al análisis bivariado, se observa que el patrón riser tiene medias ajustadas (según un intervalo de confianza del 95%) superiores al resto de patrones circadianos en TG (146,53 mg/ml), PAS despierto (130,95 mmHg), PAS dormido (133,10 mmHg), PAD dormido (77,74 mmHg), PAS 24 horas (131,71 mmHg), PAD 24 horas (76,26 mmHg) e inferiores en FG (73,77 ml/min). Además, destaca un mayor valor del índice REGICOR en el patrón riser, de 6,10% frente a puntuaciones REGICOR inferiores en los otros patrones (dipper 4,92%, dipper extremo 4,84%, no dipper 5,82%) (**Tabla 5**).

Tabla 5. Análisis bivariado según SPSS v21 del ritmo circadiano respecto a FRCV.

	DIPPER				DIPPER EXTREMO			
	Media	Intervalo de confianza 95%		Media ajustada	Media	Intervalo de confianza 95%		Media ajustada
		Margen inferior	Margen superior			Margen inferior	Margen superior	
Colesterol Total	201,30	191,30	211,30	199,63	204,25	165,72	242,78	203,39
HDL	56,36	52,18	60,55	56,15	48,92	43,35	54,49	49,13
LDL	125,35	116,27	134,43	124,18	129,83	94,79	164,88	128,88
TG	128,81	108,12	149,50	121,89	127,33	98,33	156,33	127,20
FG	81,18	77,44	84,91	82,62	80,08	66,63	93,53	82,31
REGICOR	5,06	4,15	5,98	4,92	5,08	2,69	7,47	4,84
PAS despierto	129,49	126,51	132,47	129,35	130,42	124,15	136,69	130,19
PAD despierto	76,77	74,18	79,35	76,70	78,33	73,44	83,23	79,09
PAS dormido	117,32	114,38	120,26	117,04	108,50	104,19	112,81	108,28
PAD dormido	65,36	63,32	67,40	65,29	59,75	55,29	64,21	60,11
PAS 24 h	125,51	122,71	128,38	125,41	123,75	117,89	129,61	123,39
PAD 24 h	73,09	70,77	75,40	72,92	72,58	67,73	77,43	73,20
	NO DIPPER				RISER			
	Media	Intervalo de confianza 95%		Media ajustada	Media	Intervalo de confianza 95%		Media ajustada
		Margen inferior	Margen superior			Margen inferior	Margen superior	
Colesterol Total	195,47	180,15	210,78	196,68	188,57	144,36	232,79	186,41
HDL	52,53	47,79	57,27	51,87	49,86	41,32	58,39	50,23
LDL	119,78	107,27	131,88	120,46	109,23	71,40	147,06	108,13
TG	149,06	114,64	183,48	136,66	147,43	75,43	219,43	146,53
FG	75,94	68,93	82,96	78,37	72,50	51,37	93,62	73,77
REGICOR	9,13	2,13	16,13	5,82	6,32	1,17	11,47	6,10
PAS despierto	131,34	126,19	136,50	130,39	130,86	114,55	147,16	130,95
PAD despierto	74,19	70,30	78,08	74,47	75,86	65,80	85,91	75,79
PAS dormido	126,16	121,46	130,85	125,99	132,14	117,43	146,86	133,10
PAD dormido	70,09	66,32	73,87	70,37	77,71	67,52	87,91	77,74
PAS 24 h	129,69	124,75	134,62	128,95	131,29	116,03	146,55	131,71
PAD 24 h	72,88	68,99	76,76	73,15	76,29	66,19	86,38	76,26

Discusión

Este estudio evaluó la relación de una alteración en el ritmo circadiano de la PAS con un aumento del RCV, encontrando un predominio del mismo entre el 25% de los riser y el 16,67% de los dipper extremo. En casi todos los promedios, excepto el promedio de PAD en el periodo despierto, el patrón riser destaca por encima del resto, lo que es clínicamente relevante. Estos resultados concuerdan con la mayoría de estudios analizados

cuyas conclusiones radican en que una alteración del ritmo circadiano está asociada con un aumento del RCV. Doménech et al. posicionan a la HTA nocturna como un elemento más a integrar en el cálculo de RCV en el paciente hipertenso⁶.

Recientemente han aparecido numerosas evidencias que sugieren que la reducción del descenso de las cifras de PA nocturna se asocia con un incremento de las complicaciones cardiovasculares, como el realiza-

do por Sousa F. et al. quienes afirman que un cambio de no dipper a un patrón dipper, mejora el pronóstico cardiovascular¹². Entre los daños identificados con una relación positiva con el patrón no dipper, se encuentra la presencia de hipertrofia ventricular izquierda. Cuspidi et al. lo estudiaron meticulosamente¹³.

Otras evidencias de daño cardiovascular objetivamente registradas son las detectadas en el estudio de Oliveras et al. donde se encontraron PA nocturnas asociadas a la presencia de microalbuminuria, reafirmando el papel de la PAS nocturna como marcador predictor de lesión orgánica¹⁴. En nuestro estudio, se puede observar un porcentaje mayor en FG por debajo de 60 ml/min en los patrones dipper extremo y riser.

Así, se establece el papel predictor de la alteración en el ritmo circadiano de la PA como inductor de daño orgánico en diversos territorios: cardíaco, renal y también vascular¹⁵. Syrseloudis et al. concluyeron que incluso en pacientes nunca tratados de una HTA ligera (entre los que podrían encontrarse nuestros pacientes de HBB), el ritmo circadiano es relevante a la hora de predecir la lesión orgánica subclínica¹⁶. Todos estos estudios pretenden evaluar el valor predictivo de la PA nocturna mediante la MAPA. En la mayoría de ellos, como en el de Hansen et al. se concluye el potente valor predictivo de la PA nocturna que, incluso ajustada a los valores de 24 horas, la relación noche/día y el patrón dipper mantienen su significado pronóstico de ECV⁷.

También, se ha encontrado un aumento de Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) y un peor descanso nocturno en patrones no dipper y riser^{17,18}.

No obstante, existen estudios, menos abundantes en la bibliografía, que no han evidenciado esta asociación, especialmente si los pacientes en cuestión aún no han sufrido ningún ECV⁴.

En algunos estudios, se han iniciado propuestas que pueden influir en una mejora del RCV en un ritmo circadiano alterado. Entre éstas se encuentran la promoción del ejercicio físico¹⁹, dieta saludable^{20,21}, promoción de higiene del sueño, detección y cribaje de SAHOS^{17,18}, aumento de la adherencia al tratamiento y control y seguimiento de enfermedades crónicas que puedan suponer otro riesgo añadido al RCV.

Otra de las acciones encaminadas a la prevención secundaria en estos pacientes podría ser detectar posibles

placas de ateroma en carótidas ya que se ha visto en el presente estudio que el patrón riser destaca en niveles de colesterol total y TG fuera de objetivo. Hoy en día se promueve la ampliación de competencias por parte de enfermería, entre las que se encuentran la realización de ecografías del territorio vascular de las carótidas, aorta o femorales²².

Enfermería también podría actuar sobre la planificación, el diseño y la adherencia a una dieta que podría reducir no solo otros FRCV que influyen en la HTA y su ritmo circadiano (DM o dislipemia), sino que tienen su efecto sobre la propia PA^{20,21}. Tanto en población coreana como británica hay estudios que demuestran con una evidencia significativa la influencia de los alimentos en la PA. En el primer estudio, a un sector de la población coreana se les retiró de su dieta habitual el café y alimentos ricos en grasas y azúcares, apreciándose una mejora de su HTA²³. En el segundo, se realizó una intervención dietética sobre un grupo de pacientes británicos hipertensos evidenciándose no sólo la reducción de su PA sino también la relación de ésta con el RCV²⁴.

No obstante, las herramientas fundamentales para el control de la HTA precisan a su vez de un control y una adherencia estrictas, siendo esta una de las piezas claves en la intervención de enfermería. Varios estudios han demostrado que un programa de apoyo y continuidad dirigido favorece una mejor adherencia al tratamiento²⁵⁻²⁷. Otros estudios sugieren que hace falta intensificar los esfuerzos en este sentido pues se han hallado cambios clínicamente significativos en la HTA de poblaciones sobre las que se han realizado programas de motivación para la adherencia y el autocuidado^{25,28,29}.

Como limitaciones al estudio se contempla un sesgo de selección. Al tratarse de un estudio transversal en el tiempo, sólo están incluidos todos aquellos pacientes que tenían una MAPA realizada. Por tanto, se descartaron aquellos pacientes que no presentaron los criterios oportunos bien por decisión del profesional sanitario o bien por la no aceptación del paciente para realizarla.

Un ritmo circadiano alterado se relaciona con un riesgo cardiovascular más elevado y un peor control de los factores que conllevan al mismo.

Conflicto de intereses

No se declaran conflictos de interés por los autores.

Recibido: 07-01-19
 Revisado: 18-02-19
 Modificado: 03-04-19
 Aceptado: 25-04-19

Bibliografía

1. Franklin SS, Thijs L, Asayama K, Li Y, Hansen TW, Boggia J et al. The Cardiovascular Risk of White-Coat Hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2016;68(19):2033-43.
2. Robles NR. Importancia clínica de la hipertensión de bata blanca. *Nefrología* 2004;24(1):17-8.
3. Abolbashari M. White Coat Hypertension and Cardiovascular Diseases: Innocent or Guilty. *Current Cardiology Report* 2018;20(4):25.
4. Watanabe A, Hirashiki N, Murohara Y, Watanabe N, Kano N, Mori H et al. Abnormal Circadian Blood Pressure Profile as a Prognostic Marker in Patients with Nonischemic Dilated Cardiomyopathy. *Cardiology* 2017;136:1-9.
5. De La Sierra A, Gorostidi M, Banegas JR, Segura J, De La Cruz JJ, Ruilope LM. Nocturnal hypertension or nondipping: Which is better associated with the cardiovascular risk profile? *Am J Hypertens* 2014;27(5):680-7.
6. Doménech CM, Sobrino J. Hipertensión nocturna. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2011;28(4):143-8.
7. Hansen TW, Li Y, Boggia J, Thijs L, Richart T, Staessen JA. Predictive role of the nighttime blood pressure. *Hypertension* 2011;57(1):3-10.
8. Ayala DE, Domínguez M, Otero A, Ríos MT, Gomara SM, Moya A et al. Morning surge and sleep-time blood pressure as prognostic markers of cardiovascular risk: the hygia project. *J Hypertens* 2015;33(1).
9. Mediavilla JD, Fernández C, Arroyo A, Jiménez J. Estudio del patrón circadiano de la presión arterial en pacientes hipertensos. *An Med Interna* 2007;24(2):61-6.
10. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:127-248.
11. Egan BM, Li J, Hutchison FN, Ferdinand KC. Hypertension in the United States, 1999 to 2012: progress toward Healthy People 2020 goals. *Circulation* 2014;130:1692-9.
12. Sousa F, Neves J, Ferreira R, Polonia J, Bastos JM. In hypertension the change from a non-dipper to a dipper pattern is associated with a better cardiovascular prognosis than the persistence within the non-dipper pattern. *J Hypertens* 2015;33(1).
13. Cuspidi C, Giudici V, Negri F, Sala C. Nocturnal non-dipping and left ventricular hypertrophy in hypertension: An updated review. *Expert Review of Cardiovascular Therapy* 2010;8(6):781-92.
14. Oliveras A, Armario P, Martell-Clarós N, Ruilope LM, De La Sierra A. Urinary albumin excretion is associated with nocturnal systolic blood pressure in resistant hypertensives. *Hypertension* 2011;57(3):556-60.
15. Guerrero L, Fernández L, Andúgar J, Casal MC, Campo C, Segura J et al. Prevalencia de Vasculopatía Periférica Subclínica evaluada mediante el índice tobillo/brazo en pacientes con hipertensión arterial. *Enferm Nefrol* 2003;6(3):209-10.
16. Syrseloudis D, Tsioufis C, Andrikou I, Mazaraki A, Thomopoulos C, Mihos C et al. Association of nighttime hypertension with central arterial stiffness and urinary albumin excretion in dipper hypertensive subjects. *Hypertens Res* 2011;34(1):120-5.
17. Sekizuka H, Osada N AY. The Factors Affecting the Non-dipper Pattern in Japanese Patients with Severe Obstructive Sleep Apnea. *Intern Med* 2018;57(11):1553-9.

18. Mokhlesi B, Hagen EW, Finn LA, Hla KM, Carter JR, Peppard PE. Obstructive sleep apnoea during REM sleep and incident non-dipping of nocturnal blood pressure: A longitudinal analysis of the Wisconsin Sleep Cohort. *Thorax* 2015;70(11):1062-9.
19. Kucukdurmaz Z, Karavelioglu Y, Karapinar H, Gul I, Yilmaz A, Yarlioglu M, et al. Hypertensive response to exercise in dipper and non-dipper normotensive diabetics. *Clin Exp Hypertens* 2014;36(5):275-9.
20. Yuzbashian E, Asgari G. Adherence to low-sodium dietary approaches to stop hypertension-stail diet may decrease the risk of incident chronic kidney disease among high-risk patients, a secondary prevention in prospective cohort study. *Nephrol Dial Transplant* 2018;33(7):1159-68.
21. Song S, Kim J. Gender differences in the association between dietary pattern and the incidence of hypertension in middle-age and older adults. *Nutrients* 2018;10(2):252.
22. Coll B, Betriu A, Feinsein SB, Valdivielso JM, Zamorano JL, Fernández E. Papel de la ecografía carotídea en la reclasificación del riesgo cardiovascular de sujetos de riesgo bajo-intermedio. *Rev Esp Cardiol* 2013;66(12):929-34.
23. Arribas Cobo P, Fernández Fuentes S, Guimerá Ferrer-Sama MA, Herrera Martín E, Martínez Aranda MA. Los efectos de una intervención educativa sobre la ingesta de sal para disminuir la sobrehidratación y la hipertensión arterial en pacientes con hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2013;16(3):87-8.
24. Jones NRV, Forohui NG, Khaw KT, Whareham NJ, Monsivais P. Accordance to the dietary approaches to stop hypertension diet pattern and cardiovascular disease in a British, population-base cohort. *Eur J Epidemiol* 2018;357:1794.
25. Haidari A, Moeini N, Khosravi A. The impact of peer support programme of adherence to the treatment regimen in patients with hypertension. A randomized clinical trial study. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research* 2017;22(6):427-30.
26. Abel WM, Joyner JS, Cornelius JB, Greer DB. Self-care management strategies use by black women who self-report consistent adherence to anti-hypertensive medication. *Patient Preference and Adherence* 2017;11:1401-12.
27. Dasí MJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles. *Enferm Nefrol* 2000;3(2):27-33.
28. Olowe OA, Ross AJ. Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 2017;9(1):1-7.
29. Agbor VN, Takah NF, Aminde LN. Prevalence and factors associated with medication adherence among patients with hypertension in Sub-Sahara Africa. Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2018;8(3):1-6.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socioclínicos

Juan Carlos Sánchez González, Marta Barallat García, Sara Torres Paniagua, Bárbara Gaviro Matamoros

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

Como citar este artículo:

Sánchez-González JC, Barallat-García M, Torres-Paniagua S, Gaviro-Matamoros B. Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socioclínicos. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):159-67

Resumen

Introducción: La enfermedad renal crónica es una enfermedad en crecimiento y un reto para los países desarrollados ya que produce un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes, alterando las actividades cotidianas y provocando cambios en los aspectos físicos, emocionales y sociales.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis o con diálisis peritoneal, y en qué medida son influenciados por los parámetros analíticos y socioclínicos.

Material y Método: Estudio transversal en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal y hemodiálisis, mediante la cumplimentación del cuestionario de Calidad de Vida en las Enfermedades Renales KDQOL-SF 36. Además se añadieron una serie de variables socioclínicas y parámetros de laboratorio para analizar su posible influencia en la calidad de vida. El análisis estadístico fue realizado con el software estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

Resultados: En nuestra muestra observamos que los dominios de la calidad de vida peor valorados por los pacientes son la salud general, estrés por la enfermedad

y rol físico; en cambio, los mejor valorados son el dolor corporal y la salud mental. También se halló mayor repercusión sobre algunos dominios de la calidad de vida si el paciente está en tratamiento con hemodiálisis, si dispone de fistula arteriovenosa como acceso, y cuanto más tiempo lleve en tratamiento renal sustitutivo, e incluso, si están alterados ciertos parámetros analíticos como el Ky/V, urea, potasio o hemoglobina.

Conclusiones: El tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis o diálisis peritoneal genera un impacto enorme en la calidad de vida percibida por el paciente y se debe prestar especial atención a la idoneidad de la técnica elegida en cada momento, a la adecuación del acceso para diálisis, sin descuidar a los pacientes "veteranos" por el hecho de llevar mucho tiempo en tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida; hemodiálisis; diálisis peritoneal.



Analysis of quality of life in patients with renal replacement therapy: influence of analytical and socio-clinical parameters

Abstract

Background: Chronic kidney disease is a growing disease and a challenge for developed countries, generating an important impact on the patients' quality of life, altering daily activities and causing changes in physical, emotional and social aspects.

Correspondencia:

Juan Carlos Sánchez González
Fundación Jiménez Díaz. Madrid
Avenida Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid
E-mail: jcsanchez@fjd.es

Objectives: To evaluate the quality of life perceived by patients with chronic kidney disease undergoing renal replacement therapy with hemodialysis or peritoneal dialysis, and the influence of analytical and socio-clinical parameters.

Material and Method: A cross-sectional study in a group of patients with chronic kidney disease undergoing treatment with peritoneal dialysis and hemodialysis was carried out. Participants completed a Quality of Life Questionnaire on Kidney Disease (KDQOL-SF 36). In addition, several socio-clinical variables and laboratory parameters were studied to analyze their possible influence on quality of life. The statistical analysis was carried out with the statistical package SPSS v.22.0.

Results: In our sample, it was observed that the worst domains of quality of life, valued by the patients, were general health, stress due to illness and physical role; on the other hand, the best valued ones were body pain and mental health. We also found greater repercussion in some domains of quality of life when the patient is in hemodialysis treatment, when the patient has arteriovenous fistula as venous access, and the longer the time of renal replacement therapy; and even if certain analytical parameters such as Kt/V, urea, potassium or hemoglobin are altered.

Conclusions: Renal replacement therapy using hemodialysis or peritoneal dialysis generates a huge impact on the patient's perceived quality of life. Special attention must be paid to the suitability of the technique chosen for each moment, to the adequacy of the dialysis access, without ignoring the "veteran" patients because they have been in treatment for a long time.

KEYWORDS: quality of life; hemodialysis; peritoneal dialysis.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad en crecimiento que sigue siendo un reto para los países desarrollados ya que estos enfermos se enfrentan a duros tratamientos que mejoran su salud, aunque no necesariamente mejoran lo que la persona entiende como calidad de vida. Tanto la hemodiálisis (HD) como la diálisis peritoneal (DP) producen un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes ya que implican dependencia de un tratamiento sustitutivo para poder vivir, lo que altera, en mayor o menor medida, las actividades cotidianas

y provoca cambios psicológicos, socio-familiares, económicos y laborales importantes, y un impacto significativo en la calidad de vida de la persona y su familia¹⁻⁴.

Uno de los objetivos del tratamiento de la ERC es la adaptación de los pacientes a los cambios en el estilo de vida y a las limitaciones que esta enfermedad supone, ya que una mejora en la calidad de vida se asocia con efectos positivos tanto a nivel psicológico como a nivel social y emocional en pacientes sometidos a tratamientos de diálisis⁵⁻⁷.

Existe gran controversia acerca de la técnica de diálisis que menor impacto genera en la percepción de la calidad de vida de los pacientes, según el tipo de estudio y la muestra seleccionada se obtienen resultados a favor o en contra en ambas técnicas en cuanto a calidad de vida se refiere⁸⁻¹¹.

De la misma manera, el acceso necesario para realizar la diálisis, ya sea catéter (bien peritoneal o bien de hemodiálisis) o fistula arteriovenosa genera un impacto añadido en la calidad de vida percibida por el paciente, especialmente por los cuidados que requiere y por las complicaciones a las que se está expuesto¹².

Tanto los parámetros del tratamiento como los valores analíticos de los pacientes influyen directamente en su calidad de vida por arrojar una visión objetiva del estado del paciente. Un ejemplo es la dosis de diálisis que recibe el paciente, cuantificada por el Kt/V, y que cuanto más alta sea, mejor supuestamente estará dializado y en mejor estado se encontrará el enfermo. Sin embargo, el grupo de colaboración europeo de nefrólogos y geriatras que producen guías de práctica clínica sobre el manejo de pacientes mayores con ERC, defiende que en los ancianos sometidos a diálisis generan menor tasa de toxinas urémicas, reduciendo potencialmente la necesidad de diálisis; y que por lo que se ven más afectados es por la elevada multimorbilidad, concluyendo por tanto que la dosis de diálisis prescrita a esta población debe ser individualizada y no la mínima especificada por las guías clínicas actuales, que podría no ser bien tolerada por ellos y terminar siendo contraproducente^{10,13}.

Dada la importancia de que el tratamiento se adapte a la vida del paciente y no al contrario, el objetivo principal de esta investigación fue evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes con ERC sometidos a tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis o con diálisis peritoneal. Más específicamente, se pretendió evaluar el impacto en los dominios que caracterizan la calidad de

vida percibida por los pacientes, que estos tratamientos producen y en qué medida son influenciados por los parámetros analíticos y socioclinicos propuestos.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio transversal sobre calidad de vida en una muestra de pacientes con ERC en tratamiento de diálisis, utilizando un muestreo por conveniencia.

Se incluyeron los pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (FJD), entre los meses de septiembre y octubre de 2018, que cumplieran los criterios de inclusión y que, tras ser informados del estudio a realizar y habiendo otorgado su consentimiento para participar, se comprometieron a colaborar con esta investigación.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes diagnosticados de ERC en tratamiento con HD o DP en el servicio de diálisis de la FJD.
- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Capacidad para comprender los ítems del cuestionario.
- Incluidos al menos 4 meses en programa de tratamiento renal sustitutivo.

Para determinar la calidad de vida se utilizó el cuestionario validado "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL SF-36)". Es uno de los instrumentos específicos más utilizados para valorar la calidad de vida en los pacientes con ERC y con tratamiento sustitutivo de la función renal, específicamente en la diálisis peritoneal y la hemodiálisis¹⁴⁻¹⁷.

Este cuestionario es una versión abreviada del KDQOL, lo cual hace que sea más ameno de contestar y el paciente requiera menos tiempo para cumplimentarlo. Dicha versión fue desarrollada con el propósito de medir la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a algún programa de diálisis. Consta de 36 ítems divididos en 12 dominios. Los englobados en la parte genérica: función física (ítems 2, 3 y 36), rol físico (ítems 4 y 5), dolor corporal (ítem 8), salud general (ítem 1), vitalidad (ítems 9 y 10), función social (ítem 12), rol emocional (ítems 6 y 7) y salud mental (ítems 11 y 34); y los englobados en una parte específica: estrés (ítems 13 - 16), sintomatología (ítems 17 - 28), repercusión en la vida diaria (29 - 33) y función sexual (ítem 35). El cuestionario se evalúa mediante una escala de tipo Likert, la cual nos permite medir actitudes y conocer el grado de

conformidad del paciente con cualquier afirmación que le proponemos. A cada numeración en el cuestionario se le asignó una puntuación desde 0 ("peor" puntuación) hasta 100 ("mejor" puntuación).

Finalmente se sumaron los resultados de los ítems de cada dominio y se calculó la media para saber la puntuación de cada dominio. Cuanto más alta es la puntuación, mejor es la calidad de vida percibida por el paciente¹⁸.

Para alcanzar el objetivo de nuestro estudio se recogieron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil (casado, viudo, divorciado, soltero), situación laboral (activo, en paro, jubilado, pensionista no jubilado), dificultades económicas (percepción subjetiva del paciente sobre si tiene ingresos económicos bajos; se categorizó en si/no), si vive solo o acompañado en su vivienda, y medio de transporte utilizado para acudir al tratamiento (coche propio, ambulancia, taxi, metro).
- Variables clínicas: etiología de la ERC, tiempo en diálisis (expresado en meses), duración del tratamiento (expresado en horas semanales), técnica de diálisis (HD/DP), tipo de acceso (fistula, catéter, catéter peritoneal), factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, etc.), trasplante previo (si/no), números de medicamentos que toma y dosis de eritropoyetina (EPO).
- Parámetros analíticos, obtenidos de la última analítica disponible, con una antigüedad no superior a 1 mes de la fecha de regida de datos: hemoglobina, urea, calcio, fósforo, creatinina, albúmina, sodio, potasio, Kt/V.

El cuestionario propuesto fue cumplimentado por los pacientes mientras realizaban el tratamiento con HD para que no emplearan tiempo extra fuera de su tratamiento. Los pacientes con DP lo cumplimentaron durante las visitas programadas de control y seguimiento.

Parte de la muestra lo cumplimentó sin ayuda, sin embargo, los pacientes que presentaban algún déficit visual o motor recibieron nuestra ayuda para la cumplimentación del mismo mientras se dializaban.

Los parámetros analíticos y socioclinicos fueron recabados de la historia por miembros del equipo investigador. Los pacientes fueron previamente informados sobre el estudio y sus objetivos mediante una hoja informativa, que se les entregó junto al cuestionario, en la cual se señalaba que se asumía el consentimiento a participar de

aqueños participantes que cumplimentasen el cuestionario. Su participación fue totalmente voluntaria, anónima y en cualquier momento podían revocar su consentimiento a participar en el estudio.

Los datos fueron analizados con el software estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows. Para realizar el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizó la distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal se describieron a través de la media y de la desviación estándar, y aquellas que no seguían una distribución normal se expresaron con la mediana y el rango intercuartílico. La prueba de normalidad utilizada fue la de Saphiro Wilk por ser menor de 50 el tamaño muestral.

Para el contraste de hipótesis se empleó la prueba de Mann-Whitney para comparar una variable cuantitativa (dominio) y una cualitativa en dos grupos independientes (técnica de diálisis); la prueba de Kruskal-Wallis para comparar una variable cuantitativa (dominio) y una cualitativa en más de dos grupos independientes (tipo de acceso para diálisis); se empleó la regresión lineal para estudiar la relación entre una variable cuantitativa dependiente (dominio) y otra variable cuantitativa independiente (parámetro analítico), recogiendo la p en ANOVA, y en el caso de que existiese significación, es decir, que el parámetro clínico influyese en el dominio en concreto, se recogió además la R cuadrado para explicar el porcentaje de la variabilidad del dominio. Se consideraron significativos aquellos resultados en que el grado de significación resultó inferior al 5% ($p < 0,05$).

Resultados

La muestra del estudio estaba formada por 35 pacientes, 24 hombres y 11 mujeres, con una edad media de $66,1 \pm 14,7$ años.

La descripción del resto de variables socioclínicas y parámetros analíticos estudiados en la muestra se recoge en las **Tablas 1 y 2**.

Según los dominios analizados a partir de las preguntas del cuestionario, se han recogido en la **Tabla 3** la media y la desviación estándar (DE) de cada dominio, observando que los dominios peor valorados por los pacientes fueron la salud general, estrés por la enfermedad y rol físico. En cambio, los mejor valorados fueron el dolor corporal y la salud mental.

Tabla 1. Características socioclínicas de la muestra estudiada.

