

# ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 22 / Suplemento I / 2019

[www.revistaseden.org](http://www.revistaseden.org)

## Comunicaciones del XLIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

**A Coruña, 8-10 de octubre de 2019**

Editores Especiales:

**Francisca Pulido Agüero**

**Patricia Arribas Cobo**



ENFERMERÍA  
**NEFROLÓGICA**

Volumen nº 22 / Suplemento I / 2019

**Comunicaciones del  
XLIV Congreso Nacional  
de la Sociedad Española de  
Enfermería Nefrológica**

**A Coruña, 8-10 de octubre de 2019**

Editores Especiales:

**Francisca Pulido Agüero**

**Patricia Arribas Cobo**

# Enfermería Nefrológica

## DIRECTOR

### Rodolfo Crespo Montero

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

## SUBDIRECTOR

### José Luis Cobo Sánchez

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

## EDITORES EJECUTIVOS

### Antonio Ochando García

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

### Ian Blanco Mavillard

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

## CONSEJO EDITORIAL NACIONAL:

### Ana Isabel Aguilera Flórez

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

### M<sup>a</sup> Teresa Alonso Torres

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

### Sergi Aragó Sorrosal

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

### Patricia Arribas Cobo

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

### María José Castro Notario

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

### Pilar Coronado Carvajal

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

### Isabel Crehuet Rodríguez

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

### Francisco Círrera Segura

Enfermero del Servicio de Hemodiálisis Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla  
paco.cirera@gmail.com

### Anunciación Fernández Fuentes

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

### Antonio José Fernández Jiménez

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

### Ana Vanessa Fernández Martínez

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

### Rosario Fernández Peña

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

### Fernando González García

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

### José María Gutiérrez Villaplana

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

### David Hernán Gascueña

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

### M<sup>a</sup> Encarnación Hernández Meca

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

### Ernestina Junyent Iglesias

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

### Anna Mireia Martí i Monros

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

### Luis Martín López

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

### Esperanza Melero Rubio

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

### María Victoria Miranda Camarero

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

### Cristina Moreno Mulet

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

### Guillermo Molina Recio

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

### Miguel Núñez Moral

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

### Mateu Nadal Servera

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

### Mateo Párraga Díaz

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

### Concepción Pereira Feijoo

Supervisora. Servicio de Nefrología Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo de Orense\*  
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 Neonatal Hospital U. de Cruces. Bilbao\*  
fernando.ramos62@gmail.com

### M<sup>a</sup> Jesús Rollán de la Sota

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

### Isidro Sánchez Villar

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

### Mercedes Tejuca Marengo

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

### Antonio Torres Quintana

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

### Filo Trocoli González

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

### Esperanza Vélez Vélez

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

## CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL:

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

**Nidia Victoria Bolaños Sotomayor**  
Enfermera Presidenta SEENP  
Profesora Auxiliar Universidad  
Peruana Cayetano Heredia. Perú  
presidencia@seemp.org

**M<sup>a</sup> Isabel Catoni Salamanca**  
Profesora Titular  
Pontificia Universidad Católica  
de Chile  
mcatoni@puc.cl

**Martha Elena Devia R**  
Associated Marketing Manager  
RSS L.A  
Bogota. Colombia  
martha\_elena\_devia@baxter.com

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

**Fernando Luis Freire Vilares**  
Presidente de la APEDT  
Enfermero Jefe del Servicio de  
Nefrología. Hospital Davita Porto.  
Portugal  
f.vilares@netcabo.pt

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

**Daniel Lanzas Martín**  
Enfermero. Especializado en  
Enfermería Pediátrica  
Centro Amadora. Lisboa. Portugal  
daniel\_lanzas@hotmail.com

**Rosa María Marticorena**  
Nephrology Research Coordinator  
St Michaels Hospital. Toronto  
Canada  
marticorenar@smh.ca

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

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

**M<sup>a</sup> Cristina Rodríguez Zamora**  
Directora de Enfermería  
Facultad de Estudios Superiores  
Iztacala UNAM. México  
cristy@unam.mx

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

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



### DIRECTORA HONORÍFICA:

**Dolores Andreu Pérez**  
Profesora Titular. Facultad de Enfermería. Barcelona\*  
lolaandreu@ub.edu

### JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

**Presidente:** Juan Francisco Pulido Pulido  
**Vicepresidenta:** Patricia Arribas Cobo  
**Secretaría General:** Francisca Pulido Agüero  
**Tesorero:** Fernando González García

**Vocalía de Educación y Docencia:** M<sup>a</sup> Ángeles Alcántara Mansilla

**Vocalía de Publicaciones de SEDEN:** Francisco Cirera Segura

**Vocalía de Trasplantes y Hospitalización:** M<sup>a</sup> Isabel Delgado Arranz

**Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:** David Hernán Gascuña

**Vocalía de Investigación:** Sergi Aragó Sorrosal

**Vocalía de Diálisis Peritoneal:** Miguel Núñez Moral

**Vocalía de Hemodiálisis:** Cristina Franco Valdivieso

**Edita:**  
Sociedad Española de Enfermería  
Nefrológica

**Secretaría de redacción:**  
**SEDEN**  
Calle de la Povedilla n<sup>o</sup> 13, Bajo Izq  
28009 Madrid. España  
Tel.: 00 34 91 409 37 37  
Fax: 00 34 91 504 09 77  
E-mail: seden@seden.org  
http://www.seden.org

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

Publicado el 8 de octubre de 2019  
Periodicidad: trimestral  
Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,  
Revista de la Sociedad Española de  
Enfermería Nefrológica y Actualmente  
Enfermería Nefrológica

© Copyright 2018. SEDEN

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



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

Esta revista está indizada en:

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

**Maquetación:** Seden  
**Impresión:** Estu-Graf Impresores S.L.  
**Traducción:** Pablo Jesús López Soto

**ISSN:** (Versión Impresa): 2254-2884  
**ISSN:** (Versión Digital): 2255-3517  
**Depósito Legal:** M-12824-2012



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

### Colaboraciones Científicas:



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



Associação Portuguesa de Enfermeiros  
de Diálisis y Trasplante (APEDP)



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



Sociedad de Enfermeras Especialistas  
en Nefrología del Perú



Sociedad Argentina  
de Enfermería Nefrológica

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

# Sumario

<b>Editorial .....</b>	<b>9</b>
<b>Trabajos Premiados SEDEN 2019 .....</b>	<b>10</b>
Análisis de la ultrafiltración media diaria de los pacientes en una unidad de hemodiálisis.....	10
Entrenamiento en diálisis peritoneal: domiciliario versus hospitalario .....	11
Resultados de la implantación de la consulta de ayuda a la decisión en la elección de terapia renal substitutiva.....	12
Resultados de un programa de ejercicio físico domiciliario en pacientes con enfermedad renal .....	13
Variabilidad intramétodo en medidas del flujo de acceso con termodilución ¿un enemigo en los programas de seguimiento?.....	14
<b>Comunicaciones Orales .....</b>	<b>15</b>
<b>Atención Integral</b>	
Alteraciones de la piel en la enfermedad renal crónica avanzada .....	15
Alternativa a la hospitalización. Coordinación de los pacientes con enfermedad renal crónica desde el hospital de agudos .....	16
Análisis del perfil del cuidador primario que acompaña al paciente a su sesión de hemodiálisis .....	17
Auditoría ISO 9001 en hemodiálisis hospitalaria pública; diez años de evolución.....	18
Bacteriemias asociadas al catéter para hemodiálisis: estudio de costes .....	19
Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de una unidad de diálisis en un hospital de segundo nivel .....	20
Enfermera consultora de nefrología en atención primaria: resultados preliminares de un programa piloto .....	21
Incorporación metodológica del “coaching en salud” en el programa educativo al paciente sometido a trasplante renal durante el proceso hospitalario .....	22
La participación en ensayos clínicos mejora el empoderamiento de los pacientes .....	23
Nivel de inteligencia emocional de un equipo asistencial de nefrología .....	24
Opinión de los pacientes ante un programa de ejercicio físico .....	25
Proyecto DAR. Tres años de experiencia con actividades lúdico-terapéuticas en hemodiálisis .....	26
Rol de la enfermera de práctica avanzada: enfermera gestora de casos en una unidad de enfermedades renales hereditarias .....	27
<b>Diálisis Peritoneal</b>	
Análisis de causas de transferencia a hemodiálisis de pacientes en diálisis peritoneal.....	28
Análisis del tiempo de entrenamiento y su relación con los episodios de peritonitis .....	29
Experiencia con catéteres: autoposicionante, recto y Fast-Flow en nuestra unidad de diálisis peritoneal .....	30
Pacientes ancianos en diálisis peritoneal. Análisis de la fragilidad y riesgo de peritonitis.....	31
<b>Enfermedad Renal Crónica Avanzada</b>	
Cumplimiento de las recomendaciones nutricionales en un colectivo de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada .....	32
Factores relacionados con el inicio no programado de hemodiálisis en pacientes seguidos en consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada .....	33

## Hemodiálisis

Adherencia a fármacos calcimiméticos, un reto más en los pacientes en hemodiálisis .....	34
Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Influencia del estado emocional .....	35
Alteraciones del equilibrio en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.....	36
Análisis de la experiencia en el uso de las agujas catéter en las unidades de hemodiálisis españolas.....	37
Bacteriemia cero en catéteres permanentes tunelizados en hemodiálisis.....	38
Comparación in vitro del comportamiento de diferentes soluciones y antisépticos ante un catéter de poliuretano para tratamiento de hemodiálisis .....	39
Complicaciones relacionadas con el acceso vascular en técnicas de aféresis en un hospital de tercer nivel.....	40
Cultivos microbiológicos de la piel del área de punción de la fistula arteriovenosa y de las agujas de hemodiálisis en las canulaciones tipo buttonhole versus escalera y/o área .....	41
Disfunción sexual en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo ¿un problema físico o emocional? .....	42
El traslado del paciente a los centros de hemodiálisis, un problema sin resolver .....	43
Evaluación de la calidad de los cuidados en el acceso vascular. Incorporación de nuevas herramientas .....	44
Experiencia de enfermería en la puesta en marcha y desarrollo de una unidad de nefrología de atención continuada. Seguimiento a dos años .....	45
Fotoféresis y sus complicaciones en una unidad de hemodiálisis .....	46
Fragilidad en unidades de hemodiálisis .....	47
¿Hemos encontrado el sellado de catéteres para hemodiálisis ideal? Revisión bibliográfica.....	48
Humanizar en la sala de hemodiálisis. Percepción de los profesionales de enfermería .....	49
Implementación de un programa psicosocial para mejorar la calidad de vida los pacientes en un centro de hemodiálisis concertado: resultados de un año de experiencia.....	50
Importancia de la enfermera de Enfermedad Renal Crónica Avanzada en la selección de técnica de diálisis .....	51
Importancia de una intervención multidisciplinar para el manejo de la nutrición en el centro escolar en pacientes pediátricos afectados de Enfermedad Renal Crónica Avanzada en tratamiento de hemodiálisis.....	52
Intervención: imágenes de una vida para el empoderamiento de personas en tratamiento de hemodiálisis .....	53
Intervenciones educativas para mejorar el conocimiento de los niveles de fósforo en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Mejora de la adherencia al tratamiento: estudio transversal .....	54
La guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis del 2017: ¿conocemos y trabajamos con las nuevas recomendaciones? .....	55
La pauta de hemodiálisis incremental ofrece resultados favorables para el acceso vascular. Experiencia de un centro durante diez años .....	56
Pacientes mayores de ochenta años que inician diálisis: incremento progresivo de esta población y adecuada adaptación al tratamiento .....	57
Participación de enfermería en el estudio de tensión arterial y riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome de apnea del sueño de novo .....	58
Percepción de control y conducta de adhesión a la restricción de líquidos.....	59
Plasmaféresis terapéutica, ¿una técnica en auge? Experiencia durante los últimos seis años.....	60
Prevalencia de consumo diario de ansiolíticos y/o antidepressivos en pacientes sometidos a hemodiálisis.....	61
Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica .....	62
¿Sacamos partido a la tecnología de los monitores de diálisis? Revisión bibliografía .....	63

Seguridad en los monitores de diálisis, distintas opciones de desinfección en nuestro país .....	64
Sin registro, no existimos: el registro como parte del cuidado .....	65
Uso de la técnica de punción buttonhole como alternativa para evitar la formación de aneurismas en pacientes con fistulas arteriovenosas internas en hemodiálisis. Scoping review .....	66
Valoración de la presencia de alexitimia en hemodiálisis.....	67

## **Trasplante Renal**

Asociación entre la presión intra-abdominal y el desarrollo de complicaciones urológicas en el post-trasplante inmediato .....	68
--	----

## **Comunicaciones Posters .....**

**69**

### **Atención Integral**

¿Es eficaz la educación sanitaria en preadolescentes? Prevención primaria en enfermedad renal .....	69
Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en edad laboral en tratamiento con hemodiálisis.....	70
Estudio retrospectivo sobre incidencia de calcifilaxis en 2018 en una unidad de nefrología .....	71
Prevención de las úlceras por presión en el paciente renal crónico: recomendaciones actualizadas en atención primaria y especializada .....	72
Rompiendo el hielo: estrategia formativa.....	73

### **Diálisis Peritoneal**

El entrenamiento simultáneo de la diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automatizada en pacientes incidentes en diálisis peritoneal permite reducir el tiempo aprendizaje .....	74
El uso de las nuevas tecnologías para la comunicación en diálisis peritoneal .....	75
Implantación de nuevas tecnologías y calidad de vida en diálisis peritoneal .....	76
Implementación de la consulta de preperitoneal en la ayuda a la selección de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada .....	77
Implementación del programa de biopsia renal en el servicio de nefrología por parte del nefrólogo .....	78
Innovando en los cuidados del catéter peritoneal para reducir la infección .....	79
P@cientes 3.0 .....	80
Vigilancia microbiológica en consulta de diálisis peritoneal.....	81

### **Enfermedad Renal crónica Avanzada**

La consulta de enfermería en la enfermedad renal crónica avanzada: la gran desconocida .....	82
Necesidad de apertura de consultas de Enfermedad Renal Crónica Avanzada enfermería en pediatría.....	83

### **Hemodiálisis**

“Haz visible el acceso vascular” .....	84
Análisis de las complicaciones de los catéteres venosos centrales en hemodiálisis .....	85
Aumento fragilidad del paciente; ¿es necesario aumentar el ratio del equipo de enfermería? .....	86
Catéteres tunelizados: localización y sepsis. Papel de enfermería .....	87

