

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 19 / nº 2 / abril-junio 2016

- Editorial
- Evaluación de la administración de carboximaltosa férrica intravenosa en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada, para el control de la anemia
- Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de nefrología
- La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis
- Validación del Índice de Bien-estar Personal en personas con enfermedad renal crónica
- Efluente peritoneal turbio sin peritonitis en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria en programa de ultrafiltración peritoneal
- Trastorno emocional en el paciente renal trasplantado
- ARTÍCULO DE REVISIÓN: La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal
- BIBLIOGRAFÍA COMENTADA: Situación actual de la hemodiálisis domiciliaria
- CARTA AL DIRECTOR: Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla?

www.revistaseden.org



Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

THE RIGHT THERAPY WAY

the **future** is now

FLEXYATM
FLEXIBLE DIALYSIS

simply
flexible

flexible



belco



The right therapy way

www.belco.net

Enfermería Nefrológica

DIRECTOR:

Rodolfo Crespo Montero

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

SUBDIRECTOR:

Rafael Casas Cuesta

Enfermero. Servicio de Nefrología
Hosp. U. Reina Sofía. Córdoba*
rafcasas@ono.com

EDITORES EJECUTIVOS:

Antonio Ochando García

Enfermero. Servicio de Nefrología
Hosp. U. Fundación Alcorcón. Madrid*
aochondoseden@gmail.com

Francisco Cirera Segura

Unidad Gestión Clínica Urología y Nefrología
Hosp. U. Virgen del Rocío. Sevilla*
paco.cirera@gmail.com

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Anunciación Fernández Fuentes

Supervisora de Área
Funciones de Procesos Ambulatorios
Hospital U. Infanta Leonor. Madrid*
anuncifer@gmail.com

Fernando González García

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

David Hernán Gascuña

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

Rosa María Marticorena

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

Jesús Lucas Martín Espejo

Enfermero de Diálisis Peritoneal
Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla*
jlucasmartin@hotmail.com

Luis Martín López

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

María Victoria Miranda Camarero

Enfermera. Unidad de Agudos: Hospitali-
zación y Diálisis
Hospital U. de la Princesa. Madrid*
mariavictoria.miranda@salud.madrid.org

Guillermo Molina Recio

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

Mateo Párraga Díaz

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

Marisa Pegoraro

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

Mª Cristina Rodríguez Zamora

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

Mª Jesús Rollan de la Sota

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

Nicolas Thomas

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

Filo Trocoli González

Supervisora. Serv Nefrología
Hospital Universitario 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 ASESOR:

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

M^a Isabel Catoni Salamanca

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

Juan Chaín de la Bastida

Nurse. Renal Service
Wirral University Teaching Hospital, U.K
chainseden@gmail.com

José Luis Cobo Sánchez

Enfermero. Área de Unidad de Apoyo a
la Investigación, Desarrollo e Innovación
Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla, Santander*
jocobo@humv.es

Isabel Crehuet Rodríguez

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

Magdalena Gándara Revuelta

Supervisora. Servicio de Nefrología
Hospital U. Marqués de Valdecilla
Santander*
mgandara@humv.es

José María Gutiérrez Villaplana

Supervisor. Servicio de Nefrología
Hospital U. Arnau de Vilanova, Lleida*
jmgutierrezv@gmail.com

M^a Encarnación Hernández Meca

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

Daniel Lanzas Martín

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

Esperanza Melero Rubio

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

Miguel Núñez Moral

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

Paula Ormandy

Professor of Long term conditions
Research, University of Salford
Vice President for Research British Renal
Society
UK Kidney Research Consortia Chair

Concepción Pereira Feijoo

Supervisora. Servicio de Nefrología
Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo
de Orense*
fejooopereira@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 Pediatría
Hospital U. de Cruces, Bilbao*
fernando.ramos62@gmail.com

Isidro Sánchez Villar

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

María Saravia

Profesora de Enfermería
Esc. Sup. María Fernanda Resende,
Lisboa, Portugal
mariasarava5993@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

* España

DIRECTORA HONORÍFICA:

Dolores Andreu Pérez

Facultad de Enfermería, Barcelona*
lolaandreu@ub.edu

JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

Presidenta: Alicia Gómez Gómez

Vicepresidenta: M^a Paz Ruíz Álvarez

Secretaria General: Laura Baena Ruiz

Tesorera: M^a Ángeles Martínez Terceño

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:

Magdalena Gándara Revuelta

Vocalía de Publicaciones: Francisco Cirera Segura

Vocalía de Hemodiálisis: Alberto Sánchez Martín

Vocalía de Investigación: Maite Alonso Torres

Vocalía de D. Peritoneal: Miguel Núñez Moral

Vocalía de Hospitalización y Trasplante:

Sara Monge Martín

Vocalía de Docencia: Juan Francisco Pulido Pulido

Edita:

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica

Secretaría de redacción:

SEDEN

Lira 1, escalera centro, 1º C

Tel.: 00 34 91 409 37 37

Fax: 00 34 91 504 09 77

28007-Madrid, España

E-mail: seden@seden.org /

http://www.seden.org

Tarifas de suscripción:

Instituciones con sede en el extranjero:

75 € (IVA Incluido) / Instituciones con

sede nacional: 65 € (IVA Incluido)

Publicado el 27 de junio de 2016

Periodicidad: trimestral

Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,

Revista de la Sociedad Española de

Enfermería Nefrológica y Actualmente

Enfermería Nefrológica

© Copyright 1998. 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 puede 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 las bases de datos:

CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, DULCINEA, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), RoMEO, C17, RECOLECTA, COMPLUDOC, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Redib, Google Scholar Metrics, Cuidatge

Maquetación: Km. 0. Des. Gráfico

Impresión: Ducobost, S.L. Madrid

Traducción: Pablo Jesús López Soto

ISSN: (Versión Impresa): 2254-2884

ISSN: (Versión Digital): 2255-3517

Depósito Legal: M-12824-2012



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

Información para los autores

Normas de presentación de artículos

La Revista ENFERMERÍA NEFROLÓGICA es la publicación oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 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, cada tres meses en versión electrónica, 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 se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución No Comercial 4.0 Internacional (BY NC).

La revista está incluida en las siguientes bases de datos: CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, DULCINEA, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), RoMEO, C17, RECOLECTA, COMPLUDOC, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Redib, Google Scholar Metrics, Cuidatge

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. 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.

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. La extensión debe ser breve y se describirá la metodología de actuación encaminada a su resolución bajo el punto de vista de la atención de enfermería.

Cartas al director o Comunicación breve. 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 que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto.

Otras secciones. En ellas se incluirán artículos diversos que puedan ser de interés en el campo de la Enfermería Nefrológica.

ASPECTOS FORMALES PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Todos los manuscritos aceptados para publicación pasan a ser propiedad de la Revista y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. 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 de la Revista.

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 **Cesión de Derechos**, 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. 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. El archivo identificado incorporará en su primera página la carta al director.

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 Cesión de Derechos, responsabilidad de Contenido y no publicación en otro medio

Archivo 2:

- Trabajo identificado completo (incluidas tablas y anexos)

Archivo 3:

- Trabajo Anónimo completo (incluidas tablas y anexos)

Antes del envío definitivo habrá que aceptar el apartado de Responsabilidad Ética.

Los manuscritos originales deberán respetar las siguientes condiciones de presentación:

Primera página. Se inicia con el Título del artículo, nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo, dirección postal y electrónica para la correspondencia, país de origen y otras especificaciones cuando se considere necesario.

Resumen. Todos los artículos deberán incluir un resumen (en el idioma de origen y en inglés). La extensión aproximada será de 150-250 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 Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen no contendrá información que no se encuentre después en el texto.

Palabras clave. Al final del resumen deben incluirse 3-6 palabras clave, que estarán directamente relacionadas con las principales variables del estudio.

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.

Esta normativa se refiere específicamente a los artículos originales, en las demás secciones de la revista se obviará el resumen y las palabras clave. Aunque no se contempla una limitación estricta en la extensión de los textos se recomienda, para los manuscritos originales, no superar las 15 páginas y 6 figuras o tablas. En los casos clínicos y cartas al director, la extensión no debería superar las 8 páginas y 3 figuras o tablas.

Bibliografía. Se elaborará de acuerdo con las normas de Vancouver, disponible en <http://www.icmje.org>. Las referencias bibliográficas deberán ir numeradas correlativamente según el orden de aparición en el texto por primera vez, en superíndice. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá a dicho signo.

A continuación se dan algunos ejemplos de referencias bibliográficas.

Artículo de revista

Manzano Angua JM. Valoración antropométrica de la población renal crónica estable en hemodiálisis en la provincia de Sevilla. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2006; 9(3):218-225.

Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clin.* 2006; 16(1):3-10.

Reseñar todos los autores; si son más de seis relacionar los seis primeros y añadir la expresión et al. Los títulos de las revistas deben abreviarse, tomando como referencia el Index de Enfermería o el Index Medicus para las revistas biomédicas.

Capítulo de un libro

Sorkin MI. Equipo para diálisis peritoneal. En: Daugirdas JT, Ing TS. *Manual de diálisis.* Barcelona: Masson; 1996: 247-258.

Artículo de revista en Internet

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar [Revista en Internet]* 2003 septiembre-diciembre [consultado 19 de octubre de 2005]; 26(3).

Disponible: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

Página Web

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid. [acceso 5 febrero 2007]. Disponible en: <http://www.seden.org>

Tablas y figuras. Se presentarán al final del manuscrito, cada una en una página diferente, con el título en la parte superior de las mismas. La numeración de tablas y figuras debe realizarse separadamente con números arábigos, según el orden de aparición en el texto.

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

El autor recibirá un acuse automático de recibo de los manuscritos enviados a la Revista a través de nuestra plataforma editorial. Una vez acusado recibo se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores en la plataforma mencionada anteriormente. El Comité Editorial comprobará que los manuscritos enviados estén adaptados a las normas de publicación si no fuera así **conllevará su rechazo.**

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). 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 el caso de que el trabajo necesitara correcciones, éstas deberán ser remitidas a ENFERMERÍA NEFROLÓGICA en un plazo inferior a 15 días por la plataforma de la revista.

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.

El autor podrá visionar las pruebas de imprenta por la plataforma para su revisión antes de la publicación. Una vez sea avisado de la disponibilidad de las mismas tendrá 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.

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 de su artículo.

FORMULARIO DE CESIÓN DE DERECHOS

El autor responsable de la correspondencia, al realizar el envío del manuscrito a través de la plataforma de la revista en la página Web de la misma asentirá, en su propio nombre, así como en representación del resto de autores, en caso de ser más de uno, en la cesión de todos los derechos de propiedad (copyright) del trabajo una vez aceptado, a la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica como editora patrocinadora de la Revista ENFERMERÍA NEFROLÓGICA. Por lo que 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.

Los autores podrán hacer uso de su artículo siempre que indiquen que está publicado en nuestra revista.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran además, estar libres de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de interés en conexión con el artículo remitido. (La SEDEN declina cualquier posible conflicto de autoría de los manuscritos que se publiquen).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

También deberán mencionar en la sección de métodos cuáles son los procedimientos utilizados en los pacientes y los controles que han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado.

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Es responsabilidad y deber de la redacción de la Revista ENFERMERÍA NEFROLÓGICA recordar a sus colaboradores los siguientes términos:

Cuando se describan experimentos que se hayan realizados con seres humanos el autor asegura que dichos procedimientos se han seguido conforme a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y a la Declaración de Helsinki de 1975 y posteriores modificaciones. No se deben utilizar nombres, iniciales o números de hospital, sobre todo en las figuras. Cuando se describen experimentos con animales se debe indicar si se han seguido las pautas de un instituto o consejo de investigación internacional o una ley nacional reguladora del cuidado y la utilización de animales de laboratorio.

Contar con un permiso de publicación por parte de la institución que ha financiado la investigación.

La revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para producir parcialmente material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones y de citar su procedencia correctamente. La dirección de la revista, los miembros de los Comités y la sociedad editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material.

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

Information for authors

Publication Guidelines

The Journal ENFERMERÍA NEFROLÓGICA is the official publication of the Spanish Nephrology Nursing Association. 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, one every three months, 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 distributed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International Public License (CC BY NC).

The journal is included in the following databases: CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, DULCINEA, Scopus/Scimago Journal Rank (SJR), RoMEO, C17, RECOLECTA, COMPLUDOC, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Redib, Google Scholar Metrics, Cuidatge

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. 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.

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.

Case studies. 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.

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.

Other sections. These will include various articles that may be of interest in the field of Nephrology Nursing.

FORMAL ASPECTS FOR SUBMITTING MANUSCRIPTS

All manuscripts accepted for publication become property of the Journal and they may not be reproduced partially or totally without permission of the Journal. Manuscripts which have been previously published or submitted simultaneously to other journals will not be accepted. The authors shall inform the Journal 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, origi-

nality 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 DINA4, using double spacing and font size 12. The pages should be numbered consecutively. It is recommended not to use running heads, footlines, or underlining as they can create formatting difficulties in the event that the manuscripts are published. The identified file should incorporate the letter to the editor on its front page.

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 three 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.

Manuscripts should respect the following presentation conditions:

Title page. This should indicate the title of the article, the full names of the authors, their academic qualifications, workplace, postal and electronic address for correspondence, and other specifications when considered necessary.

Abstract. All articles should include an abstract (in the native language and in English). The approximate length of the abstract will be 150-250 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.

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.

These rules refer specifically to original articles, in the other sections of the journal the abstract and keywords are not required. Although

there is no strict limitation to the length of texts, it is recommended that manuscripts should not exceed 15 pages and 6 figures or tables. In case studies and letters to the director, the length should not exceed 8 pages and 3 figures or tables.

Bibliography. The bibliography should be drawn up in accordance with standard Vancouver style, available on <http://www.icmje.org>. Bibliographical references should be numbered consecutively according to the order of appearance in the text for the first time, in superscript.

Below are some examples of references

Journal article

Manzano Angua JM. Valoración antropométrica de la población renal crónica estable en hemodiálisis en la provincia de Sevilla. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2006; 9(3):218-225.

Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clin.* 2006; 16(1):3-10.

Notice all authors; if more than six authors should be included the first six and added the expression et al. The titles of journals should be abbreviated, taking as reference the Nursing Index or Index Medicus for biomedical journals.

Book chapter

Sorkin MI. Equipo para diálisis peritoneal. In: Daugirdas JT, Ing TS. *Manual de diálisis.* Barcelona: Masson; 1996: 247-258.

Online journal article

Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar [Online journal]* 2003 September-December [accessed in: 19 de octubre de 2005]; 26(3).

Available: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revi-s2a.html>

Web page

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid. [accessed 5 febrero 2007]. Available at: <http://www.seden.org>

Tables and figures. Tables and figures should be presented at the end of the manuscript, each one on a separate page, with the title at the top. Tables and figures should be numbered separately using Arabic numerals, according to their order of appearance in the text.

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

Authors will receive an automatic acknowledgement of receipt of the manuscripts sent through our editorial platform. Once acknowledged, the editorial process will start, which can be followed by the authors on the platform referred. The Editorial Committee will evaluate that the manuscripts submitted are adapted to the publication norms and if this were not the case would be rejected.

All manuscripts will be reviewed anonymously by at least two independent expert professionals (peer-review). 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). If the manuscript needs corrections, they should be submitted to ENFERMERÍA NEFROLÓGICA in less than 15 days through the editorial platform.

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.

The author may watch the proofs through the platform for their review before publication. 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.

Once published each issue of the journal, the corresponding author will receive one paper format and authorship certificates of all authors.

FORM FOR ASSIGNMENT OF RIGHTS

In the submission of the manuscript through the journal's website, the corresponding author will consent, in his or her own name and also on behalf of the other authors, if more than one, to the assignment of all copyright in respect of the article once accepted to the Spanish Nephrology Nursing Association as sponsoring editor of the Journal ENFERMERÍA NEFROLÓGICA. In this way, the authors will ensure that the submission has not been previously published or is in the process of consideration for publication elsewhere and they will assume responsibility for its contents, as well as having contributed to the conception and implementation, participating also in drafting the text and revisions, finally approving the submission.

Authors may make use of the article indicating that it is published in our Journal.

Conflict of interest

The authors also declare that they are free from any personal or commercial association that might entail a conflict of interest in relation to the article sent. (The SEDEN Association declines any possible conflict regarding authorship of the manuscripts published).

Informed consent

The methods section should also mention that the procedures used on patients and control subjects have been performed after obtaining informed consent.

Acceptance of ethical responsibilities

It is the responsibility and duty of the editorial staff of the Journal ENFERMERÍA NEFROLÓGICA to remind its collaborators of the following terms:

When describing experiments carried out on human subjects, the author should indicate that the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975 and subsequent modifications. No names, initials or hospital numbers should be used, especially in figures. When experiments with animals are described, the author should indicate whether the guidelines of an international research institute or board or of a national law regulating the care and use of laboratory animals have been followed.

Permission to publish should be obtained from the institution that has financed the research.

The journal does not accept previously published material. Authors are responsible for obtaining the pertinent permission to reproduce partially material (text, tables or figures) from other publications and for citing them correctly. The editorship of the journal, members of the Committees and society publisher disclaim any responsibility for such material.

The absence of express agreement of these requirements may be grounds for rejection of the manuscript.

Sumario

- 111 **Editorial: Un nuevo reto para todos**
Francisco Cirera Segura
- 113 **Evaluación de la administración de carboximaltosa férrica intravenosa en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada, para el control de la anemia**
Esther García García, M^a Ángeles Romero González, Sonia Mendoza Mendoza, Alicia Gómez Gómez
- 118 **Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de nefrología**
Ángel Jiménez Maldonado, Sonsoles García Millán
- 125 **La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis**
M^a Carmen López Toledano, Isabel Luque Cantarero, Victoria Eugenia Gómez López, Rafael Casas Cuesta, Rodolfo Crespo Montero
- 135 **Validación del Índice de Bien-estar Personal en personas con enfermedad renal crónica**
Luís Manuel Mota de Sousa, Cristina Maria Alves Marques-Vieira, Sandy Silva Pedro Severino, Juan Luis Pozo Rosado, Helena Maria Guerreiro José
- 143 **Efluente peritoneal turbio sin peritonitis en pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria en programa de ultrafiltración peritoneal**
Mónica Fernández Pérez, Beatriz Peláez Requejo, Miguel Núñez Moral, Alejandra Méndez González, Isabel González Díaz, Aurora Quintana Fernández, José Emilio Sánchez Álvarez, Carmen Rodríguez Suárez
- 147 **Trastorno emocional en el paciente renal trasplantado**
Fanny Moreno Rubio, Silvia Lorena Mora Villarroel, Claudia Castelblanco Toro, Carmenza Molina López, Lizzeth Andrea Ortiz Varela
- 154 **ARTÍCULO DE REVISIÓN: La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal**
Ana Julia Carrillo Algarra, Nathaly Duque Salazar, Kimberly Julieth Nieto Parra
- 165 **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA: Situación actual de la hemodiálisis domiciliaria**
Dolores Andreu Periz, Carmen Moreno Arroyo, Miguel Ángel Hidalgo Blanco
- 170 **CARTA AL DIRECTOR: Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla?**
M^a Eugenia Pons Raventos, Ana Rebollo Rubio, José Vicente Jiménez Ternero

Summary

- 111 **Editorial: A new challenge for everyone**
Francisco Cirera Segura
- 113 **Evaluation of the intravenous administration of iron carboxymaltose for controlling anemia in advanced chronic kidney disease**
Esther García García, M^a Ángeles Romero González, Sonia Mendoza Mendoza, Alicia Gómez Gómez
- 118 **Assessment of anxiety and burnout in nurses of a unit of Nephrology**
Ángel Jiménez Maldonado, Sonsoles García Millán
- 125 **Patient satisfaction as a component of quality in dialysis units**
M^a Carmen López Toledano, Isabel Luque Cantarero, Victoria Eugenia Gómez López, Rafael Casas Cuesta, Rodolfo Crespo Montero
- 135 **Validation of personal well-being index in people with chronic kidney disease**
Luís Manuel Mota de Sousa, Cristina Maria Alves Marques-Vieira, Sandy Silva Pedro Severino, Juan Luis Pozo Rosado, Helena Maria Guerreiro José
- 143 **Cloudy peritoneal effluent without peritonitis in patients with refractory heart failure undergoing peritoneal ultrafiltration**
Mónica Fernández Pérez, Beatriz Peláez Requejo, Miguel Núñez Moral, Alejandra Méndez González, Isabel González Díaz, Aurora Quintana Fernández, José Emilio Sánchez Álvarez, Carmen Rodríguez Suárez
- 147 **Emotional disorder in renal transplant patients**
Fanny Moreno Rubio, Silvia Lorena Mora Villarroel, Claudia Castelblanco Toro, Carmenza Molina López, Lizzeth Andrea Ortiz Varela
- 154 **REVIEW ARTICLE: Qualitative evidence and patient care in peritoneal dialysis**
Ana Julia Carrillo Algarra, Nathaly Duque Salazar, Kimberly Julieth Nieto Parra
- 165 **ANNOTATED BIBLIOGRAPHY: Current status of home hemodialysis**
Dolores Andreu Periz, Carmen Moreno Arroyo, Miguel Ángel Hidalgo Blanco
- 170 **LETTER TO THE EDITOR: Fragility: how do we detect it?**
M^a Eugenia Pons Raventos, Ana Rebollo Rubio, José Vicente Jiménez Ternero

Editorial

Un nuevo reto para todos

Estimados compañeros/compañeras:

Aprovecho esta editorial para presentarme como vocal de publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y ponerme a vuestra disposición para cualquier cosa que necesitéis.

Como habréis visto, desde primeros de años hemos puesto en marcha varios proyectos de los que os quiero hacer partícipes ya que para todos ellos es imprescindible vuestra colaboración.

El primero está directamente relacionado con la revista Enfermería Nefrológica, que es uno de los estandartes de nuestra sociedad.

En la última asamblea se decidió que la revista adoptará el formato electrónico adaptándose a los nuevos tiempos y se envía puntualmente a los socios para su consulta, además de estar disponible a través de la página web de la revista.

El magnífico trabajo que han venido realizando desde la dirección de la revista nos ha brindado la oportunidad de proponernos metas mayores. La posibilidad de establecer un convenio con sociedades de enfermería iberoamericanas, puede convertirnos en la revista referente en castellano de la Enfermería Nefrológica y como tal, debemos aspirar a entrar en la principal base de datos de revistas médicas como es Medline.

Este es un proyecto a medio largo plazo, que conllevará mucho trabajo y esfuerzo por parte de todos pero cuyo resultado nos beneficiará tanto a los autores como a la sociedad ya que aumentará nuestra visibilidad a nivel internacional.

Por estos motivos, hemos realizados cambios en el consejo editorial de la revista, hemos puesto en marcha la plataforma de revisión por pares, y estamos formando en su funcionamiento a todos los miembros del consejo editorial.

También queremos implementar la figura del "tutor", para aquellos socios que presenten un trabajo a la revista y necesiten algún asesoramiento tanto en metodología como en escritura científica, hasta que su artículo sea publicado en nuestra revista.

Por otro lado, hemos continuado el proyecto en las redes sociales que iniciaron la anterior junta directiva y mi antecesora en la vocalía. Estamos presentes en Facebook, así como en Twitter, donde diariamente os ofrecemos todas las noticias y la actualidad relacionada con la Enfermería Nefrológica. Cada lunes os proponemos la lectura de un artículo de nuestra revista y cada viernes os proponemos artículos de otras revistas sobre temas actuales así como de las nuevas revisiones que aparecen en nuestro campo. El resto de los días, dispondréis de los resúmenes de las jornadas y congresos a los que asistamos como Sociedad.

Así pues, os pedimos que nos hagáis llegar cualquier noticia que consideréis oportuna, o cualquier artículo que consideréis de interés, para hacerlo llegar al resto de los socios y compañeros.

Todos estos proyectos serían imposibles de realizar sin vuestra colaboración, por lo que todos aquellos que quieran colaborar en alguno de ellos serán bienvenidos encontrando la puerta abierta de esta vocalía. Podéis contactar conmigo a través de nuestra secretaría.

Representar a esta sociedad es un gran honor y una gran responsabilidad, pero con la respuesta que tenemos de los socios cada vez que os planteamos un nuevo reto, no me cabe la menor duda de que alcanzaremos los objetivos que nos hemos planteado.

Solo me queda poner a vuestra disposición esta vocalía para lo que la necesitéis.

Un saludo:

Francisco Cirera Segura
Vocal de Publicaciones

<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000200001>

estimated glomerular filtration rate of 28 ± 11 ml / min and at six months of 30 ± 11 ($p > 0.05$). Baseline and at six months hemoglobin levels were 10 ± 4 and 11 ± 3 g / dl, respectively ($p < 0.001$). The basal and final hematocrit were: 34 ± 4 vs $39 \pm 6\%$ ($p < 0.001$). Baseline ferritin levels and transferrin saturation index versus levels at six months were respectively: 88 ± 97 vs 308 ± 327 ng / ml ($p < 0.001$) and 11.2 ± 6 vs 11 ± 22.3 ($p < 0.001$). Since the average administration time by any formulation of intravenous iron is 30 minutes, the estimate based on the number of administrations is a saving of 85 and 170 hours on these four years when compared with formulations that require three to five respectively sessions. In turn, the number of punctures has been reduced without associated complications observed.

Conclusion: Carboxymaltose iron is safe and effective showing a recovery of hemoglobin levels and iron deposits. Its ease of administration has allowed substantial time savings. This, together with its few side effects makes it ideal for outpatient administration.

KEYWORDS

- ANEMIA
- IRON DEFICIENCY
- PREDIALYSIS

Introducción

La actividad de enfermería en las consultas de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) abarca numerosos aspectos y cada vez implica una mayor carga de trabajo. La anemia es un proceso muy frecuente en la enfermedad renal crónica que requiere una especial vigilancia^{1,2}. La presencia de ferropenia es una de las habituales causas multifactoriales de dicha anemia y su control es un aspecto clave. Muchas formulaciones orales o no son bien toleradas o no alcanzan niveles aconsejados por lo que es necesario su administración intravenosa^{3,4}. Esta práctica habitual en las consultas de ERCA, con las formulaciones clásicas, implica una dosis de prueba, varios días de administración iv, punciones repetidas, y por lo tanto mayor ocupación de la actividad de enfermería. La carboximaltosa férrica (CMF) es una formulación que permite una dosis alta de hierro en una sola administración iv, que posibilita reducir los tiempos de administración, las punciones y los transportes, así como optimizar la carga de trabajo del personal de enfermería, manteniendo una adecuada eficacia en el control de la anemia^{5,6,7}. Mostramos

nuestra experiencia en la consulta de ERCA en nuestro centro desde 2011 con el presente estudio, cuyo objetivo ha sido analizar la eficacia de la administración de CMF iv en el control de la anemia, así como valorar sus potenciales beneficios asociados respecto a la carga de trabajo del personal de enfermería.