Estado civil	60% casados; 17% solteros; 11,5% viudos; 11,5% divorciados
Situación laboral	48,6% jubilados; 28,6 % pensionistas no jubilados; 11,4% en activo; 8,6% en paro
Dificultades económicas	77% no dificultades
Situación en la vivienda	77,1% viven acompañados; 22,9% solos
Medio de transporte	31,4% coche propio; 25,7% metro; 31,4% ambulancia; 5,7% taxi
Acceso diálisis	62,8% FAV; 11,4% catéter; 25,7% catéter peritoneal
Técnica de diálisis	26 HD; 9 DP
Trasplante riñón previo	74,3% no trasplante
Etiología ERC (ambos grupos)	31,4% no filiada; 17,1% nefropatía diabética; 2,9% hipertensiva; 8,6% poliquistosis; 25,7 % otras causas
Tiempo en diálisis [mediana (RQ)]	22 (46) meses
Duración del tratamiento [mediana (RQ)]	12 (1,77) horas/semana
Número medicamentos [media (DE)]	8,5 (3,4) fármacos

*RQ: rango intercuartílico. DE: desviación estándar

Tabla 2. Representación de las puntuaciones medias de los parámetros analíticos.

	Media (DE)
Dosis de eritropoyetina (UI)	2871 (3019,3)
Urea (mg/dl)	118,3 (29)
Fósforo (mg/dl)	4,9 (1,3)
Albúmina (g/dl)	3,8 (0,38)
Potasio (mmol/l)	5 (0,7)
Hemoglobina (g/l)	11,4 (1,3)
Calcio (mg/dl)	8,8 (0,8)
Creatinina (mg/dl)	7,2 (2,2)
Sodio (mmol/l)	139 (3,4)
Kt/V	1,64 (0,36)

Asimismo se comprobó la posible asociación entre los dominios que caracterizan la calidad de vida con las variables clínicas más relevantes, observando que la técnica de diálisis, el tipo de acceso y el tiempo en diálisis

Tabla 3. Representación de las puntuaciones medias de los dominios.

	Media (DE)
Función física	56,9 (30,6)
Rol físico	48,6 (44,5)
Dolor corporal	81,4 (27,3)
Salud general	39,7 (20,5)
Vitalidad	53,1 (30,2)
Función social	65,7 (30,4)
Rol emocional	70,7 (38,6)
Salud mental	73,4 (23,4)
Estrés por la enfermedad renal	47,9 (26,5)
Sintomatología	70,5 (16,5)
Repercusión en la vida diaria	56,7 (24,8)
Función sexual	72 (39,7)

*DE: desviación estándar

estuvieron asociados con un cambio en los dominios de la calidad de vida (**Tabla 4**). En concreto, los pacientes en DP presentaron mayores puntuaciones que los pacientes de HD en algunos dominios de la calidad de vida como la salud general, vitalidad, salud mental, estrés por la enfermedad o repercusión en la vida diaria. De la misma manera, el acceso para diálisis que mayores puntuaciones obtiene en algunos dominios es el catéter peritoneal, por encima del catéter para hemodiálisis y de la FAV (por

este orden). Y respecto al tiempo en tratamiento con diálisis, se ha visto que a más tiempo, mayor repercusión en determinados dominios de la calidad de vida como el dolor corporal, salud general y rol emocional.

Por último, se analizó si existía asociación entre los parámetros analíticos y los dominios del cuestionario, encontrando significación en la influencia de parámetros como el Kt/V, la urea, el potasio o la hemoglobina en algunos aspectos de la calidad de vida (**Tabla 5**).

Discusión

A pesar de que nuestra muestra no era muy añosa, se aprecia un gran impacto en la calidad de vida percibida en todos los pacientes en tratamiento con diálisis.

El perfil más habitual en nuestra muestra fue el de hombre, jubilado, que no vive solo y en programa de hemodiálisis. Este mismo perfil se ha descrito en varios estudios, donde se ha demostrado la mayor prevalencia de cuidadoras femeninas, ya sean mujeres o hijas, como concluye la revisión bibliográfica de Arroyo en la que encuentran que la figura del cuidador es femenina en el 89% de los casos¹⁹.

Llama la atención que más de la mitad de la muestra acude a su tratamiento por sus medios, probablemente más relacionado con la muestra de los pacientes que están en tratamiento con DP y con la edad media y un bajo-mo-

Tabla 4. Valor p de los contrastes de los dominios con las variables clínicas más relevantes.

	Técnica diálisis	Acceso diálisis	Tiempo en diálisis P (R cuadrado si p < 0,05)	Duración diálisis P (R cuadrado si p < 0,05)
Función física	0,204	0,373	0,127	0,152
Rol físico	0,920	0,777	0,188	0,173
Dolor corporal	0,512	0,178	0,005 (0,218)	0,764
Salud general	0,021	0,042	0,000 (0,331)	0,204
Vitalidad	0,026	0,010	0,192	0,225
Función social	0,249	0,367	0,175	0,113
Rol emocional	0,833	0,977	0,014 (0,171)	0,282
Salud mental	0,006	0,019	0,128	0,650
Estrés por la enfermedad renal	0,016	0,051	0,078	0,735
Sintomatología	0,427	0,559	0,077	0,574
Repercusión en la vida diaria	0,001	0,004	0,059	0,245
Función sexual	0,488	0,057	0,755	0,687

Tabla 5. Asociación de los dominios con los parámetros analíticos por regresión lineal.

	Dosis EPO	Urea	Fósforo	Albúmina	K	Hb	Ca	Creatinina	Na	Kt/V
P (R cuadrado si p < 0,05)										
Función física	0,790	0,429	0,361	0,527	0,049 (0,136)	0,623	0,903	0,735	0,528	0,070
Rol físico	0,342	0,082	0,912	0,744	0,141	0,856	0,615	0,965	0,638	0,023 (0,232)
Dolor corporal	0,950	0,407	0,960	0,401	0,008 (0,232)	0,131	0,770	0,833	0,394	0,036 (0,201)
Salud general	0,517	0,947	0,665	0,312	0,122	0,209	0,508	0,398	0,073	0,018 (0,262)
Vitalidad	0,702	0,652	0,333	0,308	0,300	0,462	0,027 (0,169)	0,676	0,126	0,075
Función social	0,121	0,045 (0,136)	0,100	0,932	0,121	0,043 (0,143)	0,439	0,205	0,242	0,134
Rol emocional	0,516	0,124	0,339	0,863	0,318	0,385	0,413	0,832	0,702	0,667
Salud mental	0,951	0,665	0,162	0,116	0,050	0,121	0,619	0,807	0,062	0,762
Estrés por la ERC	0,876	0,985	0,612	0,596	0,069	0,018 (0,191)	0,251	0,296	0,091	0,459
Sintomatología	0,611	0,688	0,438	0,241	0,055	0,128	0,509	0,676	0,155	0,173
Repercusión vida diaria	0,547	0,074	0,732	0,262	0,165	0,385	0,765	0,439	0,142	0,130
Función sexual	0,763	0,014 (0,266)	0,020 (0,279)	0,529	0,308	0,781	0,523	0,505	0,722	0,341

*K: potasio; Hb: hemoglobina; Ca: calcio; Na: sodio

derado grado de dependencia de la muestra que seguro permite a los pacientes en mejores condiciones acudir al tratamiento por sus medios y así evitar los excesos de tiempo en los desplazamientos y esperas atribuidas al transporte sanitario.

Respecto a los dominios con los que se valora la calidad de vida percibida por los pacientes de nuestra muestra, resultó llamativo que el dominio que menos afecta a su calidad de vida es el dolor corporal, probablemente por ser controlado con analgésicos y por dar más importancia a otros dominios como es la salud vista desde un punto de vista general, aspecto que ve el paciente como lo más afectado por el tratamiento con diálisis. Otros dominios relacionados con la calidad de vida que el paciente percibe como muy mermados son el estrés producido por la enfermedad, y el rol físico.

Realmente en los estudios realizados sobre calidad de vida, se acaban afectando todos los dominios en función de la muestra estudiada en cada estudio²⁰⁻²³.

Debido a que el volumen de nuestra muestra, en cuanto a técnica de diálisis se refiere, no era comparable por

ser la muestra de HD casi tres veces superior que la de DP, no se pudieron establecer diferencias concluyentes entre ambas técnicas en términos de calidad de vida. Sin embargo, si comparásemos ambas muestras respecto a la técnica de diálisis, da la sensación de que la DP se erige como la modalidad de tratamiento que menor impacto genera en la calidad de vida percibida por los pacientes. Según los diferentes ítems evaluados en nuestro cuestionario, se pudo considerar que la salud general de los participantes en DP era mejor que los sometidos a tratamiento en HD. A nivel emocional, tuvieron menos problemas en su día a día y para realizar las actividades de la vida diaria, probablemente asociado a que el nivel de estrés por la enfermedad renal de estos participantes es menor según el apartado evaluado, y por tanto, también obtuvieron una mayor vitalidad. La comparación de técnicas dialíticas ha sido el objetivo principal de muchas investigaciones, obteniendo resultados dispares en función de la muestra estudiada²⁴⁻²⁸.

Otra variable descrita en la literatura como influyente en la calidad de vida es el tipo de acceso de diálisis. La mayor parte de la muestra tiene fístula arteriovenosa como acceso para hemodiálisis, variable que puede ayu-

dar a que el impacto del tratamiento sobre los dominios de la calidad de vida sea menor por haberse demostrado que la fístula arteriovenosa nativa es el acceso vascular de elección entre los pacientes en HD, según la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis¹². A pesar de ello, si analizásemos en nuestra muestra de manera aislada la variable "acceso para diálisis", el catéter peritoneal resultaría el acceso que menor impacto causa en determinados dominios de la calidad de vida, aunque teniendo en cuenta todas las variables estudiadas, probablemente sea la técnica de DP en sí misma la que determine una menor afectación de la calidad de vida.

En nuestra muestra, aunque la duración de la diálisis de los pacientes de HD es menor según la mediana de horas analizadas (11,66 horas semanales frente a las 40,25 del grupo de peritoneal), debemos tener en cuenta que estos pacientes tienen que acudir varios días a la semana al centro de diálisis, dedicando parte de su tiempo durante el traslado al centro, además de las esperas hasta comenzar la sesión, y el tiempo de espera a la ambulancia en el caso de que sea necesaria, pudiendo ser más difícil compatibilizarlo con sus actividades de la vida diaria y sociales. Sin embargo, las sesiones de DP, según los pacientes del estudio, se pueden adaptar más a la vida personal y social, ya que pueden realizar el intercambio en su casa, ya sea durante toda la noche o por el día en varias fases. A pesar de ello, la duración del tratamiento en nuestra muestra no obtuvo impacto estadísticamente significativo sobre la calidad de vida. Por el contrario, el tiempo que llevan en tratamiento dialítico sí se asoció significativamente con afectación de ciertos dominios de la calidad de vida, lo cual no resulta extraño debido a algunos factores precipitantes que van en aumento como la edad y las comorbilidades en estos pacientes, comentado igualmente en la revisión de Andreu donde asevera que a pesar de los grandes avances técnicos en los tratamientos, la supervivencia no ha experimentado grandes mejoras²⁹.

Respecto a la posible relación entre los dominios y los parámetros analíticos, en nuestra muestra se ha hallado cierta asociación de algunos de los parámetros como el Kt/V con los dominios rol físico ($p=0,023$), dolor corporal ($p=0,036$) y salud general ($p=0,018$). Igualmente parece que en nuestra muestra existe relación entre parámetros como el potasio, la hemoglobina, la urea, el calcio y el fósforo, con diferentes dominios que caracterizan la calidad de vida percibida por el paciente. Dado que dichos parámetros analíticos dependen directamente de la dosis de diálisis administrada, parece que el

Kt/V podría ser un indicador a tener en cuenta a la hora de valorar la calidad de vida percibida por el paciente, en concordancia con la actualización de las guías de práctica clínica KDOQI, en las cuales se sugieren diálisis más frecuentes y/o de mayor duración³⁰.

Igualmente la revisión bibliográfica de Sierra concluye que un adecuado ajuste en la dosis de diálisis contribuye a una mejora de la calidad de vida de los pacientes³¹.

Por otro lado, el grupo de Guerra observó en una muestra de 354 pacientes, relación de la calidad de vida con algunas variables de laboratorio como la albúmina, creatinina, ferritina y nitrógeno ureico³². Se debe mencionar que este estudio se llevó a cabo únicamente sobre pacientes en hemodiálisis, que obtuvieron menores puntuaciones en los dominios de la calidad de vida y en la dosis de diálisis (Kt/V de 1,46 vs. 1,64 de nuestra muestra). Los parámetros analíticos en conjunto pueden relacionarse con el estado nutricional de los pacientes, variable que afecta directamente a la calidad de vida, mejorando la tolerancia al tratamiento y disminuyendo la comorbilidad asociada³³.

La limitación del tamaño muestral debe ser tenida en cuenta, a pesar de ser esta muestra de pacientes quienes cumplían los criterios de selección.

Se puede decir que a partir de los resultados obtenidos en nuestra muestra, observamos que el tratamiento renal sustitutivo, ya sea HD o DP posee un gran impacto a todos los niveles en los pacientes, obteniendo una puntuación global de 64,6% en cuanto a la satisfacción de su percepción de la calidad de vida. Respecto a la técnica de tratamiento, la DP obtiene mejores puntuaciones en determinados dominios de la calidad de vida, al igual que el catéter peritoneal como acceso para diálisis. También parecen obtener mejores puntuaciones en algunos dominios los que menos tiempo llevan en diálisis y los que mejores parámetros analíticos presentan, especialmente en el Kt/V.

Agradecimientos

Queremos agradecer la participación a los pacientes de la Unidad de Diálisis del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, por su paciencia y dedicación para ayudarnos a llevar a cabo este proyecto.

Recibido: 05-11-18
 Revisa: 04-01-19
 Modificado: 25-02-19
 Aceptado: 05-03-19

Bibliografía

1. Informe de diálisis y trasplantes 2016. [Internet]. Sociedad Española de Nefrología. 2017. [Consulta: 15 dic 2017]. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/Registros/InformeREER_2016.pdf
2. Cuevas-Budhart MA, Saucedo RP, Romero G, García JA, Hernández A. Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2017;20(2):112-9.
3. Ahís P, Peris IC, Meneu M, Pérez CM, Bonilla B, Panizo N. Impacto subjetivo de las estrategias no farmacológicas de mejora de la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2017;20(1):22-7.
4. Hernández S, García D, Santos A, González G, Brazález M, Garatachea N. Valoración física, condición física y calidad de vida en pacientes con diferentes tratamientos renales sustitutivos. *Enferm Nefrol* 2015;18(2):81-8.
5. Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V. Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney Blood Press Res* 2017;42:717-27.
6. Barbero E, Tejada E, Herrera C, Monserrat S, Gascó N, Junyent E. Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis. *Enferm Nefrol* 2016;19(1):29-35.
7. Pérez C, Riquelme G, Scharager J, Armijo I. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2015;18(2):89-96.
8. Queeley GL, Campbell ES. Comparing treatment modalities for end-stage renal disease: a meta-analysis. *Am Health Drug Benefits* 2018;11(3):118-27.
9. Dąbrowska-Bender M, Dykowska G, Żuk W, Milewska M, Staniszevska A. The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:577-83.
10. Chen JY, Wan EYF, Choi EPH, Chan AKC, Chan KHY, Tsang JPY, et al. The Health-Related Quality of Life of Chinese Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Patient* 2017;10(6):799-808.
11. Kang SH, Do JY, Lee SY, Kim JC. Effect of dialysis modality on frailty phenotype, disability, and health-related quality of life in maintenance dialysis patients. *PLoS One* 2017;12(5):e0176814.
12. Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2018;21 (Supl 1):S1-256.
13. Tattersall J, Farrington K, Gentile G, Kooman J, Macias Núñez JF, Nistor I, et al; European Renal Best Practice Guidelines Group and the European Union of Geriatric Medicine Societies (EUGMS) collaborative group for the production of guidelines on the management of older patients with CKD. Is Kt/V useful in elderly dialysis patients? Pro and Con arguments. *Nephrol Dial Transplant* 2018;33(5):742-50.
14. Leyva E, Argudín R, Mora SR, Capote L, Rupalé I, Moret Y. Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL - SFTM. *MediSur* 2015;13 (4):508-16.
15. Peipert JD, Bentler PM, Klicko K, Hays RD. Psychometric Properties of the Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short-Form Survey (KDQOL-36) in the United States. *Am J Kidney Dis* 2018;71(4):461-8.
16. Adell M, Casadó L, Andújar J, Solá E, Martínez E, Salvadó T. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica terminal mediante un cuestionario de resultados percibidos por los pacientes. *Enferm Nefrol* 2016;19(4):331-40.

17. Adell M, Salvadó T, Casadó L, Andújar J, Ramiro M, Mencía A. Valoración de la calidad de vida y técnicas de diálisis mediante un cuestionario de resultados percibidos por el paciente. *Enferm Nefrol* 2015; 18 Suppl(1):S101-37.
18. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D, González F, Gil T. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario *Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF)*. *DyT* 2004;25(2):79-92.
19. Arroyo E, Arana AI, Garrido R, Crespo R. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enferm Nefrol* 2018;21(3):213-24.
20. Barros L, Herazo Y, Aroca G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Fac Med* 2015;63(4):641-7.
21. Costa G, Pinheiro MB, Medeiros SM, Costa RR, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Global* 2016;43(1):59-74.
22. Ho YF, Li IC. The influence of different dialysis modalities on the quality of life of patients with end-stage renal disease: A systematic literature review. *Psychol Health* 2016;31(12):1435-65.
23. Homaie E, Mostafavi H, Delavari S, Mostafavi S. Health-related Quality of Life in Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Meta-Analysis of Iranian Studies. *Iran J Kidney Dis* 2015;9(5):386-93.
24. Wakeel J, Harbi A, Bayoumi M, Suwaida K, Ghonaim M, Mishkiry A. Quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2012;32(6):570-4.
25. Atapour A, Nasr S, Momeni Boroujeni A, Taheri D, Dolatkah S. A comparison of the quality of life of the patients undergoing hemodialysis versus peritoneal dialysis and its correlation to the quality of dialysis. *Saudi J Kidney Dis and Transpl* 2016;27(2):270-80.
26. Gonçalves FA, Dalosso IF, Borba JM, Bucaneve J, Valerio NM, Okamoto CT, et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba - PR. *J Bras Nefrol* 2015;37(4):467-74.
27. Ho Y, Li I. The influence of different dialysis modalities on the quality of life of patients with end-stage renal disease: A systematic literature review. *Psychol Health* 2016;31(12):1435-65.
28. Iyasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smeed J, Maxwell AP. Quality of Life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11(3):423-30.
29. Andreu D, Hidalgo MA, Moreno MC. La supervivencia de las personas sometidas a diálisis. *Enferm Nefrol* 2013;16(4):278-80.
30. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis* 2015;66(5):884-930.
31. Sierra R, Medina L, Ciriza A. Revisión bibliográfica sobre dos modelos de medición del Kt/V: OCM vs fórmula de Dauguidas. Comunicaciones presentadas al XXXIV Congreso Nacional Seden; Pamplona 2010;315-9.
32. Guerra V, Sanhueza O, Cáceres M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012;20(5):1-10.
33. Pereira MC, Queija L, Blanco A, Rivera IA, Martínez VE, Prada Z. Valoración del estado nutricional y consume alimentario de los pacientes en terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2015;18(2):103-11.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis

Miguel Ángel Cuevas-Budhart¹, Blanca Ruth González Martínez², Elsa Alvarez Bolaños³, María Juana Barrera García⁴, Alina de Almeida Souza⁵, Máximo A. González Jurado⁶, Mercedes Gómez del Pulgar García Madrid⁵

¹Hospital General Regional nº 1 "Vicente Guerrero". Acapulco, Guerrero. México. Instituto Español de Investigación Enfermera.Madrid. España

²Unidad de Medicina Familiar nº 29 con Unidad Médica de Atención Ambulatoria. IMSS. Guerrero. México

³Coordinación Delegacional de Enfermería en Atención Médica. IMSS. Guerrero. México

⁴Facultad de Enfermería N°. 2 UAGro. Posgrado de Gestión y Docencia. México

⁵Instituto Español de Investigación enfermera del Consejo General de Enfermería. Madrid. España

⁶Consejo General de Enfermería. Madrid. España

Como citar este artículo:

Cuevas-Budhart MA, González-Martínez BR, Álvarez-Bolaños E, Barrera-García MJ, de Almeida-Souza A, González-Jurado MA, Gómez del Pulgar-García-Madrid M. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):168-75

Resumen

Introducción: Diseñar y Validar una herramienta para la mejora del proceso de atención en enfermería en una unidad de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel.

Material y Método: Se desarrolló un estudio de mejora de la calidad de la atención, en el Hospital General Regional nº 1 "Vicente Guerrero" en Guerrero, (México), entre mayo-agosto de 2017. Se modificó la hoja de registros clínicos de enfermería de la unidad de hemodiálisis en dos etapas. Para la etapa de diseño se realizó un grupo focal con expertos y para la validación de contenido se aplicó el método Delphi. Los datos recolectados se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS V.22.

Resultados: El 70% de los expertos consideró el instrumento como bueno en cuanto a la calidad del regis-

tro. Hubo una discrepancia en el diseño encontrándose como parcialmente eficiente (70%) ya que cada experto evaluó de acuerdo al área que dominaba. Se incorporaron todas las observaciones realizadas en el diseño final.

Conclusión: El instrumento se considera válido, proporcionando información adecuada del paciente previo al tratamiento hemodialítico, lo cual satisface los requerimientos legales respecto a la continuidad de los cuidados.

PALABRAS CLAVE: atención al paciente; calidad; seguridad del paciente; continuidad; hemodiálisis; registro de enfermería.



Design and validation of a new nursing clinical registry for the continuity of care and patient safety in hemodialysis

Abstract

Objective: To design and validate a tool for improving nursing care process in a hemodialysis unit of a secondary level hospital.

Correspondencia:

Miguel Ángel Cuevas-Budhart

Paseo de la Esperanza 8, 4B esc. D portal 4. 28005 Madrid

E-mail: angel_budhart@hotmail.com

Material and Method: A quality improvement study was developed at Regional General Hospital N°1 Vicente Guerrero in Guerrero, Mexico, between may-august 2017. Hemodialysis nurse clinical record sheet was modified in two stages. For the design stage, a focus group with experts was carried out and for content validation, Delphi method was applied. The collected data were processed and analyzed with statistics program SPSS V.22.

Results: 70% of experts considered the instrument as good in terms of quality of the record. There was a discrepancy in the design, considered partially efficient (70%), since each expert evaluated according the area that dominated. All the observations made were included in the final design.

Conclusion: The instrument is valid, giving the right information about the patient prior to hemodialysis, satisfying legal requirements regarding the continuity of care.

KEYWORDS: patient care; quality; patient safety; continuity; hemodialysis; nursing record.

Introducción

Actualmente, la seguridad del paciente forma parte indisoluble de la calidad en la atención sanitaria. De acuerdo con la definición de seguridad del Instituto de Medicina de Estados Unidos lo define como: "*conjunto de elementos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias*"¹.

Dicho lo anterior, los profesionales de salud y en particular el profesional de enfermería, juega un papel importante en la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, esto implica, entre otras cosas, desarrollar estrategias de mejora y continuidad del cuidado con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados².

En el desempeño de su profesión, Enfermería aporta procesos de mantenimiento y recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad en diferentes etapas de la vida. La formación académica evoluciona a la par del avance tecnológico, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad y seguridad acorde a las necesidades y problemas de salud que afecta a la población³.

La comunicación como parte del quehacer enfermero es considerado una pieza clave para la continuidad de los cuidados. Los registros clínicos de enfermería son instrumentos o herramientas orientadas a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético legal cuya información señale las acciones de enfermería en relación con el cuidado integral del sujeto. Esta debe ser escrita, detallada, completa, concisa, y apropiada sobre el cuidado del paciente lo que significa que las observaciones deben ser actuales e inmediatas a los cuidados para evitar la omisión o duplicación de la información y a su vez transmitir un orden lógico^{4,5}. Su diseño y cumplimiento dependen del modelo de cuidados, distribución de trabajo y asignación de pacientes, así, como, de otras circunstancias como puede ser el profesional y el tipo de pacientes⁶.

Sin embargo, la calidad de los registros clínicos de enfermería se puede cuestionar por diversas razones: 1) la obsolescencia en el formato y forma de recolección de información; 2) cambio continuo del conocimiento y las acciones de cuidados basados en evidencia y, 3) el desconocimiento de la importancia legal de contar con un lenguaje apropiado para el cumplimiento del registro de Enfermería¹. La atención a la persona de cuidado en el servicio de hemodiálisis no es ajena a cualquiera de estos tres escenarios, debido a la compleja combinación de procedimientos tecnológicos e interacciones humanas, existiendo el riesgo de producirse Eventos Adversos (EA); no obstante, existen EA que son prevenibles con una correcta valoración, por ello, en este contexto, deben ser considerados como una condición que requiere un ambiente humanístico, como un abordaje integral encaminado al dialogo y el trabajo colaborativo entre profesionales que permita innovar y actualizar los procesos del servicio para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad⁷.

En base a lo anterior, se ha evidenciado la importancia de mejorar el formato de los registros clínicos de enfermería, tomando como base el proceso de atención de enfermería. Utilizando el modelo de valoración de enfermería los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon la cual permite obtener una importante cantidad de datos relevantes del paciente de manera ordenada y organizada y a su vez facilita el análisis, identificando factores de riesgo que comprometan la seguridad del paciente, y previniendo EA que se presentan en la unidad de Hemodiálisis⁸.

De acuerdo a la NOM-003-SSA3-2010 "Para la práctica de Hemodiálisis"⁹ no se cumple con esta evaluación. Sin

embargo, el profesional de enfermería de la unidad de hemodiálisis del IMSS en su responsabilidad con el cuidado, tiene un compromiso con el paciente y la sociedad, que requiere y demanda competencias específicas, identificar riesgos y administrarlos oportunamente con el objetivo de prevenir errores, principalmente antes de causar daño.

Por todo ello, se planteó como principal objetivo diseñar y validar una herramienta para la mejora del proceso de atención en enfermería en una unidad de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel.

Material y Método

Para el diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería se realizó un estudio de mejora a la calidad con un abordaje mixto, con una fase cualitativa utilizando para ello un enfoque fenomenológico, mediante un grupo focal, como técnica de recogida de información, cuyo facilitador fue el investigador principal^{10,11}; y una fase cuantitativa, para la validación de contenido por jueces expertos mediante método Delphi en una segunda etapa^{12,13}.

En la primera fase, participaron en el estudio 10 enfermeras asistenciales y 1 jefe de servicio de la unidad de hemodiálisis en el periodo de mayo-noviembre. Para la segunda fase, la muestra se tomó a toda la población que cumpliera con los criterios de selección, los cuales fueron: personal de enfermería ambos sexos, con grado de licenciatura, experiencia en la unidad de hemodiálisis, valoración y cuidados del paciente renal, por último, que aceptaran precipitar en el estudio.

También participaron como asesores durante todo el estudio, 6 expertos y 2 investigadores en las distintas fases de desarrollo; identificación, diseño, y evaluación de la herramienta debido a su formación aspectos como valoración aplicada en proceso de atención de enfermería, nefrología, EA y diseño de herramientas de mejora de la calidad.

Para el diseño del registro se siguió el procedimiento de acuerdo a referentes de diseño y validación de formularios de enfermería el cual se visualiza en la **Figura 1**.