Causas por las que nuestros pacientes acuden a las urgencias hospitalarias .....	88
Comparativa de bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes de hemodiálisis hospitalaria y pacientes de hemodiálisis domiciliaria usando el mismo procedimiento de cura y conexión del catéter venoso central .....	89
Creación y uso de tabla para el correcto manejo de medicación en una unidad de hemodiálisis .....	90
Cuidar a través del ocio: un proyecto de humanización .....	91
Detección y análisis de efectos adversos en hemodiálisis hospitalaria .....	92
Eficacia de la vía intravenosa frente a la vía oral en el tratamiento con calcimiméticos en pacientes en hemodiálisis. A propósito de dos casos clínicos .....	93
Evaluación del grado de desnutrición que presentan los pacientes en hemodiálisis según edad y tipo de tratamiento .....	94
Evaluación del riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis periódicas .....	95
Factores que influyen en los niveles de vitamina D en pacientes en hemodiálisis .....	96
Hemodiálisis domiciliaria: puesta en valor de una alternativa .....	97
Humanizando la sala de hemodiálisis .....	98
Incremento de la cultura de seguridad del paciente a través de un listado de verificación tipo "Check-list" .....	99
La bioimpedancia como valoración del peso seco y del estado de hidratación en pacientes en hemodiálisis .....	100
La formación como instrumento para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis domiciliaria .....	101
La prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en el manejo del paciente sometido a hemodiálisis .....	102
Musicoterapia en hemodiálisis .....	103
Pie en el paciente renal, control y vigilancia de los factores de riesgo .....	104
Plasmaféresis en una unidad de hemodiálisis: revisión de dos años de experiencia .....	105
Programa de formación en diálisis a estudiantes de grado en enfermería .....	106
¿Qué hacemos ante un paro cardíaco en un centro periférico de hemodiálisis? .....	107
Sustitución de las pinzas y conexión Luer-Lock deterioradas en un catéter permanente de hemodiálisis .....	108
Unidad de accesos vasculares en nuestra clínica .....	109
Utilización de una escala visual de puntuación (Score) como herramienta para valorar el estado de coagulación del circuito hemático de hemodiálisis .....	110
Vía inductiva. Realidad observada como base de un plan de cuidados sistematizado .....	111

## **Trasplante Renal**

Análisis comparativo del uso de apósito hidropolimérico versus apósito convencional en la prevención de la dehiscencia de herida quirúrgica en el postrasplante renal .....	112
Evaluación de la perfusión hipotérmica pulsativa en un programa de trasplante renal con donante expandido y añoso ...	113
Formación de las enfermeras de diálisis en trasplante renal. ¿es necesario? .....	114
Gestión de pacientes en lista de espera de un trasplante según sus características culturales y sociales .....	115
Profilaxis de nefropatía por contraste yodado en pacientes con trasplante renal .....	116

## **Casos Clínicos**

Atrapamiento del catéter peritoneal autoposicionante: a propósito de un caso .....	117
"Calciflaxix: complicación agresiva en diálisis" .....	118
Caso clínico: alternativas a la sujeción mecánica en un paciente con demencia vascular avanzada en tratamiento de hemodiálisis .....	119



Caso clínico: peritonitis recidivante por pseudomona aeruginosa .....	120
Eficacia de la daptomicina en peritonitis de repetición a un paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana: nuestra experiencia.....	121
Influencia del ejercicio intraHD para la maduración vascular de un paciente y la posterior realización de acceso vascular autólogo .....	122
Posibles efectos secundarios de la Isoniazida como tratamiento de la tuberculosis en pacientes renales en diálisis peritoneal.....	123
Tratamiento en la calciflaxis de un paciente con insuficiencia renal crónica en programa de hermodiálisis .....	124
Uso de Polihexadina Undecilenamidopropil y Betaina al uno por ciento para el tratamiento de un granuloma en el orificio de salida de un catéter para hemodiálisis.....	125
Valoración en paciente anúrica tras dos años de inicio de técnica. Diálisis peritoneal adaptada .....	126
<b>Crterios de Valoración de trabajos científicos.....</b>	<b>127</b>

## Editorial

**Francisco Cirera Segura**

*Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*

Estimados compañeros:

**O**s presentamos en este suplemento los resúmenes de los trabajos enviados al 44 Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, que celebramos en A Coruña.

A Coruña, la ciudad de Isabel Zendal, enfermera pionera, la primera en misión internacional... puede que no haya una ciudad más adecuada para reunir a cientos de Enfermeras Nefrológicas, que cada día lideran la lucha contra la enfermedad renal crónica, que se exigen alcanzar la excelencia en sus cuidados a través de la investigación, la docencia y la práctica basada en la evidencia. Ciudad que además nos ofrece una amplia oferta gastronómica y un patrimonio cultural incomparable, que serán el marco perfecto para compartir conocimientos con otros compañeros.

En este suplemento encontrareis el trabajo realizado por cientos de enfermeras que gracias al trabajo del comité científico, del comité local organizador y de la junta de la SEDEN, podrán exponer sus investigaciones, así como todos los avances en cuidados que vamos incorporando a nuestro trabajo. Comprendemos que el esfuerzo por vuestra parte ha sido grande y os animamos a leer este suplemento con detenimiento, que también tendréis disponible en la Web de la sociedad.

Este año hemos recibido 178 trabajos. Sin embargo, en una apuesta por la investigación de calidad solo 117 han superado los criterios de calidad impuestos por el comité científico, rechazándose 61 trabajos. La

calidad en la investigación, así como en la docencia, es la seña que identifica a nuestra sociedad y como parte de la nueva junta que celebra su primer congreso, nos comprometemos a mantener alto ese listón.

Finalmente, podremos disfrutar de 59 comunicaciones orales, 48 comunicaciones en formato posters, y 10 casos clínicos que nos ilustrarán sobre diversos temas de todas las áreas de la Nefrología. Debido al amplio número de trabajos, rogamos puntualidad en las salas, así como a los ponentes les recordamos que deben mantenerse dentro de los tiempos asignados a su presentación.

En el programa científico contaremos con interesantes conferencias y mesas redondas, con ponentes de gran prestigio y se tratarán temas de máxima actualidad para la Enfermería Nefrológica. De igual forma, todos los socios podrán disfrutar de una gran oferta de cursos de formación en metodología de investigación y escritura científica, sin olvidar los talleres destinados a conocer los últimos avances técnicos.

No me gustaría acabar esta editorial sin agradecer a la nueva junta su compromiso con la Sociedad, ya que representar a la enfermería nefrológica es un reto que les ocupara gran parte de su tiempo, y para el que necesitaran todo el apoyo y cariño de los socios.

Os deseamos en nombre de la Junta directiva de la S.E.D.E.N. y del Comité Organizador unas fructíferas jornadas de trabajo de excelente nivel científico.

# Análisis de la ultrafiltración media diaria de los pacientes en una unidad de hemodiálisis

“PREMIO INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS. PATROCINADO POR BBRAUN”

**Mónica Pereira García, Paula Manso del Real, Emilio González Parra, Raúl Fernández Prado, Alejandro Avello Escribano**

FRIAT - Hospital Jiménez Díaz. Madrid. España

## Introducción:

La causa de mortalidad más frecuente del paciente en hemodiálisis es la cardiovascular. Es conocido que las hipotensiones intradiálisis empeoran la calidad de vida de nuestros pacientes e incrementan el riesgo de muerte. Entre otras razones por producir daño cardíaco. Durante años se ha usado como valor de referencia de la ultrafiltración horaria máxima entre 700-1000 ml/h. Recientemente se han adaptado las recomendaciones al peso del paciente. En la actualidad se estima como adecuado una ultrafiltración máxima de 10 ml/kg/h, valor por encima del cual está demostrado el aumento de la mortalidad.

## Objetivos:

Analizar que tasa de ultrafiltración media usamos en nuestra unidad y que pacientes sobrepasaban la UF máxima recomendada.

## Material y Método:

Estudio observacional, prospectivo, de 58 pacientes en hemodiálisis entre el 1 enero 2018 y el 30 junio 2018. Se les realizó un análisis de la tasa de ultrafiltración horaria durante 6 meses. Se definió una tasa de UF>10 ml/kg/hora en aquellos pacientes que presentaban más de un 25% de las sesiones con una UF>10 ml/Kg/h. Se han analizado datos demográficos (edad, sexo, FRCV, vasculopatía periférica, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica), características de diálisis (duración de las sesiones, peso seco, volumen ultrafiltración total, UFR en ml/kg/h, porcentaje reducción de peso, tiempo en diálisis, acceso, tensión arterial sistólica pre (pre-TAS) y post (post-TAS) hemodiálisis.

## Resultados:

Características basales: edad 72,5±14,52; mujeres 27,1%; peso seco 69,99±13,23 Kg; volumen de ultrafiltración total 2266,78±678,84 ml; Tasa media de ultrafiltración 8,78±2,76 ml/Kg/h; porcentaje sesiones con UF ≥10 mL/kg/h 35,9±29,74%; porcentaje pacientes ≥25% de sesiones con UFR≥10 mL/kg/h del 50,8%; porcentaje reducción peso 2,73±0,83%; la media de pre-TAS 137,42±20,88 mmHg; post-TAS 128,74±18,87 mmHg.

## Discusión:

La tasa de UF elevadas continúa siendo un problema en nuestras unidades. Un 35% de nuestros pacientes tienen tasa media de UF>10 ml/Kg/h. El conocer esta tasa nos podría indicar un incremento del riesgo de mortalidad. En estos casos es recomendable incrementar la dosis de diálisis diaria y semanal e incidir en la importancia del control de la ingesta hídrica y de la ganancia interdialítica adecuada mediante la formación de nuestros pacientes a través de la educación para la salud por parte del personal de enfermería especializado.

## Conclusiones:

El número de pacientes con UF elevadas es alto. Su conocimiento es importante para modificar la pauta de diálisis, los hábitos de vida y adherencia terapéutica, con el fin de mejorar o disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes renales de la unidad.

## Entrenamiento en diálisis peritoneal: domiciliario versus hospitalario

“PREMIO SEDEN SOBRE DIÁLISIS PERITONEAL”

**Consuelo Baños Baños, Leire García Brizuela, M<sup>a</sup> Teresa Castellanos Tornos, José Ignacio Minguela Pesquera, Rosa Madinabeitia Merino**

Hospital Txagorritxu. Álava. España

### Introducción:

El entrenamiento domiciliario tiene ventajas teóricas al realizarse en el sitio donde el paciente se va a hacer habitualmente la DP con lo que se puede adecuar a las barreras arquitectónicas que tenga en su casa.

### Objetivos:

Analizar si el entrenamiento en domicilio supone ventajas clínicas (menor número de errores y de peritonitis) respecto al entrenamiento habitual en la unidad de DP del hospital.

### Diseño:

Estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego en la selección, en un solo centro.

### Criterios de inclusión:

Pacientes sin conocimientos previos de DP y que residen en nuestro área urbana.

### Criterios de exclusión:

Reinicio de diálisis (tras trasplante) o que hubieran iniciado HD.

### Métodos:

Se estimó por parte de la unidad de epidemiología la muestra en 40 pacientes que hizo los sobres aleatorizados. Se realizaron tres visitas de control durante el primer año (3, 6 y 12 meses) para valorar 4 ítems sobre la forma de hacerse los recambios (mascarilla, lavado

de manos, desinfección, conexiones). Se registraron también la duración de entrenamiento, tiempo en DP, peritonitis durante el primer año. Se muestran datos como media  $\pm$  desviación estándar (intervalo) o mediana (rango intercuartil). Se analizan datos mediante  $\chi^2$ , t student, U-Mann-Whitney, según variables.

### Resultados:

Se incluyeron 18 pacientes en el grupo domicilio (se excluyeron 2, uno por retirar el consentimiento y otro porque no llegó a iniciar DP) y 20 en el grupo hospital. El 79% eran hombres y la edad fue  $58,3 \pm 17,3$  años (24-86). La mediana de entrenamientos fue 5 días (4-6) y no hubo diferencias entre ambos grupos ( $p=0,572$ ). La duración de la DP ha sido de  $22 \pm 18$  meses (1-64) con una mediana de 18 m (12,7-30,0). Solo 4 pacientes continúan activos en DP (3 fallecieron, 8 pasaron a HD y 23 se trasplantaron). La tasa de peritonitis durante el primer año fue muy baja. Hubo solo 2 episodios (una por staph aureus asociada a IOS y otra estéril).

En las visitas de control se tuvieron que hacer correcciones en 9 ítems en la primera visita, en 12 en la segunda y en 8 casos en la tercera visita (principalmente en el lavado incorrecto de manos y la mala colocación de la mascarilla). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $\chi^2 > 0,10$ ).

### Conclusiones:

No se ha conseguido demostrar que el entrenamiento domiciliario suponga una mejoría significativa respecto al entrenamiento en la unidad. La tasa de peritonitis ha sido muy baja. En ambos, las correcciones a los 3, 6 y 12 meses coinciden en el incorrecto lavado de manos y la mala colocación de la mascarilla, siendo a los 6 meses cuando más errores cometen. Consideramos, por tanto, los reentrenamientos fundamentales para corregir los posibles fallos que cometen.

# Resultados de la implantación de la consulta de ayuda a la decisión en la elección de terapia renal substitutiva

“PREMIO SEDEN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA”

**Marisol Fernández Chamarro, Yaiza Martínez Delgado, Ernestina Junyent Iglesias, Silvia Collado Nieto**

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción:

Uno de los aspectos esenciales que llevan a cabo los pacientes de la consulta Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es la elección de tratamiento renal sustitutivo (TRS). A partir del año 2014 el servicio de nefrología instaura como paso previo a la consulta de ERCA un proceso educativo por parte de una enfermera experta para la toma compartida de decisiones respecto al TRS.

## Objetivos:

Determinar si la instauración de un proceso de ayuda a la decisión de TRS liderado por enfermería ha comportado cambios en el tipo de TRS final y la mortalidad.

## Material y Método:

Análisis descriptivo retrospectivo entre 2014-2017, en pacientes con ERC G4-5, (Filtrado Glomerular  $FGe < 25$ ), que pasaron por el proceso de elección de técnica de TRS con visitas estandarizadas por enfermería especializada y posterior seguimiento enfermería-nefrólogo. Se recogieron datos demográficos, antecedentes patológicos, variables relacionadas con el TRS y mortalidad.

## Resultados:

276 pacientes, edad media  $71,6 \pm 15,1$  años ( $33\% > 80$ ),  $57,9\%$  varones,  $FGe$  medio  $22,7$  ml/min. Seguimiento medio:  $132,3 \pm 118,4$  semanas. Etiología principal de ERC: HTA  $98\%$ , DM  $47\%$  vascular-hipertensiva  $29,5\%$ , insuficiencia cardíaca  $21,5\%$ .

Tras la instauración de la consulta del proceso educativo, los pacientes derivados a consulta ERCA ha crecido un

$40\%$ , pasando de 175 en 2013 a 290 en 2017, siendo un  $48,5\%$  potencialmente trasplantables. Durante el periodo estudiado, 132 ( $47,8\%$ ) escogieron hemodiálisis (HD), 91 ( $32,8\%$ ) diálisis peritoneal (DP), 48 ( $17,4\%$ ) tratamiento conservador y 5 ( $1,8\%$ ) pérdidas de seguimiento.

A partir de la instauración de la consulta, la elección de HD ha crecido un  $14,2\%$ , DP un  $55,5\%$ , trasplante de donante vivo como primera opción un  $50\%$  y tratamiento conservador un  $85\%$  ( $p=0,015$ ).

En el periodo 2014-2017, 167 pacientes iniciaron TRS, evidenciándose un mayor inicio electivo tanto en HD como DP ( $74,5\%$ ), así como mayor control y enlentecimiento de su ERC. El inicio de TRS por agudización de la ERC se redujo de un  $40\%$  en 2015 a un  $25,8\%$  en 2017 ( $p < 0,001$ ) y de éstos, el  $83,8\%$  presentaban acceso vascular nativo definitivo.