Material y Métodos

Desde enero de 2011 se han estudiado de forma retrospectiva todos los pacientes en seguimiento con ERCA en nuestra consulta. Se han recogido los datos basales y a los seis meses de la administración de CMF, analizando los parámetros de anemia (hemoglobina, hematocrito, ferritina e índice de saturación de transferrina), los valores del filtrado glomerular, niveles de calcio, fósforo y PTH, así como los posibles efectos secundarios tras la administración de CMF.

De cara a analizar el consumo de tiempo de enfermería para conseguir los niveles de hierro deseados, se comparó el número de dosis necesarias con otras formulaciones, con la dosis única que se administró de CMF. Con las formulaciones previas eran necesarias de tres a cinco sesiones no consecutivas de administración iv. Cada sesión requería una punción venosa y su tiempo habitual era de 30-40 minutos.

La CMF es una formulación que permite hasta un gramo de administración de hierro iv en una sola toma, sin necesidad de dosis de carga. El tiempo de administración de 1 gr iv de CMF (Ferinject®, Vifor Pharma) se estableció en 30 minutos al igual que para administrar otras formulaciones de hierro intravenoso, aunque según la ficha técnica este tiempo podría ser menor. La dosis habitual administrada fue de 1000 mg, siempre que no se superara los 15 mg por Kg de peso corporal, diluida en 250 cc de solución de cloruro sódico al 0,9 %.

Todos los pacientes recibían el tratamiento el mismo día de la consulta tras valoración por el facultativo o como máximo al día siguiente, y se realizó en la sala de técnicas de enfermería, bajo supervisión continua de la enfermera. Para ello, se canalizaba una vía periférica mediante un catéter de pequeño calibre, intentando salvaguardar los accesos venosos del paciente.

Fueron excluidos pacientes con historial previo de reacciones a la administración de hierro iv.

Análisis estadístico: Los datos analizados tienen una distribución normal, por lo que se utilizaron tests paramétricos. Los resultados se expresan en media con desviación Standard. Para la comparación de medias se ha utilizado el test de Student para datos apareados. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Se han tratado con CMF durante el periodo de estudio 85 pacientes, de los cuales 72 pacientes presentan los datos completos. Los datos basales se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1. Datos basales.

Número de pacientes	72
Varones/Mujeres	30/42
Edad Media (años)	72±12
Etiología enfermedad renal:	
Diabetes Mellitus	20
Glomerulonefritis	11
Nefroangiosclerosis/Isquémica	22
Nefropatía Tubulo-Intersticial	8
No filiada	11
Datos Analíticos:	
Hemoglobina (gr/dl)	10,7 ± 1,1
Hematocrito (%)	33 ± 4
Ferritina (ng/ml)	118 ± 127
IST (%)	13,4 ± 5
Creatinina (mg/dl)	2,5 ± 1
FGE (ml/min, MDRD)	26,4 ± 11
Calcio (mg/dl)	9,1 ± 0,5
Fósforo (mg/dl)	3,9 ± 0,7
PTH (pg/ml)	169 ± 108

IST: Índice de saturación de transferrina. **FGE:** Filtrado glomerular estimado.

La **figura 1 y 2** muestra los resultados a de los niveles de hemoglobina, hematocrito y ferritina basales y a los 6 meses. La hemoglobina basal y a los seis meses fue de 10 ± 4 y 11 ± 3 g/dl respectivamente ($p < 0,001$). El hematocrito basal y final fueron: 34 ± 4 vs 39 ± 6 % ($p < 0,001$). Los niveles de ferritina e índice de saturación de transferrina basales y a los seis meses fueron respectivamente: 88 ± 97 vs 308 ± 327 ng/ml ($p < 0,001$) y $11,2\pm 6$ vs $22,3\pm 11$ ($p < 0,001$). No hubo diferencias en el filtrado glomerular estimado, basal de 28 ± 11 ml/min y a los seis meses de 30 ± 11 (p :n.s). Tampoco se evi-

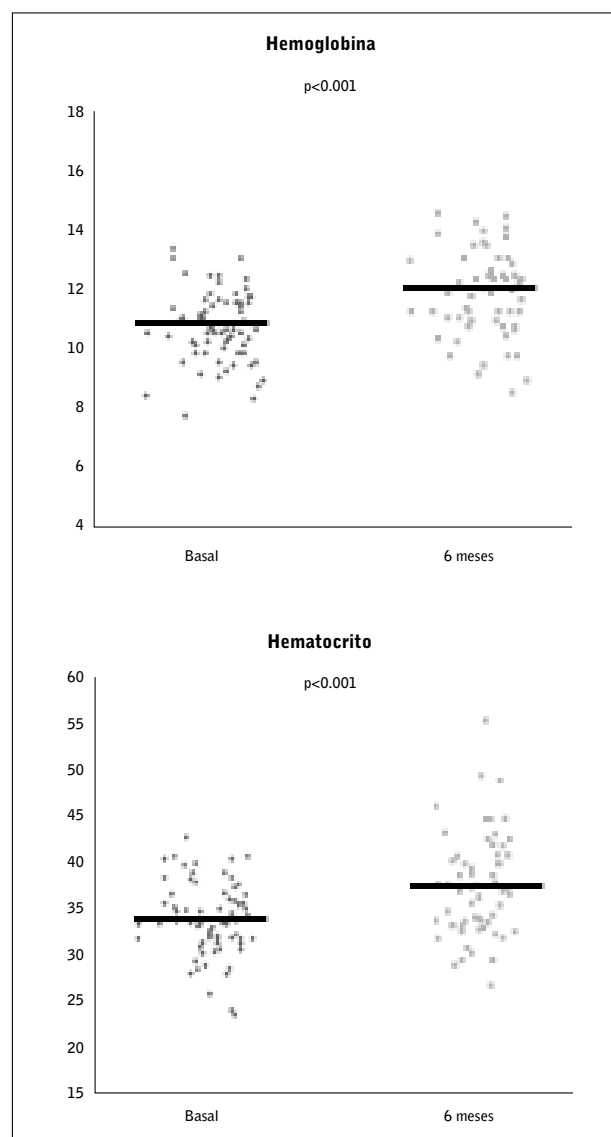


Figura 1. Niveles de hemoglobina y hematocrito basales y a los 6 meses.

denciaron diferencias entre los niveles de calcio y fósforo basales y a los seis meses.

Un 36 % de los pacientes recibían tratamiento con factores estimulantes eritropoyéticos (FEE) en el momento de la administración de CMF iv, con una dosis media de $22 \text{ mcg}\pm 28$ de darbepoetina semanal. La dosis media de FEE a los seis meses fue de $19 \text{ mcg}\pm 16$, estadísticamente no significativa.

El consumo de tiempo en la administración iv, en cualquier otra formulación de hierro endovenoso, habitualmente es de 30 minutos, siendo necesario entre tres y cinco sesiones en días diferentes para alcanzar la dosificación indicada. En base al número estimado de adminis-

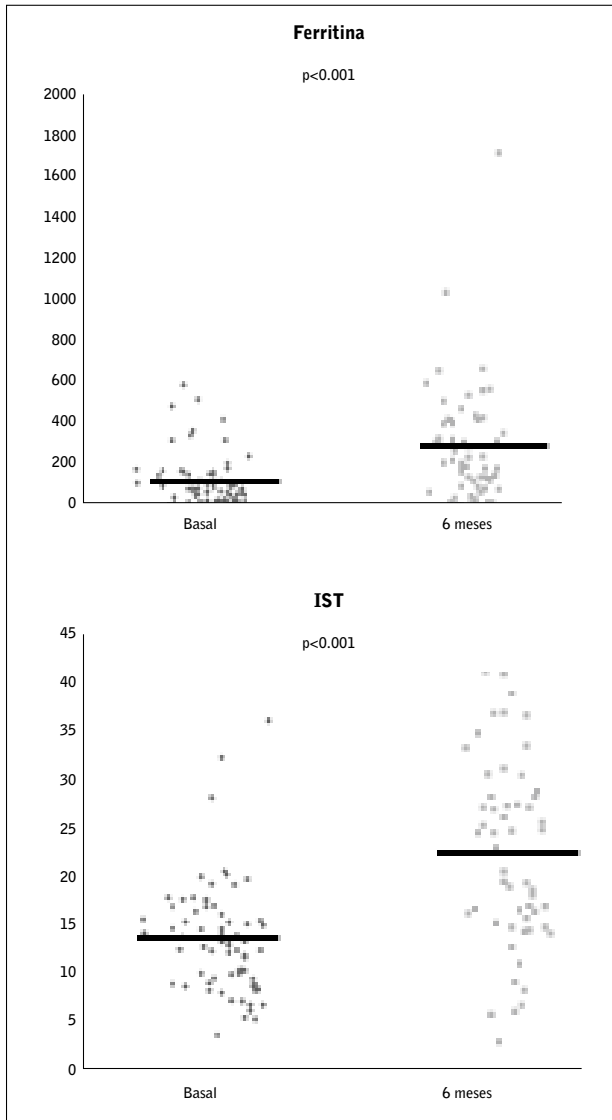


Figura 2. Niveles de ferritina e IST basales y a los 6 meses.

traciones, esta pauta supondría un ahorro de 72 y 144 horas en estos años, respectivamente, si se compara con las otras formulaciones de hierro iv. De este modo estimamos que permite reducir un 66% el número de punciones a los pacientes que sólo requieren una única dosis, comparado con los pacientes que requieren una pauta de 3 días, y hasta un 80%, en pautas que requieren 5 días. No se han observado efectos secundarios destacables salvo tres episodios de hiperpigmentación cutánea por extravasación.

Discusión

La corrección de la anemia, especialmente en situación de déficit de hierro es un aspecto crucial para los enfermos con ERCA. La CMF en estudios previos ha demostrado eficacia en el control de la anemia, tanto en comparación con administraciones orales como iv. Los pacientes con ERCA están polimedicados y presentan una absorción oral comprometida por lo que las necesidades de tratamiento iv son frecuentes, estas formulaciones permiten un correcto tratamiento de la ferropenia⁸⁻⁹. Los trabajos previos de Quinibi y Charytan así lo han evidenciado y muestran resultado semejantes a nuestro estudio^{4,5}.

Además la posología simplificada, que implica una disminución de consumo de tiempo tanto para el paciente como para el personal de enfermería, y su rapidez de repleción, confieren a la CMF un espectro idóneo para la administración ambulatoria. Este es un aspecto menos descrito en la literatura, aunque algunos trabajos como el de Bhandari o Clavet ya ponen de manifiesto los potenciales beneficios de esta formulación por encima del coste neto de un vial^{10,11}.

En nuestro centro la administración de 1 gr implica el uso de dos viales (1 vial = 96 €). Aunque no disponemos de los costes detallados del material fungible, del coste del personal, de los tiempos de ocupación y de los traslados si son necesarios y además tenemos en cuenta la rapidez de acción en comparación con aquellas formulaciones que requieren al menos una semana para alcanzar niveles adecuados, el potencial beneficio puede ser mayor, a todos los niveles, por encima del coste neto de un gramo iv de CMF.

Las actuales guías de accesos vasculares en el paciente renal recomiendan preservar lo máximo posible el árbol vascular de este tipo de pacientes¹². Asumiendo que con la administración de CMF sólo se requiere una punción, hemos conseguido reducir durante este tiempo, entre un 66 y un 80% el número total de punciones en estos pacientes, con el consiguiente beneficio para su red vascular.

Por último la reducción de la carga asistencial en el personal de enfermería, cada vez con mayor presión asistencial y recursos limitados debe ser un aspecto a tener en cuenta para incluir y disponer de la alternativa iv de la CMF.

Conclusiones

La carboximaltosa férrica es eficaz en el control de la anemia, con escasos efectos secundarios. Su posología permite reducir el número de punciones, reducir el número de traslados y ahorrar tiempos de administración, por lo que la carga de trabajo puede reducirse permitiendo el desarrollo de otros aspectos también relevantes en la consulta de ERCA. Estas características la hacen idónea para la administración ambulatoria por encima de su coste neto en comparación con otras formulaciones.

Recibido: 7 octubre 15
 Revisado: 12 noviembre 15
 Modificado: 20 enero 16
 Aceptado: 27 enero 16

Bibliografía

- McClellan W, Aronoff SL, Bolton WK, Hood S, Lorber DL, Tang KL, et al. The prevalence of anemia in patients with chronic kidney disease. *Curr Med Res Opin.* 2004 Sep;20(9):1501-10.
- Locatelli F, Nissenson AR, Barrett BJ, Walker RG, Wheeler DC, Eckardt KU, et al. Clinical practice guidelines for anemia in chronic kidney disease: problems and solutions. A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int.* 2008 Nov;74(10):1237-40.
- Fishbane S, Pollack S, Feldman HI, Joffe MM. Iron indices in chronic kidney disease in the National Health and Nutritional Examination Survey 1988-2004. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009 Jan;4(1):57-61.
- Charytan C, Bernardo MV, Koch TA, Butcher A, Morris D, Bregman DB. Intravenous ferric carboxymaltose versus standard medical care in the treatment of iron deficiency anemia in patients with chronic kidney disease: a randomized, active-controlled, multi-center study. *Nephrol Dial Transplant.* 2013 Apr;28(4):953-64.
- Qunibi WY, Martínez C, Smith M, Benjamin J, Mangione A, Roger SD. A randomized controlled trial comparing intravenous ferric carboxymaltose with oral iron for treatment of iron deficiency anaemia of non-dialysis-dependent chronic kidney disease patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2011 May;26(5):1599-607.
- Covic A, Mircescu G. The safety and efficacy of intravenous ferric carboxymaltose in anaemic patients undergoing haemodialysis: a multi-centre, open-label, clinical study. *Nephrol Dial Transplant.* 2010 Aug;25(8):2722-30.
- Tagboto S, Cropper L, Turner J, Pugh-Clarke K. The efficacy of a single dose of intravenous ferric carboxymaltose (Ferinject) on anaemia in a pre-dialysis population of chronic kidney disease patients. *J Ren Care.* 2009 Mar;35(1):18-23.
- Szczzech LA, Bregman DB, Harrington RA, Morris D, Butcher A, Koch TA, et al. Randomized evaluation of efficacy and safety of ferric carboxymaltose in patients with iron deficiency anaemia and impaired renal function (REPAIR-IDA): rationale and study design. *Nephrol Dial Transplant.* 2010 Jul;25(7):2368-75.
- Merino JL, Bueno B, Campos MA, Amézquita Y. Intravenous ferric carboxymaltose for the treatment of anemia in chronic renal disease. *Rev Clin Esp.* 2014 June - July;214(5):282-283.
- Bhandari S. Update of a comparative analysis of cost minimization following the introduction of newly available intravenous iron therapies in hospital practice. *Ther Clin Risk Manag.* 2011;7:501-9.
- Calvet X, Ruíz MÀ, Dosal A, Moreno L, López M, Figuerola A, et al. Cost-minimization analysis favours intravenous ferric carboxymaltose over ferric sucrose for the ambulatory treatment of severe iron deficiency. *PLoS ONE* 2012; 7(9): e45604.
- Rodríguez JA, González E, Gutiérrez JM, et al. Guías de acceso vascular en hemodiálisis (Guías S.E.N.). *Nefrología* 2005;25(Supl 1):3-97.

Methodology:

A qualitative study, descriptive, cross-sectional and single-center, in the nephrology unit of the University Hospital Rio Hortega of Valladolid was carried out. For this purpose two questionnaires, BMI and STAI were used.

Results:

Questionnaires were completed on 77.27%. The sample was 11 nurses and five nursing assistants and only one was a man. The ages range from 28 to 62 years and the average time the unit was 11.1 years.

TEST MBI:

- Emotional exhaustion subscale: 12.5% very high levels, the 6.25% average levels and the rest low levels.
- Depersonalization subscale: 12.5% had very high levels, 25% average and 62.5% low levels.
- Personal fulfillment subscale: 25% had low levels, 31.25% had average levels and 44.75% had high levels.

Taking as variables, time worked and age there are no statistically significant differences. The average for the STAI-S scale was 19.53 ± 3.02 and STAI-T was 14.24 ± 7.12 .

Conclusions:

Healthcare professionals evaluated by BMI have low levels of exhaustion, of which only one person has a burn out syndrome. Nurses have more emotional exhaustion but are more satisfied than nursing assistants, and anxiety in both professions is predominantly transient.

KEYWORDS

- ANXIETY
- BURNOUT
- NEPHROLOGY NURSING

Introducción

El término "Burn out" procede del inglés y se traduce en castellano por "estar quemado"³.

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach⁴ utilizó el término Burn out, y lo definió como "síndrome de ago-

tamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas".

Maslach⁴ y Jackson, entienden que está configurado como un síndrome tridimensional caracterizado por:

- El agotamiento emocional y físico que se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los trabajadores que se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía.
- La despersonalización o deshumanización que se caracteriza por tratar a los clientes, compañeros y la organización como objetos. Los trabajadores pueden demostrar insensibilidad emocional, un estado psicológico en que prevalece el cinismo o la disimulación afectiva, la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás.
- La disminución de la realización personal en el trabajo que se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas.

Para diagnosticar un síndrome de Burn out se suele aplicar principalmente el test MBI⁵ (Maslach Burnout Inventory), que valora las tres dimensiones anteriormente citadas (el agotamiento personal, la despersonalización y la realización personal). Se consideran que las puntuaciones en cada apartado del MBI son bajas entre 1 y 33 y que puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

La enfermería al estar en contacto directo con personas que tienen problemas de salud y con sus familiares, es una de las profesiones en las que más estudios sobre el Síndrome de Burn out se realizan⁵.

Hay que tener en cuenta que la enfermería nefrológica, a diferencia de otras especialidades de enfermería, se desarrolla fundamentalmente en la atención al paciente crónico durante un periodo de tiempo más o menos prolongado, en el cual se suelen establecer lazos afectivos con el paciente y su familia. Esto puede suponer, ante los cambios que experimenta el paciente en su estado de salud a lo largo del tiempo, un plus de sobrecarga emocional de los profesionales de enfermería.

Además, desde otro punto de vista, la enfermería nefrológica se mueve en un entorno muy especializado en el que los cambios tecnológicos están a la orden del día. Esto implica una exigencia a los profesionales para su actualización, pudiendo esto suponer, que el personal de enfermería nefrológica⁶ suela estar sometido a situaciones de estrés que pueden derivar en situaciones de ansiedad al tener que asumir estos cambios.

Por tanto, nos planteamos como objetivos, valorar los niveles de ansiedad y detectar la presencia del burn out en los profesionales de enfermería de nuestro servicio, valorando si existen diferencias entre técnicos en cuidado de enfermería (TCAE) y enfermeras, y valorar si hay diferencias según la edad y el tiempo en el servicio.

Material y Método

Presentamos un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, transversal, cuya población abarcó a los profesionales de enfermería del servicio de Nefrología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, que desempeñan su actividad en unidades de hemodiálisis, consulta ERCA y prediálisis, y que voluntariamente quisieran someterse a valoración.

Se llevó a cabo durante noviembre y diciembre del año 2014.

Los participantes fueron evaluados en el lugar de trabajo y se les sugirió que cumplimentaran los cuestionarios en lugares tranquilos, tratando de mantener ciertas condiciones de intimidad. Además, se les informó a cada uno de ellos sobre los objetivos del estudio, así como también de la condición de anonimato bajo la cual se iban a tratar los datos.

A cada participante se le pasó el **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)**⁷ y el **Maslach Burnout Inventory (MBI)**, así como un registro en el que se recogían las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, tiempo trabajando en la unidad y categoría profesional.

El STAI, en inglés **State-Trait Anxiety Inventory**, fue creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970⁸.

Es un inventario autoadministrado que evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo.

Para ello consta de dos subescalas de 20 ítems cada una:

- **La subescala Ansiedad-Estado (STAI-S)** evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. En esta parte el sujeto indicará en qué medida cada enunciado refleja como se siente "ahora mismo, en este momento", mediante una escala de 1 a 4: "Nada"; "Algo"; "Bastante" y "Mucho".

- **La subescala Ansiedad-Rasgo (STAI-T)** valora una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El marco de referencia temporal en este caso de la ansiedad como rasgo es "en general, habitualmente". La escala de respuestas para las frases de esta escala también es de tipo Likert y sus opciones son: "Casi nunca"; "A veces"; "A menudo" y "Casi siempre".

El tiempo de aplicación total ronda los 20 minutos aproximadamente.

Brinda una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes. En cada una de las escalas, encontramos ítems que denotan la presencia o la ausencia de ansiedad.

En los ítems que indican la presencia de ansiedad se evaluará: 1 - 2 - 3 - 4; en los ítems que denotan la ausencia de ansiedad se evaluará a la inversa: 4 - 3 - 2 - 1.

La puntuación total para cada una de las subescalas oscila entre 20 y 80 puntos en la versión inglesa. Sin embargo en este caso nosotros usamos la versión española que oscila entre 0 y 60 puntos, ya que en la escala española se evaluará la presencia de ansiedad: 0 - 1 - 2 - 3; los ítems que denotan la ausencia de ansiedad se evaluará a la inversa: 3 - 2 - 1 - 0.

No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

Los centiles, representan medidas de posición en una distribución de frecuencias. Los baremos centiles consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor (en una escala de 1 a 100) que se denomina centil (o percentil) y que indican el porcentaje de sujetos del grupo normativo que obtienen puntuaciones iguales o inferiores a las correspondientes directas.

El modo de cálculo del centil asociado a una puntuación se resume en los siguientes pasos:

1. Disponer en una columna, ordenadas de mayor a menor o de menor a mayor, las posibles puntuaciones directas (X_i) que se puedan obtener en el test.
2. Asignar a cada puntuación su frecuencia (f_i), es decir, el nº de sujetos del grupo normativo que la han obtenido.
3. Disponer una tercera columna de frecuencias acumuladas (F_i).
4. Para cada valor de F_i , obtener el valor $C_i = (100) F_i / N$, siendo C_i el centil asignado a la puntuación directa X_i , F_i la frecuencia acumulada correspondiente a X_i y N el número total de sujetos que forman el grupo normativo.

Con esto conseguimos referenciar la puntuación obtenida individual con el del resto del grupo. Así, si un sujeto obtiene en el cuestionario de ansiedad, por ejemplo, una puntuación de 20 puntos, poco sabemos sobre su nivel de ansiedad, pero si sabemos que a esa puntuación le corresponde el centil 95, ya conocemos que este sujeto supera en ese rasgo al 95% de los sujetos utilizados para baremar el test; si el grupo normativo fuese una muestra representativa de la población general, podríamos inferir que esta persona supera en ansiedad al 95% de las personas, y que sólo un 5% de personas son más autoritarias que él.

El **Maslach Burnout Inventory (MBI)** es cuestionario de 22 ítems valorados con una escala likert de frecuencia de 7 puntos. Los resultados del MBI se expresan en tres dimensiones del estrés laboral:

- CE: cansancio emocional.
- DP: despersonalización.
- RP: realización personal.

Las dos primeras (CE y DP) tienen relación directa con los niveles de estrés asistencial y la última (RP) tiene relación inversa.

Se consideran que las puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome de Burn out.

Las puntuaciones de la escala se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. Como punto de corte se emplearon los siguientes criterios:

- En la escala CE puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos.
- En la escala DP puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio, y menor de 6 bajo grado de despersonalización.
- La escala RP funciona en sentido contrario a las anteriores y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro.

Por tanto, una persona con alto grado de estrés asistencial mostraría altas puntuaciones en CE y DP y bajas en RP. El propio cuestionario estratifica las puntuaciones formando franjas de estrés bajo, moderado o alto.

Posteriormente se le realizan pruebas estadísticas mediante la suite informática IBM SPSS versión 22 de los resultados con las variables estudiadas (edad, sexo, categoría profesional y el tiempo trabajado).

Resultados

De 22 personas que trabajan en la unidad, solo 17 completaron los cuestionarios (77,27 %).

Se excluyó a una enfermera por trabajar esporádicamente en el servicio al formar parte de la plantilla volante, quedando la muestra en total en 11 enfermeras y 5 TCAE.

De las 16 personas, solo una era un hombre, por lo que no se ha hecho distinción entre sexos en los resultados para evitar sesgos.

Las edades están comprendidas entre 28 y 62 años y su media es de 44,31 \pm 10,58 años.

El tiempo medio que llevan trabajando en el servicio de HD es de 11,10 \pm 1,32 años.

Con respecto al estado civil, 3 eran solteras, 1 era divorciada con pareja y el resto casados.

TEST MBI:

En el test se observa:

- **Subescala de agotamiento personal (CE):**
El 12.5% tenía niveles muy altos de agotamiento, el 6.25% niveles medios y el resto niveles bajos. Al relacionar estos resultados con la variable categoría profesional, encontramos diferencia estadísticamente significativa (t de Student $p= 0.047$), siendo las enfermeras las que tienen mayores puntuaciones en CE.
- **Subescala de despersonalización (DP):**
El 12.5% tenía niveles muy altos de despersonalización, el 25% tenía niveles medios y el 62.5% tenía niveles bajos. Al relacionar estos resultados con la variable categoría profesional, encontramos que no hay diferencia estadísticamente significativa (t de Student $p= 0.34$), entre enfermeras y las TCAE.
- **Subescala de realización personal (RP):**
El 25% tenía niveles bajos de realización personal, el 31.25% tenía niveles medios y el 44.75% tenía niveles altos de realización personal en el puesto de trabajo. En relación a la categoría profesional, encontramos que hay diferencia estadísticamente significativa (t de Student $p= 0.015$), entre enfermeras y las TCAE, siendo las enfermeras las que sienten más realizadas en el trabajo.

Solo uno de los profesionales valorados presentó niveles altos de CE y DP y nivel bajo en RP, lo que indica que tiene síndrome de burn out.

Si relacionamos las puntuaciones de las tres subescalas del MBI con el tiempo de trabajo en la unidad, estratificados en cuatro grupos (< 1año, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años y más de 10 años), observamos que no hay diferencias estadísticamente significativas con ninguno de estos periodos.

Y al relacionar con la edad de los participantes distribuidos en cinco grupos (>30 años, 31-40, 41-50, 51-60 y > de 60 años), tampoco observamos diferencias significativas con ninguno de estos tramos de edad.

TEST STAI:

La media de puntuaciones para la escala Ansiedad Estado (STAI-S) fue de 19.53 y la desviación estándar de 3.02. La media para la escala Ansiedad Rasgo (STAI-T) fue de 14,24 y la desviación estándar de 7,12.

Los resultados obtenidos en ambas escalas según las franjas de edad en las que se han distribuido los participantes se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1. Resultados Test STAI según franjas de edad.

GRUPOS EDAD	STAI-S	STAI-T
Hasta 30 años	22 ± 1	15.33± 5.51
De 31- 40 años	18,25 ± 4,72	14.75 ± 8,3
De 41- 50 años	19,8 ± 1,79	9,2 ± 3,56
De 51- 60 años	19 ± 4	16 ± 8,19
Mayores de 60 años	18,5 ± 2,12	21,5 ± 10,6

Los resultados obtenidos en ambas escalas según la categoría profesional a la que pertenecen los participantes se muestran en la **figura 1**.