– **Fase 1:** Correspondió a la fase cualitativa la cual comprendió el análisis de la literatura en diversas bases de datos como PubMed, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, CONRYCIT entre otras, así como la recogida de información de experiencias clínicas de los enfermeros asistenciales en la unidad de Hemodiálisis, mediante grupo focal. Tras la reunión en la cual se les explico los objetivos del estudio y

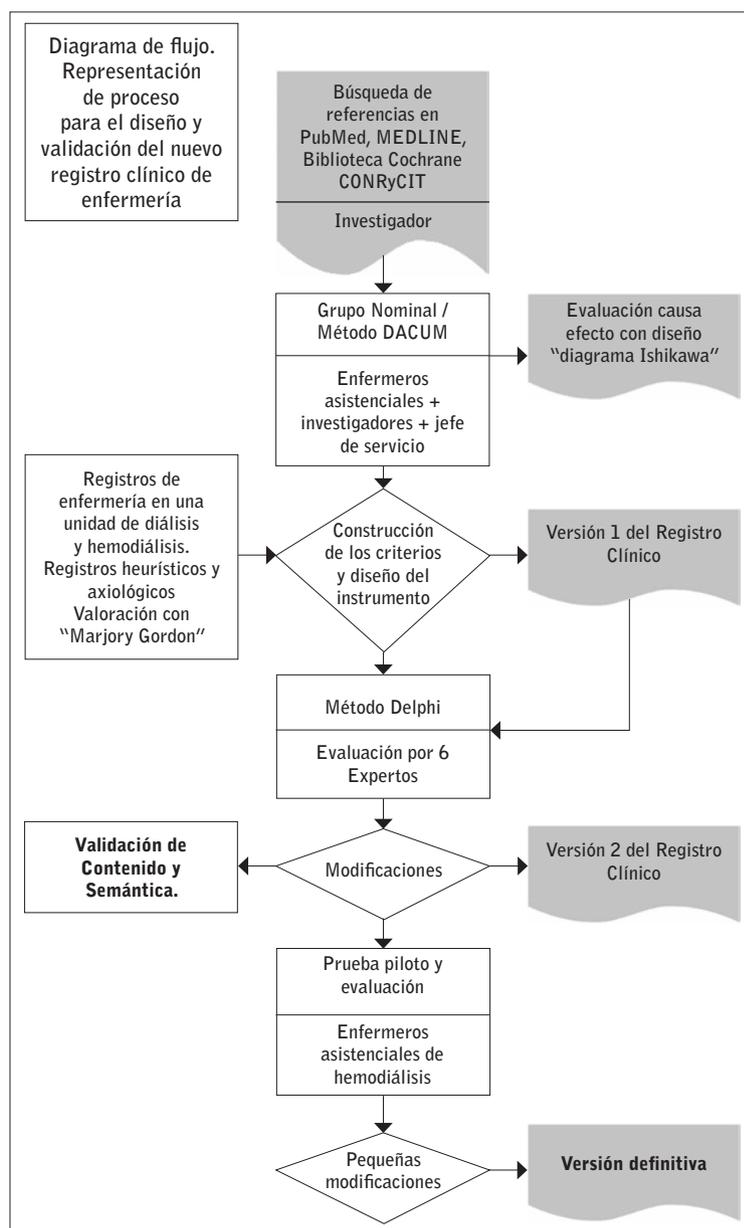


Figura 1. Proceso de diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería. Fuente: realizado por el autor.

se les solicito apoyo y colaboración en el mismo, se identificaron áreas de oportunidad que pudieran coadyuvar a la mejora de la calidad en la atención mediante la evaluación causa efecto con el "diagrama Ishikawa" en el que se establecieron como principales problemas: Baja calidad de los registros clínicos para la continuidad de la atención del paciente, falta de registros del proceso de atención de enfermería para la prevención de complicaciones y deficiente registro de eventos adversos.

De acuerdo a los resultados de la primera reunión los investigadores diseñaron una primera versión de un nue-

vo registro clínico de enfermería, haciendo énfasis en los problemas detectados. En la segunda reunión se propuso un instrumento diseñado por los investigadores, el cual incluía la implementación del modelo de valoración de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon^{14,15}, registro de EA, eventos centinela y cuasifalla^{16,17}. Todos los datos se analizaron y retroalimentaron de acuerdo a las necesidades y solicitudes de los enfermeros asistenciales de la unidad de Hemodiálisis quedando así una primera versión del registro clínico de Enfermería.

– **Fase 2:** Correspondió a la etapa cuantitativa; Para verificar la validez de contenido de la primera versión, fue sometida validación de 6 expertos, quienes realizaron un análisis de manera global mediante análisis semántico y de aplicabilidad, mediante una encuesta que constaba de evaluación de la calidad, estructura, contenido y utilidad del registro clínico de enfermería, obteniéndose así la versión número 2.

– **Fase 3:** esta fase correspondió a la capacitación, prueba piloto y validación del registro clínico por enfermeras nefrológicas de la unidad de hemodiálisis. Para lo cual, se realizó una reunión en cada turno de la unidad de hemodiálisis para realizar la capacitación al personal sobre la cumplimentación del registro, proceso de atención de enfermería, importancia del registro clínico y EA, y resolución de las dudas.

El pilotaje se realizó durante 6 sesiones en pacientes de hemodiálisis. La evaluación global se efectuó de acuerdo a la versión 2 de la herramienta la cual se repartió a las enfermeras nefrológicas de la unidad. Posteriormente a la prueba piloto, estas respondieron a un cuestionario con una escala tipo Likert con unja puntuación de 1 a 4, sobre la estructura y calidad del proceso de atención de enfermería del registro, donde 1 correspondía a la peor valoración y 4 a la más completa. El segundo instrumento se calificó del 1 a 5, donde 1 era estar totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo, sobre la pertinencia, sencillez y aplicabilidad de la herramienta de mejora y la comprensibilidad, claridad y adecuación de sus elementos o criterios de valoración. Además, las enfermeras asistenciales que participaron anexaron comentarios y sugerencias para la modificación y mejora del registro clínico de enfermería. Posterior al pilotaje, se realizaron pequeñas modificaciones, quedando así la versión definitiva.

Los datos recolectados se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS V.22. Las variables cualitativas se expresan como una distribución de frecuencias

y las variables cuantitativas como la media \pm la desviación estándar de la media.

Consideraciones éticas: El estudio fue presentado y aprobado por el comité de Ética de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que, tras su revisión del proyecto dictaminó como favorable al no implicar riesgo en los participantes. Otorgando el número de registro R-2017-2001-23.

Resultados

La validación del nuevo registro clínico de enfermería fue realizada por expertos de manera global y se ajustaron los cambios pertinentes de acuerdo a la retroalimentación semántica y de aplicabilidad de la herramienta.

En la etapa cualitativa, en relación a la fase del proceso enfermero, se destacó: *"cumple con el proceso enfermero adecuado para la valoración, atención y evaluación de las intervenciones, sin embargo, es importante considerar el tiempo de cumplimentación para la atención individualizada del paciente en hemodiálisis"* (experto 3).

En cuanto a la funcionalidad en Hemodiálisis, se destacó: *"creo conveniente agregar los valores que trae de línea blanca y la línea roja, glóbulos blancos, hematocrito, hemoglobina, plaquetas, para ello poder gestionar si hay necesidad de transfundir o infundir algún hemoderivado"* (experto 5).

Para la fase cuantitativa, en la cual se validó la herramienta, se contó con 10 enfermeros (8 enfermeras y 2 enfermeros), con un promedio de edad de 36 años, el 50% como tenía como máximo grado de estudios superiores, la Licenciatura; tal como se refleja en la **Tabla 1**.

Respecto al grado de aceptación del proceso de mejora, enfocado a la valoración de Margory Gordon, se encontró que el 90% del personal de hemodiálisis cuenta con los cursos sobre dicho tema (ver **Tabla 2**).

Durante el tiempo que se mantuvo en implementación la hoja de registros clínicos de enfermería, se identificaron los patrones funcionales de mayor afectación, siendo el patrón de Eliminación e intercambio el de mayor alteración (23%). Los datos se muestran en la **Tabla 3**.

Los EA registrados durante la prueba piloto fueron; Hipertensión (41,9%), Hipotensión (25,6%), Disnea (9,3%), y en menos medida Dolor torácico, Cefalea, Ta-

Tabla 1. Datos laborales del personal asistencial que participo en el estudio.

Variable	No.	%	X±DE
Edad			
23 a 50 años			36±10,27
Género			
Masculino	2	20	
Femenino	8	80	
Grado académico			
Licenciado en Enfermería	5	50	
Pos técnico en Nefrología	3	30	
Posgrado en nefrología	1	10	
Maestría	1	10	
Años de antigüedad			
3 a 20 años			10±6,1
Turno			
Matutino	5	50	
Vespertino	5	50	
Servicio de procedencia			
Urgencias	1	10	
Medicina Interna	2	20	
Pediatría	2	20	
Diálisis peritoneal	5	50	

Tabla 2. Experiencia sobre el proceso de atención de enfermería.

Variable	No.	%
Curso sobre PAE		
Si	9	90
No	1	10
Cantidad de Cursos		
1 a 3	5	50
4 a 6	3	30
>7	2	20
Tipo de curso		
Facultad de Enfermería	3	30
Curso monográfico IMSS	5	50
Capacitación en el Servicio	2	20
Duración del curso		
1 a 8 horas	3	30
9 a 20 horas	4	40
>21 horas	3	30
Conocimiento sobre el modelo de valoración Patrones funcionales de Marjory Gordon		
Si	9	90
No	1	10

quicardia y Dolor abdominal, con 2,3% cada uno. También se registraron 2 caídas en la prueba piloto.

De acuerdo a la evaluación del registro de enfermería en la dimensión de calidad de la herramienta. Se observa una evaluación como buena calidad del 70% en opinión de los

Tabla 3. Patrones funcionales alterados durante la valoración del paciente en hemodiálisis.

Variable	No.	%
Patrones funcionales alterados		
Patrón 3 Eliminación e intercambio.	89	23
Patrón 2 Nutricional Metabólico.	83	22
Patrón 4 Actividad/Ejercicio.	70	18
Patrón 1 Percepción de la Salud.	68	18
Patrón 5 Sueño/Reposo.	31	8
Patrón 7 Autopercepción/Autoconcepto.	12	3
Patrón 6 Cognitivo Perceptual.	11	3
Patrón 8 Rol Relaciones.	8	2
Patrón 10 Tolerancia al Estrés.	6	2
Patrón 11 Valores y Creencias.	3	1
	n=381	

expertos. Respecto al diseño del nuevo registro de enfermería hubo una discrepancia, encontrándose como un diseño parcialmente eficiente de contenido (70%) seguido de Diseño eficiente de contenido (20%), esto debido a que cada experto dio su punto de vista de acuerdo al área que domina, sin embargo, se atendió cada observación, quedando una versión final o versión definitiva (**Figura 2**).

Discusión

La mejora de la calidad depende en gran medida de un trabajo en equipo ya que genera expectativas positivas para el personal que presta servicios de salud. Ante la propuesta de mejora, la participación fue activa en las fases de identificación del problema principal, en la unidad de hemodiálisis. Los cambios necesarios para lograr una mejora al problema identificado, implica directamente al servicio de enfermería. En lo que respecta a la evaluación del diseño hubo discrepancias, ya que cada experto dio su punto de vista de acuerdo al área que dominaba; realizándose cambios de acuerdo a la evaluación de cada uno de ellos, para obtener así la versión definitiva del documento.

El instrumento diseñado y validado, intenta responder a la problemática identificada en el servicio de Hemodiálisis, cumpliendo con los criterios del enfoque enfermero, en sus etapas de valoración, diagnostico, intervención y evaluación, mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, así como también intenta coadyuvar al registro de EA, cumpliendo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL REGISTROS CLÍNICOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS																								
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NSS: _____ FECHA: _____ UMF: _____ DELEGACIÓN: _____ TURNO: _____ No. TX: _____ EDAD: _____ GÉNERO: M. F. No. DE ACCESOS VASCULARES: _____ GRUPO Y RH: _____ No. CAMA: _____ FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA: _____ FECHA DE INSTALACIÓN DE ACCESO VASCULAR: _____ TIPO DE ACCESO VASCULAR: CATETER. FAV. INJERTO. PERM. CATH. No. SESIONES POR SEMANA: _____ SEROPOSITIVIDAD: HB. HC. VIH. OTRO. FECHA DE ÚLTIMO PANEL VIRAL: _____ TALLA: _____ ALERGIAS: NO. SI. CUAL: _____ DIAGNÓSTICO: _____ MÉDICO TRATANTE: _____																								
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. PREHEMODIÁLISIS																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">MARQUE EL PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO</td> <td style="text-align: center;">VALORACIÓN DE RIESGOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD</td> <td><input type="checkbox"/> 07. AUTO PERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO</td> <td>HR. DE EVALUACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. NUTRICIONAL - METABÓLICO</td> <td><input type="checkbox"/> 08. ROL RELACIONES</td> <td>RIESGO DE CAÍDAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. ELIMINACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> 09. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN</td> <td>ESCALA DE INJERTOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. ACTIVIDAD - EJERCICIO</td> <td><input type="checkbox"/> 10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS</td> <td>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. SUEÑO - DESCANSO</td> <td><input type="checkbox"/> 11. VALORES - CREENCIAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. COGNITIVO - PERCEPTUAL</td> <td>ESPECÍFICO: _____</td> <td></td> </tr> </table>			MARQUE EL PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO		VALORACIÓN DE RIESGOS	<input type="checkbox"/> 01. PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD	<input type="checkbox"/> 07. AUTO PERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO	HR. DE EVALUACIÓN	<input type="checkbox"/> 02. NUTRICIONAL - METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 08. ROL RELACIONES	RIESGO DE CAÍDAS	<input type="checkbox"/> 03. ELIMINACIÓN	<input type="checkbox"/> 09. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	ESCALA DE INJERTOS	<input type="checkbox"/> 04. ACTIVIDAD - EJERCICIO	<input type="checkbox"/> 10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/> 05. SUEÑO - DESCANSO	<input type="checkbox"/> 11. VALORES - CREENCIAS		<input type="checkbox"/> 06. COGNITIVO - PERCEPTUAL	ESPECÍFICO: _____		
MARQUE EL PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO		VALORACIÓN DE RIESGOS																						
<input type="checkbox"/> 01. PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD	<input type="checkbox"/> 07. AUTO PERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO	HR. DE EVALUACIÓN																						
<input type="checkbox"/> 02. NUTRICIONAL - METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 08. ROL RELACIONES	RIESGO DE CAÍDAS																						
<input type="checkbox"/> 03. ELIMINACIÓN	<input type="checkbox"/> 09. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	ESCALA DE INJERTOS																						
<input type="checkbox"/> 04. ACTIVIDAD - EJERCICIO	<input type="checkbox"/> 10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA																						
<input type="checkbox"/> 05. SUEÑO - DESCANSO	<input type="checkbox"/> 11. VALORES - CREENCIAS																							
<input type="checkbox"/> 06. COGNITIVO - PERCEPTUAL	ESPECÍFICO: _____																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</td> <td style="width:33%;">INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</td> <td style="width:33%;">EVOLUCIÓN Y RESULTADOS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVOLUCIÓN Y RESULTADOS																			
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVOLUCIÓN Y RESULTADOS																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">PRESCRIPCIÓN</td> <td style="width:50%;">OBSERVACIONES DEL ACCESO VASCULAR</td> </tr> <tr> <td> MODALIDAD: _____ AJUSTE DE PESO SECO: _____ Kg. _____ MAQ. _____ TIEMPO: _____ DIALIZADOR: _____ Vol. RESIDUAL: _____ mL. QD: _____ mL/min. QS: _____ mL/min. PERFIL DE UF: _____ Vol. De UF: _____ mL. TEMP. DE LIQ. DIALIZANTE: _____ °C POTASIO: _____ mEq/l CALCIO: _____ mEq/l Na "INICIAL": _____ mEq/l Na "TRANS": _____ mEq/l Na "FINAL": _____ mEq/l HEPARINA: BOLO. INFUSIÓN: _____ TOTAL: _____ UI. </td> <td> MEDIDA: _____ fr. _____ long. TIPO: _____ </td> </tr> </table>			PRESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES DEL ACCESO VASCULAR	MODALIDAD: _____ AJUSTE DE PESO SECO: _____ Kg. _____ MAQ. _____ TIEMPO: _____ DIALIZADOR: _____ Vol. RESIDUAL: _____ mL. QD: _____ mL/min. QS: _____ mL/min. PERFIL DE UF: _____ Vol. De UF: _____ mL. TEMP. DE LIQ. DIALIZANTE: _____ °C POTASIO: _____ mEq/l CALCIO: _____ mEq/l Na "INICIAL": _____ mEq/l Na "TRANS": _____ mEq/l Na "FINAL": _____ mEq/l HEPARINA: BOLO. INFUSIÓN: _____ TOTAL: _____ UI.	MEDIDA: _____ fr. _____ long. TIPO: _____																		
PRESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES DEL ACCESO VASCULAR																							
MODALIDAD: _____ AJUSTE DE PESO SECO: _____ Kg. _____ MAQ. _____ TIEMPO: _____ DIALIZADOR: _____ Vol. RESIDUAL: _____ mL. QD: _____ mL/min. QS: _____ mL/min. PERFIL DE UF: _____ Vol. De UF: _____ mL. TEMP. DE LIQ. DIALIZANTE: _____ °C POTASIO: _____ mEq/l CALCIO: _____ mEq/l Na "INICIAL": _____ mEq/l Na "TRANS": _____ mEq/l Na "FINAL": _____ mEq/l HEPARINA: BOLO. INFUSIÓN: _____ TOTAL: _____ UI.	MEDIDA: _____ fr. _____ long. TIPO: _____																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">PRE - HD</td> <td style="width:33%;">POST - HD</td> <td style="width:33%;">INDICACIONES MÉDICAS</td> </tr> <tr> <td> PESO SECO: _____ Kg. PESO ANT.: _____ Kg. PESO ACTUAL: _____ Kg. GANANCIA: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg. F.C. F.R. _____ TEMPERATURA: _____ °C DEXT: _____ mg/dl </td> <td> PESO: _____ Kg. UF Lograda: _____ mL. VSP: _____ lts. K/F V: _____ TA Sentado: _____ mm/Hg. TA Parado: _____ mm/Hg. F.C. F.R. _____ TEMPERATURA: _____ °C </td> <td> </td> </tr> </table>			PRE - HD	POST - HD	INDICACIONES MÉDICAS	PESO SECO: _____ Kg. PESO ANT.: _____ Kg. PESO ACTUAL: _____ Kg. GANANCIA: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg. F.C. F.R. _____ TEMPERATURA: _____ °C DEXT: _____ mg/dl	PESO: _____ Kg. UF Lograda: _____ mL. VSP: _____ lts. K/F V: _____ TA Sentado: _____ mm/Hg. TA Parado: _____ mm/Hg. F.C. F.R. _____ TEMPERATURA: _____ °C																	
PRE - HD	POST - HD	INDICACIONES MÉDICAS																						
PESO SECO: _____ Kg. PESO ANT.: _____ Kg. PESO ACTUAL: _____ Kg. GANANCIA: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg. F.C. F.R. _____ TEMPERATURA: _____ °C DEXT: _____ mg/dl	PESO: _____ Kg. UF Lograda: _____ mL. VSP: _____ lts. K/F V: _____ TA Sentado: _____ mm/Hg. TA Parado: _____ mm/Hg. F.C. F.R. _____ TEMPERATURA: _____ °C																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">HORA</td> <td style="width:10%;">T/A</td> <td style="width:10%;">TAM</td> <td style="width:10%;">FC</td> <td style="width:10%;">T°</td> <td style="width:10%;">Q.S.</td> <td style="width:10%;">P. VEN.</td> <td style="width:10%;">P. ART.</td> <td style="width:10%;">PTM</td> <td style="width:10%;">UF</td> <td style="width:30%;">OBSERVACIONES</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>			HORA	T/A	TAM	FC	T°	Q.S.	P. VEN.	P. ART.	PTM	UF	OBSERVACIONES											
HORA	T/A	TAM	FC	T°	Q.S.	P. VEN.	P. ART.	PTM	UF	OBSERVACIONES														

NOTA DE ENFERMERÍA		
PRE - HD	TRANS - HD	POST - HD

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS							
SANGRE Y HEMODERIVADOS	LÍQUIDOS PARENTERALES	MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	HORA	VELOCIDAD	TOTAL DE LÍQUIDOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS			VERIFICACIÓN
DESCRIPCIÓN	EVENTOS ADVERSOS SIMPLE	ADVERSO	CENTR.
CARDIORESPIRATORIO PARO CARDIORESPIRATORIO DIFICULTAD RESPIRATORIA DOLOR TORÁCICO HIPOTENSIÓN HIPERTENSIÓN TAQUICARDIA BRAQUICARDIA ARRITMIA			
NEURO CONVULSIONES TRASTORNO MOTOR/ SENSITIVO DEPRESIÓN ESTADO DE ALERTA DESORIENTACIÓN			
ENDOCR. HIPERGLUCEMIA HIPOGLUCEMIA TRASTORNO CaP			
HD TRASTORNO ELECTROLÍTICO DISFUNCIÓN SANGRADO COAGULACIÓN SISTÉMICA INFECCIÓN DE ANGIOACCESO			
SÍNTOMAS GENERALES DOLOR ABDOMINAL PRURITO DOLOR SOMÁTICO CALAMBRES CEFALEA NAUSEAS/ VÓMITO DIARREA REACCIÓN ALERGICA FIEBRE (NO DEL ACCESO) HIPOTERMIA			
OTROS CAÍDA/ TRAUMATISMO			

LISTA VERIFICACIÓN INSTALACIÓN DE CATETER	
LISTA DE VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO	
EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA	

FECHA DE ÚLTIMOS ESTUDIOS:	
PROX. CITA NEFROLOGÍA:	
PROX. CITA CON COMITÉ:	
PROX. CITA CON NUTRICIÓN:	
PROX. CITA A PSICOLÓGIA:	
PROX. CITA A CX:	
CAMBIO DE PROGRAMA:	
VACUNAS:	
AUTORIZACIÓN POR CUANTO TIEMPO:	

CUASIFALLAS	
EN LA IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> PRESCRIPCIÓN DE HEMODIÁLISIS <input type="checkbox"/> PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> APLICACIÓN DE MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS. <input type="checkbox"/> RESULTADOS DE LAB. DE AGUA FUERA DE RANGO. <input type="checkbox"/> OSMOSIS INVERSA PORTÁTIL. <input type="checkbox"/> INCUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTO. <input type="checkbox"/> EQUIPO MÉDICO. <input type="checkbox"/> ORIGENES. <input type="checkbox"/> PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA. <input type="checkbox"/> PLANTA DE EMERGENCIA. <input type="checkbox"/> AGUA POTABLE. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> MENCIONE CUAL <input type="checkbox"/>	E.G. _____ E.E.N. _____ E.J.P. _____ S.J.E. _____

Figura 1. Registro clínico de enfermería modificado. Fuente: realizado por el autor.

con lo estipulado en el documento "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente" de la Organización Mundial de la Salud^{18,19}.

Al utilizar una metodología cualitativa y cuantitativa, proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del profesional de Enfermería y de los expertos en diferentes procesos. Por lo cual, consideramos nuestro instrumento como válido, ya que es la base para la planificación de la atención, proporcionando información adecuada del paciente previo a su tratamiento hemodialítico, lo cual responde a los requerimientos legales respecto a la continuidad de los cuidados, estipulado por la NOM-004-SSA3-2012⁹, ya que proporciona información para una correcta gestión clínica, evaluación y seguridad del paciente, bajo las normas de bioseguridad son las medidas y disposiciones que buscan proteger la vida a través del logro de actitudes y conocimientos adecuados, del profesional de Enfermería, lo cual, es imprescindible para la mejora de la calidad general en la atención a los pacientes.

Algunos autores advierten, que para que exista un registro clínico de enfermería exitoso se necesita contar con la participación del personal de enfermería asistencial^{20,21}, sin embargo, el contar con profesionales expertos en diversas áreas como gerencia, calidad, seguridad del paciente, herramientas de calidad, proceso de atención de enfermería y el asistencial, proporciona un mejor acoplamiento al registro clínico de enfermería, ya que al haber sido diseñado de acuerdo a la estrategia de este estudio, permite que el instrumento sea identificado por el personal asistencial como exitoso ya que manifiesta las necesidades expresadas por el personal que trabaja en unidad de hemodiálisis.

Hay que resaltar que los profesionales de enfermería expertos en el área de nefrología respondieron positivamente a la fase de identificación de puntos clave para la elaboración del nuevo registro clínico, tras la primera elaboración de la prueba Delphi, así como en la prueba piloto, participaron con un carácter proactivo en la fase del proceso de mejora y continuidad del cuidado del paciente que

se somete a hemodiálisis. Pensamos que esta participación, puede mejorar su desempeño, siendo de importancia para la calidad asistencial de la unidad de hemodiálisis.

Sin embargo, la mejora de la continuidad de los cuidados y la calidad de los registros clínicos no solo depende del personal que trabaja en la unidad, sino también del apoyo de los directivos para la toma de decisiones adecuadas para garantizar el bienestar y satisfacción del paciente. Cabe señalar las mejoras que puedan causar conflicto al inicio, pueden resultar una estrategia de valioso interés para el trabajo en equipo y mejora en la calidad asistencial.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio, se encuentra relacionado con la falta de tiempo para evaluar la implementación, ya que convergen en el tiempo de evaluación por parte del comité científico y de investigación, para la autorización de campo clínico.

A la vista de los resultados de este estudio, podemos concluir que el instrumento se considera válido, proporcionando información adecuada del paciente previo al tratamiento con hemodiálisis, lo cual satisface los requerimientos legales respecto a la continuidad de los cuidados. Además, se recomienda, elaborar la fase de implementación, para evaluar los resultados de dicha herramienta; así como elaborar ciclos de mejora con metodología en otros servicios, ya que permite vislumbrar el desarrollo y evaluación de dicha estrategia, entendiéndose la importancia de evaluar actividades rutinarias, especialmente aquellas invasivas que exigen un elevado conocimiento y grado de responsabilidad del personal que trabaja en dichos servicios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en lo que corresponde a la investigación, la autoría o la publicación de este artículo.

Agradecimientos

El presente trabajo fue realizado gracias al apoyo del equipo de Enfermeras de la unidad de Hemodiálisis del Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero" por su apoyo, disponibilidad y compromiso, así, como al grupo de expertos, por su tiempo, dedicación y retroalimentación en este proceso de mejora en la calidad de la aten-

ción. También, se expresa un agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) México, y al Instituto Español de Investigación Enfermera (IE) del Consejo General de Enfermería de España (CGE), por su preocupación y apoyo para que la Enfermería se mantenga siempre a la vanguardia, caminando con paso firme hacia la calidad.