Durante los 4 años se han registrado 84 exitus, manteniéndose estable la mortalidad ( $8,4\%$  de media) a pesar del aumento de pacientes en tratamiento conservador.

## Conclusiones:

La elección de la TRS es una decisión crucial en la vida del paciente y de su familia ya que influirá en su estilo y calidad de vida. El acompañamiento enfermero en el proceso pone al paciente en el centro y contribuye a una toma de decisiones coherente con sus valores y prioridades.

La instauración del proceso de decisiones compartidas conducido por la enfermera experta se ha asociado a mayor elección de la técnica domiciliaria, mejora en el control de la ERC, aumento del número de pacientes que empiezan tratamiento programado y más pacientes con acceso vascular nativo definitivo. Además, la mortalidad anual se ha mantenido estable a pesar de aumentar edad media de los pacientes, las comorbilidades y el número de pacientes que optan a tratamiento conservador.

# Resultados de un programa de ejercicio físico domiciliario en pacientes con enfermedad renal

“PREMIO INNOVACIÓN EN TÉCNICAS DIALÍTICAS, RESULTADO SEN SALUD. CON LA COLABORACIÓN DE MEDTRONIC”

**Anna Junqué Jiménez, Ángeles Montoya Ariza, Lola Andreu Periz, Eva Segura Ortí**

Hospital Terrassa. Barcelona. España

## Introducción:

Cada vez es más frecuente la literatura donde nos muestra los beneficios de los programas de ejercicio físico para mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERC. Sin embargo, la implementación de estos programas no es una tarea fácil. La falta de recursos humanos, estructurales, la alta comorbilidad o la motivación de los pacientes y personal sanitario, pueden ser algunas de las barreras que impidan la consolidación del ejercicio físico como un hábito favorecedor de su salud.

## Objetivos:

Evaluar la efectividad de un programa de ejercicio físico domiciliario sobre la fuerza muscular, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con Enfermedad renal crónica avanzada y enfermedad renal crónica en estadio 5.

## Material y Método:

Estudio prospectivo. Los pacientes en ERCA y en ERC5D realizaron un programa completo de entrenamiento físico domiciliario de 3 sesiones semanales durante 12 semanas. El primer día de visita, se realizó la toma de las variables a analizar. Al inicio del programa se explicó a los pacientes las características del estudio, se les entrenó en la realización de los ejercicios y se les entregó un dossier donde anotar las series y repeticiones de cada ejercicio.

Principales datos analizados: 1. Pruebas funcionales: Sit to stand to sit 10 (STS10), 6 minutos marcha (6MWT), Velocidad de 4m marcha. 2. Fuerza muscular: Dinamometría manual (HG) y la prueba Short Phy-

sical Performance Battery (SPPB). 3. Calidad de vida. Euroqol 5D. Se valoró a los pacientes antes de iniciar el estudio, tras las 12 semanas del programa y a las 24 semanas (12 semanas tras la finalización del programa). Los datos se analizaron mediante un test ANOVA de medidas repetidas.

## Resultados:

62 pacientes incluidos (35 HD, 18 DP, 9 ERCA). 39 hombres y 23 mujeres con una edad media  $67,4 \pm 14,9$  años. A las 12 semanas se valoraron de 53 pacientes y a las 24 semanas 34. Hubo una mejora significativa en las siguientes pruebas funcionales: El STS10 lo realizaron en menos tiempo tras el ejercicio, disminuyeron 6,2 segundos (IC95% 2,7-9,7 segundos). A las 24 semanas se revirtieron las mejoras y volvió a aumentar el tiempo en 4,4 segundos (IC95% 0,3-8,4 segundos). En el 6MWT anduvieron más metros, 29,4m (IC95% 16,3-42,5m). La velocidad de la marcha en 4 metros aumentó en 0,18 m/s (IC95% 0,08-0,28). Los resultados del SPPB aumentaron en 1,4 puntos (IC95% 0,6-2,2 puntos). No se observan cambios significativos ni en la dinamometría manual (de 26,1Kg a 26,4Kg) ni en la calidad de vida relacionada con la salud (de 67,8 a 71,3 puntos).

## Conclusiones:

Un programa de ejercicio físico domiciliario de 12 semanas de duración mejoró la capacidad funcional de los pacientes en ERCA y ERC en estadio 5D. Puede ser una alternativa para aquellos servicios que no disponen de infraestructura para realizar los ejercicios físicos y una oportunidad para aquellos pacientes que no acuden de manera habitual al centro u hospital.

## Variabilidad intramétodo en medidas del flujo de acceso con termodilución ¿un enemigo en los programas de seguimiento?

“PREMIO ACCESOS VASCULARES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS. PATROCINADO POR IZASA HOSPITAL S.L.U”

M<sup>a</sup> Luz Sánchez Tocino, Antonio López González, Silvia Villoria González, M<sup>a</sup> Isabel González Sánchez, M<sup>a</sup> Lorena Iglesias González, Lorena Martín del Castillo

FRIAT Las Encinas y El Castañar. Salamanca. Hospital Universitario A Coruña. FRIAT Los Llanos. Madrid. España

### Introducción:

La medida de flujo de acceso (Qa) con termodilución (TD) es una práctica habitual en hemodiálisis, tanto para determinación inicial, como para realizar medidas de seguimiento. Las Guías Clínicas refieren una disminución temporal del Qa mayor del 20-25% como un potente predictor de estenosis, ante esta, el acceso vascular (AV) debería ser reevaluado mediante otros métodos directos.

### Objetivos:

Analizar el comportamiento de la variabilidad intramétodo en dos medidas consecutivas de Qa.

Valorar impacto de la variabilidad en la vigilancia del AV y su relación con la aparición de cambios en otros parámetros de seguimiento de primera generación.

### Material y Método:

Estudio prospectivo. Se realizaron 2 mediciones consecutivas (M1 y M2) de Qa, y de seguimiento (M3) a los 6 meses. Se registraron variables demográficas, del AV, flujo, presión venosa (PV), eficacia dialítica (Kt) y repunciones. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desviación típica. Las cualitativas en porcentajes y valor absoluto. Se utilizó el método de Bland-Alman para el análisis de variabilidad intramétodo, la t-student y el coeficiente de correlación de Pearson previo contraste de normalidad, la prueba del chi-cuadrado y exacto de Fisher.

### Resultados:

Se analizaron 83 pacientes. El porcentaje de variación entre M1 y M2 (variabilidad intramétodo) fue de 13,18+49,30%. Este valor no difiere al obtenido entre Qa óptimo (valor medio de M1 y M2) y M3 que fue 12,54+42,67% (p=0,927).

En el 44,6% (37) de los pacientes el Qa ha disminuido, siendo el descenso superior al 25% en un 16,86% (14) de los pacientes. Por otro lado, en un 28,9% (24) se evidenció un aumento de flujo mayor al 25%. El Qa óptimo de los pacientes cuya medición prospectiva decreció más del 25% fue 1184,69+517 ml/min frente a los 906,59+403,68 ml/min de los pacientes cuya variación no alcanzó dicho criterio (p=0,028). Además, se evidenció una ligera tendencia a aumentar el porcentaje de descenso de Qa a medida que el flujo de las fistulas es mayor (r=-0,229; p=0,037).

Por otra parte, un descenso de Qa superior al 25% no se asoció a menor dosis de diálisis (p=0,183), ni ha aumento significativo de la presión venosa dinámica (p=0,823) ni al aumento de incidencias durante la punción (p=0,823). Del mismo modo, no se evidenció diferencias en el porcentaje de variación de flujo en la medida de seguimiento en los pacientes con y sin la presencia de al menos uno de estos criterios cuyo valor fue 19,74+47,68% y 12,03+43,07% (p=0,450).

### Conclusiones:

La variabilidad intramétodo de las medidas con TD es considerable e imprevisible y más relevante a medida que aumenta el flujo.

En el análisis prospectivo no es tan evidente el impacto de la magnitud de flujo en el porcentaje de variación, aun así, se observó una tendencia al descenso del Qa en flujos más altos.

La presencia de pacientes con aumento de flujo superior a la variabilidad intramétodo y la no asociación entre un descenso superior al 25% y cambios en otros parámetros de seguimiento, hace sospechar la presencia de errores de medición. Frente a ello es conveniente el uso combinado con métodos de primera generación, tanto para establecer el Qa basal como para interpretar los descensos en el seguimiento.

## Alteraciones de la piel en la enfermedad renal crónica avanzada

Noelia Morillo Gallego, Azahara Sánchez Cabezas, Mateo Alcátara Crespo, Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

### Introducción:

Además de afectar a casi todos los órganos o sistemas la Enfermedad Renal Crónica Avanzada, (ERCA) va a afectar de manera importante a la piel. Entre las alteraciones más frecuentes en la piel, destacan la hiperpigmentación, el prurito, la xerosis, y la calcifilaxis. Estas manifestaciones cutáneas son frecuentes en todas las etapas de la ERCA, siendo más manifiestas cuando los pacientes precisan un tratamiento sustitutivo, con una prevalencia de las mismas que puede ir desde el 50% al 100%.

### Objetivos:

Revisar la literatura científica existente sobre la alteración de la piel en los pacientes con ERCA y/o en tratamiento con diálisis.

### Material y Método:

Se ha llevado a cabo una Revisión Sistemática, siguiendo las recomendaciones Prisma. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scopus y Google Académico. Se incluyeron artículos científicos escritos en inglés y español, disponibles a texto completo. Con el fin de evaluar la calidad metodológica de los artículos se utilizaron listas de verificación específicas para cada tipo de estudio (STROBE para los estudios observacionales y CASPe para los estudios experimentales). Se analizaron los artículos que trataban sobre las alteraciones en la piel en el paciente con ERCA y/o en tratamiento con diálisis. Se utilizó un límite de búsqueda de 10 años (2009-2019).

### Resultados:

Se han incluido en la revisión 32 artículos: 7 revisiones sistemáticas, 3 de tipo experimental y 22 de tipo observacional. Las alteraciones cutáneas aparecen en la mayoría de los pacientes en prediálisis y en tratamiento de diálisis, en mayor o menor grado. La mayoría de alteraciones de la piel han sido, xerosis, prurito e hiperpigmentación. La mayor complicación relacionada con la alteración de la piel ha sido la calcifilaxis.

Las variables más influyentes en la aparición de las lesiones en la piel, son el tipo de tratamiento dialítico, las enfermedades asociadas y la falta de adherencia a la dieta prescrita.

En cuanto al tratamiento y cuidados, la educación, el autocuidado y la familia son de gran importancia en el paciente en diálisis. El fármaco con mayor evidencia para la mejora del prurito es la gabapentina, la cual alivia el picor alrededor de un 85% de pacientes.

### Conclusiones:

La gran mayoría de pacientes que se encuentran en prediálisis y en diálisis, ya sea, hemodiálisis o diálisis peritoneal, presentan alteraciones de la piel. Siendo la xerosis la principal alteración cutánea, seguida del prurito y la hiperpigmentación.

Las variables más influyentes en la alteración en la piel de los pacientes en diálisis son, la comorbilidad y el tipo de tratamiento, puesto que, estas alteraciones son más comunes en pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

En cuanto a los cuidados de enfermería, para el manejo local de las lesiones no existe un protocolo estándar. En el caso de la calcifilaxis, estos cuidados están orientados a evitar la infección de las lesiones cutáneas, siendo la educación sanitaria para la adherencia al tratamiento y la dieta baja en fósforo la mejor prevención pues es una de la principal causa de muerte en estos pacientes por sepsis.



## Alternativa a la hospitalización. Coordinación de los pacientes con enfermedad renal crónica desde el hospital de agudos

**Eva Barbero Narbona, Marisol Fernández Chamarro, Elisabeth Tejada Araez, Ana Calleja Baeza, Carme Camps Fernández, Ernestina Junyent Iglesias**

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

La prevalencia teórica de enfermedad renal crónica (ERC) en España es del 9,1% (estudio EPIRCE). Nuestro centro tiene una zona de influencia que atiende a 15.834 enfermos renales, siendo el grupo de edad mayoritario los mayores de 74 años. También se debería considerar aquella población con función renal alterada todavía sin diagnosticar.

La elevada prevalencia de pacientes con edad avanzada, ERC y comorbilidades crea la necesidad de hacer una coordinación multidisciplinar entre diferentes niveles de atención. Este plan operativo que explica la organización de los cuidados y las acciones estructuradas y multidisciplinarias necesarias para aplicar la mejor práctica clínica a los pacientes con ERC, recibe el nombre de Ruta asistencial ERC.

### Objetivos:

El objetivo del trabajo es mostrar la organización de los profesionales y el protocolo de coordinación del Área Integral de Salud de nuestra zona de influencia para aplicar la mejor práctica clínica a los pacientes con ERC.

### Material y Método:

Para la coordinación se precisó de 3 fases que describiremos a continuación:

Fase 1.

- Se creó un grupo de trabajo formado por profesionales de diferentes niveles de atención al paciente renal. La comisión de trabajo elaboró y aprobó un protocolo común que recoge todas las posibles actuaciones, y acordó indicadores de resultados anuales.

Fase 2.

- Se definió un equipo referente para realizar la difusión a cada Centro de Atención Primaria (CAP). El equipo estaba formado por una enfermera Nefrológica, un Nefrólogo y una gestora de casos para cada (CAP).

Fase 3.

- La coordinación se inició en noviembre del 2017.
- Los 5 elementos claves de coordinación utilizados:

1. Interconsultas virtuales desde los CAP a los Nefrólogos/Enfermeras nefrológicas.
2. Coordinación "Prealt" definida como seguimiento domiciliario al alta hospitalaria.
3. Reuniones mensuales del equipo multidisciplinar en nuestro centro. Formados por enfermería nefrológica, gestores de casos, enfermería del centro de diálisis, trabajadora social, nefrólogos, miembros del equipo de atención residencial (EAR) y del equipo de atención domiciliaria y de soporte (PADES).
4. Formación a profesionales.
5. Sesiones grupales para pacientes.

### Resultados:

Consulta virtual (nefrólogo /enfermera nefrológica):  
244 interconsultas

- De las reuniones se coordinaron 96 pacientes, 57 hombres (62%) / 35 mujeres (38%), y del total de peticiones:
  - 22 fueron avisos de inicio de tratamiento sustitutivo.
  - 5 activaciones a los equipos PADES.
  - 42 peticiones para activar recursos sociales.
  - 27 activaciones para seguimiento domiciliario.
- Se realizaron sesiones formativas a 849 profesionales sobre diferentes temas y sesiones grupales a 80 pacientes y cuidadores, con evaluación de conocimientos.

### Conclusiones:

La coordinación:

1. Mejora la atención a las personas con ERC facilitando los recursos más adecuados según la situación individual.
2. Evalúa y trata la comorbilidad con visión integral y coordinada con el resto de profesionales.
3. Potencia estrategias de diagnóstico precoz de la ERC especialmente en los centros de Atención Primaria.
4. Mantiene la continuidad de los cuidados de los pacientes con ERC al alta hospitalaria.