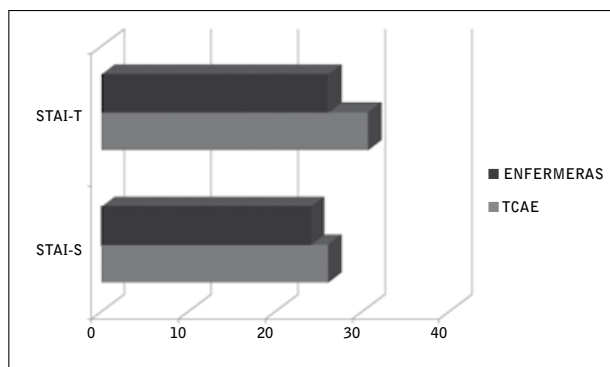


Figura 1. Comparación enfermeras y TCAE.

El coeficiente alfa de Cronbach para STAI-S por toda la muestra fue de 0.845 y del STA-T fue de 0.802. Esto nos indica que tiene buen nivel de fiabilidad ya que la consistencia interna en ambas escalas es correcta.

Discusión y conclusiones

La participación por parte del personal de enfermería y de las TCAE del servicio de nefrología en nuestro estudio ha sido del 77,27%, siendo llamativo el elevado grado de participación ya que, según la bibliografía consultada, citan la escasa participación de los profesionales en estos estudios como una debilidad metodológica argumentando causas de falta de motivación y confianza en la incidencia que puede tener un estudio de tales características^{9,10,11}.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que los profesionales del servicio de nefrología evaluados mediante el Maslach Burnout Inventory, en general presentan bajos niveles de despersonalización y agotamiento personal, lo que está en la línea con otros estudios similares¹².

Cabe destacar que de todo el personal evaluado solamente una persona tenía todas las características que lo definirían bajo el síndrome de burn out.

Si comparamos los resultados del test MBI de las enfermeras en relación con las TCAE, se puede observar que las enfermeras tienen más agotamiento personal en el trato con el paciente que las TCAE, pero se sienten más realizadas en el trabajo que éstas, pudiendo esto último deberse al sobreesfuerzo que las TCAE deben realizar para la movilización de pacientes y la manipulación de fluidos corporales que ocasionan fatiga física y mental¹³.

Además en esta muestra el tiempo que llevan trabajando en el servicio o la edad no parece influir en la presencia del Burnout.

Si tenemos en cuenta los resultados del cuestionario STAI, no hay diferencias destacables entre las enfermeras y TCAE, ni según la edad, ni según el tiempo en el servicio.

Sin embargo, destaca el aumento de la subescala Ansiedad-Rasgo con respecto a ansiedad –estado a partir de los 60 años, es decir, que aumentaría el estado en el cual la ansiedad hace ver las situaciones que ocurren en el puesto de trabajo como amenazadoras, coincidiendo nuestros resultados con otros autores^{14,15,16}, que afirman que conforme la edad aumenta se produce una mayor tensión emocional.

Somos conscientes de las limitaciones de este estudio por el reducido tamaño de la muestra, y consideramos que sería recomendable realizar estudios más amplios para confirmar nuestros resultados.

Recibido: 19 noviembre 15
Revisado: 25 noviembre 15
Modificado: 15 diciembre 15
Aceptado: 11 enero 16

Bibliografía

1. Fornés J. Respuesta emocional al estrés laboral. *Rev ROL Enf* 1994;(186):31-39.
2. Más Pons Rosa, Escribà Agüir Vicenta. La versión castellana de la escala "the nursing stress scale". Proceso de adaptación transcultural. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 1998 Nov [citado 2016 Abr 08] ; 72(6): 529-538. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600006&lng=es
3. Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, 4(1), 137-60.
4. Maslach, C. (1982): *MBI. Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
5. Barrios Araya, Silvia, Arechabala Mantuliz, M^a Cecilia, Valenzuela Parada, Victoria. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm Nefrol* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Abr 08]; 15(1): 46-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842012000100007>
6. Fernández Guzmán Isabel, Fernández Márquez M^a Carmen, Rabadán Anta Rafael, Navalón Vila Conrado, Martínez Espejo M^a Dolores. ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia?. *Enferm Nefrol* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Abr 08] ; 15(1): 07-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842012000100002>
7. Virella, B., Arbona, C. y Novy, D. M. Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 1994; (63):401-412.
8. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. STAI. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7^a ed. rev.). Madrid (2008): TEA.

9. Meseguer A, González R, Calatayud E. Enfermería Burnout y unidad es de alto riesgo. *Enferm Clínica*, 1996;(6):111-24.
10. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1996;6(2):43-63.
11. García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del trabajo y las organizaciones*, 1991;7(18):3-12.
12. Martín MJ, Viñas J, Pérez J, Luque M, Soler PA. Burnout en personal de enfermería. *Rev Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*, 1997; 24(5):113-8.
13. Mesa E, Gálvez A, Franch B, Gómez C, García JA, Vázquez MD, et al. Condiciones, riesgos laborales y medidas correctoras del puesto de trabajo en los enfermeros de diálisis. *Comunicaciones XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2006 Sept; 26:160-166.
14. Faura T, Roigé M, Serra R, Ortega C, Monegal M, Roigé A, et al. Prevalencia del Síndrome de Burnout en enfermeras de hospitalización y de Atención Primaria. *Enferm Clínica*, 1995;(5):105-10.
15. Romá MT, Ribera D, Cartagena E, Sans MI, Reig A. Estrés laboral en enfermería infantil. Una comparación con los profesionales que cuidan la población no infantil. *Enferm Clínica*, 1993;3 (5):13-9.
16. Atance Martínez JC. Algunas aproximaciones al Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Medicina del Trabajo*, 1996; (5):337-43.

La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis

M^a Carmen López Toledano, Isabel Luque Cantarero, Victoria Eugenia Gómez López, Rafael Casas Cuesta, Rodolfo Crespo Montero

Unidad de Gestión Clínica de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Resumen

Introducción

En la calidad de cualquier servicio, intervienen elementos objetivos como las características de los materiales e instalaciones que se emplean, y elementos subjetivos como la satisfacción del usuario del servicio, entendida esta como la obtención de una respuesta satisfactoria a las expectativas que se había planteado.

La relación paciente-sistema sanitario ha evolucionado hasta situar al paciente como eje del sistema, y su satisfacción se ha consolidado como un importante componente de calidad, al considerarse en sí misma una medida de resultado; y determinar los índices de satisfacción de forma periódica, se está consolidando como una herramienta imprescindible para valorar la evolución de la calidad del servicio.

Objetivos

General:

- Conocer el grado de satisfacción global de los pacientes con el servicio de Nefrología.

Secundarios:

- Determinar eventuales diferencias en la satisfacción entre las diferentes unidades que integran la unidad de gestión clínica (UGC).
- Detectar aspectos mejorables en la atención a nuestros pacientes.

Pacientes/Método

Estudio observacional descriptivo transversal sobre todos los pacientes atendidos en las tres unidades de diálisis de nuestra UGC.

Utilizamos para la recogida de datos el cuestionario autoadministrado SERVQHOS, que fue distribuido a los pacientes por enfermeras ajenas a las unidades donde se estaban dializando, las cuales explicaron los objetivos del estudio, solicitaron el consentimiento verbal para su participación, y pidieron que una vez cumplimentado lo depositaran de forma anónima en un buzón colocado en cada unidad.

Resultados

La muestra fue de 89 pacientes, con una edad media de 65,1±14.9 años (22-93), de los cuales (30%) mujeres y (70%) hombres. 29 pacientes (32%) se dializaban en la Unidad Hospitalaria (UH), 45 (49%) en el Centro Periférico de Diálisis (CPD) y 17 (19%) estaban en Diálisis Peritoneal (DP).

Al comparar las variables sociodemográficas por centros, solo se observan ligeras diferencias en el nivel de estudios y en la situación laboral de los pacientes.

Valoración global de cuestionarios:

- 98,8% de pacientes satisfecho o muy satisfecho con el servicio.
- 97,7% afirman que recomendarían el servicio sin dudar.

Aspectos mejor valorados:

- Seguridad que transmite el personal.
- Amabilidad.
- Interés por los pacientes.
- Trato personalizado.

Aspectos peor valorados:

- Puntualidad de consultas médicas.

Correspondencia:
Rafael Casas Cuesta
Servicio de Hemodiálisis. Hospital G. U. Reina Sofía
C/ Avda Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba
E-mail: rafcasas@ono.com

-*Estado de instalaciones.*

-*Tiempo de espera para ser atendido por un médico.*

Respecto a la pregunta abierta del cuestionario, 22 pacientes han sugerido alguna área de mejora.

Al comparar los resultados entre los tres centros de la UGC, destaca que los pacientes en DP son los que muestran el mayor grado de satisfacción, encontrándose una ligera diferencia entre los pacientes de las dos unidades de HD, mostrándose más satisfechos los de la UH que los del CPD.

Conclusiones

Con este estudio hemos constatado que los pacientes que reciben tratamiento de diálisis en nuestra UGC, se reconocen muy satisfechos con el servicio, con ligeras diferencias según la unidad en la reciben tratamiento, y además nos ha permitido conocer aspectos mejorables, que se están abordando para aumentar la satisfacción del paciente y por consiguiente la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE

- SATISFACCIÓN
- CALIDAD ASISTENCIAL
- DIÁLISIS

Patient satisfaction as a component of quality in dialysis units

Abstract

Introduction

The quality of any service involving objective factors such as the characteristics of the materials and facilities used, and subjective elements such as user satisfaction about the service, understood as obtaining a satisfactory response to the expectations that had been raised. The patient-health system relationship has evolved to place the patient at the heart of the system, and their satisfaction has become an important component of quality, considering itself an outcome; and determine satisfaction rates periodically, it is consolidating as an essential tool to assess the evolution of the quality of service.

Objectives

General:

- Know the overall satisfaction of patients in the nephrology unit.

Secondary:

- Determine any differences in satisfaction between different units within the clinical management unit (CMU).
- Identify areas for improvement in the care of our patients.

Patients / Method

Cross-sectional, observational study of all patients seen in the three dialysis units in our CMU.

We used to collect data a self-administered questionnaire, SERVQHOS, which was distributed to patients by nurses not employees of the units where these patients were dialyzing. They explained the objectives of the study, requested verbal consent for participation, and asked that once completed, this must be deposited anonymously in a letterbox placed in each unit.

Results

The sample was of 89 patients, with a mean age of 65.1 ± 14.9 years (22-93), of which 30% were women and 70% men. 29 patients (32%) were dialyzed in the Hospital Unit (HU), 45 (49%) at a non-Hospital Unit and 17 (19%) were on peritoneal dialysis (PD).

When comparing the sociodemographic variables per centers were observed only slight differences in educational level and employment status of patients.

Overall assessment of the questionnaires:

- 98.8% of patients were satisfied or very satisfied with the service.
- 97.7% say they would recommend the service without hesitation.

Best rated aspects:

- Transmitting -Security personnel.*
- Friendliness.*
- Interest In Patients.*
- Personalized.*

Worst rated aspects:

- Punctuality of medical consultations.*
- *State of facilities.*
- *Time waiting to be seen by a doctor.*

Regarding the open question of the questionnaire, 22 patients have suggested some area of improvement.

When comparing the results between the three centers of the UGC, it emphasizes that PD patients are those that show the greatest degree of satisfaction, being a slight difference between patients in the two units of HD, showing more satisfied those at the HU than those at the non-HU.

Conclusions

With this study we have found that patients receiving dialysis treatment in our CMU, they are recognized very satisfied with the service, with slight differences depending on the unit where they receive treatment, and has also allowed us to know improvable aspects that are addressing to increase patient satisfaction and therefore the quality of care.

KEYWORDS

- SATISFACTION
- QUALITY OF CARE
- DIALYSIS

Introducción

El paciente que atendemos en las unidades de diálisis, al igual que otros pacientes con enfermedades crónicas es un gran consumidor de servicios sanitarios, y nuestra responsabilidad como profesionales dedicados a prestar estos servicios, debe ser que los mismos sean de calidad.

El desarrollo tecnológico que se ha experimentado en el ámbito de la diálisis a lo largo de su historia, con la aparición de nuevas membranas, nuevas tecnologías en el tratamiento del agua y desarrollo de técnicas convectivas, sin duda ha supuesto un incremento en la calidad, seguridad y variedad de tratamientos que se ofrecen en nuestras unidades, facilitando esto la personalización de las terapias, con un evidente impacto positivo sobre los resultados clínicos y sobre el confort del paciente durante las sesiones de diálisis^(1,2,3,4).

Sin embargo, la calidad de cualquier servicio ya sea sanitario o no, es un término difícil de definir, ya que además de intervenir elementos objetivos como pueden ser las características de los materiales e instalaciones que se emplean en la prestación del servicio, intervienen otros elementos subjetivos como es sin duda la satisfacción del usuario del servicio, entendida esta como la obtención

de una respuesta satisfactoria a las expectativas que se había planteado⁽⁵⁾.

En los últimos años, hemos visto evolucionar la relación paciente-sistema sanitario hasta situar al paciente como eje del sistema, y su satisfacción con la atención que recibe se ha consolidado como un importante componente de calidad, al considerarse en sí misma una medida de resultado⁽⁶⁾; y es por ello que prácticamente todos los planes de calidad tienen en cuenta la satisfacción plena del paciente como uno de sus objetivos prioritarios^(7,8).

En este contexto, la medida del grado de satisfacción del paciente, se está consolidando como una de las herramientas más útiles para detectar insuficiencias o disconformidades del paciente con el sistema, y así lo atestiguan numerosos estudios^(9,10,11,12), ya que con estos controles se consigue descubrir áreas de mejora para aumentar la calidad del servicio, y conseguir cumplir o sobrepasar las expectativas del paciente.

En nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) estamos convencidos de que la determinación de los índices de satisfacción de nuestros pacientes de forma periódica, es imprescindible para valorar la evolución de la calidad del servicio que prestamos a lo largo del tiempo.

Por ello, en el área de diálisis de nuestra UGC nos propusimos con este estudio conocer las opiniones de nuestros pacientes, con el objetivo general de conocer su grado de satisfacción global con el servicio, y como objetivos secundarios nos planteamos conocer si existían diferencias en el grado de satisfacción del paciente en función de la unidad en la que es atendido (Unidad Hospitalaria de Hemodiálisis, Centro Periférico de Diálisis o Unidad de Diálisis Peritoneal), y detectar aspectos mejorables en la atención que prestamos a nuestros pacientes.

Pacientes y Método:

Realizamos un estudio observacional descriptivo en Junio de 2015 en la sección de diálisis de la UGC de Nefrología de nuestro hospital, donde la asistencia está distribuida en tres unidades diferenciadas como son la Unidad Hospitalaria de Hemodiálisis (UH), el Centro Periférico de Diálisis (CPD), y la unidad de Diálisis Peritoneal (DP).

La población de estudio estuvo compuesta por todos los pacientes que se dializaban en la UGC, y cumplieran con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Llevar más de tres meses en diálisis y querer participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Tener algún grado deterioro cognitivo que impidiera su participación o no querer participar en el estudio.

Utilizamos para la recogida de datos el cuestionario SERVQHOS⁽¹³⁾. Este cuestionario es una adaptación a los pacientes en diálisis de la encuesta SERVQUAL, que es un instrumento validado muy utilizado para la evaluación de la calidad percibida en empresas de servicios.

El cuestionario SERVQHOS, contempla diferentes atributos que determinan la satisfacción del paciente en función de las expectativas que tenía previas a la recepción del servicio, los cuales son valorados y puntuados con una escala Likert, que va desde el 1 ("mucho peor de lo que esperaba") a el 5 ("mucho mejor de lo que esperaba").

Además incluye seis preguntas directas, que abordan criterios como la satisfacción global con el servicio, si recomendaría el servicio a otras personas, si se le han realizado pruebas o intervenciones sin su consentimiento, sobre si conoce el nombre de los profesionales que le atienden, y si considera que ha recibido información suficiente sobre su proceso.

También incluye la recogida de datos sociodemográficos de los pacientes (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral), para concluir con una pregunta abierta en la que se pide al paciente que señale los aspectos de mejora en el servicio que estime oportunos.

Este cuestionario, al ser autoadministrado se distribuyó a todos los pacientes de la UGC informándoles sobre como cumplimentarlo en su domicilio con o sin ayuda de sus familiares, en función de sus limitaciones, pidiéndoles que una vez cumplimentado lo depositaran de forma anónima en un buzón colocado al efecto en cada unidad.

La distribución de los cuestionarios se llevó a cabo por enfermeras ajenas a las unidades donde se estaban dializando los pacientes, las cuales explicaron a todos los pacientes los objetivos del estudio, pidiéndoles su consentimiento verbal para participar en el mismo.

Análisis Estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, utilizando una distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media \pm la desviación estándar

para las variables cuantitativas, y la mediana y el rango para aquellas que no seguían una distribución normal. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0, para el análisis.

Resultados

La muestra que se obtuvo fue de 89 pacientes, con una edad media de 65,1 \pm 14.9 años (22-93), de los cuales 26 (30%) fueron mujeres y 73 (70%) fueron hombres. 29 pacientes (32%) se dializaban en la UH, 45 (49%) en el CPD y 17 (19%) estaban en DP.

En la **tabla I** está representado el estado civil del total de los pacientes.

Tabla I.

Casado/a	56	62 %
Soltero/a	15	16 %
Separado/a	1	1 %
Viudo/a	16	18 %

En la **tabla II** está representado el nivel de estudios de los pacientes.

Tabla II.

Sin estudios	33	36 %
Primarios	27	30 %
Bachiller	18	20 %
Universitarios	10	11 %

En la siguiente **tabla III** está representada la situación laboral.

Tabla III.

Jubilado/a	71	78 %
En activo	5	6 %
Ama de casa	5	7 %
En paro	7	8 %
Estudiantes	1	1 %

En la siguiente **tabla IV** se muestran los datos de edad, nivel de estudios y situación laboral por centros.

Tabla IV.

Centros Diálisis	EDAD Media años	CON ESTUDIOS BACH/UNIV	SIN ACTIVIDAD JUBILADOS
UH	63.92	28.5%	85%
CPD	65.24	35.5%	84.4%
DP	67.17	26.6%	56.2%

En la **tabla V**, están representados los resultados para el total de la muestra (pacientes en HD y DP), de la primera parte del cuestionario, en la que se valoran los diferentes ítems del 1 al 5, cuyas variables, al no seguir

una distribución normal, se representan como la mediana y el rango, utilizándose los valores de la media para establecer los ítems mejor y peor valorados.

Tabla V.

Item	Mínimo	Máximo	Mediana	Media
1. La tecnología de los equipos médico para los diagnósticos y tratamientos ha sido	3	5	4	3.78
2. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	3	5	4	3.93
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido	2	5	4	3.82
4. El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	2	5	4	4
5. El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido	2	5	3	3.47
6. La información que los médicos proporcionan ha sido	2	5	4	3.95
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	5	3	3.51
8. La facilidad para llegar al hospital ha sido	2	5	4	3.81
9. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	3	5	4	4.04
10. La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	5	3	3.43
11. La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	2	5	4	3.79
12. La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	3	5	4	4.12
13. La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	3	5	4	4.35
14. La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido.	2	5	4	4.35
15. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	3	5	4	3.86
16. El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	3	5	4	4.20
17. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	2	5	4	3.79
18. La información que los médicos dan a los familiares ha sido	2	5	4	3.90
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	2	5	4	4.35
20. La información referente a la medicación (pautas, fármacos, indicaciones) ha sido	1	5	4	3.81
21. La información referente a la dieta en la Insuficiencia Renal ha sido	2	5	4	3.86

Valor: 1 (mucho peor de lo que esperaba) y 5 (mucho mejor de lo que esperaba).

Los aspectos (ítems) **mejor** valorados por el total de los pacientes fueron, por este orden (por encima de la mediana 4):

1. La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes.
2. La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente.
3. El interés del personal de enfermería por los pacientes.
4. El trato personalizado que se da a los pacientes.
5. La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita.
6. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes.

Los aspectos (ítems) **peor** valorados por el total de los pacientes fueron, por este orden (por debajo de la mediana 4):

1. La puntualidad de las consultas médicas.
2. El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad).
3. El tiempo de espera para ser atendido por un médico.
4. La tecnología de los equipos médico para los diagnósticos y tratamientos.
5. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes.
6. La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide.

En la **tabla VI**, están representados los resultados del cuestionario SERVQHOS, pero separando, los pacientes según Centro (UH, CPD y DP). Se ha optado por representar los datos como la media, para así poder

apreciar las diferencias numéricas en valores absolutos, entre grupos, aunque las variables no siguieran una distribución normal.

Tabla VI.

ITEMS	UH	CPD	DP
1. La tecnología de los equipos médico para los diagnósticos y tratamientos ha sido	3.90	3.42	4.53
2. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	3.97	3.78	4.29
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido	3.86	3.69	4.12
4. El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	4.10	3.84	4.24
5. El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido	3.62	3.27	3.76
6. La información que los médicos proporcionan ha sido	4.03	3.71	4.41
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	3.55	3.20	4.24
8. La facilidad para llegar al hospital ha sido	3.79	3.71	4.12
9. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes	4.14	3.89	4.29
10. La puntualidad de las consultas médicas ha sido	3.52	3.07	4.24
11. La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	3.72	3.60	4.41
12. La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	4.07	3.98	4.59
13. La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	4.45	4.13	4.76
14. La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	4.48	4.16	4.65
15. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	3.79	3.60	4.65
16. El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	4.34	3.93	4.65
17. La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	3.72	3.60	4.41
18. La información que los médicos dan a los familiares ha sido	3.76	3.78	4.47
19. El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	4.34	4.36	4.35
20. La información referente a la medicación (pautas, fármacos, indicaciones) ha sido	3.90	3.60	4.24
21. La información referente a la dieta en la Insuficiencia Renal ha sido	3.90	3.62	4.41

Valor: 1 (mucho peor de lo que esperaba) y 5 (mucho mejor de lo que esperaba).

Al comparar los resultados entre los pacientes de la unidad hospitalaria, centro periférico y DP, se puede observar como los pacientes que mejor valoran el servicio recibido y que están más satisfechos son los que se encuentran en diálisis peritoneal ambulatoria.

El aspecto mejor valorado por los pacientes de la unidad de DP fue **“La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes”** y el aspecto peor valorado “El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad)”.

El aspecto mejor valorado por los pacientes de la unidad de HD fue **“La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes”** y el peor valorado fue “la puntualidad de las consultas médicas”.

Por último, se analizaron las preguntas de la segunda parte del cuestionario, donde analizamos las dos primeras preguntas, la cuales fueron respondidas con puntuaciones del 1-4, siendo el **1** la puntuación más alta y el **4** la puntuación más baja.

Las respuestas del total de la muestra fueron:

- El 44.8% estaba **muy satisfecho** con el Servicio de Nefrología
- El 54% estaba **satisfecho** con el Servicio de Nefrología
- El 1.1% estaba **poco satisfecho** con el Servicio de Nefrología
- El 97.7% recomendaría este Servicio a otras personas **sin dudar**lo

- El 2.3% **tendría dudas** a la hora de recomendar este Servicio
- Ningún paciente manifestó que **nunca** recomendaría este Servicio de Nefrología

Las últimas cuatro preguntas de esta segunda parte del cuestionario, son preguntas dicotómicas (SI/NO), cuyos porcentajes de respuesta son los siguientes: **(Tabla VII).**

Tabla VII.

	SI	NO
¿Le han realizado pruebas sin su permiso?	2.2%	97.8 %
¿Conoce el nombre del médico que le atiende?	100%	0 %
¿Conoce el nombre de la enfermera que le atiende?	98.9%	1.1 %
¿Ha recibido información suficiente?	94.4%	5.6 %

Respecto a la pregunta abierta que tiene el cuestionario, se recogieron las siguientes observaciones:

- *Minimizar el tiempo de espera a la salida de HD.*
- *Minimizar la espera para el transporte a la salida de HD, debido a que hay que compartir taxi.*
- *Necesidad de mayor intimidad, proporcionando auriculares para la televisión, y luces individuales para evitar molestias.*
- *Minimizar el tiempo de espera a la salida de HD.*
- *Más información por parte de los médicos.*
- *El pan en ocasiones está duro.*
- *La cama un poco dura.*
- *Más inspectores para vigilar al personal, y sin que estos lo supieran.*
- *Mejora de los vestuarios.*
- *Mejorar el transporte.*
- *Mejorar transporte para disminuir la espera.*
- *Mejorar transporte para disminuir la espera.*
- *Tener más personal para que no haya tanta carga de trabajo. Adecuar los televisores para que todos los pacientes puedan verlo.*
- *Más personal para realizar mejores cuidados.*
- *Más personal para realizar mejores cuidados.*
- *Que el supervisor se encargue de preguntar la opinión de los pacientes.*
- *Más personal.*
- *Necesidad de más personal, para mayor rapidez en la conexión y desconexión, evitando así pérdida de tiempo.*
- *Mayor personal, y abrir una nueva unidad de HD ya que la demanda va en aumento.*

- *Minimizar la espera para el transporte a la salida de HD, debido a que hay que compartir taxi.*
- *Presencia del médico en todas las sesiones de HD.*
- *Más personal, para disminuir la sobrecarga de trabajo.*

Discusión

En nuestros resultados destaca el alto grado de satisfacción de nuestros pacientes con el servicio que reciben en nuestras unidades de diálisis, al igual que en la totalidad de artículos que hemos revisado en la literatura, coincidiendo también en los aspectos mejor valorados por los pacientes, los cuales son la amabilidad y la seguridad que el personal transmite, así como el interés o la disposición para ayudarle cuando lo necesita, y el trato personalizado.

También encontramos coincidencias con estudios previos en los ítems peor valorados, los cuales son la puntualidad de las consultas médicas, el estado de las instalaciones o la tecnología de los equipos, y el tiempo de espera para ser atendido por un médico^(9,11,14,15).

Otro de los puntos de encuentro con publicaciones previas en las que se comparaban los niveles de satisfacción de pacientes en HD con pacientes en DP(15), y que destaca en nuestros resultados, es que nuestros pacientes en DP presentan mayor grado de satisfacción que los pacientes en HD, circunstancia esta que sin duda está condicionada por la cercanía y "exclusividad" de la enfermera y médico que tienen los pacientes en DP, al ser estos aspectos muy valorados por los pacientes^(11,15).

En líneas generales, en la UGC hemos mejorado las puntuaciones de la mayoría de los ítems respecto a los resultados de 2014⁽¹⁶⁾, aunque no por ello deja de llamarnos la atención que aunque por escasa diferencia, los pacientes que tienen peor percepción en casi todos los ítems son los que se dializan en el CPD.

Esta circunstancia, es difícil de interpretar ya que dejando al margen los pacientes de la unidad de DP, por su condición "especial" antes referida, los pacientes en HD se dializan en dos unidades en las que tanto los recursos materiales y personales, las instalaciones y los procedimientos que se llevan a cabo en las mismas son equiparables, como no podría ser de otra manera al formar parte de la misma UGC.