Recibido: 04-10-18
 Revisado: 05-12-18
 Modificado: 25-01-19
 Aceptado: 15-02-19

Bibliografía

1. Torres Santiago LM, Zárate Grajales MRA, Matus Miranda MR. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Univ* [Internet]. 2011;8(1):17-25. [Consultado 04 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467>.
2. Grajales RZ. La gestión del cuidado de enfermería. *Scielo*. 2004;13:44-5.
3. Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud [Internet]. Mexico City, Mexico: Author. Retrieved August. 2007. 185. p. [Consultado 04 septiembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2ZYMRvk>.
4. Sánchez DH, Calero MÁR, Navarro MJG, Herrezuelo GB. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. *Rev la Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2007;10(1):15-22. [Consultado 22 junio 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2vHuX2b>.
5. Suárez-Villa M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. *Ciencia e Innovación en Salud* [Internet]. 2013;1(2). [Consultado 9 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2IR9oB0>.
6. Hernández-Corral S, Hernández-Mayén L, Pérez-Benavidez L, Retiz-Ortiz AD, Uribe-Benavides

- B, Vázquez-Santos L. Repercusión de un Programa de Mejora Continua en los Registros de Enfermería. *Enf Neurol Enfermería Neurológica Enf Neurol* [Internet]. 2010;9(1):13-6. [Consultado 04 septiembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2LqJIKL>.
7. Román CAL. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Vol. 22, *Revista Cubana de Enfermería*. 2006.
 8. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Aguirre-Gas H. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. *Rev CONAMED* [Internet]. 2008;13(Julio-Septiembre):38-46. [Consultado 10 septiembre 2018]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVIS-TA_JUL-SEP_2008.pdf
 9. Fallis A. Norma Oficial Mexicana NOM -003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689-99.
 10. McLafferty I. Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2004;48(2):187-94. [Consultado 22 junio 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2E4UJCn>.
 11. Webb C, Kevern J. Focus groups as a research method: A critique of some aspects of their use in nursing research. *J Adv Nurs*. 2001;33(6):798-805.
 12. Pill J. The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socioecon Plann Sci*. 1971;5(1):57-71.
 13. Astigarraga E. El método delphi. *Techniques* [Internet]. 2006;1-14. [Consultado 09 octubre 2018]. Disponible en: <http://www.gtic.ssr.upm.es/encuestas/delphi.htm>.
 14. Femeba F, Luis J, Suarez Á. Manual de valoración de patrones funcionales. *Man Valoración Patrones Funcionales*. 2010;5:1-26.
 15. Andrés-Galache B. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Rev Soc Española Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2004;7(3):158-63. [Consultado 4 septiembre 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf>
 16. Hauck K, Zhao X, Jackson T. Adverse event rates as measures of hospital performance. *Health Policy (New York)*. 2012;104(2):146-54.
 17. Tennankore KK, D’Gama C, Faratro R, Fung S, Wong E, Chan CT. Adverse technical events in home hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 2014;65(1):116-21.
 18. Rojas-Armadillo ML, Jiménez-Báez MV, Chávez-Hernández MM, González-Fondón A. Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria Validation of an adverse event reporting system in primary care. *Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(3):327-33.
 19. Anglès R, Llinás M, Alerany C, García MV. Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: Implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(7):320-4.
 20. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009;(1):CD002099. [Consultado 09 octubre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2YbKovH>.
 21. Aparecida J, Cerullo B, da Silva Bastos Cerullo JA, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D. Clinical reasoning and critical thinking. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2010;18(1):124-9. [Consultado 09 octubre 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/19.pdf>

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



PREMIO

Donación y Trasplante

Patrocinado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, y con el objetivo de estimular el trabajo de los profesionales de este área, se convoca la 3ª edición del Premio de acuerdo a las siguientes bases:

- Serán admitidos a concurso todos los trabajos enviados al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN cuya temática esté relacionada con el ámbito del trasplante renal.
- Los trabajos serán redactados en lengua castellana.
- Los trabajos serán inéditos y cumplirán todas las normas de presentación de trabajos al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN.
- El plazo de entrega de los trabajos será el mismo que se establece para el envío de trabajos al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN (del 1 de marzo al 10 de abril de 2019)
- El Jurado estará compuesto por el Comité Evaluador de Trabajos de la SEDEN.
- La entrega del Premio tendrá lugar en el acto inaugural del XLIV Congreso Nacional de la SEDEN, A Coruña 2019.
- El trabajo premiado quedará a disposición de la revista *Enfermería Nefrológica* para su publicación si el comité editorial lo estimase oportuno. Los autores siempre que dispongan del trabajo y/o datos del mismo deberán hacer constar su origen como Premio SEDEN.
- Cualquier eventualidad no prevista en estas bases será resuelta por la Junta Directiva de la SEDEN.
- El Premio consistirá en una inscripción gratuita para el Congreso Nacional de la SEDEN 2020.
- El premio puede ser declarado desierto.



According to questionnaires, 92 of the 103 participants described the existence of a traumatic event in their lives, along with passive/avoidant coping strategies.

Conclusions: Based on the results observed in which the presence of anxiety and depression is evident in patients on hemodialysis, it is required to have an adequate psychological treatment.

KEYWORDS: hemodialysis; anxiety; depression; alexithymia; psychology; emotional disorders.

Introducción

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica mediante hemodiálisis supone para el paciente asumir una situación psicológica compleja, ya que coexisten fuertes condicionantes contradictorios entre sí, asociados por un lado a la dependencia, y al autocontrol, por otro. La dependencia viene marcada por el propio carácter del tratamiento, tan necesario para que estas personas se mantengan con vida, así como por el tiempo que requiere, sumado al necesario para el transporte, y a las limitaciones de movilidad geográfica. El autocontrol tiene que ver con las restricciones hídricas y alimenticias, así como por el complejo tratamiento farmacológico requerido. Todas estas circunstancias, se ven además agravadas por la comorbilidad y enfermedades asociadas^{1,2}.

En definitiva, todas las circunstancias descritas implican grandes pérdidas de autonomía y, fundamentalmente, la pérdida de la condición de personas "sanas" para siempre. Todo lo que tiene que ver con pérdidas en la vida de las personas, supone un proceso de duelo que suele asociarse a síntomas de índole depresiva^{3,4}.

Por otra parte, el tratamiento en hemodiálisis supone una cronicidad a veces difícil de asumir por las personas, al no poder visualizar el final del mismo y verse libres de sus requerimientos. La esperanza de un trasplante renal puede aliviar los sentimientos de angustia que esta situación despierta⁵ pero, por desgracia, dicha posibilidad queda descartada para muchas personas o se retrasa en el tiempo más de lo deseable.

Todos los factores mencionados, nos hacen sospechar que estamos ante personas con una alta probabilidad de padecer síntomas depresivos y ansiedad, asociados tanto a las mencionadas pérdidas que deben asumir, como a la incertidumbre ante un delicado estado de

salud que hace que su futuro sea dependiente de un tratamiento médico complejo.

Otro aspecto relevante para este estudio es la consideración de la persona como un todo indisoluble donde factores físicos, mentales y emocionales fluctúan interrelacionándose a lo largo de todo el ciclo vital. De forma que, personas que han tenido vidas cargadas de sufrimiento, van a tener también, con una alta probabilidad, cuerpos donde este sufrimiento se ve reflejado en forma de enfermedades de diversa índole⁶. Por ello, cabe suponer que las personas en hemodiálisis van a padecer un alto grado de deterioro psicológico, no sólo por los condicionantes antes descritos, sino también por las situaciones vitales y relacionales que experimentan, o que han vivido en el pasado, y que contribuyen al sufrimiento emocional y físico en sus vidas.

Nos planteamos como objetivo conocer hasta qué punto estas personas presentan alteraciones emocionales, que pudieran requerir de un abordaje psicológico como tratamiento complementario para mejorar su calidad de vida y su estado general de salud.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo transversal realizado entre los meses de octubre de 2016 y marzo de 2018, en el centro de hemodiálisis, Diálisis Andaluza, Sevilla.

Participantes

Contamos con una muestra de 103 pacientes, hombres y mujeres mayores de edad, que cumplieron todos como criterio de inclusión el estar en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para poder responder a las preguntas de los instrumentos utilizados.

En cuanto a la edad de los sujetos, se realizaron tres agrupaciones, para poder comprobar si esta variable tiene alguna influencia en el estado psicológico: 1) menores de 45 años. 2) entre 45 y 65 años. 3) mayores de 65 años.

Se recogió también el tiempo que cada persona llevaba en diálisis, dividiéndose la muestra en tres subgrupos: 1) menos de 6 meses en diálisis, 2) entre 6 meses y 4 años en diálisis, 3) más de 4 años en diálisis.

Instrumentos

A todos los sujetos de la muestra se le aplicaron los siguientes cuestionarios:

1) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)⁷.

Aunque este cuestionario consta de dos escalas independientes: Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, la escala aplicada fue la segunda. El motivo es que la escala Ansiedad-Estado evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos de atención y aprensión circunscritos al momento de la evaluación y que se acompañan de la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En diálisis, es habitual encontrar momentos de mucha tensión y aprensión relacionados con la conexión a la máquina y, en general, las personas son especialmente sensibles ante cualquier incidente propio o ajeno, por leve que sea, por lo que consideramos que esta puntuación podría estar sesgada por el contexto en el que se realiza la evaluación, siendo poco representativa de la tendencia de la persona a manifestar la ansiedad como respuesta habitual en su vida cotidiana. Por el contrario, la puntuación de Ansiedad-Rasgo señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Además, en anteriores estudios se han encontrado correlaciones positivas entre las puntuaciones de ambas escalas⁸. Los puntajes de este cuestionario para cada sujeto quedan transformadas en un único valor decatípico que va de 1 a 10. Para mayor facilidad interpretativa, hemos considerado la agrupación de las puntuaciones de la muestra atendiendo también a tres tramos de ansiedad: 1) 1-4, baja. 2) 5-7 moderada. 3) 8-10 elevada.

2) Cuestionario de Depresión de Beck para pacientes médicos (BDI-FS)⁹. Consta de 7 ítems, extraídos del BDI-II, para evaluar depresión en adolescentes y adultos con un diagnóstico médico. Permite conocer los síntomas cognitivos y afectivos vinculados a la depresión, excluyendo aquellos que podrían deberse a trastornos o enfermedades médicas. Esta prueba se diseñó para reducir el número de falsos positivos de depresión en personas cuyos síntomas somáticos o conductuales, atribuibles a trastornos orgánicos o relacionados con el consumo de sustancias, podrían confundir el diagnóstico. Las puntuaciones arrojadas por este inventario se dividieron en cuatro tramos de depresión establecidos por los propios autores del mismo: 1) 0-3, mínima. 2) 4-8, leve. 3) 9-12, moderada. 4) 13-21, grave.

3) Cuestionario de elaboración propia sobre experiencias vitales. Ver ANEXO 1. Consistió en una serie de preguntas sobre diferentes etapas del ciclo vital a las que cada persona respondía verbalmente

y cuyas respuestas eran anotadas por la evaluadora para su posterior revisión y recuento de eventos significativos en la vida de cada uno de ellos.

Procedimiento

Tras obtener la aprobación del comité de ética y el consentimiento informado de los pacientes, los tres cuestionarios mencionados se aplicaron en el contexto de una entrevista individual. Todas las entrevistas fueron realizadas por la psicóloga del centro de diálisis. Según la disponibilidad de cada paciente, tuvieron lugar bien antes de que diera comienzo la sesión de diálisis o durante la misma.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para las variables estudiadas. Para las comparaciones de medias se recurrió a la prueba T de Student para muestras independientes en el caso de variables con dos grupos (sexo), y a un análisis de la varianza (ANOVA) con el correspondiente test Post-hoc (Tukey) en el caso de variables estratificadas en más de dos grupos. Para evaluar el grado de asociación entre ansiedad y depresión se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados**Datos demográficos**

La muestra estuvo compuesta por 42 mujeres y 61 hombres. La distribución en cuanto a la edad y tiempo en diálisis puede observarse en la **Tabla 1**.

Resultados BDI-FS

Las comparaciones de medias por grupos de sexo, edad o tiempo en diálisis no mostraron diferencias estadísticamente significativas: $p=0,451$, $p=0,237$ y $p=0,4$ respectivamente.

Atendiendo al total de la muestra, los porcentajes de las puntuaciones obtenidas pueden observarse en la **Figura 1**.

Resultados STAI

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias para los grupos

Tabla 1. Distribución de frecuencias según edad y tiempo en diálisis.

EDAD			TIEMPO EN DIÁLISIS		
<45 años	45-65 años	>65 años	<6 meses	6 meses-4 años	>4 años
18 sujetos	41 sujetos	44 sujetos	30 sujetos	57 sujetos	16 sujetos

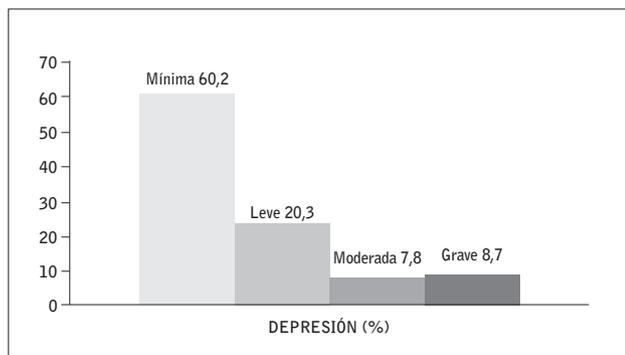


Figura 1. Puntuaciones BDI-FS

de sexo ($p=0,606$), edad ($p=0,172$) o tiempo en diálisis ($p=0,298$).

Los porcentajes de puntuaciones del total de la muestra para la escala de ansiedad-rasgo pueden observarse agrupadas por estratos en la **Figura 2**, o bien en forma de decatipos en la **Figura 3**.

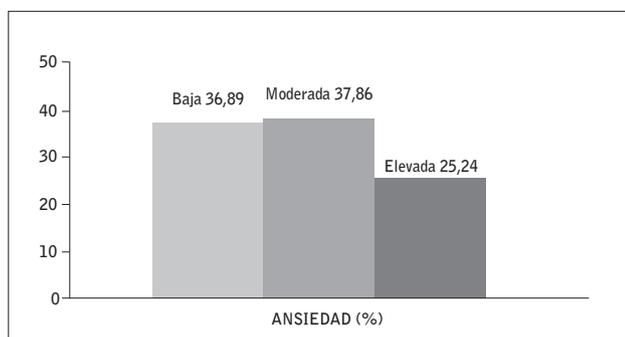


Figura 2. Puntuaciones STAI.

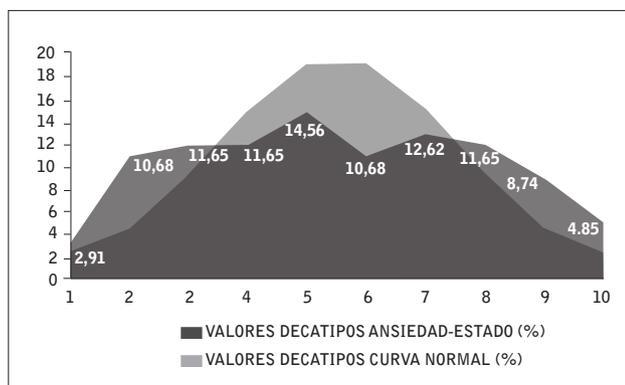


Figura 3. Puntuaciones decatipos STAI.

Correlación BDI-FS y STAI

La correlación de Pearson entre las puntuaciones de ambas pruebas arrojó un coeficiente positivo con valor $r_p=0,699$, que resultó ser estadísticamente significativo ($p<0,01$). La dispersión de los resultados de depresión y ansiedad puede observarse gráficamente en **Figura 4**.

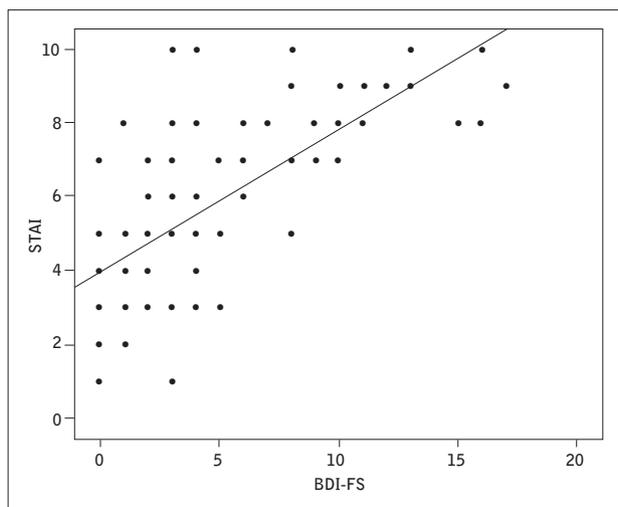


Figura 4. Cuadro de dispersión de las puntuaciones de depresión y ansiedad.

Cuestionario de experiencias vitales

Del total de los 103 pacientes entrevistados, 92 habían sufrido al menos una situación potencialmente traumática en sus vidas diferente a la de padecer una enfermedad crónica, del tipo que se describe a continuación:

- Maltrato y/o abuso físico y/o psicológico por parte de alguno de sus progenitores y/o de sus parejas (70 personas).
- Fallecimiento por enfermedad o accidente de algún hijo/a (34 personas).
- Situaciones donde han visto peligrar su vida o la de seres queridos cercanos (67 personas).
- Situaciones de negligencia y/o abandono por parte de sus progenitores cuando eran menores de edad sin posibilidad de auxilio por parte de otros adultos (54 personas).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que un 16,5% de los pacientes en hemodiálisis muestran sintomatología depresiva clínicamente relevante y un 25% manifiesta un componente ansioso patológico como parte de sus respuestas cotidianas. Consideramos que dichas

alteraciones, sin el apoyo de un tratamiento psicológico especializado, podrían estar afectando negativamente a la manera en que estos pacientes afrontan su enfermedad y tratamiento médico, como muestran otros estudios donde se pone en relación la sintomatología depresiva y ansiosa con una gran merma en la calidad de vida de los pacientes y su adherencia al tratamiento¹⁰⁻¹².

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en otras unidades de hemodiálisis españolas, observamos que existe una alta coincidencia en los porcentajes de puntajes elevados de ansiedad, que rondan una cuarta parte de la muestra¹³⁻¹⁵. Sin embargo, nuestros porcentajes para depresión moderada/severa son menores que los obtenidos en otros estudios, donde superan el 25%^{8,16} o incluso el 50% de la muestra¹⁵. Pensamos que el motivo podría radicar en las diferencias en el instrumento de evaluación utilizado, ya que aunque se ha considerado que el BDI es una herramienta válida y útil en este tipo de pacientes, especialmente cuando se eliminan del mismo las escalas referidas a síntomas físicos, quedando la prueba reducida de 21 a 15 ítems¹³, nosotros optamos por su versión abreviada para paciente médicos, que consta únicamente de 7 ítems, no sólo por la evitación de los ítems relacionados con la dimensión física de la depresión, sino también para mayor facilidad de aplicación. Dadas las discrepancias con otros estudios, planteamos la posibilidad de que esta versión carezca de la sensibilidad suficiente para la valoración de la depresión en hemodiálisis, o bien, de que pudiera estar evitando la existencia de falsos positivos, interrogante que podría formar parte del objetivo de futuras investigaciones.

También queda patente que existe una relación positiva entre el padecimiento de alteraciones depresivas y ansiosas, por lo que cabe suponer que es frecuente encontrar trastornos mixtos ansioso-depresivos en hemodiálisis, tal y como avalan otros estudios^{8,17}. De forma que personas más deprimidas, también tienden a mostrar estrategias de afrontamiento más cargadas de ansiedad ante diferentes circunstancias en sus vidas.

Las alteraciones emocionales detectadas, no se vieron influenciadas por el sexo, ni por la edad, ni por el tiempo que los pacientes llevaban acudiendo al tratamiento mediante hemodiálisis. Esto nos hace pensar que la tendencia de estas personas a padecerlas pudiera tener que ver no sólo con el hecho de estar enfermos y sometidos a este tratamiento, sino con otros factores estresantes presentes en sus vidas. Además, la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento poco funcionales basadas

en la actitud pasiva y la evitación podría tener que ver con estos resultados, lo que queda pendiente explorar en futuros estudios, apoyando así a otros autores que ponen este hecho en relación con la baja adhesión al tratamiento de estos pacientes y con índices elevados de depresión y ansiedad¹⁸⁻¹⁹. De esta forma, apoyamos la hipótesis de que el deterioro físico que muchas personas muestran, podría ser un reflejo somático del sufrimiento padecido a lo largo de sus vidas²⁰.

No queremos pasar por alto el hecho de que la mayoría de las personas evaluadas obtuvo niveles mínimos tanto de depresión (83,5%) como de ansiedad (74,75%) de los cuales, el 60 y el 40 por ciento respectivamente, muestra casi total ausencia de esta sintomatología. Este hecho ocurre en contra de lo que cabría esperar dado el delicado estado de salud de estas personas, que conviven con una enfermedad crónica severa que muchas veces coexiste con otras enfermedades, y también a pesar de que, en su gran mayoría, han tenido vidas desestructuradas, protagonizadas por experiencias altamente estresantes a las que hacen frente con estrategias psicológicas poco adaptativas, en su mayoría relacionadas con la evitación y el desarrollo de conductas de dependencia, según se extrae de la entrevistas realizadas.

En este sentido, al superponer nuestros resultados del test de ansiedad en forma de decatipos, sobre los correspondientes una curva gaussiana bajo supuestos de normalidad, encontramos que, en hemodiálisis, son más abundantes las personas no sólo con valores máximos, sino también mínimos de ansiedad (ver **Figura 3**).

Pensamos que la presencia de alexitimia, alteración psicológica que se define como "alteración del estado de ánimo que cursa con dificultad para mostrar y comunicar los propios sentimientos", entre las personas en hemodiálisis podría explicar estos hallazgos. Este supuesto viene apoyado por otros autores que han podido asociar esta alteración anímica con el carácter crónico de la insuficiencia renal severa²¹⁻²². Nos proponemos la realización de futuros estudios para arrojar más luz sobre esta hipótesis en hemodiálisis. Consideramos que tener en cuenta este hecho es de gran importancia para la enfermería nefrológica, a la hora de detectar y poder derivar a una atención especializada a aquellas personas en hemodiálisis que necesiten de apoyo psicológico, ya que no siempre se van a encontrar entre las que se muestran más angustiadas o tristes, sino también entre aquellas en apariencia más indiferentes o impasibles. En estos casos, la asistencia psicológica les ayudaría a

tomar conciencia y poder expresar sentimientos que, estando enmascarados, contribuirían, a la larga, a un mayor deterioro físico y mental en estas personas²³.

A partir de estos resultados, consideramos que las necesidades de atención psicológica de las personas en hemodiálisis pueden ser evaluadas con diferentes herramientas como son los cuestionarios validados de depresión y ansiedad, u otros que nos aporten información sobre situaciones vitales distintas a la enfermedad, que constituyan potenciales agentes de sufrimiento en sus vidas²⁴. Dados los índices de ansiedad y depresión encontrados, así como la alta prevalencia de eventos potencialmente estresantes en sus vidas, concluimos sobre la necesidad de que las personas en hemodiálisis cuenten con un tratamiento donde la atención psicológica esté integrada.

Recibido: 30-10-18
 Revisado: 15-12-18
 Modificado: 17-02-19
 Aceptado: 25-02-19

Bibliografía

1. Pérez J, Llamas F, Legido A. Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. Archivos de Medicina 2005;1(3):1-10.
2. Arenas MD, Álvarez-Ude F, Angoso M, Berdud I, Antolín A, Lacueva J et al. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. Nefrología 2006; 26(5):600-8.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
4. Bowlby J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. España: Paidós; 1993.
5. Valdés C, Ortega F. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. Nefrología 2006;26(2):157-62.
6. Delacroix JM. Encuentro con la psicoterapia. Una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad en la paradoja de la vida. Francia: Cuatro Vientos; 2006.
7. Spielberg RD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI. Adaptación española por Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos N. España: TEA Ediciones; 2011.
8. Álvarez F, Fernández M, Vázquez AM, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Nefrología 2001;21(2):191-9.
9. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Inventario de depresión de Beck Fast-Screen para pacientes médicos. Adaptación española por Sanz J, Izquierdo A y García-Vera MP. España: Pearson; 2011.
10. García FW, Fajardo C, Guevara R, Gonzáles V, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: el papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Nefrología 2002;22(3):2245-52.
11. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hosp Psychiatry 2006 Jul-Aug; 28(4):306-12.
12. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. Nat Clin Pract Nephrol 2006 Dec;2(12): 678-87.
13. García-Llana H, Remor E, Del Peso G, Selgas R. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. Nefrología 2014; 34(5):637-57.
14. Gómez L, Pac N, Manresa M, Lozano S, Chavarría JL. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Enferm Nefrol 2015 Abr-Jun;18(2):112-7.
15. Páez AE, Jofre MJ, Azpiroz CR, De Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamientos de diálisis. Univ Psicol 2009;8:117-24.

16. Muñoz R, Oto A, Barrio R, Fernández M. Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2006 Mar;9(1):55-8.
17. Moreno E, Arenas MD, Porta E, Escalant L, Cantó MJ, Castell G et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2004;7(4):225-33.
18. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud* 2008;18:165-79.
19. Calvanese N, Feldman L, Weisinger J. Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrol Latín* 2004;11:49-63.
20. Schnake A. Los diálogos del cuerpo. El enfoque holístico de la enfermedad. Chile: Cuatro Vientos; 1995.
21. Kojima M, Hayano J, Suzuki S, Seno H, Kasuga H, Takahashi H et al. Depression, Alexithymia and Long-Term Mortality in Chronic Hemodialysis Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2010;79(5):303-11.
22. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996;41(6):505-18.
23. Schnake A. Enfermedad, síntoma y carácter. Diálogos gestálticos con el cuerpo. Chile: Cuatro Vientos; 2007.
24. Motrico E, Rodero ML, Álvarez J, Salinas JA, Moreno P. Measures for de assessment of stressful life events in the Spanish adult population: A systematic review. *Anales de Psicología* 2017;33(3):556-67.

Anexo 1. Cuestionario de experiencias vitales

BLOQUE INFANCIA

- ▶ ¿Qué información tiene acerca de su embarazo y nacimiento?
- ▶ ¿Qué lugar ocupa dentro de su sistema familiar?
- ▶ ¿Qué aspectos destacaría de su infancia, considerando este período de los 0 a 12 años?
- ▶ ¿Hubo alguna situación de conflicto o estresante para usted que quiera resaltar?
- ▶ ¿Cómo definiría la relación con sus padres y hermanos (en caso de tenerlos) durante este período?
- ▶ ¿Durante cuánto tiempo fue a la escuela?, en caso de no ir, ¿a qué se debió?
- ▶ ¿Qué recuerda de su relación con otros niños de su edad durante este período?
- ▶ ¿Padeció alguna enfermedad importante durante este período?

BLOQUE JUVENTUD

- ▶ ¿Qué aspectos destacaría de su juventud, teniendo en cuenta este período de los 12 a los 20 años?
- ▶ ¿Tuvo lugar alguna situación de conflicto o estresante para usted que quiera resaltar durante este período?
- ▶ ¿Qué acontecimientos destacaría en relación a su vida sentimental en este período?
- ▶ ¿Tuvo acceso a la escuela y/o se formó durante este período?
- ▶ ¿Padeció alguna enfermedad importante durante este período?

BLOQUE ACTUALIDAD

- ▶ ¿Qué acontecimientos vitales destacaría de los que hayan tenido lugar a partir de los 20 años?
- ▶ En caso de que sus padres hayan fallecido ¿qué edad tenían al fallecer y cuál fue el motivo?
- ▶ Si aún está vivo alguno de ellos o los dos ¿dónde y con quién vive/n, cómo se encuentra/n y cuál es su nivel de autonomía?
- ▶ Actualmente, ¿cuál es su situación familiar?
- ▶ ¿Qué acontecimientos destacaría en relación a su vida sentimental actual?
- ▶ ¿Tiene hijos?, en caso afirmativo ¿Qué aspectos destacaría en cuanto a la relación con ellos? ¿Ha ocurrido algún acontecimiento a resaltar en la vida de sus hijos que le haya afectado de forma significativa (positiva o negativamente)?
- ▶ ¿Ha trabajado o trabaja actualmente? En caso afirmativo, ¿Qué acontecimientos destacaría sobre su vida laboral?
- ▶ ¿Con qué ingresos o recursos económicos cuenta actualmente?
- ▶ ¿Tiene amigos en la actualidad? ¿Qué actividades sociales y/o de ocio realiza actualmente?
- ▶ ¿Qué enfermedad/es ha padecido a partir de los 20 años?, ¿Cuál/es padece actualmente?
- ▶ ¿Alguno de sus familiares cercanos padece alguna enfermedad importante y/o crónica?