## Análisis del perfil del cuidador primario que acompaña al paciente a su sesión de hemodiálisis

Noelia Olmedo Moreno, Juan Gabriel Castillo de Lamo, Lourdes de la Vara Iniesta, Irene Fernández Marcilla, Ana Rico González, Francisco Luis Sánchez Izquierdo

Centro de hemodialisis ASYTER. Albacete. España

### Introducción:

El cuidador de una persona en diálisis constituye una pieza clave en la triada terapéutica "equipo de salud-paciente-cuidador". Su compromiso puede variar dependiendo de las necesidades del enfermo, precisando coordinar sus responsabilidades familiares, sociales y laborales, con el cuidado de su familiar, asumiendo en ocasiones una alta carga física y psicológica.

### Objetivos:

Analizar y describir el perfil del cuidador primario que acompaña al paciente a hemodiálisis.

### Material y Método:

Realizamos un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se seleccionaron a los cuidadores primarios (cónyuge, hijos y hermanos) de enfermos en hemodiálisis, que acompañaban de manera habitual a su familiar para recibir el tratamiento. Se realizaron en ellos el Test de índice de esfuerzo y el cuestionario de sobrecarga del cuidador (Zarit). Se recogió sexo, edad, parentesco, causa de enfermedad renal, Índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad (ICC) e Índice de Barthel en los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.v.25 para MAC.

### Resultados:

El 17,12% (25) de los pacientes venían acompañados por un cuidador primario, 84% (21) participaron en el estudio. La edad media del cuidador fue de 64,95±15,19 años, más del 50% (52,38%) eran mayores de 71 años.

El 66,66% mujeres. El 38,1% (8) eran esposas, el 23,8% (5) hijas, 19% (4) maridos, 14,3% (3) hijos y 4,8% (1) hermanas. El principal motivo de acompañamiento del paciente a diálisis fue apoyo emocional (47,61%), seguido por dificultades motoras (33,33%). Respecto a los pacientes, el 57,10% eran varones, con una edad media de 76,33±7,47 años, y el promedio de tiempo en Hemodiálisis fue de 25,76 meses (2-106). La causa de IRC más frecuente del enfermo fue la nefropatía diabética y las comorbilidades predominantes fueron la Hipertensión arterial, la diabetes Mellitus y la cardiopatía. El ICC medio fue de 6,95±2,10, y el 85,7% de los pacientes presentaba algún grado de dependencia (9,5% dependencia total, 61,9% moderada-grave y 14,3% leve). El 40% de los cuidadores manifestaban un nivel elevado de esfuerzo, y destacaba que sólo el 19% manifestaban sentirse sobrecargados, si bien, el 100% de ellos acompañaban a familiares con algún grado de dependencia, y el 75% a pacientes con permanencia en técnica ≥3 años.

### Conclusiones:

La mayoría de los pacientes presentaban algún grado de dependencia y la mayoría de los cuidadores eran mayores de 70 años, habitualmente mujeres, y esposas. Encontramos como variable más influyente de la aparición de sobrecarga el nivel de dependencia, seguido del tiempo en diálisis.

## Auditoria ISO 9001 en hemodialisis hospitalaria pública; diez años de evolución

**María Ruiz Carbonell, Lidia Hernández Moruno**

Hospital Germans Universitar Trias i Pujol. Barcelona. España

### Introducción:

La Norma es un documento, que define las características técnicas que deben reunir un producto o servicio, sistema o proceso, de aplicación voluntaria, basada, en los resultados de las experiencias, desarrollo y aprobación por una organización de normalización reconocida. Estas deben garantizar unos niveles de calidad y seguridad permitiendo una mejora en la empresa.

Existen varios tipos de normas, pero nosotros nos basaremos en la normalización internacional de la norma ISO 9001, que se basa en un amplio criterio, no solo refiriéndose en la legislación de productos y servicios, sino que también pretende ser un método para asegurar la economía, gestionar la unidad y garantizar el máximo funcionamiento del servicio que ofrecemos.

Estas Normas consisten en la implantación de un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para asegurar que el Producto o el Servicio satisfagan los requisitos de Calidad Esperada.

### Objetivos:

Someter progresivamente a la Unidad de Hemodiálisis, a un sistema de Calidad y garantizar con ello la toma de decisiones informadas y oportunas, que satisfaga las expectativas del paciente y contribuya al éxito institucional en términos de calidad, competitividad y solidez económica.

### Material y Método:

Iniciamos la base de nuestro proyecto constituyendo un Comité de calidad, donde estaban representados todos los estamentos que tienen competencia en la Unidad de Hemodiálisis.

Una vez constituido, se inició el periodo de formación, diferenciándose claramente, la figura del Coordinador

de Calidad (Líder), con la implicación actual del Jefe de Servicio.

Trabajando con un Mapa de Procesos como herramienta fundamental, desarrollamos un análisis de los ámbitos internos y externos de la Unidad de Trabajo, identificamos los puntos débiles, las amenazas, los puntos fuertes y las oportunidades (DAFO), evaluamos los riesgos y oportunidades relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad (AMFE). Determinando unos objetivos aplicándolos al Sistema de Gestión de Calidad.

El primer reto, se presentó a finales del año 2008, implantando la Normativa 9001:2008, superando la primera auditoria tanto interna como externa en el año 2009 consiguiendo, consiguiendo el primer Certificado de Calidad, siendo así un servicio acreditado en el Departamento de Paciente Crónicos, poco a poco a través de los años, hemos ido extendiendo la Acreditación a las diferentes áreas de nuestros servicios, Unidad de Agudos, Unidad de Antígenos, etc.

Con el paso del tiempo, la Norma ISO 9001 ha ido evolucionando en diferentes versiones, siendo un reto la el Servicio la adaptación de la misma.

En el 2018, conseguimos Acreditarnos con la nueva versión ISO 9001:2015, recién instaurada sin tener ninguna "NO CONFORMIDAD".

### Conclusiones:

Hoy en día, somos el único Hospital público de Pacientes Crónicos y Agudos de Hemodiálisis en Cataluña, con una Acreditación ISO. Con más de 10 años de experiencia podemos decir que el Sistema de Calidad instaurado por la Norma ISO 9001, nos ayuda a través de un mapa de procesos establecer herramientas, como el AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) o el DAFO (Proceso de Identificación de puntos débiles y amenazas así como puntos fuertes y oportunidades) para mantener una mejora continua.

## Bacteriemias asociadas al catéter para hemodiálisis: estudio de costes

**Isidro Sánchez Villar, Olga Ule Delgado, Elena Pou Fernández, Ana García Ruiz**

Hospital Universitario de Canarias (HUC). Santa Cruz de Tenerife. España

### Introducción:

Bacteriemias asociadas al catéter para hemodiálisis: estudio de costes.

La infección del catéter (CVC) para hemodiálisis (HD) persiste como un problema mayor en las Unidades de HD. Las bacteriemias relacionadas con el catéter (BCR) se asocian a un elevado coste humano; suponen altas tasas de mortalidad por septicemia o por endocarditis infecciosa e implican un elevado impacto económico.

### Objetivos:

Describir el incremento de costes de los pacientes que presentaron algún episodio BCR de una unidad de HD.

### Material y Método:

Análisis descriptivo de los costes asociados a BCR en pacientes portadores de CVC (yugulares tunelizados en todos) durante un período de 5 años (2014-2018) en un Centro de HD dependiente de un Servicio de Nefrología de tercer nivel.

Se recogieron los tiempos de empleo de CVC, tiempo hospitalización, nº de BCR, y pruebas, fármacos asociados, recambios de CVC y hospitalizaciones y procedimientos relacionados con las BCR. Los precios se obtuvieron del área de gestión económica del hospital y de los precios publicados en el boletín oficial de la comunidad.

Estadística: Se utilizó la mediana como descriptor de variables numéricas y se aplicó la Prueba de Kruskal-Wallis para comparar el coste de BCR en distintos escenarios.

### Resultados:

Se emplearon 432 CVC en 203 pacientes ( $67\pm 14$  años, 62% varones).

El tiempo de hospitalización con CVC fue de 5.292 días. El tiempo total de uso de CVC fue de 121.878 días, con 118 episodios de BCR y una tasa de BCR 0,96/1000 días CVC. Se recambiaron por BCR 25 CVC (21% de los episodios).

La mediana del tiempo de ingreso de los pacientes con CVC fue de 9 días (1-183). Cuando durante el ingreso no hubo episodios de BCR fue de 7 días frente a 20 días cuando se produjo algún episodio de BCR durante el ingreso  $p < 0,001$ .

La mediana de gastos relacionados con la BCR sin ingreso fue de 491,46€ que en 103 episodios de BCR supuso 50.621€.

La mediana de gastos por ingreso por BCR fue de 5.377,21€ con 15 episodios y supuso 80.658€. El coste total directamente relacionado con las BCR en el período de estudio fue de 131.278€.

### Conclusiones:

Este análisis evidencia el impacto económico causado por las bacteriemias en CVC que multiplica por 100 los costes cuando el paciente precisa ingreso por BCR. Cuando la BCR se produce durante la estancia hospitalaria, el tiempo de hospitalización se triplica. Esto supone un sobrecoste añadido de 335€ cama/día y una pérdida de oportunidad de asistencia a otros pacientes. Este coste económico, y sobre todo el elevado "precio" humano, con una morbilidad y una mortalidad no despreciables, justifican los esfuerzos de los profesionales encaminados a su prevención y dan una medida de la importancia que supone invertir para evitarlas.

## Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de una unidad de diálisis en un hospital de segundo nivel

M<sup>a</sup> Virginia de la Cruz Díaz, M<sup>a</sup> Teresa Rodríguez de Francisco, Amelia González Carral, M<sup>a</sup> Asunción Díez de León, Carmen González Rico, Rosa M<sup>a</sup> Alario Gil

Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). España

### Introducción:

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido ampliamente estudiada en el ámbito de los pacientes en diálisis. Sin embargo, son pocos los trabajos que incluyen la percepción de la calidad de vida del personal que los atiende.

### Objetivos:

Comparar la percepción de la calidad de vida percibida por el personal de enfermería de una Unidad de Diálisis con profesionales sanitarios de otras unidades de hospitalización y de servicios centrales.

### Material y Método:

Estudio epidemiológico observacional transversal sin grupo control con una muestra de 149 profesionales sanitarios que trabajan en un hospital general.

Se realizó estadística descriptiva. Para la comparación de variables categóricas se usó el test de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando fue necesario.

Para la comparación entre grupos de variables continuas, el test de la t de Student, el test de ANOVO, test de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis cuando se precisó.

Para la correlación entre variables continuas se utilizó el test de Spearman.

Se utiliza el cuestionario del WHOQOL-BREF que está formado por 26 ítems, cada uno con 5 opciones de respuesta y se evalúa 4 dominios.

### Resultados:

Los resultados más relevantes obtenidos son: la edad media del grupo fue de 50,21 (DE 9,82) años los años de ejercicio profesional obtuvieron una media de 22,64 (DE 11,90).

El cuestionario del WHOQOL-BREF ha sido respondido por los 149 participantes. Se compara los resultados de cada uno de los dominios con la categoría profesional, turno de trabajo, unidad de destino y a su vez se comparan los resultados de la unidad de diálisis con el resto de unidades estudiadas.

El cuestionario puntuaba sobre 20 puntos máximo, para cada uno de los dominios.

En el dominio de salud física (dominio 1) el personal de diálisis obtiene una media de 14,9±2,6 frente a Hospitalización con 14,6±2,5 y servicios centrales de 15,2±2,2 (p=0,4).

En el dominio de salud psíquica (dominio 2) el personal de diálisis obtiene una media de 14,6±2,3 frente a Hospitalización con 14,8±1,7 y servicios centrales de 15,05±1,68 (p=0,6).

Los resultados de la puntuación del dominio 3 de relaciones sociales, han sido; el personal de diálisis obtiene una media de 14,8±2,1 frente a Hospitalización con 14,8±2,1 y servicios centrales de 14,1±2,5 (p=0,2).

Finalmente la puntuación del dominio 4 ambiente, han sido; personal de diálisis obtiene una media de 15,4±1,8 frente a Hospitalización con 14,9±1,9 y servicios centrales de 15,4±1,9 (p=0,3).

### Conclusiones:

En los valores encontrados para cada uno de los dominios no existen diferencias significativas entre el personal de diálisis y resto de los trabajadores.

## Enfermera consultora de nefrología en atención primaria: resultados preliminares de un programa piloto

**Ana Delia Peña Peñate, Mercedes Martínez Calero, Mónica Ojeda Martín, Dolores Cortés Sáez**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas. España

### Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud emergente en todo el mundo. En España, según los resultados del estudio EPIRCE diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país, se estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta padecía algún grado de ERC. En pacientes seguidos en atención primaria (AP), con enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de ERC puede alcanzar cifras del 35-40%.

Por ello, se hace necesaria la estrecha coordinación y colaboración entre AP y los Servicios de Nefrología para la puesta en marcha de estrategias encaminadas a detectar, diagnosticar y tratar correctamente la enfermedad renal en la población, realizando controles y seguimientos más adecuados en cada paciente.

### Objetivos:

Implantar el papel de la Enfermera Consultora de Nefrología en AP en pro de una asistencia y atención integral a los pacientes renales. Formar y apoyar a los enfermeros de AP para que ellos informen, eduquen y fomenten los autocuidados del paciente.

### Material y Método:

Realizamos un estudio descriptivo, cualitativo y retrospectivo, entre Enero del 2015 y Marzo del 2019 analizando: número de intervenciones realizadas, número de Centros de Salud (CS) en los que se presentó el proyecto y número de Enfermeros participantes.

En cada CS se realizaron las siguientes actuaciones:

1ª visita: El nefrólogo consultor y enfermera consultora presentaban el proyecto e impartían la charla: "Aspectos relevantes sobre ERC. Estrategia de abordaje de la ERC en nuestra comunidad" planteando las áreas donde se necesitan más formación para futuras intervenciones.

Se establecían vías para realizar consultas.

2ª visita: La enfermera consultora impartía charla sobre los cuidados del paciente renal.

3ª visita: Los enfermeros del CS acudieron al Servicio de Nefrología para conocer las distintas áreas de atención a la ERC (Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), hemodiálisis, terapias domiciliarias, consultas de trasplante renal).

### Resultados:

Se realizaron un total de 15 intervenciones, 5 de planificación entre las direcciones de AP y Nefrología y 10 visitas formativas a los CS. Se incorporaron 5 Centros de Salud, se formaron a 36 enfermeros que suponen un total del 100% enfermeros activos en ese momento y 7 enfermeros rotaron por nuestro servicio.

Quedó implantado el papel de la enfermera consultora de Nefrología con AP.

### Conclusiones:

La implantación de la figura de la enfermera consultora de Nefrología permite mejorar la atención Integral a los pacientes con ERC.

Las diferentes direcciones de los CS calificaron como positiva la implantación de la figura de la Enfermera Consultora, destacando:

- "Aumenta los conocimientos y capacidades de los enfermeros de AP"
- "Mayor accesibilidad desde AP hacia Atención hospitalaria"
- "Aumenta la calidad de los cuidados de enfermería en los pacientes con ERC"
- "Se crea un espacio donde compartir dudas"

No hemos encontrado resultados publicados con el que compararnos, por lo que nuestro propósito es ir incorporando CS para recabar datos suficientes que sirvan de partida para futuros estudios.