A diferencia de otros estudios en los que no se encontró relación entre las características sociodemográficas de

los pacientes y su nivel de satisfacción^(9,12,15,17), y aunque esto no fuera objeto de nuestro estudio, pensamos que la ligera diferencia encontrada en el nivel de estudios en nuestra muestra entre los pacientes de HD de las dos unidades, podría explicar que los pacientes con mayor nivel de estudios, los cuales se dializan en el CPD mayoritariamente, muestren un grado inferior de satisfacción con el servicio, seguramente al haberse fijado unas expectativas más exigentes; aunque somos conscientes de que esta impresión que tenemos, debería ser objeto de otro estudio, en el que se tratara de relacionar las características sociodemográficas de los pacientes con la configuración de las expectativas del paciente ante la recepción de un servicio.

Respecto a la última parte del cuestionario, en la que se recogen las observaciones de los pacientes, destaca que en los 89 cuestionarios analizados, sólo 22 pacientes señalaron aspectos mejorables en la atención que reciben, pudiéndose explicar esta escasa respuesta por el alto grado de satisfacción registrado.

Y sobre qué aspectos consideran mejorables, observamos que se repiten las demandas sobre determinados aspectos de la atención difícilmente modificables con nuestra intervención, ya que consideran en primer lugar la necesidad de aumentar el personal que les atiende, seguido en importancia por la necesidad de agilizar el transporte al centro para evitar esperas prolongadas, pero también nos han comunicado observaciones sobre aspectos en los que podemos intervenir para dar las soluciones que demanda el paciente.

Conclusiones

Con este estudio hemos constatado que los pacientes que reciben tratamiento de diálisis en nuestra UGC, se reconocen muy satisfechos con el servicio que se les presta en la Unidad, con ligeras diferencias según la unidad en la reciben tratamiento, y además nos ha permitido conocer aspectos mejorables en el servicio, que se están abordando para aumentar la satisfacción del paciente y por consiguiente la calidad asistencial que prestamos.

Recibido: 7 junio 16
 Revisado: 10 junio 16
 Modificado: 15 junio 16
 Aceptado: 20 junio 16

Bibliografía

1. Lucas MF, Briones JLT. Técnicas de hemodiálisis. En Lorenzo V, López-Gómez JM. Nefrología al día. Grupo Editorial Nefrología SEN. Cap 23. Pags. 437-445.
2. Sobrino PE. Nuevas tecnologías en el tratamiento del agua de diálisis. *Electron J Biomed*. 2004; 1:68-76.
3. Arias M, Campistol JM, De Francisco ALM. Evolución del tratamiento de la anemia de la enfermedad renal. *Nefrología. Sup Ext* 2011; 2(2):1-2.
4. Molina R, Muñoz M, Matarán E. Uso de la tecnología para personalizar el tratamiento de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* 2015; 18 supl (1):135.
5. Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care*. 1995; 7(2):127-41.
6. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clinica*. 2000; 114 Suppl 3:26-33.
7. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [acceso 15 Marzo 2016]. Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS
8. Junta de Andalucía. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [acceso 15 Marzo 2016]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/.../investigamas/files/PlanCalidaddelSSPA2010-2014.pdf
9. Hernández ME, Ochando A, Mora J, Lorenzo S, López K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm. Nefrol*. 2005; 8: 90-96.
10. Miguel M, Valdés C, Rábano M, Montes A, 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.

- 11.** Anguera E, Martínez F. Estudio multicéntrico sobre calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2011; 14 (3): 172-180.
- 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* 2014; 17 Supl (1): 94.
- 13.** Mira JJ, Aranz J, Rodríguez-Marín J Buil JA, Castell M, Vialler J. SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva.* 1998; IV: 12-8.
- 14.** Pérez T, Rodríguez A, Suárez J, Rodríguez L, García MA, Rodríguez JC. Satisfacción del paciente en una unidad de diálisis. ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis?. *Enferm Nefrol.* 2012; 15 (2): 101-107.
- 15.** 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; (1): 6-13.
- 16.** R A Martín. Satisfacción del paciente en hemodiálisis como criterio de calidad asistencial de enfermería. *Revista Mexicana de Urología.* 2014; Vol 74 (5): 292-5.
- 17.** Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30:811-818.

Premio Lola Andreu 2015-2016

Al mejor artículo publicado
en los números 18/4, 19/1, 19/2
y 19/3 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 18/4, 19/1, 19/2 y 19/3 de la Revista Enfermería Nefrológica que se hayan recibido en: <http://revistaseden.org/enviotrabajos-acceso.aspx>
- 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 41º 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

C/ Lira, 1. Escalera Centro, 1º C. 28007 Madrid

Tel.: 914 09 37 37

Fax: 915 04 09 77

E-mail: seden@seden.org

Validación del Índice de Bien-estar Personal en personas con enfermedad renal crónica

Luís Manuel Mota de Sousa^{1,2}, Cristina María Alves Marques-Vieira³, Sandy Silva Pedro Severino¹, Juan Luis Pozo Rosado⁴, Helena María Guerreiro José⁵

¹Hospital Curry Cabral del Centro Hospitalar Lisboa Central. Lisboa. Portugal

²Universidad New Atlântica. Oeiras. Portugal

³Instituto de Ciências de la Salud, Universidad Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal

⁴Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Lisboa. Portugal

⁵Escuela de Salud. Multipefil. Luanda. Angola

Resumen

Objetivo: verificar las propiedades psicométricas del Índice de bien-estar personal (IBP) en personas con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis.

Método: Se trata de un estudio metodológico. La muestra aleatoria es constituida por 171 personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) sometida a hemodiálisis en dos clínicas en la región de Lisboa, Portugal. La recogida de datos fue realizada entre mayo y junio de 2015. Se evaluaron las propiedades psicométricas: validez (constructo, predictiva convergente, y discriminativa), confiabilidad por medio de la consistencia interna (α de Cronbach) y estabilidad (Coeficiente de Correlación de Spearman-Brown y Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI)).

Resultados: El IBP presenta una dimensión ajustada a los datos. La satisfacción con la salud es lo que más contribuye para el IBP. Tiene validez convergente con Felicidad Subjetiva y Afecto Positivo y Afecto Negativo. Tiene poder discriminativo en la nacionalidad. El α Cronbach fue de 0,82. Teste Re-teste para cuestionario 0,92 e CCI= 0,95, para entrevista 0,85 y CCI= 0,89.

Conclusiones: La versión portuguesa del IBP es válida y reproducible en personas con ERC, tanto por cuestionario como por entrevista.

PALABRAS CLAVE

- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- DIÁLISIS RENAL
- CALIDAD DE VIDA
- LOS ESTUDIOS DE VALIDACIÓN
- PSICOMETRÍA



Validation of the Personal Wellbeing Index in people with chronic kidney disease

Abstract

Objective: to verify the psychometric properties of the Personal Wellbeing Index (PWI) in people with chronic kidney disease on hemodialysis.

Method: This is a methodological study. A random sample consisted of 171 people with Chronic Kidney Disease (CKD) who underwent hemodialysis in two clinics in the region of Lisbon, Portugal. Data collection was conducted from May to June 2015. The psychometric properties were evaluated: Validity (construct, convergent predictive and discriminative), reliability through internal consistency (Cronbach α) and stability (Spearman-Brown correlation coefficient and intraclass correlation coefficient (ICC)).

Results: PWI has a dimension adjusted to the data set. Satisfaction with health is the largest contributor to the PWI. It shows convergent validity with Subjective Happiness and Positive Affect and Negative Affect. It has discriminative power of nationality. The Cronbach α was 0,82. Retest test for the questionnaire 0,92

Correspondencia:

Luís Manuel Mota de Sousa
Fábrica da Pólvora de Barcarena,
2730-036 Barcarena. Oeiras. Portugal
E-mail: luismmsousa@gmail.com

and ICC = 0,95, for the interview 0,85 and ICC = 0,89.

Conclusions: The Portuguese version of PWI is valid and reproducible in people with CKD, both by questionnaire and by interview.

KEYWORDS

- RENAL INSUFFICIENCY CHRONIC
- RENAL DIALYSIS
- QUALITY OF LIFE
- VALIDATION STUDIES
- PSYCHOMETRICS

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se caracteriza por la pérdida lenta, progresiva e irreversible de la función renal, evidenciada por el aumento de los niveles séricos de urea y creatinina en la sangre y tiene como principales causas la hipertensión arterial, diabetes mellitus y glomerulonefritis^{1,2}. La hemodiálisis (HD) es un tratamiento utilizado en personas con ERC, además es un procedimiento muy complejo y exigente que se puede tornar muy restrictivo e implicar profundas alteraciones en el estilo de vida.³ Estos cambios habitualmente pueden estar relacionados con el uso continuo de fármacos, el enfrentamiento a la dependencia de otras personas y de aparatos y de la dependencia financiera⁴. Además de esto, la hemodiálisis interfiere en la vida de la persona, a nivel del bien-estar y en el grado de satisfacción de la persona con ERC.⁵

El bien-estar se puede definir como una evaluación emocional y cognitiva en la vida de las personas y puede estar relacionado con el estado de contento, feliz, sano y próspero^{6,7}. Las medidas del bien-estar Subjetivo (BES) están altamente reconocidas por tener una aplicación útil en la evaluación de la calidad global y sus componentes⁶. El Índice de Bien-estar Personal/Satisfacción con la vida en general (IBP/SVG) es un cuestionario que permite evaluar el BES. Fue desarrollado en International Wellbeing Group para evaluar el BES a partir de la satisfacción con dominios específicos de vida.⁷ El IBP (PWI de *The Personal Wellbeing Index* en el original) tuvo por base la Comprehensive Quality of Life Scale⁸. El IBP con 7 dominios está validado en varias países, como Portugal⁷, Brasil, Colombia y Canadá⁹, Australia¹⁰, China¹¹⁻¹², Tailandia¹³, Nueva Zelanda (descendiente euro-

peos y maorí)¹⁴ y España¹⁵. En el análisis factorial utilizan el análisis factorial exploratorio, método de Análisis de Componentes Principales y rotación varimax^{7,9-12,14}, análisis factorial confirmatoria⁷ y análisis de Rasch. La confiabilidad interna fue evaluada por la α de Cronbach^{7,9-15}, y la estabilidad por el Teste Re-teste y Coeficiente de Correlación Inter-Clases (CCI)¹⁰. En la validez concurrente presentó correlaciones moderadas con el soporte social, depresión y sentido de coherencia¹⁵. En todas las culturas demostró propiedades psicométricas adecuadas, siendo considerada una medida válida y fiable.

El BES ha ganado importancia en la investigación en el contexto social y de salud, pero ha sido estudiado en las personas con enfermedad renal en la fase final. En un estudio reciente se verifico que las personas con ERC en hemodiálisis refirieron menor satisfacción con la vida en general, en la realización personal, relacionamiento y seguridad personal en comparación con la población en general¹⁶.

En este sentido, con este estudio queremos verificar la versión portuguesa del IBP/SVG⁷ mantiene las propiedades psicométricas de validez y de reproductibilidad en personas con ERC en programa de hemodiálisis. Además de esto, era importante verificar el BES medido por el IBP/SVG⁷, relacionado a otras medidas de Bien-estar Psicológico, específicamente, el Afecto Positivo (AP) y el Afecto Negativo (AN)¹⁷, la Felicidad Subjetiva¹⁸. Como se encontraron diferencias culturales⁹, queremos entender si el IBP/SVG consigue discriminar por la nacionalidad.

El objetivo de esta investigación es verificar las propiedades psicométricas del IBP/SVG en personas con ERC.

Material y método

Es un estudio metodológico¹⁹, realizado en la Clínica Diaverum, dos unidades de diálisis de la región de Lisboa, entre mayo y junio de 2015.

La población está compuesta por personas con ERC sometidas a hemodiálisis. Los criterios de inclusión utilizados fueron: personas con ERC, sujetas a tratamiento de hemodiálisis hace por lo menos seis meses, con edades igual o superior a 18 años y que consintieron libre y esclarecidamente a participar en el estudio. Los criterios de exclusión definidos fueron los siguientes: personas con déficit cognitivo y enfermedad psiquiátrica activa. En el total 253 personas con ERC cumplían los criterios de inclusión (139 en la Clínica 1 y 114 en

la Clínica 2). La muestra fue formada por las personas que cumplían los criterios de elegibilidad y la selección fue de forma probabilística (aleatoria sin reposición, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad). El cálculo de la muestra con Intervalo de Confianza (IC) de 95% y error de muestra de 5%²⁰, indicó una muestra necesaria de 192 personas (103 en clínica 1 y 89 en la clínica 2). Se realizó una selección aleatoria sin reposición. De los sujetos seleccionados en la Clínica 1, seis personas rechazaron participar, dos fueron ingresadas y dos desistieron, en la Clínica 2, cuatro personas rechazaron participar, dos fueron internadas y cinco desistieron. Al final se obtuvieron datos de 171 personas, 93 de la Clínica 1 (89%) y 78(88%) de la Clínica 2.

Para la recogida de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: bien-estar subjetivo obtenido por el (IBP/SVG)⁷, AP y AN medidos por la versión portuguesa de la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)¹⁷, felicidad por la versión portuguesa de la Subjective Happiness Scale (SHS)¹⁸ y un instrumento para caracterización del perfil de la muestra a nivel socio demográfico y clínico (edad, género, nacionalidad, escolaridad, actividad profesional, estado civil, tiempo de diálisis, presencia de hipertensión arterial y de diabetes). El IBP está constituido por siete ítems/dominios (satisfacción con el nivel de vida, salud, realización personal, relaciones personales, sentimiento de seguridad, unión a la comunidad, y seguridad con el futuro) que pretenden evaluar la "satisfacción con la vida en general". Para cada ítem es pedido a los respondientes para indicar el grado de satisfacción en cada ítem/dominio en una escala de "0" (extremamente insatisfecho) a "10" (extremamente satisfecho), en que "5" es la posición intermedia neutra. El IBP se calcula en una nota de 0-100 (porcentaje máxima de escala (%ME)). El análisis factorial confirmatoria de la versión portuguesa demuestra la existencia de un único factor, con una fiabilidad interna con el valor del α de Cronbach de 0.81⁷.

La PANAS se compone por dos sub escalas: AP y AN, con 10 ítems cada, en que los constructos son evaluados en una escala tipo Likert de 1 a 5. En la dimensión AP, ésta está más presente cuanto mayor sea la puntuación, en un máximo de 50 puntos. Lo mismo para la dimensión AN. Las cualidades psicométricas de las PANAS, en la versión portuguesa, revelan tal como la escala original, la existencia de 2 factores, una consistencia interna con el valor de la α de Cronbach de 0.86 (en la original, $\alpha=0.88$) para la escala de AP y de 0.89 (en la original, $\alpha=0.87$) para la escala de AN¹⁷. La SHS está constituida por cuatro ítems, en que en dos afirmaciones se pide a los respondientes para que se

caractericen a si propios por comparación con los otros, tanto en condiciones absolutas como relativas (ítems dos y tres), y otros dos ítems corresponden a descripciones de felicidad y infelicidad. En esta escala se pide a los participantes para indicar la extensión en que las afirmaciones los caracterizan, con la respuesta dada en una escala visual analógica con siete puntos, fundamentadas en dos afirmaciones antagónicas que expresan el nivel de felicidad o su falta. La versión portuguesa presenta un único factor con una Confiabilidad Interna con el valor del α de Cronbach de 0,76¹⁸.

Los análisis estadísticos se realizaron con el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versión 20.0. En la evaluación de las propiedades psicométricas, el estudio de la confiabilidad, se efectuó por medio del α de Cronbach y para evaluar la estabilidad se usó el CCI y Coeficiente de Correlación de Spearman-Brown²¹ en el Teste Re-teste (después de 48 a 96 horas en 40 personas seleccionadas aleatoriamente, 26 por auto relleno y 14 por entrevista). Se adoptó un valor mínimo de 0,70 como una Consistencia Interna satisfactoria²¹. En el estudio de la validez, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) fue por el método de la máxima verosimilitud, con rotación *Variamax*. La adecuación fue evaluada por el *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* y teste de esfericidad de *Bartlett*. La validez convergente se evaluó a través de la correlación de Pearson entre el IBP la PANAS, la SHS. Para verificar la validez predictiva de las dimensiones de la IBP se efectuó un análisis de regresión múltiple jerárquica. La estadística sr^2 representa la proporción de variancia única que es la contribución de cada ítem/dominio. El es calculado como el cuadrado de la estadística 'part' retirada del análisis de regresión múltiple. Este valor multiplicado por 100 da el porcentaje de variancia única con que ese ítem contribuye para el IBP/SVG. Para verificar la validez discriminante se uso el Teste *t Student* para muestras independientes. Las variables categóricas se expresaron como porcentual o valor absoluto; las continuas como medias \pm desvío estándar o mediana. El nivel de significancia adoptado fue de $p < 0,05$.

Se pidió la autorización de las versiones portuguesas do IBP⁷, de la PANAS¹⁷ y de la SHS¹⁸, y se concedió.

Este estudio se aprobó por la Comisión de Ética de la Diaverum (nº1/2015). Todos los participantes firmaron el plazo de consentimiento libre y esclarecido después de haber sido informados sobre la garantía de confidencialidad de sus datos y del derecho de renuncia, sin cualquier tipo de perjuicio.

Resultados

El perfil socio demográfico y de salud de los participantes:

La media de edad de la muestra fue de 60,20 \pm 14,34 años, constituida mayoritariamente por hombres (61%). En relación a la nacionalidad, la mayoría eran de nacionalidad portuguesa (80,1%), 14% cabo verdiana, 3,5% santomense, 1,8% angolana y 0,6 guíenense. En la escolaridad, 3,6% de analfabetos, 42,9% en el 4º año, 18,5% con el 6º año, 14,9% con el 9º año, 11,3% con el 12º año y 8,9% con educación superior. El 25,9% de los sujetos eran solteros, 56,5% casados, 11,8% viudos y 5,9 divorciados. En lo que se refiere a la actividad laboral 76,7% estaban jubilados y 23,3% tenían una actividad profesional regular. A nivel de los datos de salud, los sujetos de la muestra recibían hemodiálisis desde hace 72,17 \pm 54,23 meses, 62,1% tenían hipertensión arterial y el 27,1% diabetes.

En el análisis de las propiedades psicométricas del IBP, comprobadas a través del coeficiente de α de Cronbach, varió de 0,78 a 0,84, después de la exclusión de cada uno de los ítems.

En el estudio de la estabilidad (teste, re-teste), datos obtenidos por cuestionario (n=26), tienen en una primera evaluación un α de Cronbach global de 0,89 y en una segunda evaluación de 0,94. El Coeficiente de Correlación de Spearman-Brown fue de 0,92 y el CCI fue de 0,95 [IC95%; 0,92 a 0,98, p<0,001]. Por entrevista (n=14) el α de Cronbach global en la primera evaluación fue de 0,76 y segunda evaluación fue de 0,86. El Coeficiente de Correlación de Spearman-Brown fue de 0,85 y el CCI fue de 0,89 [IC95%; 0,80 a 0,96, p<0,001], lo que demuestra que hubo buena consistencia y estabilidad entre evaluaciones tanto por medio de instrumento de medida auto reportado como por entrevista.

La AFE (KMO = 0,85; teste de esfericidad de Bartlett χ^2 [21] 407,324, p <0,001) presentó una solución de un solo factor, que fue responsable por 50,6% de la varianza explicada del constructo. Todos los ítems se colocaron en factores, con cargas factoriales adecuadas (o sea, > 0,4, ver **Tabla 1**). Las comunalidades (h^2) variaron entre 0,17 e 0,59. El coeficiente α de Cronbach de la escala global fue de 0,82.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio del IBP en personas con ERC, Lisboa, Portugal, 2015.

Dimensiones del IBP	Factor 1 IBP/SVG	h^2
1. Nivel de vida	0,77	0,59
2. Con su salud	0,41	0,17
3. Conseguir obtener de la vida con el esfuerzo	0,73	0,53
4. Con relaciones personales	0,69	0,48
5. Con su seguridad	0,63	0,39
6. Con el sentimiento de pertenecer a la comunidad	0,56	0,32
7. Con la seguridad de su futuro	0,74	0,55
Números propios (Eigenvalue)	3,547	
Varianza explicada	50,6%	
Coeficiente de Cronbach	0,93	
Media (DP)	64,2(\pm 17,9)	

Legenda: h^2 - comunalidades. IBP/SVG- Índice de bien-estar personal / Satisfacción con la vida en general.

Los resultados de la **Tabla 2** muestran que los siete dominios del BES predicen 98,5 % de la varianza de la SVG. La suma de la magnitud de varianza única para la solución en que, en este caso, es de 91% mientras que la varianza compartida por todos los ítems/dominios es de 7,5%. El análisis de la contribución única de cada ítem/dimensión muestra que la satisfacción con la salud que contribuye con 21% para la varianza única del total de 98,5% de la varianza explicada. Siguen los dominios/ítems nivel de vida, seguridad, enlace a una comunidad, seguridad en el futuro y por fin a la realización y relaciones personales.

En el estudio de la validez convergente, se confirmó que la IBP/SVG presentó correlaciones positivas moderadas con el AP y Felicidad Subjetiva, y una correlación negativa baja con los AN. Además, se confirmó que la Felicidad Subjetiva presenta una correlación moderada con el AP (**Tabla 3**).

En relación a la validez discriminativa, las personas con nacionalidad de un país africano (Cabo-Verdianos, Santomenses, Angolanos y Guíenense) tienen IBP/SGV superiores a las personas de nacionalidad portuguesa (70, 47 \pm 15,9 versus 63,15 \pm 18,3; t [168]= 2,114; p<0,05). La cultura influencia IBP/ SVG en las personas con ERC.

Tabla 2. Regresión de los ítems/dominios de satisfacción con la SVG y correlaciones inter ítems, en personas con DRC, Lisboa, Portugal, 2015.

	SGV	NV	S	R	RP	S	EC	B	β	sr^2
NV	0,79*							1,688*	0,25	0,17
S	0,55*	0,31*						1,452*	0,23	0,21
R	0,75*	0,62*	0,32*					1,448*	0,19	0,13
RP	0,72*	0,49*	0,25*	0,53*				1,352*	0,17	0,13
S	0,69*	0,45*	0,26*	0,33*	0,47*			1,377*	0,20	0,16
EC	0,62*	0,38*	0,14	0,49*	0,47*	0,39*		1,395*	0,17	0,14
SF	0,78*	0,60*	0,36*	0,49*	0,49*	0,56*	3,41*	1,313*	0,20	0,14
	* p<0,001								R ²	0,992
	la Varianza única= 0,91; varianza compartida = 0,075								Adjusted R ²	0,985

Significado: **IBP/SVG**- Índice de bien-estar personal /Satisfacción con la vida en general, **NV**- Nivel de vida, **S**- Salud, **R**- Realización, **RP**- Relaciones personales, **S**- Seguridad, **EC**- Enlace a la comunidad y **SF**- seguridad en el futuro.

Tabla 3. Validad Concurrente y confiabilidad de las medidas. Lisboa, Portugal, 2015.

Alfa Cronbach(α)	SGV/IBP	AP	AN	FS
SGV/IBP	(0,82)			
AP	0,33***	(0,86)		
AN	-0,16*	0,09	(0,88)	
FS	0,61***	0,41***	-0,13	(0,90)

Significado: *<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; **IBP/SVG**- Índice de bien-estar personal /Satisfacción con la vida en general, **AP**- afectividad positiva, **AN**- afectividad negativa, **FS**- felicidad subjetiva.

revelo una estructura factorial con dos dimensiones (factor 1 – relacionamiento personal, seguridad en el futuro, salud y enlace a la comunidad, el factor 2 agrupo la realización, seguridad personal y nivel de vida)¹⁰. La varianza explicada del factor presenta un valor superior a 50%, semejante a la muestra australiana (57,97%)¹⁰. En algunas muestras la varianza fue inferior a 50%, específicamente en la muestra de Portugal (48,15%)⁷ y de China (36,96%)¹². En este estudio el valor del KMO fue superior a 0,70, semejante a lo que paso en la muestra de China (KMO=0,72)¹² y en la muestra de Nueva Zelanda (KMO=0,89)¹⁴.

Discusión

La versión portuguesa del instrumento IBP/SVG tiene propiedades psicométricas buenas en personas con ERC. Esta medida de BES en esta población específica es confiable y reproducible. Los valores de la confiabilidad son semejantes a la versión portuguesa ($\alpha=0,81$)⁷, la muestra de Canadá ($\alpha=0,82$)⁹, China ($\alpha=0,80$)¹¹, Nueva Zelanda (descendientes europeos $\alpha=0,83$; descendientes maorí $\alpha=0,85$)¹⁴ y España ($\alpha=0,85$)¹⁵. Fue superior a las muestras de Brasil y Colombia (respectivamente, $\alpha=0,73$ e $\alpha=0,76$)⁹, Australia ($\alpha=0,76$)¹⁰ y a una otra muestra de China ($\alpha=0,71$)¹². En relación a la estabilidad, esta escala es reproducible con las dos modalidades de recogida de datos (cuestionario y entrevista). En el estudio realizado en Australia con una muestra aleatoria de 31 sujetos, el Teste Re-teste fue de 0,58 y el CCI fue de 0,57¹⁰. Todos los ítems se colocaron en un único factor, con cargas factoriales superiores a 0,41. Confirma los resultados obtenidos en otras culturas excepto en la muestra australiana que

Este estudio permitió confirmar que el IBP/SVG está ajustado a los datos. En la evaluación de la validad predictiva de los ítems/dimensiones para la medida de bien-estar subjetivo (IBP/SVG), la varianza explicada fue superior a 90%. En el estudio portugués fue de 62%, con varianza unitaria de 17% y varianza compartida de 45%⁷, en el estudio australiano a varianza unitaria fue de 8% y la compartida de 18,5%¹⁰, en estudio tailandés la varianza explicada fue de 61,9%¹³, en la muestra china la varianza explicada fue de 47%, con varianza unitaria de 28% y compartida de 39%¹². En Nueva Zelanda la varianza fue de 64%, con varianza unitaria de 15% y 13% y varianza compartida de 49% y 52%¹⁴. En este estudio los ítems que más contribuyen para el IBP son la salud y el nivel de vida, mientras en otros estudios^{7, 11-14} fue el nivel de vida y la seguridad. Estas diferencias pueden estar relacionadas con cuestiones culturales y con la propia situación de salud de las personas con ERC. En la validad convergente, tal como lo esperado se encontró soporte para la

relación entre el BES (IBP/SVG) y las otras medidas de Bien-estar, específicamente la Felicidad Subjetiva (SHS) y el AP y AN (PANAS). En las personas con ERC, los valores altos de IBP/SVG están relacionados a valores altos de Felicidad Subjetiva y AP, y contrariamente, asociado al AN. Un estudio español¹⁵ mostró asociación al soporte social, depresión y sentido de coherencia. El IBP/SVG consigue discriminar diferencias culturales; las personas con ERC portuguesas tienen niveles más bajos de BES relativamente a las personas con nacionalidad de un país de África. También se encontraron diferencias en las muestras representativas de la población de Brasil, Colombia y Canadá.⁹

Estos resultados son semejantes a los de la escala original⁸ y la versión en portugués europeo⁷, y sugieren que esta medida de BES es válida y confiable para evaluar la satisfacción con la vida en general, en personas con ERC.