Estrategias de afrontamiento

Cuando surge algún problema o conflicto en su vida, a cuál de estas estrategias de afrontamiento diría que recurre con más frecuencia (elija una o dos a lo sumo de entre las opciones que se ofrecen):

- a) Trato de encontrar alguien que me apoye o con quien desahogarme.
- b) Trato de no pensar en ello, busco formas de distraerme y mantenerme ocupado.
- c) Me siento muy enfadado e irritable, y los demás me lo notan.
- d) No puedo evitar sentirme culpable y/o involucrado en lo que ocurre y trato de buscar soluciones a toda costa.
- e) Me focalizo en la parte positiva de lo ocurrido para encontrar una salida al problema y aprender de ello.
- f) Me siento muy impotente, me bloqueo y me resulta difícil encontrar algo que hacer al respecto.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



PREMIO SEDEN

al mejor trabajo sobre *Diálisis Peritoneal*

Patrocinado por la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, y con el objetivo de estimular el trabajo de los profesionales de este área, se convoca la 1ª edición del Premio de acuerdo a las siguientes bases:

- › Los trabajos serán redactados en lengua castellana.
- › Los trabajos serán inéditos y cumplirán todas las normas de presentación de trabajos al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN.
- › El plazo de entrega de los trabajos será el mismo que se establece para el envío de trabajos al XLIV Congreso Nacional de la SEDEN (del 1 de marzo al 10 de abril de 2019).
- › El Jurado estará compuesto por el Comité Evaluador de Trabajos de la SEDEN.
- › La entrega del Premio tendrá lugar en el acto inaugural del XLIV Congreso Nacional de la SEDEN, A Coruña 2019.
- › El trabajo premiado quedará a disposición de la revista Enfermería Nefrológica para su publicación si el comité editorial lo estimase oportuno. Los autores siempre que dispongan del trabajo y/o datos del mismo deberán hacer constar su origen como Premio SEDEN.
- › Cualquier eventualidad no prevista en estas bases será resuelto por la Junta Directiva de la SEDEN.
- › El Premio consistirá en una inscripción gratuita para el Congreso Nacional de la SEDEN 2020.
- › El premio puede ser declarado desierto.



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**

Calle de la Povedilla, 13. Bajo Izq. • 28009 Madrid
Tel.: 91 409 37 37 • Fax: 91 504 09 77

seden@seden.org
www.seden.org

Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en la población universitaria de Málaga

Salvador Sáenz Martínez¹, Francisco Pérez López², Celia Martí-García³

¹ Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. España

² Universidad de Málaga. España

³ Departamento de Enfermería. Universidad de Málaga. España

Como citar este artículo:

Sáenz-Martínez S, Pérez-López F, Martí-García C. Conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en la población universitaria de Málaga. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):186-93

Resumen

Introducción: El debut de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha relacionado en parte con los escasos conocimientos de los pacientes acerca de la fisiopatología renal y los factores de riesgo relacionados, lo que a su vez predice un peor diagnóstico y pronóstico. En este sentido, una correcta alfabetización en salud desde edades tempranas puede prevenir el desarrollo de hábitos de vida perniciosos.

Objetivo principal: Evaluar los conocimientos de la población universitaria de Málaga sobre los conceptos básicos asociados a la ERC.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio transversal-descriptivo con estudiantes de Grado en la Universidad de Málaga durante el curso 2016-2017, a través de un cuestionario autoadministrado elaborado Ad Hoc para determinar sus conocimientos sobre fisiopatología renal y su prevención. El cuestionario constó de 28 preguntas, divididas en 5 categorías temáticas y fue revisado previa administración, por 10 expertos en nefrología (médicos y enfermeras) y pilotado con 38 personas.

Resultados: El nivel de conocimientos resultó ser bajo en general, con 14,3±4,7 respuestas correctas de 28. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según rama de conocimiento, donde los estudiantes de Ciencias de la Salud obtuvieron los mejores resultados con 18,25 (IC 17,18-19,32) respuestas correctas (p<0,001). Además, los estudiantes de la rama de Ciencias obtuvieron resultados equiparables a los de Ciencias de la Salud en preguntas sobre la anatomofisiología del riñón.

Discusión y Conclusiones: La población universitaria de Málaga posee un bajo nivel de conocimientos acerca de la ERC. Se necesitan futuros estudios con población sana en este campo.

PALABRAS CLAVE: insuficiencia renal crónica; conocimiento; encuestas y cuestionarios; alfabetización en salud; adulto joven.



Knowledge about chronic kidney disease in university population of Málaga

Abstract

Introduction: The onset of Chronic Kidney Disease (CKD) has been partially related to the limited knowledge of patients about the renal pathophysiology and related risk factors, which in turn predicts a worse

Correspondencia:
 Salvador Sáenz Martínez
 Servicio de Pediatría. Lactantes. Planta 7
 Hospital Universitario Puerta del Mar
 Av. Ana de Viya, 21. 11009 Cádiz
 E-mail: salva.smartinez@gmail.com

diagnosis and prognosis. In this regard, well-known health literacy since young ages could prevent the development of bad life habits.

Main objective: To evaluate the knowledge about the basic concepts associated to the CKD in university students of Malaga.

Material and Method: A cross-descriptive study was carried out with undergraduate students at the University of Malaga during the 2016-2017 academic year, through a self-administered questionnaire, prepared ad hoc, to determine their renal physiopathology and prevention knowledge. The questionnaire had 28 questions, divided into 5 thematic categories and was reviewed previous administration by 10 nephology experts (physicians and nurses) and was piloted with 38 people.

Results: The level of knowledge was generally low, with an average of 14.13 ± 4.7 hits over 28. Statistically significant differences were found by branch of knowledge, where Health Sciences students obtained the best results with 18.25 (CI 17.18-19.32) hits ($p < 0.001$). In addition, Sciences branch students obtained comparable results to Health Sciences in renal anatomophysiology questions.

Conclusions: Undergraduate students of the University of Malaga have a low level of knowledge of CKD. Future studies with healthy population in this field are needed.

KEYWORDS: renal insufficiency; chronic; knowledge; surveys and questionnaires; health literacy; young adult.

Introducción

El envejecimiento progresivo de la población española y el aumento de la esperanza de vida, están favoreciendo el desarrollo de patologías como la Enfermedad Renal Crónica (ERC), consistente en la pérdida progresiva y mantenida en el tiempo de la función renal^{1,2}.

La prevalencia mundial de ERC se sitúa alrededor del 13,4%, siendo más común en el sexo femenino³, aunque en España ocurre al contrario, siendo el sexo masculino un factor de riesgo⁴. Geográficamente, los países desarrollados tienen las tasas más elevadas debido a una gran acumulación de factores de riesgo como la Hi-

pertensión Arterial (HTA), obesidad, Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo, consumo de tabaco y exceso de sal en la dieta³. En Europa, estos factores se relacionan con una mayor prevalencia de ERC⁴. España ocupa uno de los primeros puestos de media en acumulación de factores de riesgo con respecto a otros países europeos, sobre todo en relación a los elevados niveles de sedentarismo y consumo excesivo de sal de la población⁵.

Con el avance de la enfermedad, la persona necesitará suplir la función renal mediante Terapia Renal Sustitutiva (TRS), bien mediante tratamiento dialítico (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o trasplante renal (donante vivo o cadáver)⁶.

El debut en la ERC se ha relacionado con un bajo nivel socioeconómico y cultural⁷, evidenciándose además, un escaso conocimiento de los pacientes acerca de la fisiopatología renal y los factores de riesgo relacionados⁸. Los conocimientos de la población sobre la salud y manejo de enfermedades pueden ayudar a tomar decisiones adecuadas, y mejorar el estado general de salud. Este concepto, conocido como "alfabetización en salud"⁹, se relacionó en EEUU con la Tasa de Filtrado Glomerular estimada (utilizado como criterio diagnóstico), en pacientes con ERC, demostrando que una baja alfabetización en salud se relacionaba con un peor diagnóstico y pronóstico¹⁰.

La alfabetización en salud puede relacionarse con hábitos de vida como la actividad física, una dieta sana y/o el consumo de tóxicos; sirviendo como una de las orientaciones para prevenir enfermedades crónicas¹¹. Entidades como la "Organización Panamericana de la Salud"¹² insisten además en la necesidad de incorporar estos hábitos en edades cada vez más tempranas, debido a la importancia que supone la adolescencia y la juventud adulta en el desarrollo de las posteriores etapas de la vida.

En definitiva, la información y conocimientos de la población sobre la fisiopatología renal desde edades tempranas es un factor importante para prevenir y mejorar el pronóstico de la ERC. Para determinar el nivel de conocimiento, se han registrado diversos cuestionarios validados y ampliamente reconocidos como el "Kidney Disease Questionnaire"¹³ o el "Kidney Disease Knowledge Survey"¹⁴, donde evalúan el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad en todos los estadios de la patología. Sin embargo, no se han encontrado estudios que exploren el conocimiento sobre el funcionamiento renal y la ERC en población joven y

sana en España. Por todo ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar los conocimientos de la población universitaria de Málaga sobre los conceptos básicos de la función renal y la ERC.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio transversal-descriptivo en estudiantes de Grado en la Universidad de Málaga a través de un cuestionario autoadministrado.

Como criterio de inclusión se establecieron ser estudiante de cualquier titulación de Grado en la Universidad de Málaga, ser español y participar voluntariamente. Se excluyeron estudiantes de posgrado y estudiantes cursando varios cursos o estudios a la vez.

Se estimó un tamaño muestral mínimo de 384 registros (valor alfa 0,05 y precisión del 5%), para una población diana de 30.218 estudiantes (curso 2015-2016). De 423 participantes, quedaron excluidos 2 por cursar Máster y 7 por tener alguno de los ítems incompleto, obteniéndose una muestra final de 414 registros.

Para evaluar los conocimientos de los participantes, se elaboró un cuestionario Ad Hoc con un total de 28 preguntas, el cual fue estructurado en las siguientes categorías: "Anatomía y funciones del Sistema Urinario" con 5 preguntas, "Síntomas, características y detección de la ERC" con 8, "Factores predisponentes a ERC" con 6, "Tratamiento de la ERC" con 5 y "Comorbilidades asociadas" con 4. De estas 28 preguntas, 24 se respondían en formato "Verdadero", "Falso" o "NS/NC"; y las 4 restantes como multirespuesta con 4 opciones a elegir. Además, se obtuvieron las variables edad, sexo, titulación en la que cursaba estudios, curso y experiencias previas relacionadas con la ERC. Las titulaciones fueron agrupadas en cinco ramas del conocimiento: Arte y Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas, Ciencias, Ciencias de la Salud e Ingenierías y Arquitectura.

Previo administración, el cuestionario fue validado por 10 expertos en nefrología (médicos y enfermeras que trabajan con pacientes con ERC). Posteriormente, fue pilotado en 38 personas para detectar y corregir posibles errores de comprensión.

La versión revisada del cuestionario estuvo disponible en soporte digital durante dos semanas, difundiéndose mediante método bola de nieve a través de redes sociales para conseguir una mayor tasa de respuestas. Se

solicitó autorización a los órganos de gobierno de las facultades, y tras su concesión, se procedió a la recogida de datos con el formato papel en las facultades de Ciencias, Derecho, Comercio y Gestión, y Estudios Sociales y del Trabajo, durante el mismo periodo de tiempo.

Se garantizó la participación anónima en todo momento, cumpliendo con la Ley Orgánica 15, 1999 de Protección de datos y se cumplieron las normas de la declaración de Helsinki.

Análisis de datos

En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables y posteriormente un análisis inferencial. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes para determinar el número de respuestas correctas en función del sexo y en función de los conocimientos previos. Posteriormente se realizó un ANOVA de un factor para determinar el número de respuestas correctas en función de las ramas del conocimiento. Para estudiar las posibles diferencias entre los grupos, se realizó un análisis post hoc utilizando el estadístico HSD de Tukey. El nivel de significación estadística fue fijado en $p < 0,05$ para todos los análisis. Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 20.0.

Resultados

El 53,6% de los participantes fueron mujeres, con una edad media de $21,47 \pm 3,52$ años. El 71% refirió no tener conocimientos previos acerca de la ERC (**Tabla 1**). Se obtuvo una media de respuestas correctas de $14,13 \pm 4,7$, donde la pregunta número 5: "Los riñones ayudan a mantener los niveles de sales de nuestro organismo (VERDADERO)" obtuvo la mayor tasa de respuestas correctas (82,6%). Mientras que la pregunta número 12: "¿Cuántas personas se estima que puede haber con Enfermedad Renal Crónica en España? (4 millones de personas)", obtuvo sólo un 8,4% de respuestas correctas (**Tabla 2**). Con un 45,17% las titulaciones más representadas correspondieron a Ciencias Sociales y Jurídicas, mientras que la menor, con un 5,56% se atribuyó a Arte y Humanidades. La distribución de los alumnos según el curso matriculado osciló desde el 21,05% (1º año) hasta el 30,08% (2º año) para un total de 399 estudiantes (**Tabla 1**), se suprimieron 15 registros por realizar 2 o más cursos a la vez.

La comparación de respuestas correctas según el sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas

Tabla 1. Características de los Participantes.

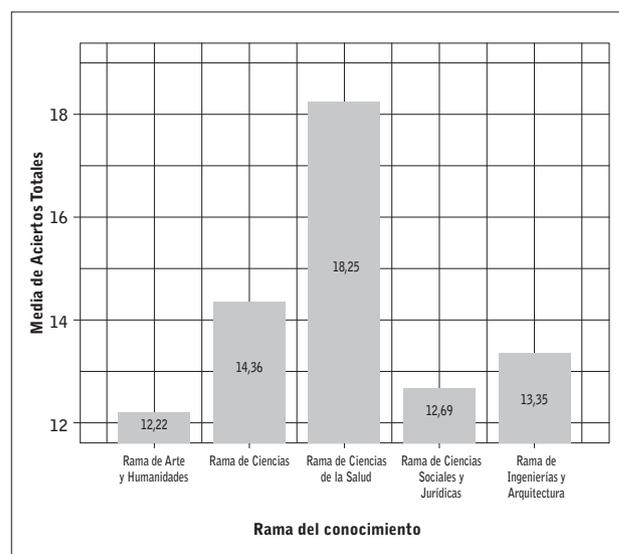
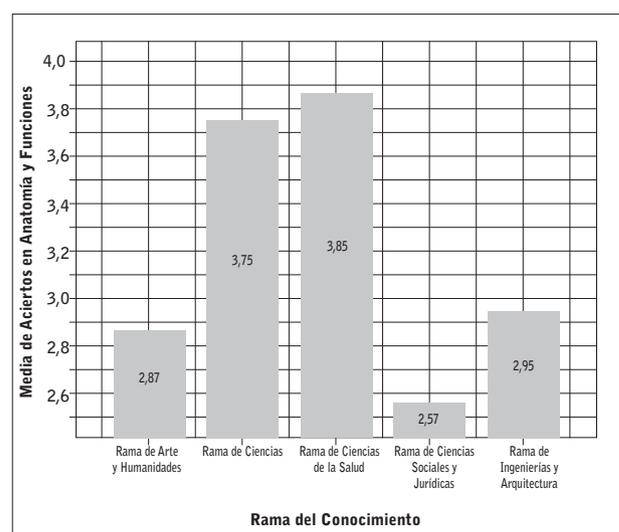
Variable	N	Media \pm DE o n (%)
Edad	414	21,47 \pm 3,52
Sexo	414	
Hombre		192 (45,4 %)
Mujer		222 (53,6%)
¿Tiene conocimientos previos acerca de la Enfermedad Renal Crónica?	414	
Si		120 (29%)
No		294 (71%)
Ramas del conocimiento de las Titulaciones	414	
Rama de Arte y Humanidades		23 (5,6%)
Rama de Ciencias Sociales y Jurídicas		187 (45,2%)
Rama de Ciencias		64 (15,5%)
Rama de Ciencias de la Salud		83 (20%)
Rama de Ingenierías y Arquitectura		57 (13,8%)
Curso	399	
1°		84 (21,05%)
2°		120 (30,08%)
3°		94 (23,56%)
4°		101 (25,31%)

($p=0,459$), sin embargo, con respecto a los conocimientos previos sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas con una tasa de respuestas correctas superior en estudiantes que refirieron tener información previa ($p<0,001$).

La media de respuestas correctas en el cuestionario para los estudiantes de Ciencias de la Salud fue de 18,25 (IC 17,18-19,32), con una diferencia estadísticamente significativa respecto al resto de ramas del conocimiento (**Figura 1**).

Cuando se comparó la media de respuestas correctas de cada una de las 5 categorías temáticas del cuestionario, en función de cada una de las ramas, la distribución fue parecida a la de los aciertos totales; sobresaliendo Ciencias de la Salud por encima del resto ($p<0,05$ en todos los casos).

Sin embargo, se dio una excepción en la categoría de "Anatomía" (5 preguntas), donde la media de respuestas correctas para los estudiantes de Ciencias de la Salud y Ciencias fueron de 3,87 (IC 3,64-4,10) y 3,75 (IC 3,53-3,97) respectivamente (**Figura 2**). Esto implicó

**Figura 1.** Comparación de Medias de Respuestas Correctas obtenidas en función de la Rama del Conocimiento.**Figura 2.** Comparación de Medias de Respuestas Correctas obtenidas en la Categoría de Anatomía y Funciones del Sistema Urinario en función de la Rama del Conocimiento.

que Ciencias de la Salud y Ciencias tuvieran diferencias estadísticamente significativas con las medias del resto de ramas ($p<0,05$), pero no entre ellas dos ($p=0,959$) (32 de los 64 registros de estudiantes de la rama de Ciencias, cursaban Biología).

Finalmente, otra diferencia se dio en la media de aciertos en la categoría de "Comorbilidades Asociadas" (4 preguntas) en función de cada rama. Ciencias de la Salud volvió a establecer diferencias significativas con el resto de ramas ($p<0,05$ en todos los casos), a excep-

Tabla 3. Porcentaje de respuestas correctas de todos los participantes a los ítems individuales del Cuestionario.

Variable	N	n (%)
1. ¿Cómo se llama la unidad básica de los riñones, la cual realiza su función principal?	414	232 (56,04%)
2. Los riñones segregan hormonas.	414	128 (30,92%)
3. Los riñones filtran la sangre.	414	339 (81,88%)
4. Son los encargados de controlar la temperatura corporal.	414	234 (56,52%)
5. Los riñones ayudan a mantener los niveles de sales de nuestro organismo.	414	342 (82,61%)
6. Que aparezcan proteínas en la orina en grandes cantidades es normal, puesto que los riñones también las filtran.	414	235 (56,76%)
7. Los riñones filtran la glucosa, que pasa a la orina.	414	135 (32,61%)
8. Los síntomas de la ERC son muy llamativos, por lo que se detecta bastante rápido	414	180 (43,48%)
9. Si los riñones funcionan mal, los tobillos se me pueden hinchar.	414	230 (55,56%)
10. Las pruebas para detectar la Enfermedad Renal Crónica son muy complejas y pueden incluso requerir ingreso en el hospital.	414	92 (22,22%)
11. La ERC se puede identificar en diferentes etapas o estadios.	414	298 (71,98%)
12. ¿Cuántas personas se estima que puede haber con ERC en España?	414	35 (8,45%)
13. El gasto para tratar la ERC es mucho más elevado que el de otras enfermedades crónicas.	414	113 (27,29%)
14. La presión arterial alta puede causar ERC.	414	216 (52,17%)
15. La diabetes es un factor de riesgo para padecer la ERC.	414	259 (62,56%)
16. El consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer ERC.	414	298 (71,98%)
17. Las personas jóvenes tienen el mismo riesgo de padecer ERC que las de edad más avanzada.	414	230 (55,56%)
18. La obesidad predispone a padecer ERC.	414	264 (63,77%)
19. La tensión arterial en un paciente con ERC debe ser inferior a:	414	160 (38,65%)
20. La diálisis se utiliza para suplir la función de filtrado del riñón.	414	308 (74,40%)
21. Puedo tomar ibuprofeno para combatir el dolor cuando padezco ERC.	414	234 (56,52%)
22. Respecto a la diálisis, ¿existe alguna alternativa al tratamiento hospitalario?	414	145 (35,02%)
23. Una vez instaurada, la ERC necesitará un tratamiento de por vida.	414	234 (56,52%)
24. Cuando se tiene ERC hay que controlar el consumo de alimentos ricos en:	414	202 (48,79%)
25. La anemia es una complicación común de la ERC.	414	167 (40,34%)
26. Las enfermedades óseas son complicaciones comunes de la ERC.	414	106 (25,60%)
27. El riesgo de sufrir un infarto está relacionado con la ERC.	414	142 (34,30%)
28. La ERC aumenta el riesgo de morir si se padece cualquier otra enfermedad grave.	414	291 (70,29%)

ción de Ingenierías y Arquitectura ($p=0,132$). A pesar de lo cual, esta última tampoco obtuvo diferencias con ninguna otra rama, con una puntuación media entre la obtenida por Ciencias de la Salud y el resto ($p>0,05$) (**Figura 3**).

Discusión

Los resultados muestran un nivel de conocimientos bajo, con una media de respuestas correctas de 14,13 para 28 preguntas. Es posible que la población en cuestión, pueda llegar a conocer las características más básicas de la ERC en el mejor de los casos, pero desconoce la propia patología de la enfermedad y sus aspectos específicos.

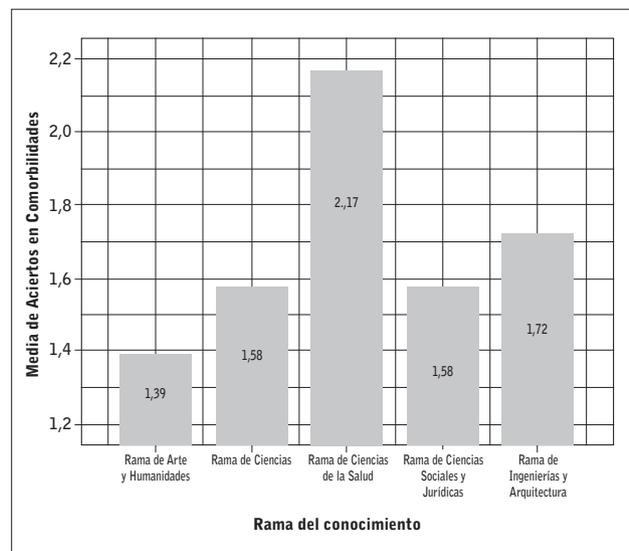


Figura 3. Comparación de Medias de Respuestas Correctas obtenidas en la categoría de Comorbilidades Asociadas en función de la Rama del Conocimiento.

Ciencias de la Salud sobresalió en más de 4 puntos sobre la media total. En este tipo de titulaciones se tratan aspectos relativos a la salud y patologías de los seres humanos. Con respecto al elevado número de respuestas acertadas para Ciencias en la categoría de "Anatomía", predominaron los registros de alumnos que cursaban Biología, cuyas asignaturas contemplan el estudio de los riñones en animales, sin embargo, al ahondar en términos más específicos, se reduce la tasa de respuestas correctas.

El análisis de género no mostró diferencias significativas en el grado de conocimientos según el sexo, lo que concuerda con estudios previos¹⁵.

Varios estudios^{7-8,16}, evaluaron el nivel de conocimientos sobre la ERC en niveles de atención primaria o en pacientes debutantes. A pesar de las diferencias metodológicas, las conclusiones respecto a estos estudios son similares: existe un desconocimiento generalizado hacia la ERC; ya sea en población sana como la que estudiamos en nuestro caso, al igual que Chow et al⁷, o debutante en la enfermedad con poca sintomatología^{8,16}.

Se observó que el nivel previo de conocimientos determinaba un número superior de respuestas correctas. Sin embargo, la naturaleza de esta información podría ser variada, habiéndose obtenido por antecedentes personales, familiares o por cuestiones académicas, además de su cantidad y calidad de contenido. Wright

et al¹⁴. y Yamagata et al¹⁷. demostraron cómo la formación con programas educativos novedosos dirigidos a la población general, es eficaz para incrementar el conocimiento acerca de la ERC, que puede fomentar la prevención del desarrollo de la enfermedad y frenar su progresión una vez instaurada.

El abordaje de las enfermedades crónicas está siendo impulsado hacia el empoderamiento por parte de los pacientes. Esto consiste en dotarlos de los conocimientos básicos para identificar la sintomatología y controlar su proceso de enfermedad, tomando medidas específicas para ello y previniendo situaciones de riesgo¹⁸, lo que en pacientes con ERC se traduce en un considerable freno de la progresión de la enfermedad, gracias a sesiones formativas acerca de la dieta y hábitos de vida saludables llevadas a cabo por equipos multidisciplinares¹⁷.

La importancia de nuestros resultados se relaciona con los resultados de estudios previos, puesto que en la enfermedad renal moderada o severa, la prevalencia de una inadecuada alfabetización en salud oscila entre el 5 y 60% según los estudios y las variables sociodemográficas consideradas¹⁹. El desconocimiento y dificultad en la identificación de signos y síntomas de la ERC puede llevar incluso a pacientes de alto riesgo a no percibir el riesgo de sufrir ERC e incluso no ser conscientes de la gravedad de la situación, aun cuando tienen que ser sometidos a TRS²⁰. En términos de calidad de vida y gestión de los recursos sociosanitarios, las estrategias educativas deberían ser una prioridad en la prevención primaria de las patologías crónicas por parte no sólo de los servicios sanitarios²¹.

La principal limitación del estudio ha sido no disponer de una herramienta validada, que midiera el grado de conocimientos sobre la ERC en población general. Ante esto, el cuestionario se desarrolló pilotado únicamente bajo la opinión de expertos.

Por otro lado, a pesar del tamaño de la muestra del estudio, podría hallarse un sesgo en relación a la agrupación de las titulaciones de los encuestados, ya que el 45,2% de los mismos pertenecen a la rama de Ciencias Sociales y Jurídicas. A falta de registros oficiales, esta proporción podría no reflejar los datos reales de matriculados en la Universidad de Málaga según titulación. Además, la limitación en cuanto al acceso a estudiantes de todo el Campus, más allá de las 4 facultades en que se intervino, hace que estudiantes de algunas titulaciones no estén representados.

Los resultados de este estudio deben ser tomados con cautela. La longitud del cuestionario pudo haber provocado cansancio al alcanzar la mitad o el final de las preguntas, por lo que algunas respuestas pueden no ser fidedignas. Además, las preguntas con 2 opciones de respuesta (excluyendo la opción NS/NC) fueron más acertadas que las que tenían 4, presumiblemente debido al existir una mayor probabilidad de errar en las preguntas con más opciones.

Con respecto al elevado número de respuestas correctas de los estudiantes de Ingeniería y Arquitectura en la categoría de "Comorbilidades Asociadas", no se encuentra explicación lógica. Estos resultados podrían deberse a factores como el azar, el número de encuestados u otras variables no controladas.