## Incorporación metodológica del “coaching en salud” en el programa educativo al paciente sometido a trasplante renal durante el proceso hospitalario

Trinidad López Sánchez, Susana Fuentes Racero, M<sup>a</sup> Luz Amoedo Cabrera, Marta Pérez Doctor

Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

“El coaching” es una disciplina incorporada a la salud como nueva tendencia en la promoción y educación, siendo el paciente sometido a trasplante renal (PTX) un candidato para su aplicación por su perfil de cronicidad, necesidades educativas y refuerzos, con alta prevalencia de falta de cumplimiento terapéutico (20-54%) que perjudican la supervivencia del injerto (20% de los rechazos agudos y 16% de pérdida del injerto) y aumento de la morbimortalidad además del incremento de los gastos sanitarios.

### Objetivos:

Objetivo general: promover la salud y de mejorar la calidad de vida del PTX.

Objetivos específicos :

- Dar a conocer los principios y funciones del “coaching en salud”.
- Incorporarlos en las intervenciones del plan de cuidados (PCE) al PTX enfocado al alta y seguimiento en domicilio.

### Material y Método:

Revisión sistemática en las bases de datos: IBECs, MEDES, IME, ENFISPO, CUIDEN, COCHRANE LIBRARY PLUS, DIALNET, MEDLINE Y SCIELO de los términos “coaching”, “coaching y salud” y “health coaching” sin límite temporal.

Población Diana: PTXR en proceso postoperatorio: programa educativo y promoción / fomento de la salud en objetivos concretos como: control del peso, fomento del ejercicio físico, toma de inmunosupresores o forma de vida. Evidencia interna de enfermeros experimentados en cuidados a PTX con formación básica en: técnicas cognitivo-conductuales, inteligencia emocional, counselling y entrevista motivacional EM orientados a las expectativas del paciente, sostenido por los principios de la bioética en una relación empática deliberativa.

Asumir el rol de coach: enfermero entrenado referente/ colaborador en los contactos terapéuticos y recomendaciones; continuidad del rol al enfermero de consulta.

Análisis NANDA/NIC/NOC selección taxonómica NIC: del Nivel 1: Campo 3: Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en el estilo de vida (4.300 a 6.099) agrupadas en las secciones O, P, Q, R, S y T.

### Resultados:

Edición de sesión clínica interdisciplinar:

- Bibliográfica: Principios del “coaching en salud” como procesos de ayuda al paciente a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para hacerse responsables de su salud diferente al enfoque tradicional basado en juicios e imposiciones del profesional como experto. El coach, en cambio, trabaja desde la agenda del paciente como experto en su propia vida, ayudando en la toma de decisiones (empoderamiento) desde las motivaciones intrínsecas teniendo en cuenta sus barreras y su predisposición para el cambio.

“Las preguntas” y la “escucha activa” dentro de la EM son las principales herramientas que busca el autoconocimiento del “coachee” o paciente ayudándole a descubrir sus deseos reales y la forma de conseguirlos.

- Edición de un caso clínico: paciente trasplantado con aplicación conductual de las 5 funciones principales de apoyo del coaching: 1 Autocuidado. 2 Acuerdo en el tratamiento. 3 Apoyo/manejo de las emociones. 4 Sistema de salud y recursos. 5 Confianza y disponibilidad.

### Conclusiones:

Este nuevo y prometedor paradigma abre otras perspectivas en la modificación de comportamientos, la reducción de riesgos y la mejora del autocuidado, construyendo confianza y compromiso hacia la salud y el bienestar del PTX con resultados visibles a largo plazo.

# La participación en ensayos clínicos mejora el empoderamiento de los pacientes

**Anna Faura Vendrell, Montserrat Folgueiras López, Sara Álvarez Morales, María Vera Casanova, Carlos Enrique Arias Cabrales, Julio Pascual Santos**

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción:

En una época en la que los profesionales de la salud buscamos un mayor empoderamiento del paciente, nosotros creemos que ese empoderamiento radica en un mayor conocimiento de su enfermedad y su tratamiento, por eso, valoramos si la participación en un ensayo clínico (EC) otorga a nuestros pacientes más información sobre su salud.

El paciente sigue un régimen de visitas más intenso, con más tiempo para las visitas y con un equipo estable formado por un médico y una enfermera coordinadora. Esto facilita que se mejore la comunicación y que el paciente pueda adquirir nuevos conocimientos que influyan positivamente en su salud.

## Objetivos:

Valorar la opinión de nuestros pacientes participantes en un EC sobre la información que reciben en nuestras consultas de su enfermedad por parte de los profesionales involucrados en el estudio (enfermeras y médicos) y el impacto sobre la salud percibida o el estado anímico.

## Material y Método:

Realización de una encuesta anonimizada con 24 preguntas sobre diferentes aspectos de su participación en un EC a los pacientes que acudieron a visita de control

en el primer trimestre de 2019. La encuesta constaba de 12 cuestiones de múltiple respuesta, 8 de valoración numérica y 4 de texto libre.

## Resultados:

De los 86 pacientes que acudieron a control en el primer trimestre de 2019, obtuvimos resultados de la encuesta en 53 (61,6%). Cuarenta y siete (89%) encuestados valoraron que la información que recibían sobre su enfermedad renal era mejor al participar en un EC y 4 (7%) opinaban que no (otros 2 no sabían). Por otra parte, treinta y cuatro (64,1%) opinaron que su salud había mejorado gracias a la participación en un EC, mientras que doce (22,6%) opinaron que no había mejorado. Veintinueve (55%) participantes piensan que su calidad de vida había mejorado frente a diecinueve (36%) que no. Por otro lado, treinta y cuatro (64%) contestaron que su estado anímico había mejorado, y catorce (26%) que no.

## Conclusiones:

La participación en un EC mejora la salud percibida y el conocimiento de la enfermedad, y nos ofrece oportunidades para desarrollar herramientas y recursos que faciliten el empoderamiento del paciente. Todo ello sin tener en cuenta el potencial beneficio clínico que podría implicar la participación en el EC.



## Nivel de inteligencia emocional de un equipo asistencial de nefrología

Gloria García Gallardo, M<sup>a</sup> Teresa Baz Rodríguez, Verónica Suyapa Saucedo Salgado, Rosario Castillo Rosa, Elisabet Tejada Araez, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

La inteligencia emocional (IE) es la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar correctamente nuestras relaciones.

Uno de los pilares de los cuidados enfermeros es establecer una relación terapéutica (RT) con el paciente, familia, cuidador; RT es una negociación que se establece con el paciente consensuando objetivos de salud. Esta relación consta de varias partes siendo fundamental para la enfermera, los conocimientos técnicos y la gestión de las emociones o IE.

El cuidado de los Pacientes crónicos puede generar frustración cuando no se consiguen los objetivos consensuados, mejorar la gestión de los sentimientos o aprender estrategias para evitar el desgaste, conseguirán mantener los cuidados y la relación terapéutica con el paciente.

### Objetivos:

Conocer el grado de inteligencia emocional del equipo de profesionales del Servicio de nefrología y su nivel de motivación.

### Material y Método:

Estudio observacional, transversal, descriptivo de los profesionales del Servicio, durante el mes de marzo de 2019 en un hospital universitario.

Se utilizó el test validado TMMS24 de Pablo Fernandez Berrocal y Natalio Extremera, que mide la inteligencia emocional. Así como la "Alegoría de los Seis Picapedreros" de Robert B. Dilts, que ilustra los niveles de motivación y rendimiento. Se consiguió la autorización de los autores de la escala y el consentimiento de los profesionales. Se incluyeron datos socio demográficos: género, edad, estado civil, categoría profesional, años de experiencia en el Servicio y tipo de contrato, éstos se obtuvieron a través de formularios Google.

### Resultados:

Contestaron el 100% de los profesionales de Nefrología, 93 personas, hombres (n=10) 10,8%, y mujeres (n=83) 89,2%. El 59,8% está entre 30 y 49 años. Las categorías profesionales: Enfermeras 49,5% (n=46), Nefrólogos 26,9% (n=25), TCAES 19,4% (n=18), otros profesionales 4,3% (n=4). Los tipos de contratos fijo: 50,5% (n=47), interinos 21,5% (n=20), suplentes 23,7% (n=22).

57% (n=53) tienen una adecuada atención de las emociones, aunque un 43% (n=40), han de mejorar tanto su poca como su excesiva atención. El 73% (n=67) tienen una adecuada percepción de sus emociones, en cambio el 16% (n=15) deben mejorar su poca percepción. Respecto a la reparación, el 62% (n=57) es adecuada, el 21% (n=19) excelente y un 17% (n=16) debe mejorarla.

Motivación: El Servicio tiene un alto grado motivacional con un 87% (n=81), frente al 13% (n=12) bajo nivel.

Análisis estadístico con el SPSS-22.

### Conclusiones:

Identificamos a un equipo con un alto grado de motivación e implicación en los objetivos comunes, aunque hay algo más de un 10% con baja motivación.

En cuanto a la gestión de las emociones según el test de Inteligencia Emocional, vemos que uno de los puntos de mejora es la atención a las propias emociones.

Formar al grupo para mejorar el autoconocimiento, aumentará la fluidez a la hora de trabajar en equipo; esta formación deberá organizarse teniendo en cuenta los equipos tal y como trabajan en la realidad, de forma multidisciplinar.

## Opinión de los pacientes ante un programa de ejercicio físico

Anna Junqué Jiménez, Yolanda Molina Moreno, Lola Andreu Periz, Eva Segura Ortí, Yolanda Fernández Parra

Hospital Terrassa. Barcelona. España

### Introducción:

Las personas con enfermedad renal deben recibir una atención multidisciplinar, para ello, es necesario que reciban una atención integral que incluya programas de ejercicio físico adaptado a sus necesidades. Sin embargo, la implementación y prescripción del ejercicio no es una tarea fácil. Y además de problemas estructurales pueden encontrar resistencias en el propio paciente.

### Objetivos:

Evaluar la satisfacción de un programa de ejercicio físico domiciliario en pacientes con enfermedad renal crónica.

### Material y Método:

Estudio prospectivo (12 semanas) aprobado por el Comité Ético. Los pacientes en ERCA y en ERC 5D (HD y DP) realizaron un programa completo de entrenamiento físico liderado por una enfermera de nefrología. El programa de ejercicio consistía en realizar 3 sesiones semanales de ejercicio en días de elección propia. Se realizaba una llamada semanal para conocer el progreso, incentivar de manera positiva y hacer un seguimiento exhaustivo. Una vez finalizada las 12 semanas de intervención se le entregaba una encuesta ad hoc validada por expertos anónima para conocer el grado de satisfacción.

### Resultados:

62 pacientes incluidos (50% HD, 36% DP, 14% ERCA). Un 69% hombres y un 31% mujeres con una edad media  $67,4 \pm 14,9$ . El 79% de los pacientes realizaron el programa solos en casa y el 21% acompañados. El 66% de los pacientes les pareció muy correcto que el programa fuera domiciliario, el 30% correcto y solo un 4% de los participantes les pareció poco correcto. El 70% de los participantes les pareció muy fácil y seguro y un 22% fácil y seguro, sólo un 8% poco seguro y difícil. El 94% de los participantes encontraron muy correcto que la persona que lideraba el programa fuera una enfermera conocida por ellos, 4% correcto y solo un 2% poco correcto. Un 42% consideró que habían mejorado mucho, un 31% que habían mejorado, un 20% que habían mejorado poco y un 7% que no habían mejorado. Un 83% estuvo muy satisfecho de haber podido participar en el programa, un 13% satisfecho, un 2% poco satisfecho y un 2% de los pacientes no estuvieron satisfechos.

### Conclusiones:

En nuestro estudio, los pacientes han estado muy satisfechos con el programa de ejercicio físico domiciliario y manifiestan haber mejorado. Lo han encontrado seguro, fácil y les ha parecido muy correcta que los liderara una enfermera de nefrología. Estos programas domiciliarios pueden ser beneficiosos para todos los pacientes con enfermedad renal crónica y pueden ser una novedosa alternativa terapéutica para aquellos servicios de nefrología que no disponen de infraestructura y organización para realizar los programas en el servicio.

## Proyecto DAR. Tres años de experiencia con actividades lúdico-terapéuticas en hemodiálisis

**Guillermo Pedreira Robles, Ana Vasco Gómez, Yaiza Martínez Delgado, Cristina Herrera Morales, María Teresa Baz Rodríguez, Ernestina Junyent Iglesias**

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

Numerosas publicaciones presentan la realización de actividades durante la hemodiálisis como una manera de mejorar la actitud de los pacientes y de mantener adecuados niveles de salud tanto físico como mental.

### Objetivos:

Analizar el conjunto de actividades instauradas en octubre 2016, diseñadas para mejorar la satisfacción de los pacientes en relación con la hemodiálisis y las variables psicofísicas a estudio (PROYECTO DAR).

### Material y Método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Inclusión de todos los pacientes en programa de hemodiálisis en Febrero del 2019. Se recogieron datos clínicos. Se valoraron las diferentes actividades mediante una escala tipo likert de 0 (muy mal) a 10 (muy bien). Se recogieron datos de autopercepción sobre el propio estado de salud.

### Resultados:

Evaluados 37 pacientes, 26 hombres y 11 mujeres, con una media de  $64,65 \pm 17,83$  años. La puntuación mediana para las actividades fue:

- Conciertos en directo: 7 [P<sub>25</sub> 5,5; P<sub>75</sub> 9,5]

- Colaboración con Pallapupas: 8 [P<sub>25</sub> 6; P<sub>75</sub> 10]
- Celebraciones mensuales: 10 [P<sub>25</sub> 8; P<sub>75</sub> 10]
- Ejercicio físico intradiálisis: 7 [P<sub>25</sub> 5; P<sub>75</sub> 10]

En cuanto a la autopercepción, un 56,76% (21) percibía una mala calidad de vida, un 48,65% (18) un mal estado físico, un 21,62% (8) un mal estado mental, un 45,95% (17) sentir tristeza, un 35,14% (13) sentir nerviosismo, un 37,84% (14) percibía negativamente el tratamiento y un 29,73% (11) no estar satisfecho con la inversión del tiempo. El 91,89% (34) desea continuar participando en las actividades organizadas.

### Conclusiones:

Los resultados presentados son los mejores obtenidos hasta la fecha en todas las variables estudiadas. Estos resultados, junto con las puntuaciones de las actividades y la voluntad de los pacientes de continuar participando en el programa propuesto, validan la continuidad del Proyecto DAR.

En futuras fases del estudio, y debido a la imposibilidad de realizar análisis estadístico cuantitativo de los resultados, nos planteamos utilizar una aproximación cualitativa que pueda dar mayor sentido a estos. Esta limitación en la parte estadística se debe, en parte, a la imposibilidad de poder cuantificar el cuidado, que muchas veces se ve sometido a una invisibilidad difícil de medir con datos.

# Rol de la enfermera de práctica avanzada: enfermera gestora de casos en una unidad de enfermedades renales hereditarias

**Anna Matamala Gastón, Esther Franquet Barnils, Maite López Guerrero, Ana Palomino Martínez**

Fundació Puigvert I.U.N.A. Barcelona. España

## Introducción:

Las enfermedades renales hereditarias (ERH) en su mayoría, presentan baja prevalencia, por lo que deben ser diagnosticadas y evaluadas en Unidades específicas de referencia. Presentan afectación de varios órganos, por lo que requieren de equipos multidisciplinares coordinados por nefrología para su atención y seguimiento.