Este estudio usó una muestra representativa de personas con ERC sometida a hemodiálisis.

En futuras pesquisas se recomienda la realización de un análisis factorial confirmatoria del IBP/SVG en esta población específica. Además se recomienda, a los enfermeros y investigadores en salud, la utilización de esta medida de BES en futuras investigaciones, una vez que esta medida traduce un indicador de salud importante para la calidad de vida en las personas con ERC¹⁶.

Conclusiones

La validación de la versión portuguesa del IBP/SVG tiene propiedades psicométricas adecuadas y ajustadas para las personas con ERC. En este estudio se encuentra soporte para la estructura uní-factorial de esta escala, y para la confiabilidad y estabilidad. El IBP/SVG es una medida válida y reproducible para ser aplicada sobre la forma de cuestionario, o entrevista, en personas en situaciones de hemodiálisis, para evaluar el BES.

Recibido: 9 octubre 15
Revisado: 24 noviembre 15
Modificado: 11 enero 16
Aceptado: 18 enero 16

Bibliografía

1. Patat CL, Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Barbosa DA. Análisis de la calidad de vida de usuarios en hemodiálisis. *Enferm. Glob.* 2012; 11(27):54-65.
2. Poveda VDB, Alves JDS, Santos ED. Diagnósticos de enfermagem en pacientes submetidos à hemodiálise. *Enferm. Glob.* 2014; 13(2):60-81.
3. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2012 set-out [Acesso 2015 ago 23]; 20(5):838-846.
4. Oller GASAI0, Ribeiro RCHM, Travagim DSA, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2012; 20 (6):1033-1040.
5. Pérez Domínguez, T., Rodríguez Pérez, A., Suárez Álamo, J., Rodríguez Castellano, L., García Bello, M. Á., & Rodríguez Pérez, J. C. (2012). Satisfacción del paciente en una Unidad de Diálisis: ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis? *Enferm. Nefrol.* 2012; 15(2), 101-107.
6. Forjaz MJ, Prieto-Flores ME, Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martínez-Martín P. Measurement properties of the Community Wellbeing Index in older adults. *Qual. Life Res.* 2011; 20(5):733-743.
7. Ribeiro JP, Cummins R. O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA. 2008: 505-8. Disponible en: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/21065>
8. Cummins RA, McCabe MP, Romeo Y, Gullone E. The Comprehensive Quality of Life Scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educ. Psychol. Measur.* 1994; 54: 372-382.

9. Wills-Herrera E, Islam G, Hamilton M. Subjective well-being in cities: A multidimensional concept of individual, social and cultural variables. *Appl. Res. Qual. Life.* 2009; 4(2): 201-221
10. McGillivray JA, Lau ALD, Cummins RA, Davey G. The utility of the personal wellbeing index intellectual disability scale in an Australian sample. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.* 2019; 22(3): 276-286.
11. Nielsen I, Smyth R, Zhai Q. Subjective well-being of China's off-farm migrants. *J. Happiness Stud.* 2010; 11(3): 315-333.
12. Nielsen I, Paritski O, Smyth R. Subjective well-being of Beijing taxi drivers. *J. happiness stud.* 2010; 11(6): 721-733.
13. Yiengprugsawan V, Seubsman SA, Khamman S, Lim LY, Sleigh AC. Personal Wellbeing Index in a national cohort of 87,134 Thai adults. *Soc. Ind. Res.* 2010; 98(2): 201-215.
14. Ganglmair-Wooliscroft A, Lawson R. Applying the international wellbeing index to investigate subjective wellbeing of New Zealanders with European and with Maori heritage. *Kotuitui: New Zealand j. Soc. Sci. Online.* 2008; 3(1): 57-72.
15. Forjaz MJ, Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Prieto-Flores ME, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Rasch analysis of the International Wellbeing Index in older adults. *Int. psychogeriatr.* 2012; 24(02): 324-332.
16. Bennett PN, Weinberg MK, Bridgman T, Cummins RA. The happiness and subjective well-being of people on haemodialysis. *J. Ren. Care.* 2015; 41(3): 156-161.
17. Galinha I, Ribeiro J. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Anal Psicol.* 2005; 23(2):219-227. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/84/pdf>
18. Pais-Ribeiro JL. Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicol. Saúde Doenças.* [Internet]. 2012 [Acesso 2015 ago 19]; 13(2): 157-168. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a03.pdf>
19. De Lima DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. *Online Braz J Nurs.* (Online). 2011; 10(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html>
20. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora online Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>.
21. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Carvalho ML, Veludo F, José, HMG. Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enfermagem.* 2015; 5:25-32. Disponível em: <http://www.acenfermeiros.pt/index.php?id1=15&id2=9>

SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS



¡Anímate a participar!

1. Se admitirán en el concurso todos los trabajos de Enfermería Nefrológica presentados en el **41 Congreso Nacional de la SEDEN** relacionados con la "Seguridad en el tratamiento de Hemodiálisis". Seguridad en: los procesos, el uso y manejo de los productos, el cuidado del paciente y los beneficios en su calidad de vida.
2. Podrán optar al premio todos los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
3. Los trabajos serán redactados en lengua castellana, serán inéditos y cumplirán todas las normas de presentación de trabajos establecidas para el 41 Congreso de la SEDEN.
4. El plazo de entrega de los originales será el mismo que se establece para el envío de trabajos al 41 Congreso, debiendo ser enviados única y exclusivamente a través de la página web de la SEDEN (www.seden.org), en el apartado "**Congreso**".
5. El Jurado estará compuesto por el Comité Seleccionador de trabajos de la SEDEN y una persona en representación de B. Braun Medical, S.A., sin derecho a voto.
6. La entrega del premio tendrá lugar en el acto inaugural del 41 Congreso Nacional de la SEDEN, que se celebrará en Oviedo del 11 al 13 de octubre.
7. Los derechos para la publicación del trabajo premiado quedarán en poder de la SEDEN y B. Braun Medical, S.A., que le podrán dar el uso y difusión que estimen oportuno. Los autores podrán disponer del trabajo y/o datos del mismo para su publicación, haciendo constar su origen (IV Premio B. Braun Medical, S.A.).
8. La publicación del trabajo premiado en algún medio o su presentación en cualquier foro distinto al 41 Congreso con anterioridad al mismo, será causa de descalificación automática.
9. Cualquier eventualidad no prevista en estas bases será resuelta por la junta directiva de la SEDEN.
10. El premio puede ser declarado desierto, en cuyo caso la cuantía del mismo será donada a la sociedad.
11. Por el hecho de concursar, los autores se someten a estas bases, así como al fallo del Jurado que será inapelable.
12. La cuantía del premio es de **1.000 €**.

the pathology of heart failure responsible base and the proteins present in the peritoneal effluent were collected.

13 patients, 77 % male, mean age 71 ± 8 years were evaluated. A total of 51 samples were collected; of then, 5 samples (9.8 %) from 4 patients (31 % of all patients), peritoneal effluent was cloudy. In 2 of then the white blood cell count was less than 100 cells/ μ l. whereas in the other 2 patients the count was higher, with polymorfonuclear below 50% and no growth crops. There was no relationship between the cellularity and the underlying diseases.

We believe that the presence of turbidity in the peritoneal effluent of patients with heart failure not correspond to the existence of peritoneal infection.

KEYWORDS

- PERITONEAL DIALYSIS
- ULTRAFILTRATION
- HEART FAILURE
- CAPD EFFLUENT
- PERITONITIS
- ASCITES

Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud con una creciente prevalencia, incidencia y mortalidad^{1,2}. Esta situación ha hecho necesaria la utilización de técnicas como la ultrafiltración extracorpórea o la diálisis peritoneal (DP) para mejorar el pronóstico de los pacientes con IC sobre todo en los casos de refractariedad al tratamiento convencional^{5,6,7,8,9}.

En nuestro centro contamos con un programa de tratamiento de pacientes con IC refractaria importante (más de 60 pacientes en 10 años), en los que se ha conseguido una demostrada mejoría de la situación clínica, calidad de vida y supervivencia^{1,2}.

Sin embargo la DP no está exenta de complicaciones y de ellas la infección peritoneal es una de las más habituales. Ésta se define por presencia de líquido peritoneal turbio, contaje de más de 100 leucocitos/ μ l, siendo estos más del 50% de polimorfonucleares^{3,4}.

De manera ocasional los pacientes de nuestro programa acuden a la unidad por presencia de turbidez en el efluente peritoneal, hecho que nos llamó considerable-

mente la atención, sobre todo porque en la mayoría de los casos no presentaban ninguna otra clínica abdominal y el recuento leucocitario era inferior a 100 leucocitos/ μ l o aún siendo superior, el cultivo bacteriológico era negativo. Actualmente, tanto a los pacientes con enfermedad renal crónica como a los pacientes con IC refractaria en programa de diálisis peritoneal se les aplican los mismos criterios de infección peritoneal, los cuales encontramos claramente definidos en las guías de la "Sociedad Española de Nefrología" y las de la "International Society for Peritoneal Dialysis". Sin embargo, no parece que esos criterios sean extrapolables a otras poblaciones, como puede ser el caso de los pacientes con IC refractaria. Todo esto nos ha llevado a preguntarnos si estos pacientes están más predispuestos a presentar líquido turbio en ausencia de infección peritoneal.

En consecuencia, nuestro objetivo fue determinar si la presencia de efluente peritoneal turbio de los pacientes con IC refractaria en programa de ultrafiltración peritoneal (UP) se corresponde con la presencia de infección peritoneal y de no ser así valorar otros posibles factores desencadenantes de dicha turbidez.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo entre Diciembre de 2014 y Marzo de 2015, en el que se incluyeron pacientes con IC refractaria que dieron su consentimiento por escrito. Se analizaron 4 muestras de cada paciente, separadas por 15 días, de forma programada. Los cultivos bacteriológicos se realizaron en las muestras que presentaban un recuento leucocitario superior a 100 leucocitos/ μ l. También tuvimos en cuenta datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes, como la patología de base responsable de la IC y las proteínas presentes en el efluente peritoneal. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 20.0. del que nuestro hospital dispone de licencia.

Resultados

Se evaluaron 13 pacientes (Tabla 1), 77% varones, edad media de 71 ± 8 años. Se recogieron un total de 51 muestras; de ellas, en 5 muestras (9.8%) procedentes de 4 pacientes (31% del total de pacientes), el efluente peritoneal era turbio. En 2 de ellos el recuento leucocitario fue inferior a 100 leucocitos/ μ l mientras que en los otros 2 pacientes el recuento fue superior, con polimorfonucleares por debajo del 50% y cultivos sin crecien-

to bacteriano, por lo que estos pacientes no recibieron tratamiento. No hubo relación entre la celularidad y las enfermedades de base. Se obtuvo una pérdida media de proteínas de 3.63 gr/litro.

Discusión y conclusión

Una vez realizado este estudio podemos decir que un líquido peritoneal turbio en pacientes con IC no es siempre resultado de una infección peritoneal. La presencia de turbidez en el efluente peritoneal de un 31% de los pacientes estudiados, en ausencia de clínica abdominal, polimorfonucleares por debajo del 50% y sin crecimiento bacteriano lo corrobora. Por norma general asociamos la turbidez a la "temida" infección peritoneal y es que esta complicación suele ir acompañada de líquido turbio. Durante la fase de entrenamiento del paciente en la técnica de DP es fundamental incidir, desde su inicio, en la necesidad de realizar una correcta comprobación del estado del efluente peritoneal, descartando la existencia de turbidez.

En este estudio hemos querido determinar si en los pacientes con IC refractaria sometidos a UP es común la presencia de líquido turbio sin infección. La causa o causas desencadenantes de la turbidez estarían por determinar y con ello abrimos la puerta a la búsqueda de los posibles factores desencadenantes.

Las Guías de Práctica Clínica de DP describen un tipo de peritonitis no infecciosa, estéril, en la que hay existencia de líquido turbio con cultivo repetitivamente negativo³. Dependiendo de la presencia o ausencia de células, se catalogan diversas causas, siendo una de ellas el uso continuado de Icodextrina intraperitoneal, a la que se le asocian reacciones peritoneales como es el líquido de drenaje turbio con o sin bacterias (peritonitis aséptica). El tratamiento de UP de nuestros pacientes consiste en un único intercambio nocturno con Icodextrina por lo que este podría ser un factor desencadenante del efluente peritoneal turbio de las muestras de este estudio.

Por otra parte, la presencia de ascitis en los pacientes con IC podría ser otro factor desencadenante. Numerosos estudios ponen de manifiesto la existencia de la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) asociada a la ascitis, siendo menos habitual en la de origen cardiológico^{10,11}. Se caracteriza por presencia de clínica sugestiva de infección peritoneal, con fiebre, dolor abdominal y un conteo de polimorfonucleares igual o superior a 250/ μ l. El recuento total de leucocitos no es útil en el diagnóstico de PBE por lo que a pesar de que algunas de nuestras

muestras presentaron leucocitos superiores a 100/ μ l, los polimorfonucleares fueron inferiores a 250/ μ l. A parte, los pacientes solo presentaban líquido turbio sin ninguna otra clínica.

Si nos fijamos en la concentración de proteínas presentes en el efluente peritoneal de los pacientes de este estudio, obtenemos una pérdida considerable de las mismas (3.63 g/l) mayor que la habitual del paciente renal en programa de DP (0.66 g/l)¹². Valdivia et al, en su artículo publicado en 2002, acerca de la validez de la concentración de proteínas en el líquido ascítico y suero para el diagnóstico de las ascitis, obtienen una pérdida de proteínas superior en las ascitis de origen cardiológico que en las renales¹³. Estos valores podrían ser extrapolables a los pacientes en DP, sin embargo no se han encontrado estudios con valores de pérdida de proteínas en pacientes con IC en programa de UP. Una alta concentración de proteínas en el efluente peritoneal podría ser causa de turbidez.

Estos factores, junto con otros como marcadores inflamatorios, fármacos administrados, etc., serían base de estudio para determinar la causa responsable de la turbidez en el líquido peritoneal de los pacientes con IC en ausencia de infección.

Concluimos que la presencia de turbidez en el efluente peritoneal de los pacientes con insuficiencia cardiaca no siempre se corresponde con la existencia de infección peritoneal.

Tabla 1. Características de los pacientes.

N	13
Edad media (años) \pm ds	70 \pm 8
Sexo (% varones)	77
DM (%)	37
Enfermedad de base (%)	
-valvular	37
-cardiopatía isquémica	30
-miocardiopatía dilatada	26
-otras	7

N= total de pacientes. **DM**=Diabetes Mellitus.

ds= derivación estándar.

Recibido: 1 diciembre 15

Revisado: 11 enero 16

Modificado: 28 marzo 16

Aceptado: 5 abril 2016

Bibliografía

1. Sánchez E, Rodríguez C, Ortega T, Díaz-Molina B, García-Cueto C. Papel de la diálisis peritoneal en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. *Insuficiencia Cardiaca* 2010; 5(3): 105-112.
2. Sánchez E, Rodríguez C, Ortega T, Díaz-Molina B, García-Cueto C. Tratamiento de la sobrecarga de volumen en la insuficiencia cardiaca refractaria. *Insuficiencia Cardiaca* 2011; 6(1): 19-26.
3. Montenegro J, Molina A, Rodríguez-Palomares JR, González Parra E. Peritonitis en diálisis peritoneal. *Guías de práctica clínica en diálisis peritoneal. Nefrología* 2006; 26(4): 115-131.
4. Kam-Tao Li P, Chun Szeto C, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo AE, Gupta A et al. Peritoneal dialysis related infections recommendations: 2010 update. *Peritoneal Dialysis International* 2010; 30: 393-423.
5. Khalifeh N, Vychytil A, Hörl WH. The role of peritoneal dialysis in the management of treatment-resistant congestive heart failure: A European perspective. *Kidney International* 2006; 70: 72-75.
6. Kagan A, Rapoport J. The role of peritoneal dialysis in the treatment of refractory heart failure. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2005; 20(7): 28-31.
7. Krishnan A, Oreopoulos DG. Peritoneal dialysis in congestive heart failure. *Advances in Peritoneal Dialysis* 2007; 23: 82-89.
8. Quirós PL, Remón C. Tratamiento con diálisis peritoneal del síndrome cardiorrenal con insuficiencia renal crónica leve. *Nefrología* 2012; 3(3): 47-52.
9. Montejo JD, Bajo MA, Del Peso G, Selgas R. Papel de la diálisis peritoneal en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Experiencia en nuestro centro. *Nefrología* 2007; 27(5): 605-611.
10. Barreales M, Fernández I. Peritonitis bacteriana espontánea. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2011; 103(5): 255-264.
11. Guarner C, Soriano G. Spontaneous bacterial peritonitis. *Seminars in Liver Disease* 1997; 17(3): 203-217.
12. Lindholm B, Bergstrom J. Nutritional management of patients undergoing peritoneal dialysis. En: Nolph KD. *Peritoneal dialysis*. 3rd ed. Boston, MA: Kluwer; 1989: 230-60.
13. Valdivia M, Llanos A, Zapata C, Muñoz N. La validez de la concentración de proteínas en el líquido ascítico y suero para el diagnóstico diferencial de la ascitis. *Revista de Gastroenterología del Perú* 2002; 22(4): 272-286.

prevalent comorbidity WAS Hypertension (HTA) with 31.2%.

Conclusion: No significant data was evident anxiety and depression in patients of Kidney Transplant Program attending monitored at the Hospital of San José. However it is considered necessary interdisciplinary support during monthly monitoring consultations, seeing the holistic patient and highlighting the importance of nurses in early detection of emotional disorders.

KEYWORDS

- ANXIETY
- DEPRESSION
- KIDNEY TRANSPLANT

Introducción

El problema de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) dentro de las cuales se encuentra las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades crónicas respiratorias, mentales y el cáncer es de trascendencia mundial. Según cifras de la Organización Mundial de Salud (OMS) para año 2030 el 80% de las muertes por ECNT serán aportadas por países de medianos y bajos ingresos¹.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Enfermedad Renal Crónica (ERC) afecta a cerca del 10 % de la población mundial². De igual forma, la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), en América Latina reporta que un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en el 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función renal².

Por otro lado, en el año 2011 las principales causas de muerte en Colombia fueron: la enfermedad coronaria, seguida de la violencia interpersonal, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Desde la perspectiva de años de vida potencial perdidos (AVPP), estas muertes representaron 5.6 millones de AVPP, y la principal causa de estas pérdidas fue la violencia interpersonal (17.6%), seguida por la enfermedad coronaria y los accidentes de tránsito. Al respecto se destaca la relevancia de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que representaron el 57%, un 9% por

enfermedades transmisibles, desordenes maternos, neonatales y nutricionales³.

De acuerdo a los datos recolectados por la cuenta de alto costo para el año 2013 en Colombia, 2.579.739 pacientes tenían alguna enfermedad precursora de la ERC y de estos 975.479 tienen diagnosticado algún estadio de la enfermedad⁴. Para el año 2012 en el país, la prevalencia de ERC en personas con terapias de remplazo renal (TRR), documentó 621 pacientes por millón de habitantes, y para el 2013 pasó a 658 pacientes por millón de habitantes, lo cual no presentó diferencias significativas⁴.

El trasplante renal, como alternativa terapéutica para los pacientes que requieren TRR mejora la calidad de vida, sin embargo el miedo al rechazo del injerto, el control estricto de la terapia con los inmunosupresores, la vigilancia constante por medio de controles médicos, representan nuevos retos para el paciente⁵. De hecho, los pacientes trasplantados pueden desarrollar trastornos afectivos y emocionales, como la ansiedad y la depresión⁶. De Pasquale et al (2014), exploró las características de personalidad en pacientes sometidos a trasplante renal y confirmó la hipótesis de que este procedimiento puede suponer un riesgo potencial para el equilibrio psicológico del paciente⁷.

El programa de Trasplante Renal del Hospital de San José, en Bogotá, Colombia, data de 1982 cuando se realizó el primer trasplante de donante cadavérico y en 1984 cuando se practicó el primer trasplante renal con donante vivo, en ambos casos con resultados exitosos.

Actualmente, existe dentro programa de trasplante renal del Hospital, un programa con periodicidad mensual, encargado del seguimiento clínico y para-clínico de los pacientes renales trasplantados por parte de nefrología y enfermería. El programa de seguimiento al paciente trasplantado busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, su entorno familiar y social mediante controles frecuentes.

Los pacientes trasplantados enfrentan en sus procesos de adaptación, retos importantes para asegurar su vitalidad, como la toma de medicamentos, los controles médicos, el riesgo de infecciones oportunistas, convirtiéndolos en pacientes con alta complejidad y variabilidad emocional.

El personal de enfermería tiene contacto permanente con los pacientes que le permite identificar la evolu-

ción del paciente o los trastornos que puede presentar y plantear intervenciones con el equipo de salud.

Trastornos de ansiedad y depresión no han sido documentados en el grupo de pacientes trasplantados que asisten a consulta de control en El Hospital de San José y se considera relevante describir través de la aplicación de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), creada por Zigmond A.S y Snaith R.P. (1983)⁷, los posibles trastornos emocionales presentes en este grupo de pacientes, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, tiempo transcurrido desde el trasplante y los ítems más frecuentes de depresión y ansiedad para inferir la dimensión del problema en los pacientes.

Por lo anterior, se planteó como objetivo de este estudio, describir los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes del programa de trasplante renal del Hospital San José durante el 2015.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Se realizó un estudio cuantitativo, de carácter descriptivo y cohorte transversal.

Población objeto de estudio: Pacientes trasplantados incluidos en el programa de trasplante renal del Hospital de San José, que acudieron a control al servicio de trasplante renal durante los meses de abril a septiembre del año 2015. Según reportes del servicio de trasplante, para el año 2014, asistieron 220 pacientes a consulta de seguimiento, de los cuales, para este estudio en el periodo mencionado acudieron al Hospital 195 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión: se tuvieron en cuenta todos los pacientes que asisten al control pos trasplante dentro del periodo mencionado. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta pacientes que no aceptaron pertenecer al estudio o pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

Instrumento: El instrumento que se utilizó para la medición de la información fue el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), que permite detectar trastornos de ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.)⁸ evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. La HADS está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen

que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y diferencia la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de 0 a 7 normal, de 8 a 10 dudoso y de 11 o más, problema clínico⁹, se adicionó al instrumento información de datos sociodemográficos, morbilidad asociada que generó la ERC y tiempo pos trasplante, herramientas que fueron validadas por un comité de expertos.

Procesamiento y análisis de datos: Se aplicó el instrumento mediante una entrevista personal y presencial, para posterior análisis estadístico a través de una base de datos en Microsoft Excel 2010 y del software STATA 13. Los resultados son presentados teniendo en cuenta el tiempo pos trasplante, la morbilidad de base de la ERC, datos sociodemográficos y los datos obtenidos de la HADS.

Consideraciones éticas: La investigación se realizó de acuerdo con los principios internacionales consignados en el informe de Belmont y la Resolución 8330 de 1993 del Ministerio de Salud de la Republica de Colombia, de igual forma, esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos (CEISH).

Resultados

En el estudio 195 pacientes acudieron a consulta de seguimiento, de los cuales 19 fueron excluidos por no firma del consentimiento informado, para una población objeto de estudio final de participaron 176 personas. La edad promedio de los pacientes fue de 47.5 años (DE: ± 12.3), el paciente de mayor edad fue de 80 años y el de menor 17 años de los cuales 55.1% eran hombres, el 48.8% de estado civil casado, el 46.0% pertenecían al estrato socioeconómico 3 y el 38% al estrato 2, 48.8% se encontraban clasificados como adultos maduros dentro del ciclo vital individual. 47.1% de los pacientes llevaban entre 5 y 10 años de tiempo pos trasplante. La morbilidad que genero la ERC fue hipertensión arterial con un 31.2%, a pesar de que el 31.8% refirió no conocer la causa de pérdida de la función renal. (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas y morbilidad asociada que generó la ERC.

Características	n=176	%
Edad	47.5	(12.3)
Sexo		
Femenino	79	(44.8)
Masculino	97	(55.1)
Estado Civil		
Casado	82	(48.8)
Unión Libre	40	(22.7)
Soltero	35	(19.8)
Separado	9	(5.1)
Viudo	9	(5.1)
Divorciado	1	(0.5)
Estrato		
1	15	(8.5)
2	67	(38.0)
3	81	(46.0)
4	9	(5.1)
5	1	(0.5)
6	1	(0.5)
Procedencia		
Bogotá	119	(67.6)
Fuera de Bogotá	57	(32.3)
Ciclo Vital individual		
Adulto maduro	86	(48.8)
Adulto joven	74	(42.0)
Adulto mayor	15	(8.5)
Adolescente	1	(0.5)
Ciclo vital familiar		
En apertura	53	(30.1)
Consolidación	39	(22.1)
No clasificable	28	(15.9)
Postparental	17	(9.6)
Disolución	16	(9.0)
Expansión	12	(6.8)
Formación	11	(6.25)
Tipo de Cuidador		
Informal	167	(94.8)
Formal	0	
sin dato	9	(5.1)
Parentesco del cuidador		
Cónyuge	84	(47.7)
Madre	35	(19.8)
Otro Pariente	26	(14.7)
Hijo	13	(7.3)
Sin dato	11	(6.2)
Padre	2	(1.1)
Amigo	2	(1.1)
Enfermera	2	(1.1)
Vecino	1	(0.5)

Características	n=176	%
Tiempo desde el trasplante		
Menor de 1 año	10	(5.6)
Entre 1 y 3 años	36	(20.4)
Entre 3 y 5 años	38	(21.5)
Entre 5 y 10 años	83	(47.1)
Más de 10 años	9	(5.1)

Fuente: Autores.

En el análisis de la HADS se tuvo en cuenta la información referida por 176 pacientes, en la sub escala de ansiedad, el 81.8% (144) de los pacientes estaban en la puntuación normal, el 6.7% (12) de los pacientes en la puntuación dudosa y el 10.85% (19) en la puntuación con problema clínico, de este el 6.28% (11) eran mujeres y el 4.57% (8) hombres.

En la sub escala de depresión se identificaron 92% (162) pacientes dentro de la puntuación normal, 6.8% (12) en la puntuación dudosa y 1.13% (2) presentaban problema clínico, los cuales pertenecían al sexo masculino y se encontraban dentro del ciclo vital individual como adultos jóvenes.

Se detectó que el 52.6% de los pacientes con problema clínico de ansiedad se encontraban entre 5 – 10 años de tiempo de trasplante y no se detectó ningún tipo de ansiedad en los pacientes en el primer año de trasplante.