A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que la población universitaria de Málaga posee un bajo nivel de conocimientos acerca de la ERC. En concreto, señalan aspectos anatómicos y fisiológicos básicos, aunque desconocen la patología renal.

Se hace necesario el desarrollo de estudios que investiguen más en este campo con población sana.

Recibido: 14-02-19
 Revisado: 05-03-19
 Modificado: 15-03-19
 Aceptado: 23-04-19

Bibliografía

1. Grupo de trabajo del Documento Marco. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2015 Feb [Consultado 5 septiembre 2018]. Disponible en: http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf
2. United States Renal Data System (USRDS). USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Volume 1: CKD in the United States [Internet]. 2016 Feb [Consultado 5 septiembre 2018]. Disponible en: https://www.usrds.org/2016/download/v1_CKD_16.pdf
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016 Jul;11(7):e0158765. DOI: 10.1371/journal.pone.0158765.
4. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Nefrología. La Enfermedad Renal Crónica en España. Documento Anexo. Mujer y Riñón. Sociedad Española de Nefrología. 2018 [Internet]. [Consultado 28 marzo 2019]. Disponible en: https://www.senefro.org/contents/webstructure/comunicacion/ANEXO_SEN_dossier_Enfermedad_Ren.pdf
5. Stel VS, Brück K, Fraser S, Zoccali C, Massy ZA, Jager KJ. International differences in chronic kidney disease prevalence: a key public health and epidemiologic research issue. Nephrol Dial Transplant. 2017 Apr;32(suppl 2):S129-35. DOI: 10.1093/ndt/gfw420.
6. Castro P, Muñoz JM, Alonso M. Sistema de información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA) Subsistema de Insuficiencia Renal Crónica. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Informe 2015 [Internet]. 2016 [consultado 5 septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/657/pdf/informe_renal_2015_andalucia_web.pdf
7. Chow WL, Joshi VD, Tin AS, Van der Erf S, Lim JF, Swah TS. Limited knowledge of chronic kidney disease among primary care patients. A cross-sectional survey. BMC Nephrol. 2012 Jul;13:54. DOI: 10.1186/1471-2369-13-54.
8. Burke MT, Kapojos J, Sammartino C, Gray NA. Kidney disease health literacy among new patients referred to a nephrology clinic. Intern Med J. 2014 Nov;44(11):1080-6. DOI: 10.1111/imj.12519.
9. Suñer R, Santiñá M. Health literacy y salud. Rev Calidad Asistencial 2013;28(3):137-8. DOI: 10.1016/j.cali.2013.03.005.

10. Devraj R, Borrego M, Vilay AM, Gordon EJ, Pailden J, Horowitz B. Relationship between Health Literacy and Kidney Function. *Nephrology (Carlton)*. 2015 May;20(5):360-7. DOI: 10.1111/nep.12425.
11. González K, Fuentes J, Márquez JL. Physical Inactivity, Sedentary Behavior and Chronic Diseases. *Korean J Fam Med*. 2017 May;38(3):111-5. DOI: 10.4082/kjfm.2017.38.3.111.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Washington [Internet]. 2012 [Consultado 5 septiembre 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
13. Devins GM, Binik YM, Mandin H, Letourneau PK, Hollomby DJ, Barre P, et al. The kidney disease questionnaire: a test for measuring patient knowledge about end-stage renal disease. *J Clin Epidemiol*. 1990;43(3):297-307.
14. Wright JA, Wallston KA, Elasy TA, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Development and Results of a Kidney Disease Knowledge Survey Given to Patients With CKD. *Am J Kidney Dis*. 2011 Mar;57(3):387-95. DOI: 10.1053/j.ajkd.2010.09.018
15. Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, Jager KJ. Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*. 2018 Mar;14(3):151-64. DOI: 10.1038/nrneph.2017.181.
16. Gray NA, Kapojos JJ, Burke MT, Sammartino C, Clark CJ. Patient kidney disease knowledge remains inadequate with standard nephrology outpatient care. *Clin Kidney J*. 2016 Feb;9(1):113-8. DOI: 10.1093/ckj/sfv108.
17. Yamagata K, Makino H, Iseki S, Kimura K, Kusano E, Shibata T, et al.; Study Group for Frontier of Renal Outcome Modifications in Japan. Effect of Behavior Modification on Outcome in Early-to-Moderate-Stage Chronic Kidney Disease: A Cluster-Randomized Trial. *PLoS One*. 2016 Mar;11(3):e0151422 DOI: 10.1371/journal.pone.0151422.
18. Lo C, Ilic D, Teede H, Cass A, Fulcher F, Gallagher M, et al. The Perspectives of Patients on Health-Care for Co-Morbid Diabetes and Chronic Kidney Disease: A Qualitative Study. *PLoS One*. 2016 Jan;11(1):e0146615. DOI: 10.1371/journal.pone.0146615.
19. Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell MC, Serón D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2017;37(2):115-7. DOI: 10.1016/j.nefro.2016.10.001.
20. Danguilan RA, Cabanayan-Casasola CB, Evangelista NN, Pelobello MLF, Equipado CD, Lucio-Tong ML, Ona ET. An education and counseling program for chronic kidney disease: strategies to improve patient knowledge. *Kidney International Supplements*. 2013;3(2):215-8. DOI: 10.1038/kisup.2013.17.
21. Mastrilli V, D'Elia R, Galeone D. Prevention of Chronic Kidney Disease and strategies to counteract chronic diseases in Italy. *G Ital Nefrol*. 2016 Jul-Aug;33(4). Pii:gin/33.4.5.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis

Rubén Sierra Díaz, Cristina Mendías Benítez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Como citar este artículo:

Sierra-Díaz R, Mendías-Benítez C. Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2019 Abr-Jun;22(2):194-9

Sr. Director:

Actualmente, sigue siendo frecuente la utilización de catéteres venosos centrales no tunelizados (CVNT) como acceso vascular para la hemodiálisis¹. En general se suelen indicar a pacientes que necesitan iniciar el tratamiento con carácter de urgencias² y en ocasiones sin haber acudido a una consulta de Enfermedad Renal Crónica avanzada, por lo que desconocen las consecuencias que implica ser portador de un catéter. Los cuidados enfermeros a estos pacientes deben contemplar una visión holística de la persona al amparo de un modelo conceptual y es útil la utilización de la taxonomía NANDA/NIC/NOC que permite ordenar y clasificar los Diagnósticos de Enfermería (DdE) y estandarizar los registros de enfermería que además de guiar en el Proceso Enfermero hacia los resultados e intervenciones, ayudan al desarrollo de la disciplina y de la profesión enfermera³.

En nuestra labor diaria como enfermero/as de hemodiálisis, asistimos al nefrólogo en la colocación de dichos catéteres, pero es fundamental preparar al paciente tanto física como emocionalmente proporcionándole educación para la salud para que se adapte a esta nueva situación, tanto durante la inserción del catéter como en su mantenimiento.

Nuestro objetivo fue identificar los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en los pacientes sometidos a colocación de CVNT que inician hemodiálisis y establecer Intervenciones de Enfermería (NIC) y resultados esperados (NOC).

Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo donde se incluyeron todos aquellos pacientes que tras la colocación del CVNT comenzaron diálisis por primera vez.

En el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2017, 108 pacientes con insuficiencia renal crónica o aguda acudieron al Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Virgen del Rocío para la colocación de un CVNT para hemodiálisis, se incluyeron en el estudio aquellos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes que tras la colocación del CVNT transitorio comenzaron hemodiálisis por primera vez.
- Pacientes cuyo estado físico y cognitivo permitió la realización de dos entrevistas de valoración establecidas en la unidad (**Anexo 1**), la primera antes de la colocación del catéter y la segunda una semana después.

Para la identificación de los Diagnósticos de Enfermería en estos pacientes, se realizó en primer lugar una valoración de su estado de salud, a través de los 11 patrones funcionales de salud de M. Gordon estableciéndose los DdE, NIC y NOC, basándonos en la guía "Diagnósticos Enfermeros del paciente en hemodiálisis" de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Se consideraron además las variables: edad, sexo, zona de inserción del catéter y enfermedad renal de base.

Correspondencia:

Rubén Sierra Díaz
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013. Sevilla
E-mail: ercoordi@hotmail.com

Se incluyeron los datos en una hoja de Excel para su análisis y se respetaron los principios éticos universalmente aceptados.

Resultados

De 15 pacientes que iniciaron diálisis por primera vez tras la inserción de un CVCT, se excluyeron a 4 por presentar una situación clínica inestable que no permitió la valoración y a 3 por no continuar en el centro la si-

guiente semana, quedando la muestra definitiva en 8 pacientes, 5 eran mujeres y 3 hombres, con una media de edad de 73,4 años (rango 67-82). La nefropatía más prevalente fue la vascular (33%) seguida de la glomerular (28%). El vaso de inserción del catéter fue: 3 en vena femoral (2 en femoral izquierda y 1 en femoral derecha) y 5 en vena yugular derecha.

En la **Tabla 1** encontramos los diagnósticos de enfermería identificados en la muestra estudiada, así como sus respectivos NICs y NOCs.

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería (NIC) y criterios de resultados (NOC).

Diagnósticos de enfermería	NOC Indicadores	NIC
00078 Gestión ineficaz de la salud (6 pacientes):	Control personal del cuidado CVC. INDICADORES: Lleva a cabo el régimen terapéutico según lo prescrito.	Favorecer el aprendizaje, designación de objetivos comunes.
00085 Deterioro de la movilidad física (5 pacientes):	Movimiento controlado. INDICADORES: Control del movimiento. Movimiento en la dirección esperada. Movimiento con la precisión esperada.	Ayuda en los autocuidados y Cambio de posición.
000124 Desesperanza (5 pacientes):	Esperanza. Equilibrio emocional. INDICADORES: Manifestaciones de optimismo. Determinación de objetivos. Identifica la realidad de la situación de la salud. Toma decisiones relacionadas con la salud.	Control del estado de ánimo. Ofrecer esperanza.
000126 Conocimientos deficientes (8 pacientes):	Conocimiento del cuidado del acceso vascular (CVCT). Conocimiento del procedimiento de hemodiálisis. INDICADORES: Indicaciones para el cuidado del CVCT. Procedimiento terapéutico.	Enseñanza del cuidado del acceso vascular. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
000161 Disposición para mejorar los conocimientos (4 pacientes):	Conocimiento: cuidados del acceso vascular (CVCT) /recomendaciones.	Pacto con el paciente. Educación para la salud. Incrementación de la disposición de aprendizaje.
000146 Ansiedad (8 pacientes):	Control de la ansiedad. Habilidades de interacción social. INDICADORES: Verbalización de la ansiedad. Busca informador para reducir la ansiedad. Desaparición de manifestación de una conducta de ansiedad. Maneja la respuesta de la ansiedad.	Disminución de la ansiedad. Técnicas de relajación.
00148 Temor (8 pacientes):	Control del miedo. INDICADORES: Busca información para reducir el miedo. Reconoce disminución de la duración del episodio.	Potenciación de la seguridad. Favorecer el afrontamiento.

Diagnósticos de enfermería	NOC Indicadores	NIC
00004 Riesgo de infección (8 pacientes):	Control de riesgo. Integridad del acceso para hemodiálisis. Reconoce los factores de riesgo. Modifica el estilo de vida para minimizar el riesgo. Coloración cutánea local. Temperatura de la piel en el punto de inserción del acceso vascular. Supuración local.	Control de infecciones (inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel). Cuidados del punto de incisión.
00046 Deterioro de la integridad cutánea (4 pacientes):	Integridad del acceso para hemodiálisis. INDICADORES: Coloración cutánea local. Hematoma local.	Mantenimiento del acceso de hemodiálisis (CVCT).
00213 Riesgo de traumatismo vascular (8 pacientes):	Control del riesgo. Integridad del acceso para hemodiálisis. INDICADORES: Reconoce los factores de riesgo. Modifica el estilo de vida para minimizar el riesgo.	Inspección de la piel. Manejo adecuado del acceso para hemodiálisis (CVCT).
00132 Dolor agudo (7 pacientes):	Control del dolor. INDICADORES: Identifica el comienzo del dolor. Expresa dolor controlado o ausencia del mismo.	Administración de anestésicos. Manejo del dolor.

Discusión

A pesar del pequeño tamaño de la muestra, el hecho de que se detectaran numerosos DdE en la totalidad de los pacientes, lleva a plantear la necesidad de la aplicación de una metodología enfermera que permita unificar actuaciones, a la vez que proporcione una atención personalizada e integral al paciente. Destaca en nuestro estudio que los más prevalentes fueron la falta de conocimientos, la ansiedad o temor y el riesgo de infección, coincidiendo con lo señalado en otros estudios⁴. Pese a que todas las guías clínicas aconsejan proveer a los pacientes que inician la diálisis de un acceso vascular funcional y maduro, son varias las circunstancias clínicas y estructurales que pueden impedirlo, y así, la gran mayoría de los pacientes que constituyeron nuestra muestra iniciaban diálisis por primera vez sin disponer de dicho acceso e incluso no habían acudido a la consulta de Enfermedad Crónica Avanzada (12 pacientes), por lo que era patente su falta de conocimientos, con el consecuente incremento de su ansiedad y miedo. Estas consideraciones llevan a pensar en la necesidad de crear un protocolo de acogida para estos pacientes, que aunque sea breve por la premura con la que se ha practicado la intervención los instruya sobre los aspectos más relevantes que puedan tranquilizarlos⁵. Esto no

obvia que siempre se tenga que reforzar la información en todo el paciente al que se le inserte un CVNT por alguna otra circunstancia y ya estén en programa de hemodiálisis, que no han sido objeto de nuestro estudio. Es lógico que en todos los pacientes se observe el diagnóstico "riesgo de infección" puesto que la colocación del CVNT es un procedimiento invasivo en el que se deben extremar las medidas de asepsia tanto en su colocación como en su mantenimiento. Seguir la evolución del funcionamiento del catéter insertado con carácter de urgencia y de otros DdE que plantean los pacientes a medio y largo plazo permitiría obtener datos sobre la necesidad de ofrecer cuidados adicionales en comparación con pacientes que ya han vivido la experiencia de ser portador de un acceso vascular y de la práctica de la hemodiálisis. Por último, llama la atención que de los 108 pacientes a los que se les colocó un CVNT durante nuestro período de estudio, sólo en 15 fuera por la necesidad de inicio de técnica de diálisis por primera vez, invitando a reflexionar sobre la necesidad de más estudios que identifiquen las causas más prevalentes para la inserción de CVNT en pacientes renales.

Pensamos, a la vista de estas consideraciones, que la falta de conocimientos que favorecen la ansiedad y el temor en los pacientes a los que se les inserta un CVCT

para la práctica de una primera diálisis, aconseja diseñar un protocolo de acogida específico que incida en estos aspectos y facilite su inclusión en un programa de diálisis periódica.

Recibido: 14-02-19
Revisado: 15-03-19
Modificado: 05-03-19
Aceptado: 23-04-19

Bibliografía

1. Crespo Montero R, Contreras Abad MD, Casas Cuesta R, Muñoz Benítez I, Moreno Delgado MC, Suanes Cabello L. Estudio retrospectivo de las complicaciones de los catéteres temporales para hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* vol.14 no.1 ene-mar. 2011.
2. Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A et col. Guía Clínica Española de Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Rev de la Sociedad Española de Nefrología* 2017;37(Supl 1):S1-192.
3. Salcés Sáez E, Carmona Valiente MC. "Guía de diagnósticos enfermeros del paciente en hemodiálisis (interrelaciones NANDA-NOC-NIC)". Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN) 2017.
4. Andrés Galache B. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* vol.7 no.3 jul./sep. 2004.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Anexo 1. Valoración inicial de enfermería (1ª parte)

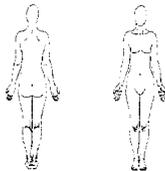


Servicio Andaluz de Salud
 CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
 HOSPITAL UNIVERSITARIO
 "Virgen del Rocío"
 Avda. Manuel Siurot, s/n - 41013 SEVILLA

Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos: _____
 N° Hª Clínica: _____
 Habitación/cama: _____

- ⇒ Fecha/hora de ingreso: _____ Edad: _____
- ⇒ Diagnóstico médico/motivo del ingreso: _____
- ⇒ Cuidador principal: _____
- ⇒ Domicilio al alta: _____ Teléfono: _____
- ⇒ Centro de Atención Primaria de referencia: _____

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA		DdE posibles
1. PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD: Alergias: _____ Hábitos: <input type="checkbox"/> Tabaco: _____ <input type="checkbox"/> Alcohol: _____ <input type="checkbox"/> Otras: _____ Patologías crónicas: _____ Medicamentos que toma: _____ Dificultad para seguir: TTº médico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ Cuidados: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> Falta de información <input type="checkbox"/> Falta de información <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____ Desea más información: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ Observaciones: _____		Riesgo de lesión Negación ineficaz Manejo inefectivo del régimen terapéutico Conocimientos deficientes (especificar) Incumplimiento del tratamiento Conductas generadoras de salud Manejo efectivo del régimen terapéutico Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Test de Fagerström - Cuestionario Malt
2. PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO: ALIMENTACIÓN: <input type="checkbox"/> Alimenta. oral <input type="checkbox"/> Alimenta. <input type="checkbox"/> SNG (tipo, fecha colocación): _____ <input type="checkbox"/> Ostomía (tipo, fecha colocación): _____ enteral: <input type="checkbox"/> Dieta/líquidos (habitual): _____ <input type="checkbox"/> Dieta/líquidos (actual): _____ <input type="checkbox"/> Falta de apetito <input type="checkbox"/> Problemas de deglución <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Falta de dientes <input type="checkbox"/> Prótesis: _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Peso/Talla: _____ ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Coloración: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> UPP: Estadío: _____ Localización: _____ <input type="checkbox"/> Herida quirúrgica: Localización: _____ <input type="checkbox"/> Edemas: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____ Observaciones: _____		Riesgo de aspiración Deterioro de la deglución Riesgo de/ desequilibrio nutricional por defecto Desequilibrio nutricional por exceso Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de infección Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Braden, Emina - MNA - MUST 
3. PATRÓN ELIMINACIÓN: Eliminación Intestinal: Patrón habitual: _____ <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Ayudas: _____ <input type="checkbox"/> Ostomías: _____ Eliminación Urinaria: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colector <input type="checkbox"/> S. Urinaria/urostomía (tipo, fecha colocac.): _____ <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Absorbente <input type="checkbox"/> Otros: _____ Drenajes: Tipo: _____ Fecha de colocac.: _____ Observaciones: _____		Riesgo de/ estreñimiento Incontinencia fecal-urinaria Riesgo de infección Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de/ baja autoestima situacional Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria

Cod.: 010980 D61480

Anexo 1. Valoración inicial de enfermería (2ª parte)

4. PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO:		DdE posibles:
Situación habitual: <input type="checkbox"/> Deambulante <input type="checkbox"/> Sillón-cama <input type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/> Inestabilidad de la marcha <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Situación actual: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Falta/reducción energía <input type="checkbox"/> Requiere dispositivo: _____ <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Requiere de otra persona para ayuda/supervisión o enseñanza	Intolerancia a la actividad Riesgo de síndrome de desuso Riesgo de caídas Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Deterioro de la movilidad física Déficit de autocuidados: Limpieza ineficaz de vías aéreas Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Índice de Barthel, Katz, Lawton - Escala de Riesgo de caídas (J.H. DOWNTON)
Autocuidados: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Necesita ayuda: <input type="checkbox"/> Alimentac. <input type="checkbox"/> Eliminación <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Vestido	Respiración: <input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Disnea reposo <input type="checkbox"/> Disnea esfuerzo <input type="checkbox"/> Ruidos respir. <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Tos inefectiva <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Traqueostomía	
Observaciones: _____		
5. PATRÓN REPOSO/ SUEÑO:		
Patrón habitual: _____ Ayudas no farmacológicas: _____ Observaciones: _____		Riesgo de/ deterioro del patrón de sueño Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Cuestionar. de Oviedo
6. PATRÓN COGNITIVO/ PERCEPTUAL:		
Nivel de consciencia: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Otro: _____	Alteraciones sensorcept.: <input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Falta de atención estímulo lado afectado <input type="checkbox"/> Déficit visual <input type="checkbox"/> Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Requiere disposit.: _____	Riesgo de aspiración Riesgo de síndrome de desuso Dolor crónico Riesgo de traumatismo Riesgo de caídas Desatención unilateral
Nivel orientac.: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	Dolor: <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Agudo Localización: _____ Intensidad-EVA: _____ Ayudas no farma.: _____	Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Test de Pfeiffer - MEC - Test del informador
Observaciones: _____		
7. PATRÓN AUTOPERCEPTIVO/AUTOCONCEPTO:		
¿Tiene sensación de ansiedad/temor? _____ ¿Se siente menos útil/válido desde que está enfermo/hospitalizado? _____ ¿Le preocupa los cambios funcionales/corporales? _____ Observaciones: _____		Ansiedad-temor Riesgo de/ baja autoestima situacional-crónica Riesgo de/ trastorno de la imagen corporal Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Test de Goldberg, Yesavage
8. PATRÓN ROL/RELACIONES:		
Comunicación: <input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> D. comprensión <input type="checkbox"/> D. escritura <input type="checkbox"/> D. lectura <input type="checkbox"/> D. expresión <input type="checkbox"/> Otros idioma <input type="checkbox"/> Laringectomiz. <input type="checkbox"/> Traqueostomía	Cuidador ppal. Capacidad: <input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Dificultad <input type="checkbox"/> Incapacidad	Deterior. comunicac. verbal Riesgo de/ cansancio rol cuid. Aislamiento social Interrupción procesos familia. Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - C. A. Familiar, C. Zarit - I. E. Cuidador. - C. DUKE-UNC
Observaciones: _____		
9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:		
<input type="checkbox"/> Menstruación (fórmula): _____ <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Sangrado postmenopáusicos: _____ ¿Influye la enfermedad en su sexualidad?: _____ Observaciones: _____		Patrón sexual inefectivo
10. PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS:		
¿Tiene sensación habitual de estrés? _____ ¿Cree que se adaptarán (paciente/familia) al cambio que supone la hospitalización/enfermedad? _____ Observaciones: _____		Afrontamiento inefectivo Afrontamiento defensivo Afrontamiento familiar: comprometido-incapacitante
11. PATRÓN VALORES/CREENCIAS:		
¿Influye su enfermedad/hospitaliz. en alguna práctica religiosa/espiritual? _____ Durante su estancia en el hospital, ¿necesitará servicios religiosos? _____ Observaciones: _____		Riesgo de/ sufrimiento espiritual

Puntuación Escala de riesgo de caídas: _____ Riesgo bajo Riesgo alto

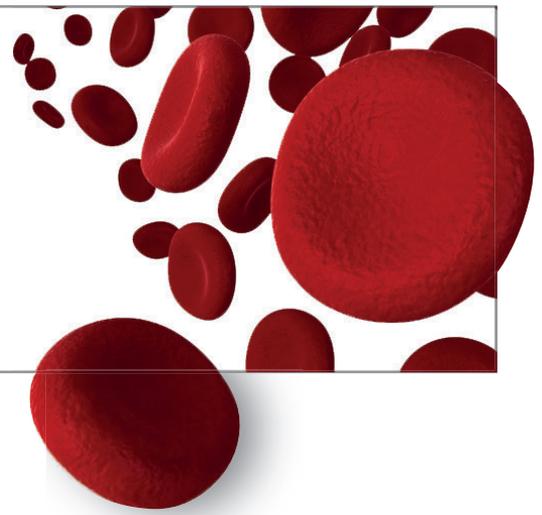
Puntuación Escala de riesgo de UPP: _____ Riesgo: _____ Protocolo de Prevención: NO SI

¿Quiere añadir algo más?: _____

Nombre y apellidos de la Enfermera Referente: _____
Fecha y Firma _____

Premio Izasa Hospital

ACCESOS VASCULARES Y NUEVAS TECNOLOGIAS



Patrocinado por Izasa Hospital, S.L.U. con el objetivo de fomentar la investigación de enfermería y para estimular y premiar el trabajo de los profesionales de la Enfermería Nefrológica, se convoca un premio de acuerdo a las siguientes bases:

1. Serán admitidos a concurso todos los trabajos aceptados al **XLIV** Congreso Nacional de la SEDEN.
2. Podrán concursar todos los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, SEDEN.
3. Los manuscritos serán redactados en lengua castellana y serán inéditos. Se estimarán únicamente los trabajos de enfermería en aplicación práctica.
4. Los trabajos deberán ajustarse a las normas que rigen la presentación de trabajos para el Congreso Anual de la SEDEN.
5. El plazo de entrega de los originales será el mismo que se establece para el envío del trabajo al Congreso, debiendo enviarse única y exclusivamente por la página web de la SEDEN, www.seden.org, apartado "Congreso".
6. El jurado estará compuesto por el Comité de Selección de Trabajos de la SEDEN y por una persona en representación de Izasa Hospital S.L.U., que no tendrá voto.
7. El fallo y entrega de premios tendrán lugar durante el acto inaugural del próximo Congreso Nacional de la SEDEN en A Coruña, del que se dará debida notificación.
8. Los derechos para la publicación de los textos recibidos quedarán en poder de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, que podrá hacer uso de ellos para su publicación, así como la empresa patrocinadora.
9. La publicación en cualquier otro medio de comunicación de los trabajos presentados a concurso, antes del fallo del mismo, será causa de descalificación automática.
10. Cualquier eventualidad no prevista en estas bases será resuelta por la Junta Directiva de la SEDEN.
11. Por el hecho de concursar, los autores se someten a estas bases, así como al fallo del Jurado, el cual será inapelable.
12. El premio puede ser declarado desierto.
13. La cuantía del premio es de: **1.200 €**.



**Izasa
Hospital**

A Werfen Company

Agenda de Enfermería Nefrológica

CONGRESOS

► Lima, Perú. 7 al 8 de junio de 2019

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Sociedad de Enfermeras Especialistas en nefrología del Perú. SEENP
www.seenp.org
E-mail: seenpeenp.es

► Praga, República Checa, 14 al 17 de septiembre de 2019

48 INTERNATIONAL CONFERENCE EDTNA/ERCA

Más Información:
EDTNA/ERCA Secretariat
Källstorps Gård / Högs Byväg 118 / SE-246 55 Löddeköpinge / Sweden
Phone: +46 46709624
E-mail: secretariat@edtnerca.org
www.edtnerca.org

► A Coruña, del 8 al 10 de octubre 2019

XLIV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Palacio de Congresos de A Coruña
Secretaría Científica:
SEDEN
C/ de la Povedilla 13, Bajo Izq. 28009 Madrid
Tlf: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.congresoseden.es

► Glasgow, Scotland, del 2 al 5 de mayo de 2020

18TH CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR PERITONEAL DIALYSIS

www.ispd-europd2020.com
E-mail: infospd-europd2020.com

PREMIOS

► PREMIO DE INVESTIGACIÓN LOLA ANDREU 2019

Optarán al premio todos los artículos originales publicados en los números 21/4, 22/1, 22/2 y 22/3 sin publicación anterior que se envíen a la Revista.

Dotación: Premio: 1.500 Euros
Información tel: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

► BECA "JANDRY LORENZO" 2019

Para ayudar a los asociados a efectuar trabajos de investigación o estudios encaminados a ampliar conocimientos en el campo de la Enfermería Nefrológica.

Plazo: 15 mayo de 2019
Dotación: 1.800 Euros
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

► PREMIO DONACIÓN Y TRASPLANTE

Para estimular el trabajo de los profesionales de Enfermería Nefrológica en el ámbito del trasplante renal.