## Objetivos:

Analizar la incorporación de una enfermera gestora de casos a la Unidad de ERH y describir el perfil de dicha enfermera como figura de práctica avanzada.

## Material y Método:

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. La muestra la integraron 59 pacientes con ERH, minoritaria y multisistémica (Fabry, Esclerosis tuberosa, Von Hippel Lindau, Cistinosis) atendidos en la Unidad de ERH de un hospital de nivel terciario, desde septiembre de 2015 a enero de 2019. Se recogieron datos sociodemográficos, clínico-asistenciales, adherencia terapéutica y taxonomía de enfermería NANDA.

## Resultados:

Durante el periodo en estudio, se realizó el seguimiento de 59 pacientes y 45 familias. 16 pacientes con Enfermedad de Fabry, 11 Enfermedad Von Hippel Lindau, 30 Esclerosis tuberosa y 2 Cistinosis. Edad media 41,78 años. 64% mujeres y 36% hombres.

Iniciaron tratamientos farmacológicos específicos 30 pacientes, en su mayoría fármacos huérfanos que precisan de un control riguroso, y que requirieron de intervención educativa para conseguir un correcto índice de adherencia al tratamiento y un control de posibles complicaciones derivadas de los posibles efectos secundarios

en colaboración con el Servicio de Farmacia.

Requirieron tratamiento quirúrgico con hospitalización, convalecencia y rehabilitación 12 pacientes, que precisaron soporte para la mejora del afrontamiento a la enfermedad en colaboración con otros profesionales.

Se realizaron 93 gestiones para la planificación de pruebas diagnósticas e Interconsultas con diferentes profesionales del equipo, con la finalidad de acortar tiempo de diagnóstico, detección de complicaciones y disminución del número de desplazamientos al hospital.

Se iniciaron y siguieron 37 Planes de Cuidados individualizados en base a los principales Diagnósticos de enfermería alterados según clasificación NANDA: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud, Disposición para mejorar los conocimientos, Disposición para mejorar los procesos familiares, Disposición para mejorar el afrontamiento, Ansiedad, Temor, Duelo, Riesgo de baja autoestima situacional, Disposición para mejorar el proceso de maternidad, Conflicto de decisiones. Se realizaron un total de 17 reuniones de Comités multidisciplinares para la discusión de casos, seguimiento de los pacientes, y consenso y actualización de los Protocolos compartidos.

## Conclusiones:

La incorporación de dicha figura en el abordaje del paciente y la familia, proporciona una atención individualizada, integral y humana. Además garantiza la efectividad clínica, mejora la adherencia al tratamiento y la gestión de síntomas. Tiene un impacto directo sobre la gestión de costes en base a una mejor utilización de los recursos. Y aumenta el nivel de satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales.

El perfil de esta figura, como enfermera de práctica avanzada, debe contemplar amplios conocimientos generales en Nefrología y específicos en ERH. Debe presentar habilidades comunicativas, educativas, motivación para la investigación en campos nuevos y demostrar liderazgo clínico para una correcta toma de decisiones en base a juicio clínico.

## Análisis de causas de transferencia a hemodiálisis de pacientes en diálisis peritoneal

**Mercedes M<sup>a</sup> Moreno Salinas, Judith Sánchez Torres, Alba Simeón Moragón, Ana Belén Canales Vitoria, Veaceslav Andronic, Eva M<sup>a</sup> Cotilla de la Rosa**

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

### Introducción:

La diálisis peritoneal es una técnica que aporta independencia al paciente, permitiéndole realizar la técnica de forma autónoma en su domicilio y acudir al hospital para las revisiones o en caso de aparición de complicaciones. La resolución de estas complicaciones, en ocasiones, implica el cese temporal o definitivo de la técnica, con la consiguiente transferencia a hemodiálisis del paciente.

### Objetivos:

Analizar las principales causas de transferencia a hemodiálisis (HD) de pacientes en diálisis peritoneal (DP).

### Material y Método:

Se realiza un estudio observacional descriptivo y analítico de los pacientes en programa de DP de una unidad de diálisis.

Se revisa el seguimiento en la consulta de enfermería nefrológica y en nefrología y se analizan los cuidados realizados registrados, disponibles en la historia clínica electrónica, en el periodo 2014 a 2018.

### Resultados:

De un total de 43 pacientes que han estado en tratamiento con diálisis peritoneal en el periodo de estudio, se extraen los siguientes datos: el 58,14% son varones y el 41,86% son mujeres, el diagnóstico nefrológico principal es la nefroangioesclerosis (NAE). El 39,53% de los pacientes se han realizado un trasplante renal en este tiempo y tan solo

el 37,21% presentó alguna complicación relacionada con la técnica de DP.

La complicación más frecuente objetivada en estos pacientes son hernias abdominales (31,25% de los casos), los atrapamientos de catéter y las peritonitis presentaron un 18,75% de las complicaciones, seguidos de las fugas de líquido peritoneal y los neumotórax con un 12,5%.

La transferencia definitiva a HD ha sido necesaria en el 37,5% de los pacientes y tan sólo al 18,75% ha sido necesario realizarles alguna sesión ocasional de HD hasta la resolución de la complicación. Gran parte de los pacientes (43,75%) se han podido mantener en descanso peritoneal, realizando seguimiento estrecho por parte del equipo sanitario, con ajustes dietéticos y farmacológicos y, en algunos casos se ha adaptado el tratamiento a las posibilidades del paciente, con sesiones de diálisis peritoneal automatizada (cicladora) con bajos volúmenes, según necesidades dialíticas e hídricas.

### Conclusiones:

El 62,5% de los pacientes que han presentado alguna complicación relacionada con la técnica de DP han continuado realizando su tratamiento de manera satisfactoria tras la resolución del cuadro.

Del análisis de las complicaciones detectadas y tras valoración de las medidas implementadas, se puede concluir que un adecuado seguimiento de estos pacientes que asegure un correcto ajuste dietético, hídrico y farmacológico y en caso de necesidad, la adaptación del tratamiento dialítico con cicladora, son medidas efectivas para mantener a los pacientes que presentan complicaciones puntuales en la técnica de DP, sin necesidad de transferencia temporal o definitiva a HD.

## Análisis del tiempo de entrenamiento y su relación con los episodios de peritonitis

Ana Isabel Aguilera Florez, Aránzazu Sastre López, Blanca Linares Fano, Ana Cristina Alonso Rojo, Juan Ramón Guerra Ordóñez, Mario Prieto Velasco

Complejo Asistencial Universitario de León. España

La diálisis peritoneal es un tratamiento de autocuidado, aprender a realizarlo de forma correcta y segura, es fundamental para garantizar el éxito de la técnica. Además, los pacientes son cada vez más ancianos y se cuestiona, si son aptos para realizar esta modalidad de diálisis. El objetivo del estudio fue, conocer el tiempo que tardan en aprender a realizar la técnica nuestros pacientes, el tiempo a la primera peritonitis, analizar si hay relación entre ellos y si existe diferencia entre personas jóvenes y ancianas.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes entrenados en nuestra unidad, en los últimos 5 años (2014-2018). Se estudiaron variables demográficas, modalidad dialítica, tiempo de entrenamiento, primera peritonitis, germen causante, tiempo en diálisis peritoneal y nivel de autonomía. Se consideró 70 años punto de corte para diferenciar entre jóvenes y ancianos. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Se utilizó la prueba "T de student" para comparar variables cuantitativas y el "Chi cuadrado" para cualitativas, considerando significativa una  $p > 0,05$ . Los datos se obtuvieron de la base de datos existente en nuestra unidad. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS 15. Se han respetado los principios éticos y universales de protección de datos.

### Resultados:

La muestra fue 112 pacientes, 68% (n=76) hombres, media de edad  $62,68 \pm 15,69$  años, 40% (n=45) mayores de 70 años, 74% (n=84) en diálisis peritoneal

manual y el 82% eran autónomos para realizar la diálisis. El tiempo medio de permanencia en técnica fue  $15,70 \pm 12,9$  meses (56-0,10), permaneciendo al cierre del estudio el 25,9% (n=29). La media de horas de entrenamiento fue  $14,82 \pm 6,55$  (15,16-14,9), repartido en  $9,93 \pm 4,36$  días (32-3) y mediana de 9. Las personas mayores de 70 años, tardan de media en aprender  $18,13 \pm 7,93$  horas, frente a  $12,73 \pm 4,27$  de los jóvenes, existiendo diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,004$ ). El 25% (n=28) de los pacientes tuvieron peritonitis, 64% causadas por gérmenes Gram+. La media de días de exposición al primer episodio fue  $266 \pm 283$  (1.165-10). Los ancianos tardan 84 días menos de media, en tener el primer episodio ( $>70=226,06 \pm 185,5$ ,  $<70=310,76 \pm 369,37$ ), no existiendo diferencia estadísticamente significativa, pero mostrando tendencia ( $p=0,062$ ). En cuanto a peritonitis por modalidad de tratamiento, 73,7% (n=22) estaban en manual y 25,4% (n=6) en automática, aunque hay más peritonitis en manual, no presentan diferencia significativa. El tiempo de entrenamiento y la aparición del primer episodio de peritonitis, tampoco tiene significancia estadística.

### Conclusiones:

El tiempo que tardan nuestros pacientes en aprender a realizar la diálisis peritoneal es de unas 15 horas, los ancianos tardan alrededor de 5 horas más que los jóvenes. La peritonitis aparece en uno de cada cuatro pacientes y aunque es muy variable, sucede con mayor frecuencia en ancianos y dentro del primer año en diálisis. No hemos encontrado relación entre el tiempo de aprendizaje y la aparición de peritonitis. Los gérmenes más frecuentes son Gram+, por lo que el reentrenamiento puede ser fundamental para la prevención. El 40% de nuestros pacientes son ancianos y solo una tercera parte necesitan ayuda para realizar la diálisis.

## Experiencia con catéteres: autoposicionante, recto y fast-flow en nuestra unidad de diálisis peritoneal

M<sup>a</sup> Milagros del Río Lafuente, Cristina Rubio Esteve, María Isabel Troya Saborido

Hospital Germans Universitar Trias i Pujol. Barcelona. España

### Introducción:

En los últimos años se han incorporado en diálisis peritoneal el catéter autoposicionante (AP). Este tipo de catéter tiene la ventaja de reducir la migración, y por tanto, reducir el número de consultas por problemas de drenaje, o infusión, y el número de eventos quirúrgicos por recolocación o sustitución.

### Objetivos:

Determinar la incidencia de migración del catéter AP, recto y Fast-Flow.

### Material y Método:

Estudio observacional de cohortes, prospectivo. La población de estudio fueron los pacientes en programa dentro de la unidad de diálisis de nuestro centro que aceptaran participar durante el periodo junio 2015 - julio 2018. La variable principal fue la presencia de migración del catéter. Las variables secundarias fueron sociodemográficas y clínicas. Los datos fueron analizados con Microsoft Excel 2016 y paquete estadístico SPSS, según prueba Chi-Cuadrado.

### Resultados:

Participaron 81 pacientes, 70,4% (n=57) son hombres, media de edad: 66,5±12,1 años, y el 49,4% (n=40) son diabéticos. La causa de inicio de DP: insuficiencia car-

díaca 22,2% (n=18), y el resto por enfermedad renal crónica con causa: nefropatía diabética 19,8% (n =16), poliquistosis renal 14,8% (n=12), otras etiologías 25,9% (n=21) y no filiada 17,2% (n=14). El 42,5% (n=34) están en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Se instauraron un total de 84 catéteres: 28 (30,86%) AP, 33 (40,74%) rectos, 23 (28,40%) fast-flow. Migraron un total de 15 catéteres (12 AP, 3 rectos, 0 fast-flow). El tiempo transcurrido hasta la primera migración fue de 3-450 días; en la 2<sup>a</sup> migración oscila entre 7-171 días.

El 42,86% del total de catéteres AP colocados migraron (12), de éstos el 50% (6) necesitaron 2<sup>o</sup> catéter, y de éstos el 50% (3) volvieron a migrar.

Comparamos migración y no migración: 67,6%(n=46) (p=0,187) VS. mujeres 84,6%(n=11); edad 66,21±12,3 años VS. 67,9±10,7 (p=0,641), diabetes 52,9% (n=36) VS. 30,8% (n=4) (p=0,122), y no se detectan diferencias con el motivo de inicio de DP.

Hubo 5 pacientes que presentaron clínica compatible con atrapamiento por eplon, de éstos, 4 migraron, 2 AP y 2 rectos.

Según el tipo de catéter la migración es: autoposicionante 40% (n=12), recto 9,1% (n=3) y ningún Fast-flow (p<0,0001).

### Conclusiones:

La migración del catéter está asociado estrechamente al tipo de catéter, siendo los AP los de mayor riesgo de migración y complicaciones posteriores, versus catéter fast-flow y rectos, sin demostrar significación estadística en cuanto a edad, sexo y características patológicas.

## Pacientes ancianos en diálisis peritoneal. Análisis de la fragilidad y riesgo de peritonitis

**Ana Isabel Aguilera Florez, Aránzazu Sastre López, Blanca Linares Fano, Juan Ramón Guerra Ordóñez, Ana Cristina Alonso Rojo, Mario Prieto Velasco**

Complejo Asistencial Universitario de León.España

Los ancianos representan una población altamente prevalente en las Unidades de Diálisis. Estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar algún grado de fragilidad, pérdida de autonomía, comorbilidad y disminución de su calidad de vida. El objetivo de este estudio, fue medir la fragilidad, dependencia, depresión y calidad de vida de nuestros pacientes ancianos en diálisis peritoneal y analizar su repercusión sobre el tiempo empleado en el aprendizaje de la técnica y en la aparición de peritonitis.

### Material y Método:

Estudio transversal descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 70 años de nuestra unidad de diálisis peritoneal, entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de septiembre de 2017, de los episodios de peritonitis se hizo seguimiento hasta final de 2018. Se estudiaron variables demográficas, modalidad de diálisis, índice de comorbilidad de Charlson, escala de Barthel, depresión de Yesavage, fragilidad de Frail, calidad de vida (Short form 12 health survey), tiempo de entrenamiento y primera peritonitis. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar. Se utilizó la prueba "T de student" para comparar grupos, considerando significativa una  $p > 0,05$ . Los datos se obtuvieron de los registros de la historia clínica. Se creó una hoja de Excel para la recogida de datos y se trataron con el programa SPSS 15. Se solicitó consentimiento informado.

### Resultados:

Se incluyeron 25 pacientes, el 56% (n=14) fueron hombres, la media de edad  $76,77 \pm 5,34$  años, el 72%

(n=18) estaban en diálisis peritoneal manual. La media del Charlson fue  $7,88 \pm 2,06$ , del Barthel  $88,27 \pm 24,66$  y del Short form 12 health survey  $32,96 \pm 8,61$ . El 40% (n=10) de los pacientes eran vulnerables o tenían algún grado de fragilidad, el 24% (n=6) depresión, el 36% (n=9) precisaban ayuda o estaban institucionalizados. El tiempo medio de entrenamiento fue  $15,87 \pm 6,33$  horas, siendo de  $16,77 \pm 7,93$  horas en los pacientes frágiles y de  $15,20 \pm 5,06$  en los no frágiles, no existiendo diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la peritonitis, se recogieron 16 episodios, repartido al 50% (n=8) entre pacientes frágiles y no frágiles, con un tiempo medio de aparición de  $315,13 \pm 212,73$  en frágiles, frente a  $320,25 \pm 224,91$  días en no frágiles, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

### Conclusiones:

La mayoría de nuestros pacientes mayores de 70 años realizan diálisis peritoneal manual de forma autónoma y tienen un nivel de fragilidad bajo, ya que sólo el 40% son vulnerables o frágiles. La mayoría no tienen depresión y gozan de buena calidad de vida para su edad. A pesar de su alta comorbilidad apenas tienen dependencia. Las peritonitis se reparten al 50% entre los pacientes frágiles y no frágiles. No existe diferencia en el tiempo de aprendizaje entre los dos grupos de pacientes, siendo muy similar. Aunque, no hay diferencia en la aparición de peritonitis, en los pacientes frágiles aparece antes.