Los dos casos que se consideraron problema clínico en la sub escala de depresión, se encontraba entre 1 y 3 años pos trasplante y entre 5 y 10 años respectivamente.

Tabla 2. Niveles de ansiedad y depresión según tiempo pos trasplante.

ANSIEDAD	TIEMPO POSTRASPLANTE (Años)				
	< 1	1 - 3	3 - 5	5 - 10	> 10
Normal	13	29	31	65	6
Dudoso	0	1	2	8	1
Problema Clínico	0	2	5	10	2
DEPRESIÓN					
Normal	12	31	36	75	8
Dudoso	1	1	2	7	1
Problema Clínico	0	1	0	1	0

Fuente: Autores.

En los ítems evaluados, se observó que en la escalas de ansiedad 70% (123) de los pacientes, refieren nunca haber presentado una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro, sin embargo 48.8% (86) pacientes refieren que se sienten tensos o nerviosos. En el ítem "tengo mi mente llena de preocupaciones" 9% (16) pacientes respondió que la mayoría de veces estaba presente.

En la sub escala de depresión en el ítem "puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas" el 93.1% (164) de

los pacientes refirió "al igual que siempre puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas". Al analizar el ítem "he perdido el deseo de estar bien arreglado", el 89.2% (157) de los pacientes manifestó que "se preocupan al igual que siempre" en su presentación personal.

En cuanto al ítem "me siento con esperanzas respecto al futuro" 82.3% (145) pacientes refiere sentirse al igual que siempre (**Tabla 3**).

Tabla 3. Ansiedad y depresión discriminada por ítems.

ANSIEDAD	CERO	UNO	DOS	TRES
Me siento tenso o nervioso	73	86	11	6
Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	114	34	18	10
Tengo mi mente llena de preocupaciones	98	51	11	16
Puedo estar tranquilamente sentado y sentirme relajado	121	31	20	4
Sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	111	45	10	10
Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	108	28	25	15
Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	123	33	11	8
DEPRESIÓN	CERO	UNO	DOS	TRES
Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	147	11	14	4
Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	164	10	2	0
Me siento alegre	141	27	7	1
Siento como si yo cada día estuviera más lento	118	36	12	10
He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	157	16	2	1
Me siento con esperanzas respecto al futuro	145	17	10	4
Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	155	18	1	2

Fuente: Anxiety and Depression Scale (HADS), creada por Zigmond A.S y Snaith (1983).

Discusión

En un estudio realizado en el departamento de nefrología en Kolkata India, los datos arrojaron que 8.57% de pacientes cursaban con ansiedad y 8.57% con depresión, lo que permite inferir que tanto los pacientes ansiosos y los pacientes depresivos representaron el mismo porcentaje¹⁰. El presente estudio reveló un porcentaje mayor de ansiedad con respecto a la depresión en los pacientes trasplantados, una prevalencia puntual de la ansiedad de 10.7 % y de depresión de 1.3%, comparado con los resultados que se obtuvieron.

En el estudio realizado por Spencer y Chilcot (2010)¹¹, se muestra un resultado del 22,4% de pacientes con síntomas significativos de depresión, resultado disímil

en comparación con el presente estudio el cual muestra porcentaje poco significativo del total de pacientes entrevistados con 1.3%.

En el estudio realizado en el Complejo Hospitalario Dr. AAM en Panamá cuyo objetivo fue medir la prevalencia de la depresión y los factores demográficos asociados en receptores de trasplante renal, no se encontró ninguna asociación estadística entre la depresión, el género y el tiempo pos trasplante¹². Sin embargo en el presente estudio, si se evidenció asociación entre el género y el tiempo pos trasplante relacionado con la ansiedad y la depresión.

Por otra parte en el estudio de Panamá¹² se encontró que la percepción del apoyo social deficiente de los pacientes, que viven solos y baja satisfacción marital

están asociadas con una mayor probabilidad de depresión, lo que se confirmó con el presente estudio, ya que los dos pacientes con problema clínico de depresión uno era soltero y otro separado.

En un estudio transversal, realizado en el Hospital Baqiyatallah en Teherán en el 2006, se evaluó la asociación del nivel socioeconómico con la calidad de vida, el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes trasplantados, este concluyó que el grupo de pacientes abordados, existía un porcentaje significativo de ansiedad 7.23% y de depresión 10.87%¹³. En el estudio realizado en el Hospital de San José, se observó que el 46.5% de los pacientes pertenecían al estrato socioeconómico 1 y 2, el cual no se relacionó con la proporción de pacientes con ansiedad y depresión.

Conclusión

Tras el análisis de los trastornos emocionales en los pacientes trasplantados renales que asisten a control en el Hospital de San José, se evidencia que el porcentaje de pacientes ansiosos y depresivos no es significativo, aunque sin embargo hemos identificado un vacío en el programa de seguimiento pos trasplante respecto a valoraciones programadas por otras especialidades como psiquiatría.

Recibido: 22 enero 16
Revisado: 15 febrero 16
Modificado: 25 febrero 16
Aceptado: 03 marzo 16

Bibliografía

1. Londoño Soto, B. Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social. Disponible: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/PRIMER%20BOLET%C3%8DN%20ECNT.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud [página principal en Internet], United States of America; 2015 [Martes 10 de Marzo de 2015 10:51]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es.
3. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Primer Informe ONS, aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>.
4. Huertas Quintero JA, Rivillas García JC, Montaña Caicedo JI, Maldonado Figueredo JI. Guía Metodológica Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Crónica Renal. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. p. 20-33.
5. Pascazio L, Nardone IB, Clarici A, Enzmann G, Grignetti M, Panzetta GO, et al. Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. *Transplant Proc.* 2010;42(9):3586-90.
6. De Pasquale C, Veroux M, Indelicato L, Sinagra N, Giaquinta A, Fornaro M, et al. Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. *World J Transplant.* 2014;4(4):267-75.
7. De Pasquale C, Pistorio ML, Sorbello M, L Parrinello, Corona D, Gagliano M, G Giuffrida, Giaquinta A, Sinagra N, Zerbo D, et al. La imagen corporal en trasplante de riñón. *Proc Trasplantes.* 2010; 42:1123-1126 [PubMed].

8. De Las Cuevas Castresana C, Garcia-Estrada Perez A, Gonzalez De Rivera JL. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. ANALES DE PSIQUIATRÍA. 1995;11(4):126-30. peritoneal del síndrome cardiorrenal con insuficiencia renal crónica leve. Nefrología 2012; 3(3): 47-52.
9. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Avances en Medición. 2005;3:73.
10. Jana AK, Sircar D, Waikhom R, Praharaj SK. Depression and anxiety as potential correlates of post-transplantation renal function and quality of life. Indian J Nephrol. 2014 (Octubre 2015); 24(5): 286–290. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4165052/>.
11. Spencer BW, Chilcot J, Farrington K. Still sad after successful renal transplantation: are we failing to recognise depression? An audit of depression screening in renal graft recipients. Nephron Clin Pract. 2011 (Octubre 2015); 117(2):c106-12. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20693811>.
12. Vivian Vásquez, Nelson Novarro, 1 Régulo A. Valdés, 2 and Gabrielle B. Britton 3. Factors associated to depression in renal transplant recipients in Panama. Indian J Psychiatry. 2013 (Octubre 2015). 55(3): 273–278. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777350/>
13. Tavallaii SA, Einollahi B, Azizabadi Farahani M, Namdari M. Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients. MEDLINE. 2009 (Octubre 2015). 3(1): 40-4. Disponible: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-19377258>

La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal

Ana Julia Carrillo Algarra, Nathaly Duque Salazar, Kimberly Julieth Nieto Parra

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

Resumen

Introducción: La atención de enfermería como relación entre un sujeto de cuidado y un profesional con capacidad para hacerlo requiere que éste último comprenda las vivencias que la enfermedad y los tratamientos generan en la persona.

Objetivo: Establecer interrelación entre las evidencias cualitativas disponibles en la literatura científica cualitativa publicada entre 1997-2014 respecto al cuidado de enfermería a pacientes en Diálisis Peritoneal con las taxonomías enfermeras.

Material y Métodos: Estudio cualitativo en el cuál, previa autorización del comité de ética e investigación, se realizó revisión sistemática de estudios cualitativos en tres etapas: 1. Búsqueda en las bases de datos: Pub-Med, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Web of Science. 2. Evaluación de calidad metodológica por pares independientes utilizando el Critical Appraisal Skills Programme, en español; 3. Síntesis de evidencias cualitativas, que se interrelacionaron con las taxonomías Nursing Diagnoses: definitions and classification, y Nursing Intervention Classification.

Resultados: Se incluyeron 19 estudios que permitieron, desde la voz de los sujetos de investigación reportadas por los autores y homologadas con las características definitorias, formular diagnósticos y determinar intervenciones de enfermería enmarcadas en los 13 dominios establecidos por la Nursing Diagnoses: definitions and classification. Algunos resultados y conclusiones en

sí mismos son evidencias cualitativas del cuidado que requieren las personas en diálisis peritoneal.

Discusión y conclusiones: La diálisis peritoneal interfiere en todos los dominios, afectando al sujeto, su familia y su entorno. En general requiere de educación y apoyo permanente para lograr adherencia.

PALABRAS CLAVE

- TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL
- DIÁLISIS PERITONEAL
- RECOMENDACIONES CLÍNICAS
- ENFERMERÍA

The qualitative evidence and the care of patients in Peritoneal dialysis

Abstract

Introduction: Nursing care as a relationship between a subject of care and professional ability to do so requires that the latter understand the experiences that the disease and the treatments generate in the person.

Objective: To establish the qualitative relationship between the qualitative evidence available in scientific literature published between 1997-2014, related to nursing care in patients with peritoneal dialysis nurses taxonomies.

Material and methods: Qualitative study in which with prior authorization from the ethics and research committees, systematic review of qualitative studies was conducted in three stages: 1. Search databases: PubMed, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo Virtual Library Health and Web of Science. 2. Assessment of methodological quality conducted by independent peers using the Critical Appraisal Skills Programme, in Spanish; 3. Summary of qualitative evidence, which is interrelated with the taxonomies Nursing Diagnoses: Definitions and classification, and Nursing Intervention Classification.

Correspondencia:

Ana Julia Carrillo Algara
Fundación Universitaria de ciencias de la salud
Hospital de San José
Carrera 19, nº 8ª-32. Bogotá D.C. Colombia
E-mail: ajcarrillo@fucsalud.edu.co

Results: The research paper is based on 19 studies that, using the voice of research subjects reported by the authors and approved with the defining characteristics, allowed the formulation of diagnoses and the determination of the necessary nursing interventions framed in the 13 domains established by the Nursing Diagnoses: definitions and classification. Some of the results and conclusions themselves are qualitative evidence of the care required by people on peritoneal dialysis.

Discussion and conclusions: Peritoneal dialysis interferes in all domains, which goes beyond the subject, affecting their family and environment. Generally it requires lifelong support to achieve adhesion.

KEYWORDS

- RENAL REPLACEMENT THERAPY
- PD
- CLINICAL RECOMMENDATIONS
- NURSING

Introducción

El cuidado de enfermería requiere comprender la vivencia del paciente, como un eje fundamental para la interpretación del proceso salud-enfermedad¹, lo cual hace relevante la investigación cualitativa, como estrategia que reconoce la vida de los actores sociales y permite a los profesionales de enfermería direccionar sus intervenciones en torno a las evidencias resultantes de este tipo de investigación; aspecto importante en el cuidado de pacientes en diálisis peritoneal (DP), tratamiento de sustitución renal eficaz que prolonga la vida, pero que requiere condiciones especiales como la adherencia al mismo.

Con base en lo anterior se genera el interés por conocer que evidencias reporta la investigación cualitativa para el cuidado de los pacientes en diálisis peritoneal, y como se interrelaciona con las taxonomías propias de enfermería, de manera que se puedan identificar los diagnósticos e intervenciones que permitan cuidarlos en forma integral.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión sistemática enmarcada en los parámetros de la investigación cualitativa, siguiendo una estrategia metodológica de tres etapas:

1. Búsqueda en bases de datos:

La búsqueda se realizó en PubMed, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Web of Science. Las ecuaciones de búsqueda se construyeron a partir de las siguientes palabras clave: Investigación cualitativa, terapia de reemplazo renal, Diálisis Peritoneal, recomendaciones clínicas y enfermería; las cuales se adecuaron a los términos Medical Subject Headings (MESH), Descriptores de la Salud (DECs) y tesoro de CUIDEN, lo que permitió emplearlos en inglés, portugués y español con el operador booleano AND.

Se incluyeron estudios cualitativos primarios y secundarios con enfoque descriptivo e interpretativo publicados entre 1997 y 2014, cuyo propósito se enfocara al fenómeno de estudio. Se siguió el sistema de clasificación establecido por Amezcua y Gálvez².

2. Evaluación de calidad metodológica por pares independientes:

Se seleccionaron por título 242 artículos, y por resumen y texto completo 69 a los cuales se les realizó evaluación con la escala de valoración CASPe, para artículos de investigación primaria³, la cual fue aplicada en forma individual por dos expertas en investigación cualitativa que no tuvieron contacto entre sí, ni conocieron la calificación emitida por el otro evaluador. Se incluyeron 19 artículos que alcanzaron un promedio de calificación igual o superior a 7 puntos de 10.

3. Análisis de resultados:

Los hallazgos se organizaron en temáticas inicialmente seleccionadas en forma individual por cada investigador y posteriormente analizadas por las tres investigadoras en conjunto, para acercarse lo mejor posible a lo expresado por los sujetos de investigación de acuerdo con lo descrito por el autor del documento, en caso de duda se procedió a revisar el original en forma simultánea. Una vez verificados los temas se organizaron las evidencias de acuerdo con los dominios establecidos por la Nursing Diagnosis: Definition and classification (NANDA)⁴ con el objeto de establecer la interrelación con las taxonomías de enfermería.

Resultados

La mayoría de estudios incluidos fueron de tipo descriptivo, desarrollados en Brasil, principalmente por enfermeras y publicados en el año 2010; la técnica más utilizada para obtener información fue la entrevista semiestructurada.

Con base en los relatos de los sujetos, tomados de los diferentes artículos seleccionados, de acuerdo con los dominios de la NANDA se organizaron los siguientes resultados:

Dominio 1: Promoción y Prevención

El equipo de salud reportó que el tiempo disponible para entrenar los pacientes es corto⁵, en concordancia algunos pacientes describieron el inicio de la DP como un tiempo de expectativa y temor a lo desconocido. Sin embargo, con el paso del tiempo, aumenta la calidad de la educación y se asume la terapia como única posibilidad de vida, por ello es importante la claridad y confianza demostradas por el personal de salud durante las sesiones de instrucción para no generar un efecto contrario.

"Pensé no voy a mejorar porque lo estoy haciendo mal y el médico me llamó la atención, no estaba tomándome la situación en serio".

La enfermera me habló... mostrando en el libro... ¿Qué podría pasar...? Así como lo dijo... pensé, que no era gran cosa.

"Mentalmente él está en otro lugar por completo, lo que significa que no me dará respuestas bien pensadas a mis preguntas."

Otra necesidad fue generar conciencia de la enfermedad y la forma de reestructurar su vida, para ello los pacientes requieren gran cantidad de información antes de iniciar el procedimiento en casa⁹, lo cual demanda educación sistemática para superar el déficit de conocimiento, aceptar la DP y facilitar las decisiones respecto al cambio de vida de paciente y cuidador⁹⁻¹¹, porque las modificaciones son progresivas y lentas pero requieren apoyo de los profesionales de la salud⁹, pero en general, perciben mayor sintonía con sus necesidades y el contexto en el que viven por parte de las enfermeras, porque con ellas el contacto es más prolongado e incluye visitas domiciliarias¹².

"Fue fundamental el cuidado del equipo de salud, disminuyeron mi angustia, resolvieron mis dudas, me calmaron .

"Si me hubieran dado esa información al principio, me habría encaminado a la DP con los ojos bien abiertos".

"Lo realmente importante para mí es la visita de la enfermera, su venida a mi casa para ver cómo estoy, si tengo preguntas, si el equipo funciona, esto hace la diferencia".

Asimismo, las reuniones con otros pacientes son positivas, son espacios para exponer sus sentimientos, resolver dudas, manifestar el temor a la dependencia, a ser una carga para el cuidador, al autocuidado en casa, y la renuencia a "medicalizar" el hogar, que son barreras potencialmente modificables con una preparación pre-diálisis oportuna y eficaz del paciente y su familia¹¹. Es importante que toda la información pueda ser consultada por pacientes y cuidadores cuando lo requieran, ellos expresan:

"Sepa usted qué hablar con una persona que haya pasado por eso... me ayudó mucho."

"Es importante: que me entreguen escrito lo relacionado con los analgésicos."

"Me mantengo al día con los temas de salud de los riñones gracias a los boletines y a los foros que me invitan."

Cuando el paciente con ayuda del equipo de salud comprende el significado de su enfermedad, acepta la DP y asimila los riesgos, algunos afirman:

"Lo veo de forma más natural. Es algo que necesito, así que lo hago sin quejarme."

"Debo dejar de fumar y beber alcohol."

"Debo reducir la ingesta de sal y líquidos porque pueden agravar mi cuadro clínico, debo comer frutas y verduras en porciones fraccionadas".

"Sigo las instrucciones del médico para tomar el medicamento."

"Como estrategia de autocuidado, camino, evito la cafeína, el alcohol y la ingesta de líquidos."

Después de la crisis inicial, el paciente valoró la información del equipo de salud porque se dio cuenta que le facilitaba cambiar el estilo de vida, aceptar restricciones en alimentos y líquidos, adaptarse a la vida social, cambios corporales y en su hogar⁵. En éste momento la educación reduce la ansiedad y permite visualizar diferentes opciones⁶:

"Al principio no sabía nada...pensé quitarme la vida y ahora [...] prácticamente normal, que me informaran me ayudó mucho."

"No sabía absolutamente nada acerca de la diálisis... No me explicaron que se puede vivir con diálisis por años. No me hablaron acerca de las emociones que van, junto con esto."

"Inicialmente pensé que no iba a necesitar nadie que me enseñe... bastaría con todo lo escrito, [...] Pero vi que era esencial que una persona me orientara."

Sin embargo puede encontrarse incumplimiento de liberado de pacientes no dispuestos a cambiar, y que no prestaban mucha atención porque planteaban:

"Usted puede saber exactamente lo que puede hacer por ensayo y error."

"No podía arriesgarme a ofender a los demás por no hacer cosas normales como tomar té o café."

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico⁴.

Intervenciones: Educación en salud, en procedimientos, tratamiento y apoyo constante del profesional hacia el paciente y su familia.

Dominio 2: Nutrición

Un cambio importante en los pacientes en DP se relacionó con la alimentación, debían consumir dieta equilibrada, verduras, frutas, poca sal, poca carne y restringir los líquidos para el éxito de tratamiento, además la IRC altera el apetito y la nueva forma de preparar la comida y administrar los medicamentos era extremadamente difícil, a menudo sentían que no eran adecuadamente educados por el hospital para este estilo de vida tan estricto:

"No tengo apetito, así que ¿dónde voy a sacar el fuerza?"

"Consumo comida sin sal, pan, galleta, como los alimentos secos."

"Si me quiero morir, sólo tengo que comer chocolate. El potasio es tan alto que tendría un ataque al corazón"

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos⁴.

Intervenciones: educación, manejo del equilibrio y control de líquidos.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Los cambios en la eliminación y los síntomas colaterales llevaron al paciente a consultar.

"Busqué ayuda médica porque sentía incomodidad, mareos, fatiga, debilidad general y tenía orina espumosa, e inflamación."

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria⁴.

Intervenciones: Educación sobre signos de alarma y atención oportuna.

Dominio 4: Actividad/reposo

La insuficiencia renal crónica (IRC) genera problemas de absorción de calcio y vitamina D, por tanto les aconsejaron realizar ejercicio diario moderado para contrarrestar los efectos sobre la densidad del hueso y mantener el índice de masa corporal¹², además tuvieron sensación de cansancio permanente, pero cuando percibieron la eficacia de la DP, los pacientes se adhirieron al tratamiento y lucharon contra los efectos nocivos de la diálisis. Los participantes revelaron su intención de hacerse cargo de su cuidado, a pesar de la angustia que implicaba la responsabilidad del manejo correcto de los equipos y del mantenimiento de la higiene, algunos manifestaron:

"Estoy cansado después de muchas horas dedicadas a la DP, las máquinas y equipos, ocupan mi tiempo de ocio"

"Me siento mejor cuando tomo micro-descansos"

La DP en algunos casos redujo el cansancio, pero simultáneamente consumió energía, con respecto al sueño, con frecuencia hubo vigilia nocturna y siestas durante el día, comportamiento difícil de modificar porque las siestas son una manera de pasar el día, este comportamiento afectó la energía, creatividad y concentración:

"Cada tarea requiere más tiempo porque estoy cansado y somnoliento, dormir es una forma de escapar"

El inicio del tratamiento fue descrito como punto de inflexión, implicó mayor necesidad de recuperar la fuerza y continuar las actividades normales, pero el cansancio interfirió la iniciativa y el autocuidado se percibió como una sobrecarga por la obligación de dializarse, algunos pacientes comentaron que descansaron más con la DP automatizada, pero otros encontraron que el catéter se obstruía durante el sueño, encendía las alarmas y los despertaba.

"Pienso hacer ejercicio, pero... no puedo ni caminar... ¿cómo podría hacerlo?"

"Puedo dormir bien. Pero a veces tengo preocupaciones y no puedo hacerlo."

La motivación y sensibilización de la persona en DP para el autocuidado dependió de la aproximación y la intervención continua del personal de salud, sobre todo de enfermería, si se tiene en cuenta que la IRC usualmente se asocia con más de una enfermedad crónica y es prioritario tomar medidas para evitar complicaciones. Un aspecto importante en el cuidado de estos pacientes es medir diariamente peso, presión arterial y observar presencia de efectos secundarios de los medicamentos y la diálisis.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del patrón del sueño⁴.

Intervenciones: Educación en el manejo de la energía, higiene del sueño, aumento del afrontamiento.

Dominio 5: Percepción/cognición

Las personas en DP manifestaron sentirse inmersos en un universo extraño y aterrador y reconocieron el apoyo de la familia y del equipo de salud como esencial para adaptarse y volver a tomar decisiones, algunos comentaron:

"Para mí es fácil porque tengo una hija auxiliar de enfermería y ella ayuda".

"Incluso cuando me hacen reprimendas por falta de adherencia, me siento bien aceptado y cuidado."

"Puedo consultar dudas y participar en las decisiones."

Martin-McDonald K. concluyó que la DP implicó una serie de contradicciones en los pacientes: libertad-restricciones, ser normal-ser diferente, esperanza-desesperación, y soporte-abandono, con base en afirmaciones como:

"El control de mi vida está en mis manos, es tan simple y natural como lo que como o bebo."

La diálisis no es natural para el cuerpo... es una carga para los órganos he cambiado mentalmente... todo es más pesado ahora...".

"[También aprendí] que si fijas el tubo hacia abajo, hacia la ingle... y tienes una cinta en lugar de dos, se activa la alarma mucho menos".

"El personal de salud interpreta subjetivamente mi dolor, lo que interfiere la comunicación".

"Las enfermeras, me visitan en la casa y me apoyan en el hospital sus sentimientos son genuinos, eso facilita la relación".

El significado de la DP como única forma de supervivencia llevó al paciente a pensar que renunciar al tratamiento es similar a suicidarse, por tanto la decisión de hacerlo implicaba: temor a que el personal de salud no los cuidara, cargas morales y éticas severas y conflicto personal porque simultáneamente no quería convertirse en una carga para su familia, fenómeno reportado con mayor énfasis en un grupo de pacientes mayores de 77 años, quienes a pesar de percibir la diálisis como soporte de vida sintieron que someterse a ella generaba desperdicio de recursos y afectaba negativamente su calidad de vida, por ello consideraron la posibilidad de no iniciarla debido a su edad y limitada capacidad física, además veían la muerte como algo natural.

"Una vez que abandoné el hospital nadie me cuidaba".

"La DP me marca como una persona que ya no puede hacer casi nada, como si tuviera una discapacidad."

Todo lo anterior generaba sentimientos de soledad y aislamiento, sin embargo los participantes se sintieron confirmados como personas cuando se les mostró respeto, por tanto, el apoyo emocional del equipo de salud hace la diferencia entre los sentimientos negativos y positivos del paciente frente a la DP.

"La actitud de los profesionales aumentó mi confianza y la aceptación de la DP."

"Es muy importante hablar sobre el tratamiento... Aprendí a verlo como un proceso simple, usted se despierta, no hace nada el resto del día... ni en la noche [...] el hecho de que él [el médico] simplifique el proceso, aumenta la aceptación."

"Quiero disfrutar cada segundo de mi vida, no me creo enfermo pero la enfermedad está ahí, y no puedo hacer nada."

La mayoría de los pacientes sintieron que la educación era determinante en la elección de la modalidad de tratamiento, otros factores clave fueron la percepción sobre la efectividad de la terapia en casa frente a la realizada en las unidades renales, la autonomía del paciente, y los beneficios de la diálisis en el hogar, el concepto del médico tratante, pero lo más importante es que cuando el paciente vive el método y se da cuenta que la diálisis es necesaria para conservar la vida, la acepta^{5,18}, pero tienen claro que interfiere con su proyecto de vida y por tanto genera sentimientos de miedo y ansiedad que algunas veces se incrementan por la forma de comunicación utilizada por los profesionales de salud²⁰.

"Le pregunté al médico y me dijo que la diálisis es la única oportunidad porque la enfermedad es incurable y mis hijos son todavía tan jóvenes... estoy asustado y lleno de incertidumbre".

"El tono autoritario del Doctor me hizo sentir la indicación de la diálisis como un ultimátum...usted lo que tiene que hacer, porque si no se va a morir... Sólo accedí a hacer las cosas así porque conocí Dr. J. y me dio seguridad con su modo de hablar".

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la percepción sensorial⁴.

Intervenciones: Potenciación de la imagen corporal.

Dominio 6: Autopercepción

Este dominio se interfirió cuando las personas experimentaron cambios en el propio cuerpo, se evidenció por expresiones como estar "atado" a la máquina o ser "esclavo de la máquina", y a pesar de considerar la diálisis como única opción para sobrevivir, resultó doloroso y agresivo porque limitó drásticamente sus

actividades y la vida social por tanto a pesar de las demás comorbilidades, muchos conservaron la esperanza de recobrar su libertad. En esos momentos era importante que lo reconocieran como persona¹⁹, ellos manifestaron:

"Todos me llaman por mi nombre, todos me conocen. Me siento como en casa".