Plazo: 10 de abril de 2019
Dotación: Inscripción al XLV Congreso Nacional
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

► PREMIO DIÁLISIS PERITONEAL

Para estimular el trabajo de los profesionales de Enfermería Nefrológica en el ámbito de la Diálisis Peritoneal.

Plazo: 10 de abril de 2019
Dotación: Inscripción al XLV Congreso Nacional
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

► PREMIO ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Para estimular el trabajo de los profesionales de Enfermería Nefrológica en el ámbito de LA Enfermedad Renal Crónica (ERCA)

Plazo: 10 de abril de 2019
Dotación: Inscripción al XLV Congreso Nacional
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

► XIX PREMIO ÍÑIGO ÁLVAREZ DE TOLEDO

Premio a la Investigación en Enfermería Nefrológica.

La admisión de trabajos finalizará el 30 de junio
Más Información:
Tlf: 914487100 Fax: 914458533
E-mail: premiosiat@friat.es
www.friat.es

► PREMIO DE ACCESOS VASCULARES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Patrocinado por Izasa Hospital S.L.U
Pretende fomentar la Investigación de Enfermería en el campo de Accesos Vasculares y Nuevas Tecnologías.

Plazo: 10 de abril de 2019
Dotación: Inscripción al XLV Congreso Nacional
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

► **PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE INNOVACIÓN EN TÉCNICAS DIALÍTICAS, RESULTADOS EN SALUD**

Patrocinado por Medtronic, va dirigido al mejor trabajo de investigación sobre innovación en técnicas dialíticas

- Premio a la mejor Comunicación Oral
- Premio a mejor Comunicación Póster
- Premio a la segunda mejor Comunicación Póster

Plazo: 10 de abril de 2019
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
www.seden.org

JORNADAS Y CURSOS

► **5 de junio de 2019**
DÍA NACIONAL DEL DONANTE

► **Barcelona, 6 y 7 de junio de 2019**

XXV SEMINARIO ESPAÑOL DE LA EDTNA/ERCA
XI Update de la ACIN

Para más información contactar con:
Servicio de Nefrología
Hospital del Mar
C/ Passeg Maritim 25-29
08003 Barcelona
E-mail: annajunque@yahoo.es

► **Aguadulce (Almería) del 22 al 29 de junio de 2019**

Campamento CRECE
Albergue Inturjoven de Aguadulce

Más información:
Federación Nacional ALCER
c/ Constanza, 35. Local nº 2. 28002
Madrid
Tel: 915610837 Fax: 915643499
Web: www.alcer.org
Email: informacion@alcer.org

► **Madrid, 19 y 20 Octubre de 2019**
XXXII JORNADAS NACIONALES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL

Lugar celebración: Caixa Forum
Paseo del Prado 36. Madrid
Organiza: Federación Nacional ALCER
C/ Constanza 35, local nº2
28002. Madrid
Tel: 915610837 Fax: 915643499
E-mail: informacion@alcer.org
www.alcer.org

Curso On-line “Proceso de educación del paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)”

Curso Gratuito para Socios de SEDEN en Consulta ERCA

Inscripción: Del 16 al 27 de octubre de 2019
Duración: Del 01 de octubre de 2019 al 15 de noviembre 2019
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
[Http:// www.seden.org](http://www.seden.org)

Curso On-line con Streaming de parte presencial “Cuidados de Enfermería en el paciente con trasplante renal”

Curso Gratuito para Socios de SEDEN en Consulta de trasplante

Inscripción: Del 16 al 31 de octubre de 2019
Duración: Del 01 de noviembre de 2019 al 31 de enero 2020
Información Tel.: 914093737
E-mail: seden@seden.org
[Http:// www.seden.org](http://www.seden.org)

AGENDA. La revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica anunciará en esta sección toda la información de las actividades científicas relacionadas con la Nefrología que nos sean enviadas de las Asociaciones Científicas, Instituciones Sanitarias y Centros de Formación.

BECA “JANDRY LORENZO” 2019



La **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA** patrocina esta beca para promocionar los trabajos de investigación, encaminados a ampliar el conocimiento en el campo de la enfermería nefrológica. La fecha límite para solicitar la beca es el 15 de mayo de 2019, debiendo remitir las solicitudes al domicilio social de la SEDEN, ajustándose a las siguientes Bases.

BASES

- 1.- Podrán optar a la Beca JANDRY LORENZO, todos aquellos proyectos cuyo autor o autores sean en su totalidad, miembros de pleno derecho de la **SEDEN**, y se encuentren al corriente de pago en sus cuotas.
- 2.- Deberá enviarse un proyecto detallado del estudio, sin límite de extensión, que debe incluir: **introducción** (antecedentes y estado actual del tema), **objetivos** (hipótesis, si el diseño del trabajo así lo requiere), **metodología** (ámbito, diseño, población y muestra, instrumentos de medida, recogida de datos y análisis estadístico del estudio), **bibliografía**, **cronograma** de trabajo previsto para la realización del estudio y **presupuesto** estimado del mismo. Se adjuntará dicho proyecto tanto en papel como en soporte electrónico.
- 3.- Se adjuntará también curriculum vitae abreviado de los solicitantes.
- 4.- Para la adjudicación de la Beca, la Junta Directiva de la **SEDEN**, nombrará un comité evaluador que se constituirá en Jurado y comunicará el fallo a los solicitantes antes del día 9 de septiembre de 2019.
La Beca consistirá en la entrega de un diploma acreditativo a los becados en la sesión inaugural del 44 Congreso Nacional, A Coruña 2019 y una dotación económica que ascenderá a **1.800 €***. El 50% del valor de la misma se entregará una vez se otorgue la Beca y el restante 50% cuando se finalice el estudio.
- 5.- El becado se compromete a finalizar y a hacer entrega del trabajo de investigación, en la Secretaría de la **SEDEN**, antes del día 9 de septiembre de 2020. En caso de no haber acabado el estudio, los autores pueden solicitar una ampliación del plazo de entrega de seis meses. Transcurrido este tiempo, si los autores no presentaran el estudio, no recibirán el importe restante. Se entiende por finalizado el estudio cuando se entregue el trabajo original final, con los siguientes contenidos: introducción, material y métodos, resultados, discusión y bibliografía. El estudio completo será presentado en el 45 Congreso de la **SEDEN**.
- 6.- El Proyecto final deberá ir adaptado a las **normas de publicación de Enfermería Nefrológica**, para ser incluido en la revisión por pares del Comité de Evaluadores de la misma, para su posible publicación. En caso de no superar esta revisión, será publicado en la página web de la **SEDEN**.
- 7.- El proyecto no podrá ser publicado y/o expuesto en ningún medio ni foro hasta el cumplimiento de los puntos 5 y 6, haciendo siempre constar que dicho trabajo ha sido galardonado con la Beca Jandry Lorenzo 2019.
- 8.- La solicitud de la Beca lleva implícita la aceptación de las Bases, así como el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 9.- La Beca puede declararse desierta.

* La dotación económica está sujeta a retención fiscal

Información para los autores

Normas de presentación de artículos

La Revista ENFERMERÍA NEFROLÓGICA es la publicación oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN). Aunque el idioma preferente de la revista es el español, se admitirá también artículos en portugués e inglés.

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA publica regularmente cuatro números al año, el día 30 del último mes de cada trimestre y dispone de una versión reducida en papel. Todos los contenidos íntegros están disponibles en la Web: www.revistaseden.org de acceso libre y gratuito. La Revista es financiada por la entidad que la publica y se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución No Comercial 4.0 Internacional (BY NC). Esta Revista no aplica ningún cargo por publicación.

La revista está incluida en: CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), Sherpa/RoMEO, C17, RECOLECTA, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Rebiun, Redib, MIAR, Wordcat, Google Scholar Metric, Cuidatge, Cabells Scholarly Analytics, AmeliCa y JournalTOCs.

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA publica artículos de investigación enfermera relacionados con la nefrología, hipertensión arterial, diálisis y trasplante, que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico que redunde en el mejor cuidado del enfermo renal. Asimismo, se aceptarán artículos de otras áreas de conocimiento enfermero o de materias transversales que redunden en la mejora del conocimiento profesional de la enfermería nefrológica.

Para la publicación de los manuscritos, ENFERMERÍA NEFROLÓGICA sigue las directrices generales descritas en los Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas, elaboradas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICJME). Disponible en <http://www.icmje.org>. En la valoración de los manuscritos recibidos, el Comité Editorial tendrá en cuenta el cumplimiento del siguiente protocolo de redacción.

SECCIONES DE LA REVISTA

La Revista consta fundamentalmente de las siguientes secciones:

Editorial. Artículo breve en el que se expresa una opinión o se interpretan hechos u otras opiniones. Revisiones breves por encargo del Comité Editorial.

Originales. Son artículos en los que el autor o autores estudian un problema de salud, del que se deriva una actuación específica de enfermería realizada con metodología cuantitativa, cualitativa o ambas.

Los originales con metodología cuantitativa y cualitativa deberán contener: resumen estructurado (máximo de 250 palabras en inglés y castellano), introducción, objetivos, material y método, resultados y discusión/conclusiones (extensión máxima 3500 palabras para los de metodología cuantitativa y 5000 palabras para los de metodología cualitativa, máximo 6 tablas y/o figuras y máximo 35 referencias bibliográficas).

Revisiones. Estudios bibliométricos, revisiones narrativas, integrativas, sistemáticas, metaanálisis y metasíntesis sobre temas relevantes y de actualidad en Enfermería o Nefrología, siguiendo la misma estructura y normas que los trabajos originales cualitativos, pero con un máximo de 80 referencias bibliográficas. Las revisiones son solicitadas por los directores o referidas por iniciativa de los autores.

Formación continuada. Artículo donde el autor plasma el resultado de una profunda revisión del estado actual de conocimiento sobre un determinado tema relacionado con la Nefrología. Los artículos de formación se elaboran por encargo del Comité Editorial de la Revista.

Casos clínicos. Trabajo fundamentalmente descriptivo de uno o unos pocos casos relacionados con la práctica clínica de los profesionales de enfermería, en cualquiera de sus diferentes ámbitos de actuación, con un enfoque de su

resolución desde el punto de vista de los cuidados de enfermería. Incluirá un resumen de 250 palabras en castellano e inglés estructurado en: descripción caso/os, descripción del plan de cuidados, evaluación del plan, conclusiones. La extensión máxima será de 2500 palabras, con la siguiente estructura: introducción; presentación del caso; valoración enfermera completa indicando modelo; descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras. Se aconseja utilizar taxonomía NANDA-NIC-NOC); evaluación del plan de cuidados y conclusiones. Se admitirá un máximo de 3 tablas/figuras y de 15 referencias bibliográficas.

Cartas al director. Consiste en una comunicación breve en la que se expresa acuerdo o desacuerdo con respecto a artículos publicados anteriormente. También puede constar de observaciones o experiencias sobre un tema de actualidad de interés para la enfermería nefrológica. Tendrá una extensión máxima de 1500 palabras, 5 referencias bibliográficas y una figura/tabla.

Original Breve. Trabajos de investigación de las mismas características que los originales, pero de menor envergadura (series de casos, investigaciones sobre experiencias con objetivos y resultados muy concretos), que pueden comunicarse de forma más abreviada. Seguirán la siguiente estructura: resumen estructurado (250 palabras en inglés y castellano), introducción, objetivos, material y método, resultados, discusión y conclusiones (extensión máxima de 2500 palabras, máximo 3 tablas y/o figuras, máximo 15 referencias bibliográficas).

Otras secciones. En ellas se incluirán artículos diversos que puedan ser de interés en el campo de la enfermería nefrológica.

Las extensiones indicadas son orientativas. La extensión de los manuscritos excluye: título, autores / filiación, resumen, tablas y referencias bibliográficas. La estructura y extensión de cada sección de la revista se resume en la **tabla 1**.

ASPECTOS FORMALES PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

La propiedad intelectual de los trabajos aceptados para su publicación será de sus autores y de Enfermería Nefrológica en el momento de su publicación de acuerdo a los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional. No se aceptarán manuscritos previamente publicados o que hayan sido enviados al mismo tiempo a otra revista. En el caso de que hubiera sido presentado a alguna actividad científica (Congreso, Jornadas) los autores lo pondrán en conocimiento del Comité Editorial.

Los manuscritos se remitirán por la plataforma digital de la revista que se encuentra en su página Web, a la que se accede en la siguiente dirección: <http://www.revistaseden.org/envio-trabajos-acceso.aspx>

Junto al manuscrito deberá remitirse una carta de presentación al Director de la Revista, en la que se solicita la aceptación para su publicación en alguna de las secciones de la misma. En ella se incorporará el Formulario de Acuerdo de Publicación, originalidad del trabajo, responsabilidad de contenido y no publicación en otro medio. La presentación de los manuscritos se hará en dos archivos en formato word, uno identificado y otro anónimo para su revisión por pares, el tamaño de las páginas será DIN-A4, a doble espacio y un tamaño de letra de 12, y dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. Las hojas irán numeradas correlativamente. Se recomienda no utilizar encabezados, pies de página, ni subrayados, que dificultan la maquetación en el caso de que los manuscritos sean publicados.

La herramienta de gestión de la revista Enfermería Nefrológica acusará recibo de todos los manuscritos. Una vez acusado recibo se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores en la plataforma mencionada anteriormente.

Los manuscritos se separarán en tres archivos, que se incluirán en el Gestor de la revista:

Archivo 1:

- Carta de presentación del manuscrito
- Formulario de Acuerdo de Publicación, responsabilidad de Contenido y no publicación en otro medio

Archivo 2:

- Trabajo identificado completo (incluidas tablas y figuras)

Archivo 3:

- Trabajo Anónimo completo (incluidas tablas y figuras)

Antes del envío definitivo habrá que aceptar el apartado de Responsabilidad Ética.

Financiación. Los autores indicarán las fuentes de financiación del trabajo que someten a evaluación, si la hubiera.

Los manuscritos originales deberán respetar las siguientes condiciones de presentación:

Primera página. Se inicia con el Título del artículo, nombre y apellidos completos de los autores, centro de trabajo, país de origen y otras especificaciones cuando se considere necesario. Se indicará a qué autor debe ser enviada la correspondencia, junto a su dirección postal y dirección de correo electrónico. Se recomienda especificar el Código Orcid (Identificador único de investigadores) de cada autor para identificar de manera inequívoca a los autores.

Resumen. Todos los artículos deberán incluir un resumen (en el idioma de origen y en inglés). La extensión máxima será de 250 palabras. El resumen ha de tener la información suficiente para que el lector se haga una idea clara del contenido del manuscrito, sin ninguna referencia al texto, citas bibliográficas ni abreviaturas y estará estructurado con los mismos apartados del trabajo (Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones). El resumen no contendrá información que no se encuentre después en el texto.

Palabras clave. Palabras clave. Al final del resumen deben incluirse 3-6 palabras clave, que estarán directamente relacionadas con las principales variables del estudio (pueden buscarse en español en la lista DeCS de la base IBECs en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> y en inglés en la lista MeSH de Index Medicus en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

Texto. En los manuscritos de observación y experimentales, el texto suele dividirse en apartados o secciones denominadas: **Introducción** que debe proporcionar los elementos necesarios para la comprensión del trabajo e incluir los objetivos del mismo. **Material (o pacientes) y Método** empleado en la investigación, que incluye el centro donde se ha realizado, el tiempo que ha durado, características de la serie, sistema de selección de la muestra y las técnicas utilizadas. En investigación cuantitativa se han de describir los métodos estadísticos. **Resultados** que deben ser una exposición de datos, no un comentario o discusión sobre alguno de ellos. Los resultados deben responder exactamente a los objetivos planteados en la introducción. Se pueden utilizar tablas y/o figuras para complementar la información, aunque deben evitarse repeticiones innecesarias de los resultados que ya figuren en las tablas y limitarse a resaltar los datos más relevantes. En la **Discusión** los autores comentan y analizan los resultados, relacionándolos con los obtenidos en otros estudios, con las correspondientes citas bibliográficas, así como las conclusiones a las que han llegado con su trabajo. La discusión y las **conclusiones** se deben derivar directamente de los resultados, evitando hacer afirmaciones que no estén refrendados por los resultados obtenidos en el estudio.

Agradecimientos. Cuando se considere necesario se expresa el agradecimiento de los autores a las diversas personas o instituciones que hayan contribuido al desarrollo del trabajo. Tendrán que aparecer en el mismo aquellas personas que no reúnen todos los requisitos de autoría, pero que han facilitado la realización del manuscrito, como por ejemplo las personas que han colaborado en la recogida de datos.

Bibliografía. Se elaborará de acuerdo a lo que indica el ICJME con las normas de la National Library of Medicine (NLM), disponible en https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Las referencias bibliográficas deberán ir numeradas correlativamente según el orden de aparición en el texto por primera vez, con números arábigos en superíndice, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita

precederá a dicho signo. Las referencias no se traducen (deben aparecer en el idioma original de publicación del artículo) y tienen que seguir una nomenclatura internacional. Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus; consultando la "List of Journals indexed" que se incluye todos los años en el número de enero del Index Medicus. Así mismo, se puede consultar el Catálogo colectivo de publicaciones periódicas de las bibliotecas de ciencias de la salud españolas, denominado c17 (<http://www.c17.net/>). En caso de que una revista no esté incluida en el Index Medicus ni en el c17, se tendrá que escribir el nombre completo.

Se recomienda citar un número apropiado de referencias, sin omitir artículos relacionados y publicados en la Revista Enfermería Nefrológica durante los últimos años.

A continuación se dan algunos ejemplos de referencias bibliográficas:

Artículo de revista

Se indicará:

Zurera Delgado I, Caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 2014 Oct-Dic;17(4):251-60.

En caso de más de 6 autores, mencionar los seis primeros autores, seguidos de la expresión «et al»:

Firenek CA, Garza S, Gellens ME, Lattrel K, Mancini A, Robar A et al. Contrasting Perceptions of Home Dialysis Therapies Among In-Center and Home Dialysis Staff. *Nephrol Nurs J.* 2016 May-Jun;43(3):195-205.

En caso de ser un Suplemento:

Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2018; 21(Supl 1):S6-198.

Artículo publicado en formato electrónico antes que en versión impresa

Blanco-Mavillard I. ¿Están incluidos los cuidados paliativos en la atención al enfermo renal? *Enferm Clin.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.005> Publicación electrónica 6 Junio 2017.

Capítulo de un libro

Pulido Pulido JF, Crehuet Rodríguez I, Méndez Briso-Montiano P. Punciones de accesos vasculares permanentes. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editores. *Procedimientos y protocolos con competencias específicas para Enfermería Nefrológica.* Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN); 2013. p. 149-54.

Artículo de revista en Internet

Pérez Pérez MJ. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. Biblioteca Lascasas [Internet] 2012 Enero [Consultado 10 marzo 2015]; 8: [aprox. 59 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0015.php>

Página Web

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid. [Consultado 5 febrero 2007]. Disponible en: <http://www.seden.org>

Se recomienda a los autores, que dependiendo del diseño del estudio que van a publicar, comprueben los siguientes checklists, consultables en la página web <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>:

- Guía CONSORT para los ensayos clínicos
- Guía TREND para los estudios experimentales no aleatorizados
- Guía STROBE para los estudios observacionales
- Guía PRISMA para las revisiones sistemáticas
- Guía COREQ para los estudios de metodología cualitativa

Tablas y figuras. Todas se citarán en el texto (entre paréntesis, en negrita, sin abreviaturas ni guiones), y se numerarán con números arábigos, sin superíndices de manera consecutiva, según orden de citación en el texto. Se presentarán al final del manuscrito, cada una en una página diferente, con el título en la parte superior de las mismas.

Se procurará que las tablas sean claras y sencillas, y todas las siglas y abreviaturas deberán acompañarse de una nota explicativa al pie de la tabla. Las imágenes (fotografías o diapositivas) serán de buena calidad. Es recomendable utilizar el formato jpg.

PROCESO EDITORIAL

Recepción del artículo:

El autor recibirá un acuse de recibo automático de los manuscritos enviados a la Revista a través de nuestra plataforma editorial. A cada trabajo le será asignado un número de registro que será utilizado para referenciar siempre dicho artículo. Una vez acusado recibo se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores en la plataforma mencionada anteriormente.

Los manuscritos que no cumplan las **normas de publicación** de la revista serán automáticamente **rechazados**.

Arbitraje:

Todos los manuscritos serán revisados de forma anónima por dos expertos del área en la que se ha llevado a cabo la investigación (revisión por pares doble ciego). Tras la inclusión del artículo en la revisión por pares, los autores recibirán comunicación del estado del artículo antes de los 30 días. Todos los miembros del Comité de Expertos seguirán un protocolo establecido de valoración de los manuscritos específico para cada tipología (artículo original, casos clínicos, revisión). En caso de haber controversias entre los evaluadores (una aceptación / un rechazo) el Comité Editorial solicitará la opinión de un tercer evaluador. Si la evaluación diera como resultado un rechazo y una aceptación con modificaciones mayores, el Comité Editorial evaluará si es pertinente solicitar opinión de un tercer evaluador o sugerir al autor reescribir su contribución y enviarla nuevamente.

El Comité Editorial tiene, en última instancia, la decisión final de publicar, archivar o rechazar las contribuciones recibidas. Esta decisión es tomada bajo su responsabilidad y de acuerdo al análisis de los dictámenes y las controversias que pudieran haber surgido en los mismos.

En el caso de que el trabajo necesite correcciones, éstas deberán ser remitidas a ENFERMERÍA NEFROLÓGICA en un plazo inferior a 15 días por la plataforma de la revista.

El autor puede conocer en todo momento el estado en el que se encuentra su artículo siguiendo el proceso de revisión en la plataforma de la revista.

Revisión por los autores:

Para facilitar la tarea del Comité cuando los autores envíen de nuevo su manuscrito modificado, expondrán las modificaciones efectuadas (sección, página, línea) y en el caso de no incluir alguna de ellas, los motivos por los que no se han realizado. Todas las modificaciones introducidas en el texto, figuras y gráficos se deberán identificar con otro color o letra. Después de su valoración, el Comité Editorial informará al autor de correspondencia acerca de la aceptación o rechazo del artículo para la publicación en la revista. En caso de aceptación se procede a la verificación de normas éticas y conflictos de interés.

La redacción de la Revista se reserva el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados para su publicación, así como él de introducir modificaciones de estilo y/o acortar textos que lo precisen, comprometiéndose a respetar el sentido del original.

Corrección de galeras:

Los autores de artículos aceptados, antes de la edición final, recibirán las pruebas de imprenta para su corrección por correo electrónico en formato pdf. Sólo se admitirán correcciones mínimas, de errores tipográficos, a modo de comentario o nota insertada en el propio documento.

El autor dispondrá de 72 horas para su revisión. De no recibir las pruebas corregidas en el plazo fijado, el comité de redacción no se hará responsable de cualquier error u omisión que pudiera publicarse.

Publicación definitiva:

El tiempo estimado entre la recepción y publicación del artículo estará comprendido entre 3 y 6 meses. Una vez publicado cada número de la revista, el autor que figure como responsable de la correspondencia en cada uno de los artículos publicados, recibirá un ejemplar de la Revista en papel así como las certificaciones de autoría de todos los autores del artículo. Previamente a la publicación del número de la revista, los artículos estarán disponibles con su DOI correspondientes en la sección Preprints (artículos en Prensa) en la web oficial de la revista.

Acuerdo de publicación:

Los autores garantizarán que el trabajo enviado no ha sido publicado previamente ni está en vías de consideración para publicación en otro medio y se responsabilizan de su contenido y de haber contribuido a la concepción y realización del mismo, participando además en la redacción del texto y sus revisiones así como en la aprobación que finalmente se remita.

El autor responsable de la correspondencia establece en su propio nombre, así como en del resto de autores del artículo, un acuerdo de publicación con la revista Enfermería Nefrológica conforme a los términos de la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial 4.0 Internacional.

Los autores podrán hacer uso de su artículo siempre que indiquen que está publicado en nuestra revista.

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Enfermería Nefrológica se adhiere a las guías éticas establecidas abajo para su publicación e investigación.

Autoría: Los autores que envían un manuscrito lo hacen entendiendo que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores y que todos los autores están de acuerdo con el envío del manuscrito a la revista. **TODOS** los autores listados deben haber contribuido a la concepción y diseño y/o análisis e interpretación de los datos y/o la escritura del manuscrito y la información de los autores debe incluir la contribución de cada uno en la página inicial del envío.

Enfermería Nefrológica se adhiere a la definición y autoría establecida por The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) http://www.ICMJE.org/ethical_1author.html. De acuerdo con los criterios establecidos por el ICMJE la autoría se debe basar en 1) contribuciones substanciales a la concepción y diseño, adquisición, análisis e interpretación de los datos, 2) escritura del artículo o revisión crítica del mismo por su contenido intelectual importante y 3) aprobación final de la versión publicada. Todas las condiciones han de ser cumplidas.

Aprobación ética: Cuando un envío requiere de la colección de datos de investigación en los que se involucra sujetos humanos, se debe acompañar de un estamento explícito en la sección de Material y Método, identificando cómo se obtuvo el consentimiento informado y la declaración, siempre que sea necesaria, de que el estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación apropiado. Los editores se reservan el derecho de rechazar el artículo cuando hay dudas de si se han usado los procesos adecuados.

Conflicto de intereses: Los autores deben revelar cualquier posible conflicto de intereses cuando envían un manuscrito. Estos pueden incluir conflictos de intereses financieros, es decir, propiedad de patentes, propiedad de acciones, empleo en compañías de diálisis/farmacéuticas, consultorías o pagos por conferencias de compañías farmacéuticas relacionadas con el tópico de investigación o área de estudio. Los autores deben tener en cuenta que los revisores deben asesorar al Editor de cualquier conflicto de interés que pueda influir en el dictamen de los autores.

Todos los conflictos de intereses (o información especificando la ausencia de conflicto de intereses) se deben incluir en la página inicial bajo el título "Conflicto de intereses". Esta información será incluida en el artículo publicado. Si los autores no tienen ningún conflicto de intereses se deberá

incluir la siguiente frase: "No se declaran conflictos de interés por los autor(es)".

Fuentes de financiación: Los autores deben especificar la fuente de financiación para su investigación cuando envían un manuscrito. Los proveedores de la ayuda han de ser nombrados y su ubicación (ciudad, estado/provincia, país) ha de ser incluida. Dicha información será expuesta en la sección de Agradecimiento del artículo publicado.

DETECCIÓN DE PLAGIOS

La Revista Enfermería Nefrológica lucha en contra del plagio y no acepta bajo ningún concepto la publicación materiales plagiados.

El plagio incluye, pero no se limita a:

- La copia directa de texto, ideas, imágenes o datos de otras fuentes sin la correspondiente, clara y debida atribución.

- El reciclado de texto de un artículo propio sin la correspondiente atribución y visto bueno del editor/a (leer más sobre reciclado de texto en la "Política de publicación redundante o duplicada y reciclado de texto".
- Usar una idea de otra fuente usando un lenguaje modificado sin la correspondiente, clara y debida atribución.

Para la detección de plagios se ayudará de softwares informáticos como el Google Scholar Search Engine - Plagiarisma.Net (<http://plagiarisma.net/scholar.php>).

Enfermería Nefrológica sigue las decisiones recomendadas por la COPE en caso de sospecha de plagio de un manuscrito recibido o de un artículo ya publicado (<http://publicationethics.org/files/Spanish%20%281%29.pdf>). Enfermería Nefrológica se reserva el derecho de contactar con la institución de los/as autores/as en caso de confirmarse un caso de plagio, tanto antes como después de la publicación.