## Cumplimiento de las recomendaciones nutricionales en un colectivo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Almudena Pérez Torres, M<sup>a</sup> Elena González García, Filo Trocoli González, Ana Castillo Plaza, Helena García Llanas, Rafael Selgas Gutiérrez

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

### Introducción:

La dieta en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) sin diálisis es una de las bases de su tratamiento. A pesar de esto existen muy pocos estudios que hayan evaluado la dieta en esta población y ninguno en población Española.

### Objetivos:

Evaluar la dieta de un colectivo de pacientes con ERC avanzada, comparándola con las recomendaciones

### Material y Método:

Estudio transversal de 74 pacientes (39 hombres). Se recogieron variables bioquímicas, antropométricas y de ingesta (registro dietético de 3 días), comparándolas con las recomendaciones para pacientes con ERC y, si no existían, con las recomendaciones y objetivos nutricionales para Población Española.

### Resultados:

Edad media 70,9±13,6 años y aclaramiento de creatinina 15,3±2,1 ml/min. La etiología de la enfermedad renal fue la siguiente: 26 (35,1%) diabetes mellitus (DM); 10 (13,5%) glomerulares; 10 (13,5%) nefroangiosclerosis; otras 16 (21,1%) y no fue filiada en 12 (16,2%) pacientes. No se encontraron diferencias por sexos en ninguna de las variables. La ingesta energética media fue 23,2±6,5 kcal/kg peso/día, y la ingesta proteica de 0,93±0,2 g/kg peso/día. Los hombres, presentaban una ingesta mayor de alcohol y vitamina D, las mujeres de ácidos grasos trans y vitamina B1, Beta-carotenos, luteína, y ácido láctico. Un 91,4% presentaban ingesta elevada de fósforo y 73% de potasio. Solo 2,7% presentaban ingesta adecuada de vitamina D y 21,6% de folatos.

### Conclusiones:

La mayoría de los pacientes con ERC sin diálisis no cumplen las recomendaciones de ingesta ni los objetivos nutricionales, independientemente del sexo.

## Factores relacionados con el inicio no programado de hemodiálisis en pacientes seguidos en consulta de enfermedad renal crónica avanzada

Raquel Pelayo Alonso, M<sup>a</sup> José Cagigas Villoslada, Patricia Martínez Álvarez, José Luis Cobo Sánchez, M<sup>a</sup> Soraya Sánchez Cano, Emilio Iburguren Rodríguez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

### Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública por su elevada incidencia, prevalencia, comorbilidad y coste socioeconómico. Guías Clínicas nacionales e internacionales consideran que el comienzo programado del tratamiento renal sustitutivo (TRS) deber ser un objetivo prioritario de los pacientes con ERC, ya que supone gran impacto sobre la supervivencia del paciente.

La creación de consultas de Enfermedad Renal Crónica (ERCA) multidisciplinarias, que incluyan nefrólogos, enfermeras nefrológicas o dietistas entre otros, permiten abordar de forma integral aspectos relativos al tratamiento de estos pacientes, cuyos objetivos deben ser disminuir y tratar complicaciones y preparar de forma adecuada y con suficiente antelación el inicio del TRS, evitando así, inicios precipitados.

Sin embargo, el inicio no programado (INP) de la hemodiálisis sigue siendo frecuente en las unidades, con tasas cercanas al 50% según la bibliografía

### Objetivos:

Analizar posibles factores implicados en el INP de hemodiálisis en pacientes seguidos en consultas ERCA.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo observacional sobre pacientes incidentes en programa de hemodiálisis en el periodo 2014-2018 seguidos en consulta ERCA, en un hospital de referencia.

Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos de la historia clínica del paciente: edad, sexo, nefropatía, comorbilidad, antecedentes personales (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, grado de obesidad y tratamiento domiciliario anterior al inicio de hemodiálisis), tiempo de seguimiento en consulta ERCA, tipo de inicio (programado o no programado -si precisó ingreso hospitalario y

hemodiálisis urgente-), motivo y acceso vascular de inicio en hemodiálisis. A partir de las variables estudiadas, se elaboró una base de datos tipo Excel. Se realizó análisis descriptivo e inferencial (test chi-cuadrado y T de Student, contraste bilateral, con significación estadística si  $p < 0,05$ ) mediante el paquete estadístico PSPP v1.2.

### Resultados:

De los 241 pacientes que comenzaron tratamiento con hemodiálisis crónica en el periodo de estudio, se incluyeron los 168 pacientes seguidos en ERCA: edad media  $66,35 \pm 12$  años, 73,2% hombres. El índice de comorbilidad medio fue de  $4,52 \pm 1,87$  y el tiempo medio de seguimiento en consulta ERCA de  $21,35 \pm 18,76$  meses.

El 28,6% (n=48) de los pacientes seguidos en consulta ERCA inició hemodiálisis de forma no programada (motivo: 54% insuficiencia cardíaca, 27% uremia, 8% insuficiencia cardíaca + uremia, 11% otros;  $p < 0,01$ ). Los pacientes con INP presentaron mayor edad ( $69,27 \pm 9,4$  VS.  $65,18 \pm 12,75$  años; IC 95% 0,075-8,1,  $p = 0,046$ ); menor tiempo de seguimiento en consulta ERCA ( $15,60 \pm 12,37$  VS.  $23,64 \pm 20,25$  meses; IC 95% 1,84-14,23,  $p = 0,011$ ) y un mayor índice de comorbilidad ( $5,56 \pm 1,98$  VS.  $4,10 \pm 1,62$ ; IC 95% 0,879-2,046,  $p < 0,01$ ). Otros factores relacionados con INP fueron el acceso vascular (54% catéter tunelizado, 23% fistula, 33% catéter no tunelizado;  $p < 0,01$ ) y la diabetes (sí 62,5% VS. no 37,5%;  $p < 0,01$ ).

### Conclusiones:

Según nuestros datos, los pacientes de mayor edad, con mayor grado de comorbilidad, diabéticos, portadores de un catéter tunelizado y menor tiempo de seguimiento en consulta ERCA tienen más riesgo de comenzar tratamiento con hemodiálisis de forma no programada.

Se debe tener en cuenta estos factores para diseñar las intervenciones más adecuadas a realizar en las consultas ERCA con el objetivo de disminuir los inicios de hemodiálisis no programados.

## Adherencia a fármacos calcimiméticos, un reto más en los pacientes en hemodiálisis

Alba Luz Montoya Echeverry, Susana Ordás Navarro, María Fusté Vidal, Carolina Palomar Ceballos, Marta Quintela Martínez, María Suárez Plata

Hospital Clínic de Barcelona. España

### Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica representa un importante problema de salud pública, por su elevada incidencia, prevalencia, su importante morbimortalidad y coste socio económico.

El perfil añoso, polimedicado y complejo de la mayoría de pacientes que atendemos dificulta en muchos casos la correcta adherencia terapéutica. En concreto, la adherencia a los fármacos calcimiméticos representa un verdadero reto para los profesionales dado que la alteración del metabolismo del calcio, fósforo, vitamina D y los niveles elevados de hormona para-tiroidea sérica pueden llegar a afectar gravemente la función de múltiples órganos, asociándose a un aumento en la morbimortalidad de estos pacientes.

La aparición de un calcimimético de administración endovenosa podría aportar una mejora en el control del metabolismo fosfo-cálcico.

### Objetivos:

Evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico calcimimético administrado por vía endovenosa durante la sesión de hemodiálisis.

### Material y Método:

Se realizó un estudio prospectivo experimental entre los años 2017 y 2019. La muestra seleccionada fueron los pacientes con tratamiento con cinacalcet en los que se valoró el nivel de adherencia terapéutica al inicio del estudio con el cuestionario Hermes adaptado.

Se extrajeron analíticas de control del metabolismo fosfo-cálcico basales y a los 3, 6, 9 y 12 meses de iniciar la administración de etelcalcetide.

Se han analizado los siguientes parámetros: edad, sexo, tiempo en diálisis, duración de la sesión.

### Resultados:

Se evaluaron 29 pacientes, de los cuales fueron 83% hombres y 17% mujeres con una edad media de  $55,7 \pm 16$  años.

El tiempo medio en diálisis fue de  $49,3 \pm 52$  meses con una duración media por sesión de  $361 \pm 96$  minutos.

Según la encuesta se clasificaron como cumplidores en un 62%, como poco cumplidores en un 24% y no cumplidores en un 13%.

Control basal con una dosis de cinacalcet de  $30,5 \pm 19$  mg/día: Calcio  $9,23 \pm 0,50$  mg/dl, Fósforo  $4,42 \pm 1,4$  mg/dl y Paratohormona intacta (PTHi)  $475 \pm 292$  pg/ml.

A los 3 meses con una dosis de  $4,32 \pm 2,8$  mg de etelcalcetide/sesión HD: Calcio  $8,91 \pm 0,62$  mg/dl, Fósforo  $4,22 \pm 1,02$  mg/dl y PTHi  $369 \pm 212$  pg/ml

A los 6 meses con una dosis de  $4,83 \pm 3,1$  mg de etelcalcetide/sesión HD: Calcio  $9,01 \pm 0,76$  mg/dl, Fósforo  $4,01 \pm 1,17$  mg/dl y PTHi  $212 \pm 110$  pg/ml.

A los 9 meses con una dosis de  $4,89 \pm 3,4$  mg de etelcalcetide/sesión HD: Calcio  $9,03 \pm 0,78$  mg/dl, Fósforo  $4,13 \pm 1,01$  mg/dl y PTHi  $251 \pm 149$  pg/ml.

A los 12 meses, con una dosis de  $4,96 \pm 3,4$  mg de etelcalcetide/sesión HD: Calcio  $8,75 \pm 0,93$  mg/dl, Fósforo  $4,16 \pm 1,02$  y PTHi  $258 \pm 153$  pg/ml.

### Conclusiones:

La introducción de un nuevo calcimimético endovenoso para el tratamiento de HPTs ofrece una alternativa segura y eficaz al tratamiento convencional oral, con la consecuente disminución en la medicación domiciliaria de nuestros pacientes.

## Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Influencia del estado emocional

**Mónica Brazález Tejerina, María Nuria Martín Chico, Zaira Pérez Martínez, Nuria Catalina Alonso, Sonia Carrera Yusta, María Jesús Rollán de la Sota**

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

### Introducción:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que la media en adherencia a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%, lo que implica peores resultados en salud, con un impacto negativo en el gasto sanitario.

Por otra parte, se ha descrito que el estado emocional del paciente con tratamiento renal crónico en hemodiálisis (HD) se relaciona con una menor adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que presenta un estado anímico negativo y baja percepción de auto-eficacia.

### Objetivos:

Evaluar el estado emocional en una muestra de pacientes prevalentes en HD en nuestra unidad de nefrología y la influencia del mismo en la adherencia al tratamiento farmacológico.

### Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo y transversal mediante encuesta. Las variables sociodemográficas que se incluyeron fueron: edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, tiempo en HD e índice de Charlson. El grado de cumplimiento terapéutico se midió a través de los siguientes cuestionarios: Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) y Test de Batalla. El estado emocional se evaluó mediante la Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D).

### Resultados:

Evaluamos 31 pacientes, 23 eran hombres y la media de edad de  $66,10 \pm 12,82$  años. El 61,3% estaban casados y el 48,3% vivían en centro urbano.

Según la EE-D, el 32,3% estaban tristes (niveles de tristeza  $\geq 5$ ) y un 29% se encontraban nerviosos (niveles de nerviosismo  $\geq 5$ ), con relación estadísticamente significativa respecto al estado civil (viudos). Entre las áreas de

mayor preocupación para nuestros pacientes, encontramos: el área familiar y la relativa al tratamiento/enfermedad. Entre los factores "que les ayudan a sentirse mejor", un 29% refiere no tener ninguno y otro 29% refiere aspectos sanitarios relativos a la información, trato del personal sanitario, relación con los compañeros, etc. Entre los factores "que les ponen contentos o ilusionan" un 22,6% refiere no tener ninguno y con menor frecuencia encontramos la familia o un posible trasplante renal. En el 38,7% de los casos valorados por el personal sanitario, se detectaron síntomas externos de malestar, entre ellos destaca con un 22,6% la expresión facial.

Con relación a la adherencia al tratamiento farmacológico el 54,84% de pacientes fueron cumplidores frente al 45,16% de no cumplidores según SMAQ, con la siguiente distribución: el 3,2% realizan un cumplimiento entre el 65-84%, el 9,7% realizan un cumplimiento entre el 85-94% y el 87,1% realizan un cumplimiento entre el 95-100%. En el test de Batalla obtuvimos los siguientes datos: un 51,64% de pacientes cumplidores frente al 48,4% de no cumplidores.

### Conclusiones:

Nuestros pacientes presentan una baja prevalencia en la alteración del estado emocional y unos niveles bajos de adherencia al tratamiento farmacológico, estando en concordancia con algunos estudios recientes.

No se han hallado relaciones estadísticamente significativas entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el estado emocional de nuestros pacientes.

Según nuestro estudio, se plantea como necesaria, la prestación de apoyo para la mejora en la adherencia al tratamiento farmacológico, así como un control continuo de su estado emocional.

## Alteraciones del equilibrio en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

**Pilar Díaz de Argote Cervera, Ignacio Pérez Gurbindo, Alfredo José Sáenz Santolaya, Patricia Arribas Cobo**

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

### Introducción:

El equilibrio postural es el resultado de una compleja interacción de aferencias sensoriales para mantenernos erguidos. El sistema vestibular, la vista, articulaciones, ligamentos, músculos, el sistema nervioso periférico y el cerebelo, participan activamente en dicho proceso. Las patologías que afectan a estos sistemas u órganos y el envejecimiento derivan en alteraciones del equilibrio.

Los pacientes incluidos en HD son cada vez más mayores y polimedicados, por tanto, están expuestos a diferentes factores que pueden derivar en una situación de inestabilidad postural y riesgo de caídas.

### Objetivos:

El objetivo de este estudio es analizar la estabilidad postural en pacientes hemodializados y su relación con la sesión de hemodiálisis, datos clínicos, datos analíticos, fármacos, caídas y calidad de vida.

### Material y Método:

Estudio prospectivo transversal de medición de la estabilidad postural mediante una plataforma de fuerzas. Recogida en ese momento de datos epidemiológicos, diálisis, analíticos, de tratamiento, de calidad de vida y la incidencia de caídas prospectiva después de 6 meses de las pruebas.

Se incluyeron los pacientes prevalentes en hemodiálisis, que aceptaron voluntariamente participar.