Las personas jóvenes esperaban un trasplante: soñaban con un futuro, libres de catéteres, bolsas y máquina de DP, para ellos, la pérdida de órganos vitales y disminución de las capacidades físicas, tenían como efecto adicional: la pérdida de la integridad del cuerpo y describieron la DP como algo "horrible" porque en general comparaban la nueva realidad con la de antes de la enfermedad, cuando estaban llenos libertad, por tanto la diálisis significó, un nuevo mundo colmado de restricciones, fueron vinculados a objetos y equipos; le insertaron un tubo en el abdomen y debían introducir líquido en su cuerpo por horas; hubo cambios en el peso y forma del cuerpo, la presencia de dolor y cansancio fueron constantes, su sueño es recuperar la autonomía y continuar su vida normal a pesar de que algunos sienten que los tratan como pacientes preferentes, y la enfermedad ha hecho que sus familiares los reconozcan como personas:

"No todo es negativo, estar enfermo me hace visible para los demás me ha permitido mostrar lo fuerte que soy, he estado más firme desde que estoy en diálisis..."

"No me siento diferente porque no pueden ver mi catéter".

"Aprender a caminar a moverme con una cosa colgando en mi cuerpo, y listo".

Diagnóstico de enfermería: Trastorno de la imagen corporal⁴.

Intervenciones: Potenciación de la autoestima, el autoconcepto, la imagen corporal, aumento del afrontamiento y educación sanitaria.

Dominio 7: Rol relaciones

Una vez iniciaron DP los pacientes dependieron de su autocuidado y de la ayuda de familiares y profesionales de la salud, la enfermedad se convirtió en el centro de su vida y eje de la existencia, deben dejar atrás muchas cosas importantes, modificar la casa, el trabajo, las actividades sociales que se ven interferidas porque deben estar en casa para realizar la diálisis pero lo más difícil es la modificación en la relación con sus seres queridos. Algunos pacientes especialmente mujeres manifestaron angustia por el tiempo de conexión a la máquina porque lo restan

a otras obligaciones y responsabilidades, otro factor de preocupación fue que el estigma social de la DP puede afectar la relación con el entorno social o laboral y perjudicar la vida personal y familiar del paciente y los cuidadores. Lo anterior se incrementaba si percibían despreocupación por parte del personal sanitario, porque en ausencia de apoyo, los participantes experimentaban abandono y rechazo que les hizo difícil adaptarse a la DP¹³.

"Me di cuenta de la importancia de que los médicos y enfermeras me den apoyo continuo porque los nuevos hábitos giran en torno a la enfermedad y el tratamiento, la vida social se hace difícil, el tiempo y el espacio son absorbidos por la DP".

"Me dicen que no puedo dejar la diálisis, pero tengo que hacerme cargo de mi vida,"

"Creo que el sistema de atención en el hogar se basa en el trabajo invisible de miembros de la familia...pero no quiero que mis hijos vean que estoy en diálisis."

"Mi familia es una ayuda enorme,...quitó un peso de mis hombros,...". "Siento gratitud por la ayuda de mi esposa, pero sufro porque soy una carga para ella".

La sensación de soledad fue más evidente cuando la familia se reintegró a sus actividades, además sintieron que sus amigos se alejaron o ellos mismos los evitaron e imaginaron causas que en algunas ocasiones incrementaron la tristeza.

"Ellos están asustados yo podría querer su riñón".

"Mi familia evita visitarme ellos dicen que "Me encuentro muy distante y antipático".

El aislamiento era tan difícil que los participantes eran felices con el control y las visitas domiciliarias, porque les permitían interactuar con otras personas, en éstas circunstancias el equipo de salud se convierte en una extensión de la familia por el compromiso y la atención requerida en el inicio del método que no solo genera angustia, sino duda, incertidumbre y vergüenza⁷.

"Al principio no estaba pensando con claridad, no había comenzado el tratamiento y el médico me dijo que un grupo de personas vendría a mi casa para llevar el equipo y me ayudaría, ellos vinieron y toda mi familia estaba aquí." "Dependo para siempre de mi autocuidado, y la ayuda de mi familia y los profesionales de salud."

"Creo que no soy buena compañía, y eso me desgasta".

"Fue fundamental el cuidado del equipo de salud, disminuyeron mi angustia, resolvieron mis dudas, me calmaron".

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la interacción social.

Intervenciones: Integración familiar y social, aumento del afrontamiento y educación sanitaria⁴.

Dominio 8: Sexualidad

La presencia del catéter es una amenaza en la relaciones de pareja porque impide a los pacientes ejercer su sexualidad por miedo, vergüenza o inseguridad⁵.

"Yo pensé: "¡Ah, Mi marido no me va a querer más".

Diagnóstico de enfermería: Patrón sexual inefectivo⁴.

Intervenciones: Educación en salud, aumento de la autoestima, la imagen corporal y el afrontamiento.

Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia la estrés

El inicio de la DP genera en los pacientes sentimientos de dolor, tensión, ansiedad, incertidumbre, incapacidad, preocupación, depresión, falta de energía, angustia, dependencia y déficit de autonomía, así como cambios drásticos en la forma de vida, pensamientos y proyectos a futuro^{4,7,9,11}. La enfermera debe aclarar con sutileza, calidez y cuidado que la IRC no tiene cura, es progresiva e irreversible⁶. Los adultos mayores se resignan más fácilmente ante lo inevitable, pero en los jóvenes causa más sufrimiento, es más difícil de asimilar⁸. Los mecanismos de afrontamiento se generan con el tiempo, cuando la DP se convierte en parte de su vida¹³.

Los pacientes sintieron inseguridad, intranquilidad, molestia, miedo, angustia, y frustración, especialmente durante los primeros días de la DP, ya que su realización requirió gran responsabilidad y fue inesperada¹⁸, en ese momento el equipo interdisciplinar jugó un papel fundamental en la generación de estrategias de afrontamiento, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y enseñar a combatir la monotonía con actividades de ocio como ejercicio, escuchar música, leer y jugar.

"Me generó estrés dejar de hacer las tareas del hogar".

"Siento temor al futuro, a vivir sin riñones y a la muerte".

"Veo la muerte como alivio al dolor y sufrimiento, es un proceso natural".

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el afrontamiento individual⁴.

Intervenciones: Aumento del afrontamiento, fortalecimiento de los roles familiares y sociales.

Dominio 10: Principios vitales

Algunos participantes asumieron la IRC como karma, castigo divino^{6,8,21}, muchos referían la necesidad del apoyo de Dios. La oración se convirtió en apoyo fundamental para el paciente y la familia con DP, proporcionando esperanza. Las creencias en Dios y la religión fueron básicas en la decisión de continuar el tratamiento. Las visitas de las autoridades religiosas al hospital contribuyen en el cuidado holístico e integral que el paciente quería recibir en todo momento.

"Yo disfrutaba la visita del pastor".

"Ir a la iglesia todos los domingos me motivó, hasta que no pude hacerlo más".

"El éxito de mi tratamiento ha sido una bendición de Dios".

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el bienestar espiritual⁴.

Intervenciones: Apoyo espiritual, facilitar el crecimiento espiritual dependiendo necesidades de cada individuo.

Dominio 11: Seguridad Protección

El riesgo de infección es elevado por ser la DP un tratamiento invasivo, por tanto las malas condiciones higiénicas son un factor incidente, lo anterior hizo necesarias condiciones de asepsia y antisepsia; adicionalmente, existen otras precauciones para prevenirla, como evitar el estreñimiento y no convivir con animales¹². Otra actividad que requirió precauciones especiales fue la administración segura de analgésicos, ya que en las personas con IRC, el proceso de eliminación de los medicamentos se retarda, lo cual puede ser un riesgo para la vida del paciente²⁰.

"Sigo las recomendaciones de la enfermera sobre administración segura de medicamentos".

"Como muchas frutas y vegetales para evitar el estreñimiento, y no tomo medicamentos que no estén formulados".

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección⁴.

Intervenciones: Educación sobre: asepsia y antisepsia, cuidados con el catéter, condiciones higiénicas para la DP.

Dominio 12: Confort

La DP genera sentimientos de independencia en los pacientes que han estado previamente en hemodiálisis, pero de dependencia en quienes se convierte

en su primera terapia de sustitución renal porque para realizarla es necesario hacer una reestructuración del hogar, convirtiéndose en factor de disconfort para el paciente y su familia, además el cansancio físico y mental se convierten en eje central de la vida.

"Me molesta la presencia de vómito y la administración de inyecciones".

"Me siento muy cansada, me limita las actividades sociales, no puedo dormir, me despierto en la noche por los calambres".

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar el confort⁴.

Intervenciones: Manejo del entorno, del autocuidado, brindar apoyo emocional, educación en salud, aumentar el afrontamiento.

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

La IRC y la DP generaron fuerte impacto en la vida de los pacientes, especialmente en las personas jóvenes, siendo más difícil de asimilar.

"Mi enfermedad me aisló del mundo".

"Para mi buscar una relación amorosa es un mecanismo de negociación".

Diagnóstico de enfermería: Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo⁴.

Intervenciones: Aumentar el afrontamiento, el autocuidado, y el apoyo espiritual, dar educación sanitaria.

Discusión y conclusiones:

Según las evidencias obtenidas de la literatura científica revisada los pacientes en Diálisis peritoneal tienen interferidos los trece dominios establecidos en la NANDA. Los estudios reportan necesidades descritas por los pacientes que se convierten en características definitorias de diferentes diagnósticos y además recomendaciones de cuidado. Los dominios en los cuales se encontraron mayores requerimientos de cuidado fueron:

Promoción y prevención por la necesidad de reeducar al paciente y su familia en los estilos de vida y simultáneamente entrenarlos en un procedimiento invasivo totalmente desconocido para ellos al cual se deben adherir en su totalidad.

Actividad y reposo, porque además de los aspectos fisiopatológicos de la IRC que genera sensación de can-

sancio el paciente tiene que convivir con las alteraciones que genera el procedimiento en sí mismo lo cual altera su sueño y descanso

Percepción / cognición, teniendo en cuenta que el significado de la DP como una forma de supervivencia genera contradicción en los sentimientos del paciente y la familia quienes requieren del apoyo del equipo de salud principalmente de enfermería para adaptarse.

Autopercepción, la cual se modifica de acuerdo con la edad siendo más drástica en las personas jóvenes, por los cambios en su cuerpo y emociones; los pacientes y familiares reconocen que se atenúan cuando son reconocidos como personas por parte del equipo de salud.

Rol, relaciones, teniendo en cuenta que la adherencia a la DP conlleva a cambios en el estilo de vida, el manejo del ocio, los cambios corporales que llevan al aislamiento, todo ello sumado al tiempo que dedican a la realización del procedimiento convierten la situación en algo tan difícil que algunos pacientes llegan a sentirse felices con el control regular y las visitas domiciliarias, porque les permite interactuar con otras personas que terminan convirtiéndose en apoyo para afrontar la enfermedad, por tanto es importante que la comunicación de los profesionales sea clara, objetiva y abierta, a tal grado que el equipo de salud se convierte para algunos pacientes en una extensión de la familia.

Afrontamiento y tolerancia al estrés, puesto que los pacientes sienten inseguridad, intranquilidad, molestia, miedo, angustia, y frustración, especialmente durante los primeros días de la DP cuya realización requiere gran responsabilidad y es una situación inesperada.

El Confort se altera en el paciente y familia que deben adaptar su hogar para la realización del procedimiento, lo cual implica modificar espacios y costumbres.

Desde el punto de vista de lo biológico el dominio con mayor interferencia, es decir que tiene un daño irreparable es el de eliminación, sin embargo únicamente hay una referencia al respecto, una explicación es que precisamente la función de la DP es solucionarlo.

Las intervenciones que la literatura reportada como de mayor efectividad fueron a la educación en forma individual, la visita domiciliaria, la comunicación directa con el equipo de salud y el fortalecimiento del apoyo familiar.

Para el cuidado de enfermería son relevantes los resultados de la investigación cualitativa, este trabajo permitió evidenciar las experiencias, vivencias y necesidades de los pacientes en DP, al igual que las estrategias de afrontamiento que las personas asumieron para convivir con la IRC, permitiendo interrelacionar las taxonomías NANDA y NIC, para formular diagnósticos e identificar intervenciones que fortalezcan las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del ser humano.

Es de resaltar que enfermería siempre está cerca del paciente y la familia por tanto tiene un papel importante en la capacitación y adherencia de los pacientes a la diálisis peritoneal.

Recibido: 20 enero 16
 Revisado: 02 febrero 16
 Modificado: 22 febrero 16
 Aceptado: 01 marzo 16

Bibliografía

1. Cánovas Tomas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [Tesis Doctoral] España: Murcia; 2008.
2. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76 (5):423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005
3. Cano A, González G, Cabello J. CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
4. ELSEVIER. NNNConsult [sede web]. España: Herdman T.H. (ED); 2012. [acceso 09 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
5. Araujo M, de Souza G, Pereira E, Bucuvic E. Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: a phenomenological approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20 (1): 68-75. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100010
6. Prieto M, Escudero M, Suess A, March J, Ruiz A, Danet A. Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes en el proceso asistencial de diálisis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2011;34 (1):21-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000100003&script=sci_arttext
7. Kaezer dos Santos F, Valente Valadares G. Conhecendo o mundo do ser que enfrenta a diálise peritoneal: nexos simbólicos presentes no cotidiano. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19 (3): 473-8. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a23.pdf>
8. Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2012;21 (5-6): 897-904. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22081948>
9. McCarthy A, Shaban R, Boys J, Winch S. Compliance, normality, and the patient on peritoneal dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2010;37 (3): 243-50. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f0e5015b-67de-4c25-8c52-c990a108462e%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4112>
10. Yngman-Uhlin P, Friedrichsen M, Gustavsson M, Fernström A, Edéll-Gustafsson U. Circling Around in Tiredness: Perspectives Of Patients on Peritoneal Dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2010;37 (4): 407-13. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ddc7b532-cd8a-45fa-b75e-7b10c2acdbe1%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4112>
11. Manias E, Williams A. Communication between patients with chronic kidney disease and nurses about managing pain in the acute hospital setting. *J Clin Nurs*. 2007;16 (11C): 358-67. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931328>

12. Beanlands H, Horsburgh M, Fox S, Howe A, Locking-Cusolito H, Pare K, et al. Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J*. 2005;32 (6): 621-631. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16425810>
13. Sadala M, Guimarães Miranda M, Lorençon M, de Campos Pereira E. Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. *J Ren Cuidado*. 2010; 36 (1): 34-40. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f4b45903-be64-4a36-9550-50199ee0f218%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4112>
14. Calderan C, Pereira A, Vestena J, Schwartz E, Guerreiro D. Self-care practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, Cuidado e Fundamental Online*. 2013;5 (1): 3394-3402. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5090874>
15. Lin C, Chen M, Hsieh H, Chang S. Illness Representations and Coping Processes of Taiwanese Patients With Early-Stage Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing Research*. 2013;21n(2): 120-128. Disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.16.0b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00134372-201306000-00007&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
16. Clarkson K, Robinson K. Life on dialysis: a lived experience. *Nephrol Nurs J*. 2010;37 (1): 29-35. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=2bc61908-226b-458a-8de5-360b8991f93d%40sessionmgr4005&crlhashurl=login.aspx%253fdirect%253dtrue%2526scope%253dsite%2526db%253dc8h%2526AN%253d2010579829%2526msid%253d=427800742&hid=4112&vid=0&data=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=2010579829&db=c8h>
17. Santos F, Valadares G. Vivendo entre o pesadelo e o despertar: o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):39-46. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100006
18. Martin-McDonald K. Being dialysis-dependent: a qualitative perspective. *Collegian*. 2003;10 (2): 29-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15470987>
19. Ashby M, Op't Hoog C, Kellehear A, Kerr PG, Brooks D, Nicholls K, et al. Renal dialysis abatement: lessons from a social study. *Palliat Med*. 2005;19 (5): 389-96. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ce543c0-ccf6-4d23-a359-92b2721a5575%40sessionmgr13&vid=1&hid=109>
20. Fontes de Carvalho M, Cândido Moreira M, Moraes Nunes C. Estágios do pesar nos discursos de jovens em tratamento renal substitutivo. *Revistas Enfermagem Uerj*. 2012;20 (2): 203-208. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a11.pdf>
21. Osterlund K, Mendelssohn D, Clase C, Guyatt G, Nesrallah G. Identification of Facilitators and Barriers to Home Dialysis Selection by Canadian Adults with ESRD. *Dial Semin*. 2014;27 (2): 160-172. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24528280>
22. Elliott B, Gessert C, Larson P, Russ T. Religious beliefs and practices in end-stage renal disease: implications for clinicians. *J Dolor Symptom Manage*. 2012;44(3):400-409. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22762965>

HighVolumeHDF®

Una terapia de diálisis que puede aumentar la supervivencia

“Porque me importa mi calidad de vida”



Hemodiálisis Cardioprotectora **SPOT**

Los resultados del nuevo estudio lo demuestran: La Hemodiafiltración puede prolongar la vida de los pacientes en diálisis.¹

Durante años este tipo de terapia ha sido el objetivo de Fresenius Medical Care.

Denominamos a esta técnica HighVolumeHDF®: Alcanzando el máximo volumen de intercambio, se mejora significativamente la evolución de los pacientes en diálisis.

Para más información visite nuestra página web: www.HighVolumeHDF.com



**FRESENIUS
MEDICAL CARE**

Situación actual de la hemodiálisis domiciliaria

Dolores Andreu Pérez, M^a Carmen Moreno Arroyo, Miguel Ángel Hidalgo Blanco

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. España

La hemodiálisis domiciliaria (HDD) es la forma de tratamiento de depuración renal extracorpórea en la que el paciente realiza por sí mismo la técnica en su propia casa. Los requisitos para incluir a un paciente en HDD además de que este lo considere su mejor opción, son que se mantenga razonablemente estable durante la sesión depuradora, un buen acceso vascular y en la medida del posible un espacio exclusivo para el monitor y el utillaje además de la presencia de un acompañante durante el tratamiento. Las ventajas son muy numerosas: evitar el contacto con un ambiente hospitalario y darle mayor autonomía parecen razones suficientes para considerar a la HDD como una primera elección¹. Esta forma de tratamiento se practica desde los inicios de los programas de diálisis hospitalaria, en los que la falta de infraestructuras llevó a los pioneros de la nefrología a crear estrategias para dar respuestas a la creciente demanda de puestos de diálisis. En Estados Unidos e Inglaterra llegaron a incluirse en HDD a miles de pacientes y parecía que sería la mejor manera de abaratar los costes y dar a estas personas una la mejor opción de tratamiento².

Numerosas circunstancias justifican que la HDD no se haya tenido el desarrollo esperado, entre ellas destacaría el éxito de los trasplantes, el auge de la diálisis peritoneal, técnica mucho más sencilla que también se practica a domicilio, pero sobre todo las características de muchos pacientes que inician tratamiento y que cada vez son más añosos y con mayor morbilidad².

Sin embargo, en los últimos años nuevas formas de prescripción de la hemodiálisis en cuanto a tiempo y frecuencia están obteniendo excelentes resultados y la

evidencia demuestra que con sesiones más frecuentes y/o más prolongadas se alcanza un mayor control clínico y mejor calidad de vida³. Estas nuevas formas de tratamiento son mucho más tolerables para el paciente y permiten administrar con más eficiencia los recursos disponibles si se pueden practicar a domicilio, evitando los desplazamientos a un centro y facilitando la elección de horarios³. Estas razones hacen que la HDD esté creciendo de manera sustancial en los países desarrollados aunque, la prevalencia en España sigue siendo muy baja y apenas alcanza al 0,2% de la población en diálisis⁴. Numerosas iniciativas intentan revertir esta situación, entre otras destacaría el apoyo de la SEN que cuenta con un grupo de trabajo referido a esta técnica⁴.

Esta situación de auge de la HDD aconseja revisar las últimas publicaciones sobre el tema en los que se constata las indudables ventajas que ofrece a HDD pero también las dificultades de su implementación. El seguimiento de los pacientes tras un evento que requiera ingreso hospitalario, las complicaciones que sufren los pacientes, especialmente las derivadas de problemas en el acceso vascular y las vivencias de los pacientes y su familia se recogen en los artículos que se han seleccionado a continuación.

Raphael MJ, Nadeau-Fredette AC, Tennankore KK, Chan CT. A virtual ward for home hemodialysis patients - a pilot trial. *Can J Kidney Health Dis.* 2015 Nov 1; 2:37.

En este estudio se plante el problema del seguimiento que se realiza a los pacientes renales tras ser dados de alta de un ingreso hospitalario. En este período aparece el riesgo de que haya un vacío entre la atención que reciben durante la hospitalización y la que va a recibir en el domicilio. Para intentar paliar esta problemática en varios países se ha propuesto utilizar estrategias como la Virtual Ward (VW) o sala de hospitalización virtual, modelo en el que un equipo multidisciplinar pretende proporcionar después del alta hospitalaria y a corto plazo una mejor atención

Correspondencia:

Dolores Andreu Periz
Campus de Bellvitge. Universidad de Barcelona
C/ Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
E-mail:lolaandreu@ub.edu

a los pacientes y paliar en lo posible los déficits de atención que puedan encontrar en el domicilio.

Además de la hospitalización los pacientes con enfermedad renal plantean problemas como la necesidad frecuente de realizar procedimientos médicos hospitalarios y el estar sometidos a tratamientos farmacológicos complejos por lo que podrían ser candidatos a un seguimiento mediante una VW. Con el objetivo de evaluar la viabilidad de la implementación de una VW para pacientes en HDD tras un ingreso hospitalario o en circunstancias en las que se requiera un procedimiento clínico específico, en este trabajo se describe un estudio piloto que incluyó a pacientes en HDD que cumplieran uno o más de los cuatro criterios de inclusión:

- Alta hospitalaria
- Realización de un procedimiento médico en el hospital
- Prescripción de un antibiótico
- Finalización de la formación para hacer hemodiálisis en casa

Este estudio se llevó a cabo en un hospital universitario de Toronto en el periodo 2012-2013 y se realizó un seguimiento durante 14 días a pacientes en HDD. Se evaluaron las entrevistas telefónicas realizadas por los clínicos sobre tres posibles necesidades relacionadas con: a) Cambios en la prescripción de hemodiálisis, b) Coordinación de la atención de seguimiento y c) Necesidad de cambio de medicación. Se realizaron mediante la VW, 52 actuaciones a 35 pacientes en programa de HDD y se identificó en cada caso el número de situaciones de riesgo que podrían provocar una potencial falta de atención, también se identificaron posibles predictores de este riesgo, así como los eventos negativos que requirieron de ingreso hospitalario, visita a urgencias o a la unidad de diálisis hospitalaria.

La implementación y ejecución del estudio piloto sobre la eficacia de la VW en pacientes sometidos a HDD demostraron que esta estrategia es técnicamente factible y práctica. Una posible falta de atención se identificó en 35 (67%) de las actuaciones llevadas a cabo mediante la VW y se llevaron a cabo 85 actuaciones para evitar eventos negativos. No hubo características demográficas que permitieran predecir un déficit de atención. En el periodo estudiado hubo 9 reingresos, 13 visitas al servicio de urgencias, 7 visitas no programadas a la unidad de hemodiálisis del hospital. Aunque los resultados de este estudio están limitados por el pequeño tamaño de la muestra y la

experiencia de un solo centro los autores llegan a la conclusión que la implementación de una sala virtual para pacientes con HDD es práctica y viable e identifica muchas lagunas en la atención clínica que podrían producir eventos adversos, por lo que abogan por la necesidad de hacer un estudio prospectivo amplio y multicéntrico que corroborara estas afirmaciones.

Combes G, Allen K, Sein K, Girling A, Lilford R. Taking hospital treatments home: a mixed methods case study looking at the barriers and success factors for home dialysis treatment and the influence of a target on uptake rates. *Implement Sci.* 2015 Oct 27; 10: 148.

Los autores de este estudio ratifican el hecho de que a pesar de las políticas de salud y las pruebas que promueven la diálisis domiciliaria las tasas de pacientes en esta técnica han estado cayendo durante más de 10 años en Inglaterra, país en los que tradicionalmente se ha apostado por la HDD. Ante el hecho de que 2010 las autoridades sanitarias de la región de West Midlands decidieran implementar unas políticas para incrementar los tratamientos domiciliarios, en este trabajo se plantea analizar como los hospitales de la región abordaron dichas políticas. Los cambios cuantitativos en el incremento de los tratamientos a domicilio en siete hospitales de la región de West Midlands se compararon con los del resto de Inglaterra durante 3 años, llevándose a cabo este estudio mediante un modelo de regresión logística y entrevistas cualitativas que se realizaron en cuatro hospitales a 96 miembros del personal clínico o de gestión y a 93 pacientes en programa de diálisis. Se exploró el impacto, las dificultades y los elementos facilitadores que habían surgido durante el periodo estudiado.

Los tratamientos domiciliarios aumentaron significativamente en los siete hospitales del estudio en comparación con los 3 años anteriores a la introducción de las nuevas políticas sanitarias y con el resto de hospitales de Inglaterra, donde no se incrementaron estas formas de tratamiento. Los cuatro factores principales que justificaron el desarrollo del tratamiento domiciliario fueron: la propuesta de las autoridades sanitarias que se vinculó a sanciones económicas; una financiación adicional para el personal y equipo especializado; definir los cometidos y visualizar las mejoras clínicas, además de tener buenos sistemas de formación y apoyo al paciente. Las tres dificultades principales para la consecución de un incremento de las diálisis domiciliarias fueron: falta de formación para el personal no especializado, la educación insufi-

ciente para el paciente y no considerar sus necesidades emocionales o psicológicas.

Las conclusiones del estudio muestran el impacto de los objetivos de la administración, que incluyan sanciones económicas, para lograr un cambio y destacan cómo los hospitales pueden aumentar significativamente los tratamientos domiciliarios y los autocuidados proporcionando indicaciones útiles para limitar los principales obstáculos y diseñando elementos facilitadores. Otro aspecto relevante de estas conclusiones es que hay dos áreas que necesitan mejorar para atender adecuadamente a los pacientes: la educación individualizada y la prestación de un apoyo emocional continuo.

Bi SH, Tang W, Rigodanzo-Massey N, Young BA, Blagg CR, Wang T, Ahmad S. Infection-Related Hospitalizations in Home Hemodialysis Patients. Blood Purif. 2015; 40(3):187-93.

Puesto que una de las razones que han llevado al auge de la HDD es la mayor facilidad para utilizar diferentes modalidades de hemodiálisis los autores de este trabajo se plantean que es importante conocer no solo los problemas que sufren estos pacientes sino también si se pueden relacionar con estas variantes de tratamiento. Se sabe que las infecciones son una causa frecuente de hospitalización en los pacientes en hemodiálisis, no obstante hay pocos estudios sobre eventos infecciosos en pacientes que hagan la técnica en su hogar. En este estudio los autores se pretenden examinar las características de las infecciones que requirieron hospitalización o no de paciente en HDD y la relación entre la modalidad de diálisis y la aparición de infecciones.

El estudio se llevó a cabo entre julio de 2005 y agosto de 2010 y se obtuvieron los datos a partir de un sistema informático centralizado. Se registraron las características de 165 pacientes (113 mujeres) con una media de edad de $50,8 \pm 15,6$ años que estaban en diálisis $70,8 \pm 77,9$ meses. La modalidad de tratamiento fue de diálisis 5-6 veces semana (66,7%), diálisis nocturna diaria (9,1%) y diálisis convencional de 3 veces por semana (24,2%).