Tabla 1. Tabla resumen estructura y extensión de cada sección de la revista.

Tipo de manuscrito	Resumen (Español e Inglés)	Texto principal	Tablas y figuras	Autores	Referencias
Editorial.	No	Extensión máxima: 750 palabras, incluida bibliografía.	Ninguna.	Máximo recomendado 2.	Máximo 4.
Originales Metodología Cuantitativa.	250 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones.	Extensión máxima: 3500 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión y Conclusiones.	Máximo 6.	Máximo recomendado 6.	Máximo 35.
Originales Metodología Cualitativa.	250 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones.	Extensión máxima: 5000 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión y Conclusiones.	Máximo 6.	Máximo recomendado 6.	Máximo 35.
Originales Breves.	250 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones.	Extensión máxima: 2500 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión y Conclusiones.	Máximo 3.	Máximo recomendado 6.	Máximo 15.
Revisiones.	250 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones.	Extensión máxima: 3.800 palabras. Estructura: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión y Conclusiones.	Máximo 6.	Máximo recomendado 6.	Máximo 80.
Casos Clínicos.	250 palabras. Estructura: descripción caso, descripción del plan de cuidados, evaluación del plan, conclusiones.	Extensión máxima: 2500 palabras. Estructura: Introducción; Presentación del caso; Valoración enfermera (completa); Descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras); Evaluación del plan de cuidados y Conclusiones.	Máximo 3.	Máximo recomendado 3.	Máximo 15.

Information for authors

Publication Guidelines

The Journal ENFERMERÍA NEFROLÓGICA is the official publication of the Spanish Nephrology Nursing Association (SEDEN). Although the Spanish is the priority language of journal, articles can also be approved in Portuguese and English.

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA regularly publishes four issues per year, the 30th day of the last month of each quarter and has a reduced paper version. The entire contents are available in full on the website: www.revistaseden.org which has unrestricted access and free of charge. The Journal is financed by the entity that publishes and is distributed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International Public License (BY NC). This Journal does not apply any charge for publication.

The journal is included in: CINAHL, IBECS, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), Sherpa/RoMEO, C17, RECOLECTA, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Rebiun, Redib, MIAR, Wordcat, Google ScholarMetrics, Cuidatge, Cabells Scholarly Analytics, AmeliCa y JournalTOCs.

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA publishes nursing research articles related to nephrology, high blood pressure, dialysis and transplants, the purpose of which is to contribute to spreading scientific knowledge to result in better care of renal patients.

For the publication of manuscripts, ENFERMERÍA NEFROLÓGICA follows the general guidelines described in the Uniform Requirements for Manuscripts submitted for publication in medical journals, drawn up by the International Committee of Medical Journal Editors (ICJME). Available at <http://www.icmje.org>. In evaluating the manuscripts received, the Editorial Committee will take into account compliance with the following writing protocol.

SECTIONS OF THE JOURNAL

The Journal fundamentally comprises the following sections:

Editorial. A brief article, in which an opinion is expressed, or facts or other opinions are interpreted. Brief reviews commissioned by the Editorial Committee.

Originals. These are articles in which the author or authors study a health problem from which a specific nursing action is derived. Quantitative, qualitative or both approaches must be used.

Originals with quantitative and qualitative methodology will include: Structured Abstract (maximum 250 words, in English and Spanish), Introduction, Aims, Material and Methods, Results and Discussion/Conclusions (length must not exceed 3500 words for quantitative methodology, and 5000 words for qualitative methodology, maximum 6 tables and/or figures, maximum 35 references).

Reviews. Bibliometric studies, narrative reviews, integrative, systematic, meta-analysis and meta-synthesis on important and topical issues in the area of Nursing or Nephrology, following the same structure and standards as the original papers, with a maximum of 80 references. The reviews are requested by the directors or referred to the initiative of the authors.

Continued training. Articles where the author sets out the result of an in-depth review of the current state of knowledge on a certain matter related to Nephrology. Training and/or review articles are commissioned by the Journal's Editorial Committee.

Clinical Cases Reports. A fundamentally descriptive work presenting one or a small number of cases related to the clinical practice of nursing professionals, in any of their different spheres of action. The article should be brief and will describe the action methodology aimed at resolution from the standpoint of nursing care. Their structure will be: Structured

Abstract (case description, nursing care plan description, evaluation and conclusions; maximum 250 words; in Spanish and English), Introduction, Case presentation, Nursing assessment (complete), Nursing care plan description (including nursing diagnoses and collaborative problems, nursing outcomes and interventions. NANDA – NIC – NOC taxonomy is recommended), Nursing care plan evaluation and conclusions. Length must not exceed 2500 words, maximum 3 tables and/or figures, maximum 15 references.

Letters to the director. These are brief communications expressing agreement or disagreement with articles published previously. They may also comprise observations or experiences that can be summarized in a brief text. Their will be a maximum of 1500 words, 5 references and 1 table/figure.

Short Originals. Research studies with the same characteristics as originals, but on a smaller scale (case series, research on experiences with very specific aims and results), that may be published in a more abbreviated form. Their structure will be: Structured Abstract in (maximum 250 words, in Spanish and English), Introduction, Aims, Material and Methods, Results, Discussion and Conclusions (length must not exceed 2500 words, maximum 3 tables and/or figures, maximum 15 references).

Other sections. These will include various articles that may be of interest in the field of Nephrology Nursing.

The indicated extensions are guidance. The manuscripts extension excludes: title, authors/filiation, abstract, tables and references. The structure and extent of each section of the journal is summarized in **Table 1**.

FORMAL ASPECTS FOR SUBMITTING MANUSCRIPTS

The intellectual property of the manuscripts accepted for publication will be of their authors and is transferred to Enfermería Nefrológica when the manuscript is published, according to the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License. Manuscripts which have been previously published or submitted simultaneously to other journals will not be accepted. The authors shall inform to the Editorial Board if the manuscript had been submitted to any scientific activity (Congress, Conferences).

Manuscripts should be sent using the journal's website: <http://www.revistaseden.org/envio-trabajos-acceso.aspx>

With the manuscript must be sent a cover letter to the Editor-in-chief of the Journal, where acceptance for publication in any section from the same is requested. Here the Copyright Transfer Agreement, originality of work, responsibility for content and no publication elsewhere will be incorporated. Manuscripts should be submitted in two files in Word format, one with personal details and the other one anonymized for peer review, the page size will be DIN A4, using double spacing, font size 12 and 2.5 cm for each one of its margins. The pages should be numbered consecutively. It is recommended not to use running heads, foot lines, or underlining as they can create formatting difficulties in the event that the manuscripts are published.

The management tool from the Journal ENFERMERÍA NEFROLÓGICA will acknowledge receipt of all manuscripts. Once acknowledged, the editorial process will start, which can be followed by the authors on the platform referred.

The manuscripts will be separated into two files, which are included in the management tool:

File 1:

- Cover letter.
- Copyright Transfer Agreement, responsibility for content and no publication elsewhere.

File 2:

- Full Manuscript with personal details (including tables and appendices).

File 3:

- Full Manuscript with no personal details (including tables and appendices).

Before the final submission the author will have to accept the Ethical Responsibility section. Funding. The authors indicate the sources of funding of manuscript subjected to evaluation, if any.

Manuscripts should respect the following presentation conditions:

Title page. This should indicate the title of the article, the full names of the authors, their workplaces, country of origin and other specifications when deemed necessary. The corresponding author should be indicated, along with their address and email. It is highly recommended to specify the Orcid code (unique identifier of researchers) of each author to unequivocally identify the authors.

Abstract. All articles should include an abstract (in the native language and in English). The maximum length is 250 words. The abstract must contain sufficient information to give the reader a clear idea of the contents of the manuscript, without any reference to the text, bibliographical quotations or abbreviations and should be structured with the same sections as the article (objectives, material and methods, result and conclusions). The abstract should not contain information that is not later found in the text.

Keywords. At the end of the abstract, 3-6 key words should be included, which will be directly related to the general contents of the article (they can be found in Spanish in the DeCS list in the IBECs database: <http://deces.homolog.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>; and in English in the MeSH list of Index Medicus: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

Text. In observation and experimental manuscripts, the text is usually divided into sections called: Introduction should provide the necessary elements for understanding the work and include the objectives; Material (or patients) and Methods used in research including research center, duration of the study, features of the series, calculation of the sample and techniques used. In quantitative research, statistical methods should be described; Results should be an exposition of data, not a comment or discussion. The results should accurately answer the objectives outlined in the introduction. Tables or figures may be used to complement the information, but unnecessary repetition of the results already included in the tables should be avoided, and simply highlight the most relevant data. In the Discussion, the authors discuss and analyze the results, relating them to those obtained in other studies, with appropriate citations and the conclusions reached. Discussion and conclusions should be derived directly from the results, avoiding statements that are not endorsed by the results of the study.

Acknowledgements. When considered necessary, the authors express their thanks to the various people or institutions who have contributed to the study. People who do not meet all the requirements for authorship but they have facilitated the completion of the manuscript, should appear, such as people who have collaborated in collecting data.

Bibliography. References will be prepared according to the ICMJE with the rules of the National Library of Medicine (NLM), available at: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Bibliographical references should be numbered consecutively according to the order of appearance in the text for the first time, in superscript Arabic numbers, with same size and type font used in the text. References should not be translated (must appear in the original language of the manuscript) and have to follow an international nomenclature. The names

of the Journals must be abbreviated in accordance with the style used in the Index Medicus; for this consult the "List of Journals indexed" which is included every year in the January issue of Index Medicus. Also, it is possible to consult the Collective catalog of periodic publications of Spanish Health Sciences libraries, denominated c17 (<http://www.c17.net/>). If a journal is not included in the Index Medicus or c17, the full name will have to be written.

It is recommended to cite an appropriate number of references without omitting related articles published in the Journal ENFERMERÍA NEFROLÓGICA in recent years.

Below are some examples of references:

Standard journal article

It shall indicate:

Zurera Delgado I, Caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol.* 2014 Oct-Dic;17(4):251-60.

In case of more than 6 authors, mention the first six authors, followed by the expression "et al":

Firaneck CA, Garza S, Gellens ME, Lattrel K, Mancini A, Robar A et al. Contrasting Perceptions of Home Dialysis Therapies Among In-Center and Home Dialysis Staff. *Nephrol Nurs J.* 2016 May-Jun; 43(3):195-205.

In case of Supplement:

Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2018;21(Supl 1):S6-198.

Article published electronically ahead of the print version

Blanco-Mavillard I. ¿Están incluidos los cuidados paliativos en la atención al enfermo renal? *Enferm Clin.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.005> Publicación electrónica 6 Junio 2017.

Book chapter

Pulido Pulido JF, Crehuet Rodríguez I, Méndez Briso-Montiano P. Punciones de accesos vasculares permanentes. En: Crespo Montero R, Casas Cuesta R, editores. *Procedimientos y protocolos con competencias específicas para Enfermería Nefrológica.* Madrid: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN); 2013. p. 149-54.

Online journal article

Pérez Pérez MJ. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. *Biblioteca Lascasas [Internet]* 2012 Enero [citado 10 marzo 2015]; 8: [aprox. 59 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0015.php>

Web page

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid. [Consulted 5 febrero 2007]. Available at: <http://www.seden.org>

It is recommended to the authors, that, depending on the design of the study that is going to be published, check the following checklists, which can be consulted on the web page: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

- CONSORT guidelines for Clinical Trials
- TREND guidelines for non-randomised experimental studies
- STROBE guidelines for observational studies
- PRISMA guidelines for systematic reviews
- COREQ guidelines for qualitative study methodology

Tables and figures. All tables and figures will be cited in the text (in brackets, in bold, without abbreviations or hyphens), and numbered with Arabic numerals, without superscripts in a row, according to order of citation in the text. They should be presented at the end of the manuscript, each one on a separate page, with the title at the top.

Tables should be clear and simple, and all acronyms and abbreviations should be accompanied by an explanatory footnote. Images (pictures and slides) will be of good quality. It is recommended to use the jpg format.

EDITORIAL PROCESS

Receipt of the manuscript

Authors will receive an automatic acknowledgement receipt for the manuscripts sent through our editorial platform. A registration number will be assigned to each manuscript, which will be used to reference this article. Once registered, the editorial process will start, which can be followed by the authors on the platform referred.

Manuscripts that do not meet the **standards of publication** of the journal will be automatically **rejected**.

Peer-review

All manuscripts will be reviewed anonymously by at least two independent expert professionals (double-blind peer-review). After the inclusion of the article in the peer review process, authors will receive notification of the status of the article within 30 days. All members of the Committee of Experts will follow an established protocol for the evaluation of each specific type of manuscript (original article, case reports, and review).

In case of disagreement between the evaluators (an acceptance / a rejection) the Editorial Committee will request the opinion of a third evaluator. If the results of the evaluation were a rejection and an acceptance with major modifications, the Editorial Committee will evaluate if it is pertinent to request an opinion from a third evaluator or suggest the author rewrite the contribution and send it again. Editorial Committee ultimately has the final decision to publish, archive or reject the contributions received. This decision is taken responsibly and according to the analysis of the opinions and controversies that may arise.

If the manuscript needs corrections, they should be submitted to ENFERMERÍA NEFROLÓGICA in less than 15 days through the editorial platform.

The author can know at all times the state in which the manuscript is found. Throughout the peer-review process, the journal's platform indicates the state.

Review by the authors

To facilitate the task to the Committee, when the manuscript previously assessed is submitted again, authors will present the modifications (section, page, line) and in the case of not including one of them, the reasons. All modifications to the text, figures and graphics should be identified with a different color or font. After the assessment, the Editorial Committee will inform the corresponding author about the acceptance or rejection of the article for publication in the journal. In case of acceptance, you should proceed to the verification of ethical standards and conflicts of interest.

The Journal reserves the right to reject manuscripts considered not adequate for publication, as well as to introduce style changes and / or shorten texts, respecting the original version.

Proofreading

The authors of accepted articles, before the final edition, will receive the proofs of printing for correction by e-mail in pdf format. Minor corrections of typographical errors, as a comment or note inserted in the document will only be admitted. Once you have been notified of the availability of them, you will have 72 hours to review. The Editorial Committee is not responsible for any error or omission that may be published if the corrected proofs are not received by the deadline set.

Final publication

The estimated time between receipt of the article and its publication will be between 3 and 6 months. Once published each issue of the journal, the corresponding author will receive one paper format and authorship certificates of all authors of the manuscript.

Prior to the publication of the journal issue, articles will be available with their corresponding DOI in the Preprints section (articles in Press) on the journal's official website.

COPYRIGHT TRANSFER AGREEMENT

The authors will guarantee that the submitted manuscript has not been previously published nor it is in the process of being considered for publication in another journal. Also, they are responsible for its content and for having contributed to the conception and realization, participating in the writing of the text and its reviews as well as the approval of the final work submitted.

The corresponding author will establish, in his or her own name and also on behalf of the other authors, a copyright transfer agreement with ENFERMERÍA NEFROLÓGICA according to the terms of the Creative Commons Attribution – Noncommercial 4.0 International License.

The authors will be able to make use of the article indicating that it is published in our Journal.

ACCEPTANCE OF ETHICAL RESPONSIBILITIES

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA adheres to the below ethical guidelines for publication and research.

Authorship: Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript has been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal. ALL named authors must have made an active contribution to the conception and design and/or analysis and interpretation of the data and/or the drafting of the paper and informational authors should state their contribution on the title page on submission.

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) http://www.ICMJE.org/ethical_1author.html. According to the ICMJE authorship criteria should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of, analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. ALL conditions should be met.

Ethical Approvals: Where a submission reports on the collection of research data involving human subjects, it must be accompanied by an explicit statement in the Materials and Methods section identifying how informed consent was obtained and a declaration that, where appropriate, the study has been approved by the appropriate Research Ethics Committee. Editors reserve the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used.

Conflict of Interest: Authors are required to disclose any possible conflict of interest when submitting a paper. These can include financial conflicts of interest e.g. patent ownership, stock ownership, employment by dialysis/pharmaceutical companies, consultancies or speaker's fees from pharmaceutical companies related to the research/topic area. Authors should note that referees are asked to advise the Editor of any conflict of interest capable of influencing the author's judgment.

All conflicts of interest (or information specifying the absence of conflict of interest) should be included on the title page under 'Conflicts of Interest'. This information will be included in the published article. If the author does not have any conflict of interest the following statement should be included: "No conflict of interest has been declared by the author(s)."

Source of Funding: Authors are required to specify the source of funding for their research when submitting a paper. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included. The information will be disclosed in the Acknowledgements section of the published article.

DETECTION OF PLAGIARISM

The Journal Enfermería Nefrológica fights against plagiarism and does not accept under any circumstances the publication of plagiarized materials.

Plagiarism includes, but is not limited to:

- Direct copying of text, ideas, images or data from other sources without the corresponding, clear and due attribution.
- Recycling the text of a manuscript without the corresponding attribution and approval of the editor (read more about text recycling in the "Redundant or duplicate publication and text recycling policy").
- Using an idea from another source through a modified language without the corresponding, clear and proper attribution.

For the detection of plagiarism, computer software will be used, such as the Google Scholar Search Engine - Plagiarisma.Net (<http://plagiarisma.net/scholar.php>).

Enfermería Nefrológica comply with COPE's Core Practices in case of suspected plagiarism of a manuscript received or an article already published (<http://publicationethics.org/files/Spanish%20%281%29.pdf>). Enfermería Nefrológica reserves the right to contact the institution of the authors in case of confirmation of a case of plagiarism, both before and after the publication.

Tabla 1. Structure and extension summary of each journal section.

Manuscript type	Abstract (Spanish and English)	Main text	Tables and figures	Authors	References
Editorial.	No.	Maximum length: 750 words references included.	None.	Maximum 2.	Maximum 4.
Originals quantitative methodology.	250 words. Structured: Introduction, aim, method, results and conclusions.	Maximum length: 3500 words. Structure: Introduction, aims, material and method, results, discussion and conclusions.	Maximum 6.	Recommended maximum 6.	Maximum 35.
Originals qualitative methodology.	250 words. Structured: Introduction, aim, method, results and conclusions.	Maximum length: 5000 words. Structure: Introduction, aims, material and method, results, discussion and conclusions.	Maximum 6.	Recommended maximum 6.	Maximum 35.
Short Originals.	250 words. Structured: Introduction, aim, method, results and conclusions.	Maximum length: 2500 words. Structure: Introduction, aims, material and method, results, discussion and conclusions.	Maximum 3.	Recommended maximum 6.	Maximum 15.
Reviews.	250 words. Structured: Introduction, aim, method, results and conclusions.	Maximum length: 3800 words. Structure: Introduction, aims, material and method, results, discussion and conclusions.	Maximum 6.	Recommended maximum 6.	Maximum 80.
Clinical case reports.	250 words. Structured: case description, nursing care plan description, evaluation and conclusions.	Maximum length: 2500 words. Structure: Introduction, case presentation, nursing assessment (complete), nursing care plan description (including nursing diagnoses and collaborative problems, nursing outcomes and interventions), nursing care plan evaluation and conclusions.	Maximum 3.	Recommended maximum 3.	Maximum 15.

LIBROS PARA SOCIOS

Libros con descuentos para socios de la SEDEN



Tratado de Diálisis Peritoneal
 Autor: Montenegro Martínez J.
 Editorial: Elsevier España
 Pedir a SEDEN
 P.V.P.: 149,67 € (IVA incluido)



La Enfermería y el Trasplante de Órganos
 Autor: Lola Andreu y Enriqueta Force
 Editorial: Médica Panamericana
 Agotado. Pedir a SEDEN
 P.V.P.: 30 € (IVA incluido)



Nutrición y Riñón
 Autor: Miguel C. Riella
 Editorial: Médica Panamericana
 Primera edición agotada. Pedir a SEDEN
 P.V.P.: 61,20 € (IVA incluido)



Nefrología Pediátrica
 Autor: M. Antón Gamero, L. M. Rodríguez
 Editorial: Médica Panamericana
 P.V.P.: 48,45 € (IVA incluido)



Farmacología en Enfermería. Casos Clínicos
 Autor: Somoza, Cano, Guerra
 Editorial: Médica Panamericana
 P.V.P.: 34,85 € (IVA incluido)



Trasplante Renal (eBook online)
 Autor: FRIAT. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo
 Editorial: Médica Panamericana
 P.V.P.: 38,25 € (IVA incluido)



Enfermedad Renal Crónica Temprana (eBook Online)
 Autor: A. Martín, L. Cortés, H.R. Martínez y E. Rojas
 Editorial: Médica Panamericana
 P.V.P.: 22,11 € (IVA incluido)



Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia
 Autor: Grove, S.
 Editorial: Elsevier
 P.V.P.: 50,45 € (IVA incluido)



Los diagnósticos enfermeros
 Autor: Luis Rodrigo M^o T
 Editorial: Elsevier España.
 P.V.P.: 50,07 € (IVA incluido)



Vínculos de Noc y Nic a Nanda-I y Diagnósticos médicos
 Autor: Johnson M.
 Editorial: Elsevier España.
 P.V.P.: 58,34€ (IVA incluido)



Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud
 Autor: Edited by Sue Moorhead
 Editorial: Elsevier España.
 P.V.P.: 68,23 € (IVA incluido)



Guía de gestión y dirección de enfermería
 Autor: Marriner Tomey A.
 Editorial: Elsevier España.
 P.V.P.: 72,06 € (IVA incluido)



Lenguaje Nic para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería
 Autor: Olivé Adrados...
 Editorial: Elsevier España.
 P.V.P.: 61,28 € (IVA incluido)



Introducción a la investigación en Ciencias de la Salud
 Autor: Edited by Stephen Polgar...
 Editorial: Elsevier España.
 P.V.P.: 36,63 € (IVA incluido)



Nefrología para enfermeros
 Autor: Méndez Durán, A.
 Editorial: Manual Moderna
 P.V.P.: 33,20 € (IVA incluido)



Escribir y publicar en enfermería
 Autor: Piqué J, Camaño R, Piqué C.
 Editorial: Tirant Humanidades
 P.V.P.: 21,64 € (IVA incluido)



Manual de diagnósticos enfermeros
 Autor: Carpenitos, L.
 Editorial: Lippincott
 P.V.P.: 35,38 € (IVA incluido)



Manual de diagnósticos enfermeros
 Autor: Gordin M.
 Editorial: Mosby
 P.V.P.: 31,41 € (IVA incluido)



Enfermería en Prescripción
 Autor: Pous M.P, Serrano D.
 Editorial: Díaz de Santos
 P.V.P.: 39,90 € (IVA incluido)



Práctica basada en la evidencia
 Autor: Orts Cortés
 Editorial: Elsevier
 Precio: 26,63 € (IVA incluido)



Investigación cualitativa
 Autor: Azucena Pedraz
 Editorial: Elsevier
 Precio: 26,63 € (IVA incluido)



Guía Práctica de Enfermería Médico-Quirúrgica
 Autores: Sharon L. Lewis- Linda Bucher
 Editorial: Elsevier
 Precio: 46,71 € (IVA incluido)

Nombre: Apellidos: Nº de Socio:

Dirección: D.N.I.:

C.P.: Localidad: Provincia:

Tel.: e.mail:

Estoy interesada/o en los siguientes libros a través de Axón:

- "Tratado de Diálisis Peritoneal". Montenegro Martínez J.
- "La enfermería y el Trasplante de Órganos". Lola Andreu y Enriqueta Force
- "Nutrición y Riñón". Miguel C. Riella.
- "Nefrología Pediátrica". M. Antón Gamero, L. M. Rodríguez
- "Farmacología en Enfermería". Casos Clínicos. Somoza, Cano, Guerra
- "Trasplante Renal (eBook Online)" FRIAT
- "Enfermedad Renal crónica Temprana (eBook Online)". A. Martín, L. Cortés...
- Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Grove, S.
- "Los Diagnósticos Enfermeros". Luis Rodrigo, M. T.
- "Vínculos de Noc y Nic a Nanda-I y Diagnósticos médicos". Johnson M.
- "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en salud". Edited by Sue Moorhead.
- "Guía de gestión y dirección de enfermería". Marriner Tomey A.
- "Lenguaje Nic para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería" Olivé Adrados
- "Introducción a la investigación en Ciencias de la Salud". Edited by Stephen Polgar
- "Nefrología para enfermeros". Méndez Durán, A.
- "Escribir y publicar en enfermería". Piqué J, Camaño R, Piqué C.

- "Manual de diagnósticos enfermeros". Carpenitos, L.
- "Manual de diagnósticos enfermeros". Gordin M.
- "Enfermería en prescripción". Pous M.P, Serrano D.
- "Práctica basada en la evidencia". Cortés O.
- "Investigación cualitativa". Pedraz A.
- "Guía Práctica de Enfermería Médico-Quirúrgica". Lewis S.L, Bucher L.

Cualquier libro de Panamericana, se encuentre o no en este listado, tendrá un descuento para asociados del 10% sobre el precio base del libro. Para ello deberán tramitarse por su web www.panamericana.com introduciendo un código para su compra. Los libros editados por Aula Médica, tienen un 30% de descuento y todos los libros de otra editorial que se vean en la página de aula Médica, tienen un 5% de descuento. Los libros de la página de Axón tendrán un 10% de descuento, tendrán que ser tramitados por SEDEN y están libres de gastos de envío. El % se aplicará sobre la base del precio sin IVA.

Mandar a SEDEN E-mail: seden@seden.org

Disfrute de unas vacaciones relajantes
en uno de los 15 centros que Diaverum
tienen en la Comunidad Valenciana



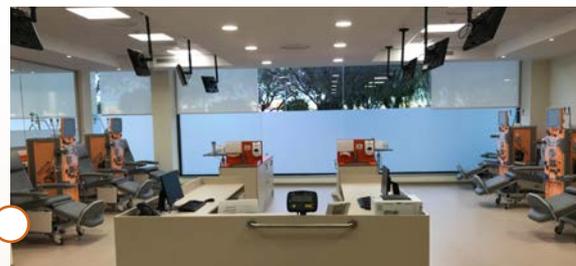
DIAVERUM
d.HOLIDAY



Nuestras nuevas aperturas en la Comunidad Valenciana

Centro de Diálisis Diaverum Alicante

Calle Proción, 3 - Alicante 03006 ☎ 966 508 164



Centro de Diálisis Diaverum Gandía

Avenida Jaume II, 51 - Gandía (Valencia) 46701 ☎ 960 901 184



Centro de Diálisis Diaverum Elche

Avenida Jubalcoy, 36 - Elche (Alicante) 03202 ☎ 966 901 336



Centro de Diálisis Diaverum Orihuela

C. Médico Temistocles Almagro, 30 - Orihuela (Alicante) 03300 ☎ 966 901 510



Centro de Diálisis Diaverum Alfafar

Calle Profesora Ana Rojo, 1 - Alfafar (Valencia) 46910 ☎ 961 801 801



Centro de Diálisis Diaverum San Vicente

Calle Sevilla, 5 - San Vicente del Raspeig (Alicante) 03690 ☎ 965 357 657



A CORUÑA 2019
XLIV CONGRESO
NACIONAL
SEDEN
8 AL 10 DE OCTUBRE

www.congresoseden.es



SECRETARÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
C/ Povedilla, 13, Bajo Izquierda • 28009 Madrid • Tel.: 91 409 37 37
e-mail: seden@seden.org • Web: www.seden.org