En el periodo estudiado se observaron eventos infecciosos en 134 pacientes que requirieron de 176 ingresos hospitalarios, de estos, 49 (40,6%) se relacionaron con la infección lo que supuso una tasa global de 5,94 eventos / 100 personas-año. La primera causa (38,5 %) de hospitalización fue la infección,

la segunda los problemas quirúrgicos y la tercera la disfunción del acceso vascular. El 21,8% de los pacientes tenían al menos 1 hospitalización relacionada con la infección y se identificó una amplia gama de infecciones, incluyendo sepsis, infecciones relacionadas con el acceso vascular, con el aparato respiratorio, con problemas gastrointestinales e infecciones de tejidos blandos. Aunque la infección fue la primera causa de ingreso de los pacientes que tenía problemas con el acceso vascular la tasa de infecciones no relacionadas con el acceso vascular superó a la de infecciones de dichos accesos (1,7: 1). La edad, la raza, la etiología y la diabetes mellitus fue similar entre los pacientes que presentando una infección requirieron ser hospitalizados y los que no. El porcentaje de paciente en diálisis diaria que requirió ser hospitalizado por la infección fue menor que en el grupo sin hospitalización. Sin embargo el modelo de regresión de Cox no asoció un aumento de riesgo de infección por el uso del tipo de diálisis y solo se relacionó la diabetes mellitus con un aumento de los eventos relacionados con las infecciones. Estos datos permiten concluir a los autores que los eventos infecciosos que requieren de hospitalización son frecuentes en los pacientes en HDD y proponen mejorar en el conocimiento de las características de estas infecciones e incrementar las medidas preventivas para evitarlas.

Spry LA, Burkart JM, Holcroft C, Mortier L, Glickman JD. Survey of home hemodialysis patients and nursing staff regarding vascular access use and care. Hemodial Int 2015; 19: 225-34.

Abundando en la problemática de los eventos infecciosos de los pacientes en HDD en este artículo se aborda el estudio de las infecciones de los accesos vasculares que según sus autores causan más del 10% de los ingresos hospitalarios que en muchos casos obligan a reingresos tempranos. Las guías de buena práctica son difíciles de aplicar en la HDD, técnica en la que el paciente se autopunciona y además ante la actual tendencia de incrementar la dosis de diálisis suele recibir el tratamiento con mucha frecuencia. Se plantean en el estudio la hipótesis de que las pautas de entrenamiento para el manejo del acceso vascular no son homogéneas y como resultados los pacientes no cumplen lo establecido por las guías de buena práctica.

El objetivo de este estudio fue recopilar información sobre aspectos relacionados con el acceso vascular que permitieran analizar como manejaban sus accesos los pacientes en HDD. Como referencia de cuáles

son las pautas adecuadas se utilizaron entre otras las recomendaciones de la American Nephrology Nurses Association y de la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Se diseñaron dos cuestionarios, uno sobre la formación proporcionada a los pacientes y otro sobre las prácticas reales realizadas por los pacientes. En estos cuestionarios se hizo especial referencia a la evaluación de la formación, los métodos de cuidado, el uso de tecnología apropiada y el conocimiento y forma de actuar de los pacientes ante sintomatología de infección. Para asegurar que las preguntas estaban correctamente formuladas los cuestionarios se revisaron por cuatro grupos de enfermeras que formaban a pacientes en HDD, un grupo focal formado por siete pacientes y familiares y diez cuestionarios se cumplimentaron mediante entrevistas telefónicas a pacientes que no se incluyeron en los resultados finales.

Se distribuyeron las encuestas a 301 pacientes y a 55 enfermeras de 19 centros seleccionados al azar siendo la tasa de respuestas del 43% de los pacientes y el 76% de enfermeras. De los resultados obtenidos cabe destacar que las enfermeras no instruían uniformemente a los pacientes de acuerdo con las guías de buena práctica y los pacientes no seguían las recomendaciones de las enfermeras en aspectos como el uso de mascarilla, la forma de fijar las agujas, el retirar los apósitos de las punciones o el uso de antibióticos locales. Se entrenaba a los pacientes para reconocer los signos de infección pero estos no siempre lo comunicaban con la suficiente rapidez. Ningún paciente o enfermera afirmaron cumplir con todas las medidas recomendadas por las guías. La conclusión de este estudio es que es necesario estudiar el impacto que tiene en la aparición de infecciones las medidas que toman los pacientes en HDD para el cuidado de los accesos vasculares y que deben implementarse estrategias que permitan adaptar las guías de buena práctica para estos pacientes.

Walker RC, Morton RL, Tong A, Marshall MR, Palmer S, Howard K. Patient and caregiver preferences for home dialysis-the home first study: a protocol for qualitative interviews and discrete choice experiments. BMJ Open. 2015 Apr 15; 5 (4).

Walker RC, Howard K, Morton RL, Palmer S, Marshall M, Tong A. Patient and Caregiver Values, Beliefs and Experiences When Considering Home Dialysis as a Treatment Option A Semi-Structured Interview Stud. Nephrol Dial Transplant. 2016; 31 (1): 133-141.

En la primera de estas dos publicaciones los autores exponen su propósito de llevar a cabo un estudio en Nueva Zelanda sobre un tema poco explorado: el punto de vista de los pacientes y sus cuidadores sobre la HDD, para esto dan a su proyecto un enfoque cualitativo con el objetivo de describir las preferencias y las opiniones de pacientes y cuidadores acerca de los factores que influyen en la elección del domicilio o el centro sanitario para llevar a cabo la diálisis. De una población potencial de 150 pacientes y sus cuidadores se propusieron llevar a cabo entrevistas semiestructuradas a entre 30-40 pacientes más unos 10-15 cuidadores mediante un modelo de elección discreta*.

La necesidad de profundizar en las causas por las que un paciente elige una u otra forma de tratamiento es en sí un tema importante, pero lo es más para los autores de este estudio pues en Nueva Zelanda, al igual que Australia, siempre han habido tasas de HDD superiores a las de otros países, Como ejemplo en 2012, en Nueva Zelanda se trataban con esta técnica al 19% de los pacientes y en Australia al 9% mientras que en países como Canadá o Inglaterra estas cifras oscilan entre un 3- 5%.

En el segundo trabajo los autores presentan sus resultados y conclusiones, finalmente obtuvieron una muestra de 43 pacientes y 9 cuidadores procedentes de 3 unidades de nefrología. De todos los paciente 18 estaban en situación de prediálisis, 4 en HDD, 13 en diálisis peritoneal y 9 en diálisis asistida. Tras el análisis de las entrevistas se identificaron las siguientes categorías:

- a) Carece de poder de decisión: recibir una información compleja, sentirse impotente y presionado por la elección.
- b) Las relaciones con el entorno: el estar mediatisadas por la influencia de la cultura, la familia, la confianza en los médicos, el aislamiento social.
- c) Los cambios en el estilo de vida: mantener el empleo, evitar los traslados, considerar los gastos adicionales, buscar horarios flexibles, y garantizar tiempo libre.
- d) Confianza en la elección de la forma de tratamiento: garantizar la seguridad, en función de la seguridad del profesional, el apoyo por parte de los compañeros, superar el miedo y mejorar la supervivencia.

Como conclusión de su trabajo los autores afirman que para fomentar la diálisis en el hogar es necesario dar mayor énfasis a los programas educativos centrados en el paciente. Un mayor conocimiento sobre la

salud y considerar valores sociales y culturales pueden reducir los temores y dar confianza en la toma de decisiones. Los gastos que ocasiona el tratamiento en el domicilio se pueden minimizar mediante programas de reembolso, también apoyar el empleo y darles una ayuda económica adicional, especialmente a pacientes que viven en lugares alejados, favorecería la decisión de elegir un tratamiento domiciliario.

**El modelo de elección discreta es muy utilizado en estudios económicos y resulta apropiado cuando el objetivo no es predecir el comportamiento medio sino analizar los factores determinantes de la probabilidad de que un agente económico individual elija un curso de acción dentro de un conjunto, generalmente finito, de opciones posibles.*

Tennankore KK, d’Gama C, Faratro R, Fung S, Wong E, Chan CT. Adverse technical events in home hemodialysis. Am J Kidney Dis. 2015 Jan; 65(1):116-21. doi:10.1053/j.ajkd.2014.08.013. Epub 2014 Oct 16.

Aunque están demostrados los beneficios de la HDD no se debe ignorar el riesgo que supone la realización de un procedimiento complejo fuera de un ambiente hospitalario por el propio paciente y su familia. Por esto, los autores del artículo se plantearon como objetivo describir los eventos adversos técnicos en una gran cohorte de pacientes con HDD. Con este fin diseñaron un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a HDD dependientes de un hospital de tercer nivel entre 1999 y 2012. Se recogieron todos los acontecimientos adversos graves (definidos como aquellos que requieren la intervención de los profesionales).

Se analizaron los eventos negativos de 202 pacientes con un seguimiento total de 757 pacientes/año. Los pacientes se sometían a una mediana de 5 tratamientos de diálisis por semana y 8 horas por sesión. Se identificaron 22 primeros eventos adversos y 7 eventos recurrentes. Las tasas de eventos adversos fueron 0,049/año provocados por la fístula arteriovenosa, 0,015/año por injerto arteriovenoso, y 0,022/año por catéter de diálisis. Las tasas de eventos por cada 1.000 tratamientos de diálisis fueron 0,208, 0,068, y 0,087 para la fístula arteriovenosa, injerto arteriovenoso, y el catéter, respectivamente. La mayoría de los eventos adversos se relacionan con desplazamiento de la aguja (18) o una embolia gaseosa (6). Requiritieron de una visita al servicio de urgencias 8 eventos adversos, de los cuales 5 ingresaron. La tasa de eventos adversos graves fue de 0,009 por paciente/año de HDD y 0,038 por 1.000 tratamientos de diálisis. Los pacien-

tes necesitaron 3 transfusiones de sangre, 2 cambios de catéteres, 1 tratamiento con líquidos intravenosos, y una diálisis urgente. Se destaca que se recicló y revisó la técnica en todos los pacientes que presentaron un primer evento adverso.

Aunque se destaca que una de las limitaciones del estudio es que los pacientes no comunicaran eventos negativos menores, la conclusión de este artículo es que los eventos negativos en HDD son relativamente raros y que para prevenirlos se puede incidir en el reciclaje del paciente y en la revisión periódica del funcionamiento de los accesos vasculares.

Recibido: 13 junio 16
Revisado: 15 junio 16
Modificado: 17 junio 16
Aceptado: 21 junio 16

Bibliografía

1. Andreu L, Force E. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
2. Pérez-Alba A, Barril-Cuadrado G, Castellano-Cerviño C, Martín-Reyes G, Pérez-Melóne C, Slon-Roblerof F, Bajo-Rubio MA. Hemodiálisis domiciliaria en España. Nefrología. 2015;35:1-5.
3. Tennankore K, Nadeau-Fredette AC, Chan CT. Intensified home hemodialysis: Clinical benefits, risks and target populations. Nephrol Dial Transplant 2014; 29: 1342-9.
4. AAVV. Grupo de trabajo sobre Apoyo y Promoción de la Hemodiálisis Domiciliaria en España. SEN Nefrología. Consultado 20/5/16. http://senefro.org/modules.php?name=grupos&d_op=viewgroup&idgroup=12766

Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla?

M^a Eugenia Pons Raventos*, Ana Rebollo Rubio**, José Vicente Jiménez Ternero**

*Fresenius Medical Care Services Andalucía, **UGC Nefrología Hospital Regional Universitario de Málaga. España

Sr. Director

La fragilidad se puede definir como un estado fisiológico de mayor vulnerabilidad a los factores de estrés, que resultan de la disminución de las reservas fisiológicas o la desregulación de múltiples sistemas fisiológicos¹. La opinión predominante es que una disminución fisiológica, asociada a la enfermedad o la edad, que individualmente no alcanza importancia clínica, al afectar a múltiples sistemas y tener un carácter acumulativo, puede ser detectado como fragilidad². La fragilidad es señalada por distintos autores como un fuerte predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de la movilidad y enfermedad cardiovascular³, siendo los individuos frágiles más vulnerables a los episodios adversos².

Criterios de fragilidad

Diferentes estudios han aplicado diferentes criterios para definir la presencia de fragilidad. La mayoría incluyen medidas de rendimiento físico o funcionamiento aportadas por el sujeto, así como algunos indicadores de fatiga o agotamiento y algunos también incluyen medidas de comorbilidad y discapacidad². La definición más utilizada, desarrollada y validada en el Cardiovascular Health Study por Fried y sus colegas⁴, se basa en la presencia de al menos tres de los siguientes cinco criterios: más de 10 libras de pérdida de peso involuntaria durante más de 1 año, fuerza de prensión débil, agotamiento, velocidad de la marcha lenta y escasa actividad física². La importancia de la velocidad de la marcha para predecir la presencia de fragilidad en adultos, ha sido demostrado en los estudios realizados por Studenski et al. y Viccaro et al.^{5,6}, siendo una herramienta útil para identificar a sujetos que estén en alto riesgo de deterioro de su salud y deterioro funcional.

La fragilidad es el paso previo a la discapacidad. La importancia de este concepto se centra en que en ocasiones este estado es susceptible de intervención. Y así, interviniendo en lo que es modificable o preveni-

ble en los ancianos y pacientes frágiles, disminuiríamos o retrasaremos la situación de discapacidad.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son las que primero se ven afectadas. La necesidad de ayuda para estas actividades, es un indicador temprano de deterioro funcional, con implicaciones importantes para la calidad de vida de los individuos, y además ha demostrado solaparse con la presencia de fragilidad^{4,7}.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía en el año 2009⁸, ante la falta de consenso en la terminología y la escasa evaluación de herramientas para el diagnóstico de fragilidad del anciano, llevó a cabo un estudio, mediante el método Delphi (método basado en la opinión de un grupo de expertos) con el objetivo de definir el concepto de fragilidad en el anciano, mostrar herramientas y/o marcadores con los que obtener criterios diagnósticos y analizar las estrategias en el manejo de ancianos frágiles. Las conclusiones a las que llegaron este grupo de expertos fueron las siguientes:

- El 70,6% de los autores de los estudios incluidos no crearon su propio concepto de fragilidad, utilizando la definición de otro autor y en ocasiones la definición de varios autores en un mismo artículo.
- Desde el punto de vista de la práctica clínica, se pueden clasificar las definiciones en dos grandes grupos: Factores Biomédicos, Fried et al. 2001⁴ o definiciones más holísticas donde se incluyen factores psicosociales y ambientales, Rockwood 1994⁹.
- Para la mayoría de los autores anciano frágil es igual a anciano vulnerable, aunque algunos autores asemejaron fragilidad a incapacidad, la mayoría consideró incapacidad como la pérdida de una función y la fragilidad el riesgo de perder dicha función.

- Observaron variabilidad en los indicadores/marcadores utilizados para identificar la fragilidad y en ningún caso hallaron evidencia de que alguno de ellos fuese causa suficiente por sí misma que permita el diagnóstico de fragilidad en el anciano.
- Y lo más importante, no existe una herramienta validada para identificar la fragilidad, aunque encontraron la posibilidad de agrupar en 16 categorías todas las variables o posibles predictores. Son los siguientes: caídas, incontinencia, polimedición, autopercepción de salud, actividades de la vida diaria, hospitalización, patologías, deterioro cognitivo, estado nutricional, úlceras por presión, parámetros clínicos, trastornos de la movilidad, disminución sensorial, trastornos del ánimo, edad y características sociodemográficas y ambientales.
- No se localizaron evidencias de ningún elemento individual en el sistema sanitario efectivo por sí mismo.

Por otro lado, existió consenso por el total de expertos en que existen unas variables predictoras de fragilidad por sí mismas.

No existe un estándar de oro para establecer la fragilidad, parece que el modelo de Fried es el más aceptado y usado en múltiples estudios que valoran fragilidad¹⁰⁻¹². Actualmente, en la definición de fragilidad tiene mayor relevancia la aparición conjunta de varias características y la velocidad de instauración, que actúa a su vez como factores determinantes en la evolución y peor pronóstico de estas personas.

La labor de detección y asistencia del paciente frágil queda relegada casi exclusivamente a los profesionales del ámbito de la atención primaria y las enfermeras gestoras de casos hospitalarios. Es importante resaltar la importancia, para coordinar la labor de atender al anciano frágil, de disponer de una historia clínica unificada y de una buena comunicación inter-niveles de salud. Además de señalar que debido a la sobrecarga asistencial y burocrática en la que nos encontramos actualmente, hace más y más difícil poder atender de forma óptima a estos pacientes. La detección de ancianos frágiles no debe quedar relegada al ámbito de la atención primaria, siendo necesaria desarrollarla también en el ámbito hospitalario. En el hospital no debe limitarse solamente a aquellos con dependencia establecida o presencia de síndromes geriátricos, sino de forma más general a cualquiera con riesgo de deterioro funcional, lo que incluiría a los anteriores y, además, a aquellos con un deterioro fun-

cional más leve, quizás preclínico, que también tienen riesgo de deterioro funcional y que, si no es evaluado, podría pasar inadvertido¹³. Un estudio realizado en nuestro país sobre 379 pacientes, concluye que el deterioro funcional es frecuente durante la hospitalización en los pacientes frágiles, y que son, determinados factores asociados a la práctica clínica y por tanto modificables, los que se asocian a ese deterioro¹⁴. Coincide con otro estudio sobre pacientes hospitalizados que concluye que la hospitalización conlleva un deterioro importante en la capacidad funcional de los pacientes ancianos¹⁵.

Instrumentos para medir fragilidad

El Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, elaborado por el Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad en 2014, nos propone dos escalas para medir fragilidad:

- La herramienta "Instrumento de fragilidad para la atención primaria de la encuesta de salud, envejecimiento y Jubilación en Europa: SHARE-FI", validada para población española en 2011, basada en los criterios de Fried y Waltson⁴ aplicable en el ámbito de la atención primaria para pacientes no residentes en instituciones. A través de la web (<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/57>), se encuentran calculadoras de acceso gratuito diferenciadas por sexo, y la versión española disponible en <https://sites.google.com/a/tcd.ie/share-frailty-instrument-calculators/>.
- Escala Frail¹⁶, de fácil aplicación, compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) en la que cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto, se considera fragilidad puntuaciones ≥ 3 y prefragilidad 1 o 2 puntos. Aún no validada en población española.
- Existen otras escalas propuestas por otros autores como son la Tilburg Frailty Indicator¹⁷, la Groningen Frailty Indicator¹⁸ pero ninguna de ellas cuenta con validación para población española.

Recientemente en nuestro país se ha desarrollado una escala para medir las características biológicas de la fragilidad, The Frailty Trait Scale (FTS)¹⁹, basada en el modelo de fragilidad de Fried, aunque también incorpora del marco propuesto por Rockwood. Esta consta de 12 ítems y se ha aplicado a una muestra de 1972 hombres y mujeres mayores de 65 años. Identifica 7 dimensiones de fragilidad: balance energético-nutrición, actividad física, sistema nervioso, sistema vascular, fuerza, resistencia y velocidad de la

marcha. Fue comparado con dos modelos para medir fragilidad bien establecidos: el fenotipo de fragilidad propuesto por Fried et al, y el índice de fragilidad (FI) propuesto por Rockwood y Mitnitski. Además de las cinco dimensiones propuestas por Fried et al, incluye otras dimensiones como son el estado cognitivo, nutricional y vascular. El FTS tiene un valor predictivo que es ligeramente mejor que el modelo de Fried para la mortalidad en personas mayores de 80 años, y para las hospitalizaciones en menores de 80 años.

Recibido: 07 marzo 16
Revisado: 18 marzo 16
Modificado: 28 marzo 16
Aceptado: 11 marzo 16

Bibliografía

1. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004; 59(3):255–263.
2. Johansen KL, Delgado C, Bao Y, Kurella Tamura M. Frailty and dialysis initiation. *Semin Dial.* 2013; 26(6):690–696.
3. Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48(6):285–289.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3):M146-156.
5. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA.* 2011; 305(1):50–58.
6. Viccaro LJ, Perera S, Studenski SA. Is timed up and go better than gait speed in predicting health, function, and falls in older adults? *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(5):887–892.
7. Kutner NG, Zhang R, Allman RM, Bowling CB. Correlates of ADL difficulty in a large hemodialysis cohort. *Hemodial Int.* 2014; 18(1):70–77.
8. Carlos-Gil AM, Martínez-Pecino F, Molina-Linde JM, Villegas-Portero R, Aguilar-García J, García-Alegría J, et al. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2009.
9. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ.* 1994; 150(4):489–495.
10. Jürschik P, Escobar MÁ, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria.* 2011; 43(4):190–196.

11. González-Vaca J, de la Rica-Escuín M, Silva-Iglesias M, Arjonilla-García MD, Varela-Pérez R, Oliver-Carbonell JL, et al. Frailty in Institutionalized older adults from Albacete. The FINAL Study: rationale, design, methodology, prevalence and attributes. *Maturitas*. 2014; 77(1):78–84.
12. Rothman MD, Leo-Summers L, Gill TM. Prognostic significance of potential frailty criteria. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56(12):2211–2216.
13. Baztán-Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano-Jaurrieta JJ, Hornillos-Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115(18):704–717.
14. Vidán-Astiz MT, Sánchez-García E, Alonso-Armesto M, Montero-Erasquin B, Martínez-de-la-Casa A, Ortiz FJ, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(3):133–138.
15. Mañas MD, Marchán E, Conde C, Sánchez S, Sánchez-Maroto T, Molina MC. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2005; 22(3):130–132.
16. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16(7):601–608.
17. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010; 11(5):344–355.
18. Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JPJ. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2012; 13(6):546–551.
19. García-García FJ, Carcaillon L, Fernandez-Tresguerres J, Alfaro A, Larrion JL, Castillo C, et al. A new operational definition of frailty: the Frailty Trait Scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2014; 15(5):371.e7–371.e13.

Agenda de Enfermería Nefrológica

CONGRESOS

Oviedo, del 11 al 13 de octubre 2016

XLI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
Palacio de Congresos de Oviedo
Secretaría Científica: SEDEN
C/ Lira nº 1, Escalera Centro, 1º C.
28007 Madrid
Tlf: 91 409 37 37
E-mail: seden@seden.org

Valencia, del 17 al 20 de septiembre de 2016

45 INTERNATIONAL CONFERENCE EDTNA/ERCA
Más Información:
EDTNA/ERCA CONFERENCE DEPARTMENT
Guarant International spol s.r.o.
CZ-140. 21 Prague 4. Czech Republic
Phone: +420 284 001 444
Fax: +420 284 001 448
E-mail: edtnaerca2014@guarant.cz

PREMIOS

PREMIO POSTERS FRESENIUS MEDICAL CARE

Plazo de envío del póster aceptado hasta el 31 de agosto de 2016
Dotación: 1º Premio: 300 Euros
2º Premio: 250 Euros
3º Premio: 200 Euros

PREMIO DE INVESTIGACIÓN LOLA ANDREU 2016

Optarán al premio todos los artículos originales publicados en los números 18/4, 19/1, 19/2 y 19/3 sin publicación anterior que se envíen a la Revista.
Dotación: Premio: 1.500 €
Información tel: 91 409 37 37
E-mail: seden@seden.org
[http:// www.seden.org](http://www.seden.org)

XVI PREMIO A LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA NEFROLÓGICA FUNDACIÓN RENAL ÍÑIGO ÁLVAREZ DE TOLEDO

Premio: 3.000 €
Información Tlf: 91 448 71 00
E-mail: premiosiat@friat.es
www.friat.es

CONCURSO FOTOGRÁFICO SEDEN-BELLCO

Plazo: del 1 de abril al 31 de mayo de 2016
Premio: Una tablet y publicación de la fotografía en el calendario de la SEDEN patrocinado por Bellco
Puedes consultar las bases en: www.seden.org/
Información tel: 91 409 37 37
E-mail: seden@seden.org
[http:// www.seden.org](http://www.seden.org)

JORNADAS Y CURSOS

Madrid, 29 y 30 de octubre de 2016

JORNADAS NACIONALES DE ENFERMOS RENALES
Federación Nacional ALCER
C/ Don Ramón de la Cruz, 88. Of. 2
28006 Madrid
Tlf: 91 561 08 37 Fax: 91 564 34 99
E-mail: amartin@alcer.org
Web: www.alcer.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.

DIAVERUM

d.HOLIDAY

tesēas
Global Health

DIAVERUM
d.HOLIDAY

COSTA DEL SOL

Hotel
★★★

Desde

80

€/noche*

*Consultar condiciones

Incluye:

- Media pensión
- Gestión de incidencias medicas 24h
- 1 excursión
- Transporte gratuito ida y vuelta a la clínica Diaverum

Vento
Celta
Viajes

DIAVERUM
d.HOLIDAY

CAMINO DE SANTIAGO

8días – 7Noches / Régimen de media pensión

Hotel
★★★

Desde

93

€/noche*

*Consultar condiciones

Incluye:

- Salidas garantizadas*
- Guía acompañante con el coche de apoyo
- Media pensión
- Gestión de incidencias medicas 24h
- Transporte gratuito ida y vuelta a la clínica Diaverum
- Traslados durante las etapas
- Traslado del equipaje punto a punto
- Seguro de asistencia
- Credencial del peregrino

*cada paciente podrá decidir cuántos km del recorrido quiere realizar

sanyres
SENIOR RESORTS

DIAVERUM
d.HOLIDAY

MARBELLA Y HUELVA

La combinación perfecta para disfrutar 100% de tus vacaciones

MARBELLA

Aljaraque suites

HUELVA

Puente Romano

Incluye:

- Pensión completa
- Alojamiento en suite
- Asistencia médica y de enfermería 24h
- Atención específica en las dietas y alimentación
- Transporte gratuito ida y vuelta a la clínica Diaverum

senior resort
Marbella

Desde

70

€/noche*

*Consultar condiciones

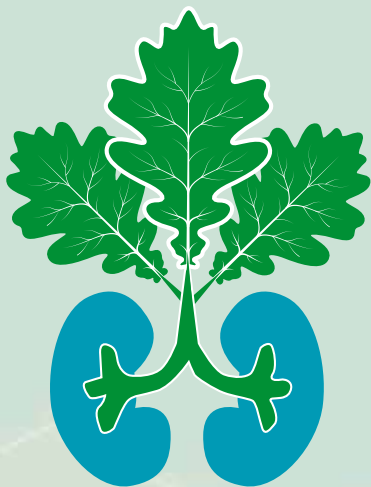
senior resort
Huelva

Desde

110

€/noche*

*Consultar condiciones



41 CONGRESO NACIONAL SEDEN



Del 11 al 13 de Octubre
Palacio de Congresos y
Exposiciones de OVIEDO



SECRETARÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
C/ Lira, nº 1, Esc. Centro, 1º C
28007 Madrid
Teléfono: 91 409 37 37 - Fax: 91 504 09 77
e-mail: seden@seden.org

www.seden.org