Se excluyeron pacientes con patologías neurológicas, alteraciones vestibulares o visuales, deformaciones del aparato locomotor y pacientes que no eran capaces de mantenerse de pie de forma autónoma.

Se obtuvo el visto bueno del Comité de Ética.

Se creó un grupo control sin patología relacionada y con una distribución de edad y sexo semejante a la de los pacientes.

Se completan tres pruebas de estabilometría; con ojos abiertos y mirada fija en un punto (OA), con los ojos cerrados (OC) y mientras se realiza una tarea cognoscitiva,

consistente en descontar en voz alta (COG). En el caso de los pacientes se realizaron dos mediciones, antes de iniciar la sesión de diálisis y al terminar.

Completan el estudio 32 pacientes con una edad media de 68 (13) [35-87] años; 20 hombres y 12 mujeres.

El grupo control lo componen 5 hombres y 4 mujeres sin patología relacionada, con una edad media de 60 (18) [32-68] años.

### Resultados:

Los pacientes con los ojos cerrados presentan un desequilibrio mayor que los controles. Esta diferencia no aparece con los ojos abiertos o cognoscitiva.

El equilibrio empeora significativamente ( $p < 0,05$ ) en relación al Índice de Masa Corporal (IMC) y al volumen ultrafiltrado.

Se observa un aumento significativo de la inestabilidad en los pacientes diabéticos.

El resto de comorbilidades estudiadas no se relacionaban con el equilibrio.

La técnica, los datos de la HD y los hemodinámicos no se relacionan con el equilibrio.

Los fármacos que se relacionaban con parámetros de desequilibrio mayores (OC + postHD) eran: Insulina,  $p < 0,011-0,022$ ; antidepresivos  $p < 0,008-0,026$ ; antiagregantes  $p < 0,029-0,036$ ; antihistamínicos  $p < 0,019-0,21$  y betabloqueantes  $p < 0,024-0,29$ .

Los pacientes que sufrieron caídas en los seis meses posteriores al estudio presentaban mayor desequilibrio.

Existía una correlación significativa,  $p < 0,036$ , entre el equilibrio y la valoración del SF-36.

### Conclusiones:

Concluimos que los pacientes en HD presentan mayor desequilibrio que los controles en la prueba realizada con ojos cerrados.

El desequilibrio se relaciona con el IMC, la ultrafiltración, las caídas, algunos medicamentos, con ser diabético y con presentar peor calificación en el test de calidad de vida.

## Análisis de la experiencia en el uso de las agujas catéter en las unidades de hemodiálisis españolas

**Guillermo Pedreira Robles, Yaiza Martínez Delgado, Cristina Herrera Morales, Ana Vasco Gómez, Ernestina Junyent Iglesias**

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Resumen:

Las agujas catéter (AC) han demostrado eficacia en hemodiálisis y se presentan como una innovación positiva para el paciente y para la supervivencia del acceso vascular.

### Objetivos:

Analizar la experiencia en el uso de las AC en las Unidades de Hemodiálisis españolas.

### Material y Método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Se administró un cuestionario ad hoc recogiendo variables sociodemográficas y preguntas sobre la experiencia en el uso de AC. Se usó Google Formulario para la distribución del cuestionario. Se realizó un análisis descriptivo univariante con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión, y un análisis bivariado con el ji-cuadrado, con la V de Cramer como medida del tamaño del efecto, y la correlación de Spearman ( $\rho$ ) para estimar la asociación entre variables. Este proyecto obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la institución.

### Resultados:

Inclusión de 142 enfermeras y 20 enfermeros que trabajan en unidades de hemodiálisis de 36 provincias españolas, 61,35% (100) en centros públicos, 30,67% (50) en centros concertados y 7,98% (13) en centros privados. La muestra tenía una media de  $42,42 \pm 9,97$  años y una media-

na de 15 años de experiencia en hemodiálisis [ $P_{25}$ , 8;  $P_{75}$ , 22]. Un 42,33% dispone de AC en su centro y un 50,92% las ha usado. Un 55,83% ha recibido formación y un 77,91% desea recibir más formación. El número de centros públicos que disponen de estas agujas es significativamente mayor que los privados ( $p < 0,001$ ) con un tamaño del efecto pequeño ( $V = 0,196$ ). Existe una asociación significativa entre disponer de AC y haberlas usado ( $p < 0,001$ ), con un tamaño del efecto grande ( $V = 0,767$ ), y entre disponer de AC y tener formación ( $p < 0,001$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $V = 0,362$ ). No hay diferenciación significativa entre los años de experiencia y haber recibido formación ( $p = 0,915$ ), con un tamaño del efecto nulo ( $V = 0,033$ ). Existe una correlación moderada-fuerte ( $\rho = 0,659$ ) entre una mayor satisfacción del profesional con el producto y una mayor satisfacción percibida del paciente ( $p < 0,001$ ). Los profesionales incluirían una mediana de 2 [ $P_{25}$ , 1;  $P_{75}$ , 3] modificaciones sobre el diseño del producto. Las características de las AC están contempladas como positivas por un 55,83% y como negativas por un 10,33%.

### Conclusiones:

Las AC son un producto bien valorado por las enfermeras de hemodiálisis españolas, pero una parte importante no las dispone y no ha recibido formación. Aun así, manifiestan que pueden ser mejorables y un pequeño porcentaje las ve negativas, por lo que sería favorable incorporar enfermeras en un grupo de trabajo encaminado a revisar las características del producto. La disponibilidad de las AC tiene una distribución desigual según la titularidad del centro, y esto puede condicionar la uniformidad de la calidad de cuidados que reciben los pacientes.

## Bacteriemia cero en catéteres permanentes tunelizados en hemodiálisis

**Ana Romero Valero, Beatriz Vergara Ramos, Elena Arboledas Cordero, Isabel Blandón Rodríguez**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

### Introducción:

La incidencia de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) en pacientes en HD depende del tipo y localización del catéter permanente tunelizado (CPT), de las medidas de inserción y manipulación de cada centro. La mejor estrategia para la BRC es la prevención.

La tasa de BRC en CPT en la literatura oscila entre 1,6 y 5,5 episodios/1.000 días de uso de catéter.

### Objetivos:

Analizar el impacto del protocolo de curas y medidas preimplantación de CPT sobre la incidencia de BRC en nuestra Unidad de Hemodiálisis hospitalaria durante un año.

### Material y Método:

1. Protocolo preimplantación que incluye la extracción de frotis nasal para la detección de portadores de *Stafilococcus aureus* y tratamiento previo si procede; y ducha con clorhexidina jabonosa insistiendo en las zonas con vello.
2. Protocolo de curas semanales con clorhexidina acuosa 0,5% en spray.

### Resultados:

Contabilizamos 40 pacientes con CPT que pasaron por nuestra Unidad de Hemodiálisis el pasado año (periodo de 1-Enero-2018 31-12-2018). Todos portadores de

CPT tipo Palindrome recto de 19cm doble luz en la vena yugular interna derecha. En el 60% (24 pacientes) el CPT fue el acceso vascular definitivo: 25% (6 pacientes) por corta expectativa de vida, 63% (15 pacientes) por acceso interno no posible, 8% (2 pacientes) por cambio de técnica a corto plazo y un 4% (1 paciente) por robo isquémico de la FAV anterior y elevada comorbilidad.

Contabilizamos en total 5.514 días de exposición de CPT en los 40 pacientes.

Como causas de fin de seguimiento de nuestros catéteres encontramos: 7,5% exitus (3 pacientes), 5% trasplante (2 pacientes), 37,5% traslado a centro periférico (15 pacientes), 45% a 31 de Diciembre (18 pacientes), 2,5% (1 paciente) transferencia a diálisis peritoneal y un 2,5% (1 paciente) uso de la FAV.

No hubo bacteriemias relacionadas con el catéter tunelizado en nuestra Unidad en el periodo que estudiamos.

### Conclusiones:

La bacteriemia cero en una Unidad de Hemodiálisis es posible a pesar de contar con un elevado número de CPT. Ducha con clorhexidina jabonosa, el despistaje/tratamiento *Stafilococcus aureus* nasal preimplantatorio, curas semanales del catéter y adecuadas medidas de asepsia en su manipulación nos han permitido conseguir estos resultados.

# Comparación in vitro del comportamiento de diferentes soluciones y antisépticos ante un catéter de poliuretano para tratamiento de hemodiálisis

**Inmaculada Moreno González, Inmaculada García Campaña, Ruth María González Ponce, María Dolores Rico de Torres, Francisco Rodríguez Sempere**

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

## Introducción:

El 92% de los niños en hemodiálisis realizan su tratamiento a través de un catéter venoso central. Esto es debido al pequeño tamaño de los vasos, lo que favorece la trombosis de las fístulas arterio-venosas y a la oferta a corto plazo de un trasplante renal, por ambas razones se ha determinado el abandono de dichas fístulas como acceso permanente en la población pediátrica.

En los pacientes pediátricos se usan catéteres de doble luz, de distinto tamaño y diámetro según el tamaño del paciente y pueden ser de silicona o poliuretano.

El éxito del tratamiento de hemodiálisis depende en gran parte de la conservación del buen estado del catéter venoso central, por lo que en nuestra unidad hemos cambiado el protocolo de cura del orificio de salida del catéter, utilizando la polihexanida+betaína 0,1% en solución y gel como antiséptico de primera elección, para evitar infecciones en el orificio de salida.

El estudio se realiza por no haber ninguna evidencia clínica de como se comporta la polihexanida + betaína 0,1% ante un catéter de poliuretano para hemodiálisis.

## Objetivos:

Observar y comparar el comportamiento de un catéter de poliuretano ante las diferentes soluciones elegidas. Comprobar que el uso del polihexanida+betaína 0,1% no causa deterioro en el catéter de poliuretano.

## Material y Método:

Se utilizan cuatro tarros de muestra estériles, en todos ellos se deposita una fracción de un catéter de poliuretano, y a su vez a cada uno se le llena con un tipo de solución, siendo los de elección para realizar el estudio

In Vitro: cloruro sódico 0,9%, alcohol 70°, clorhexidina 2% y polihexanida+betaína 0,1%.

Se extrae la fracción de catéter semanalmente durante tres meses, para la observación del comportamiento de cada solución ante el catéter de poliuretano.

Se analizan tres ítems semanalmente:

Dureza, textura y deterioro.

Se presentan fotos y tablas con los ítems analizados.

## Resultados:

Tras la lectura semanal durante tres meses observamos que el alcohol 70° y clorhexidina 2% alteran la dureza y textura del catéter sin producir deterioro en el. Sin embargo, el cloruro sódico 0,9% y la polihexanida+betaína 0,1% no alteran ni dureza ni textura y tampoco produce ningún deterioro en el catéter.

## Conclusiones:

El uso de polihexanida+betaína 0,1% solución es la mejor opción para realizar la cura del orificio de salida del catéter de poliuretano en hemodiálisis ya que no produce ningún deterioro en dicho catéter y desde su uso la incidencia de cultivos positivos en el orificio pericatereter ha sido 0%.



## Complicaciones relacionadas con el acceso vascular en técnicas de aféresis en un hospital de tercer nivel

**Mónica Román Casenave, M<sup>a</sup> Ángeles Cabaña Benjumea, María Lluisa Claramunt Mansio, Meritxell Siurana Pascual, Víctor Alonso López Baez, Álvaro Madrid Aris**

Hospital Sant Joan de Deú. Barcelona. España

### Introducción y Objetivos:

El hospital materno Infantil de tercer nivel, tenemos una media anual de 2 a 3 pacientes al año en Diálisis peritoneal, unos 6 pacientes en hemodiálisis, y de 6 a 7 paciente TX, consiguiendo este último año 10.

El equipo de enfermería también realiza otras técnicas como la granulocitoaféresis, inmunoabsorción, lipidoaféresis y plasmáfesis.

Se realizaron 11 granulocitoaféresis, 10 lipidoaféresis, 69 inmunoabsorciones y 4 plasmáfesis durante el año 2018.

Todas estas técnicas necesitan un buen acceso vascular para que se puedan llevar a cabo todo y que sus Coeficientes de Bomba sean diferentes.

Nos hemos encontrado algunas dificultades al realizar estas técnicas y hemos visto a la larga que con un buen acceso se pueden solucionar. Así que vemos una gran oportunidad de poder compartir nuestra experiencia en estos pacientes y poder compartir las soluciones para una mejora del trabajo en otros equipos.

### Objetivos:

1. Identificar trastornos hemodinámicos relacionados con las técnicas de aféresis en Pediatría.
2. Identificar las complicaciones relacionadas con el acceso vascular, temporal o permanente utilizados para las técnicas de aféresis.
3. Identificar las complicaciones derivadas del montaje del circuito.

### TIPO ESTUDIO

Estudio prospectivo y descriptivo de 171 sesiones de aféresis terapéutica en pacientes pediátricos en 2018.

### Resultados:

Las 171 sesiones se distribuyeron así: un 73% fueron Inmunoabsorción, el 12% fueron Citoaféresis, el 10,5% fueron LDL-aféresis y el 4,5% Plasmáfesis. La edad media fue de 9 años y el 58% eran mujeres. El 50, 33 y 17% fueron por patología Nefrológica, Neurológica y Digestiva respectivamente. El 83% de las indicaciones Nefrológicas correspondían a Categoría I de las Guías ASFA, así mismo, lo fue el 25% de las indicaciones Neurológicas y todas las indicaciones por patología Digestiva correspondían a una categoría II. El 58, 25 y 17% usaron catéter temporal, catéter permanente y agujas respectivamente.

Solo un paciente presentó extracción accidental del catéter yugular temporal y no hubo infecciones relacionadas con el acceso vascular ni tampoco por la propia técnica de aféresis. Al 66% se indicó doble anticoagulación con citrato/cálcico más heparina y al 33% restante, solo uno de los dos. En ningún caso se objetivó sangrado del catéter ni de otro origen. Solo en 3 sesiones de Inmunoabsorción se objetivó hipocalcemia, siendo sintomática en una sola de ellas. De las 8 sesiones de Plasmáfesis, en 3 se uso plasma fresco como líquido de sustitución sin presentar reacciones adversas.

En una ocasión, debido a disfuncionalidad del catéter que precisó el uso de uroquinasa, el circuito estuvo parado 20 minutos, sin objetivarse luego ninguna complicación.

En dos ocasiones hubo que realizar cambio de líneas ya que no pasaba el test antes de iniciar la terapia.

Todos los paciente en HD utilizan catéteres permanentes de doble cuff. Por el crecimiento de nuestros pacientes, estos se quedan cortos y cada cierto tiempo estos hay que cambiarlos, ya que deja de refluir o tener un flujo menor al necesario. El cirujano pediatra decía que catéter le ponía, ahora los inserta el NEF y calcula su longitud y mejora su uso.

## Cultivos microbiológicos de la piel del área de punción de la fístula arteriovenosa y de las agujas de hemodiálisis en las canulaciones tipo buttonhole versus escalera y/o área

**Alicia Lacasa Sánchez, Antonio Gascón Mariño, María Pilar Chocarro Escanero**

Hospital Obispo Polanco de Teruel. España

### Introducción:

La técnica de buttonhole reduce la tasa de canulaciones problemáticas de la fístula arteriovenosa y disminuye el dolor de la punción, la formación de hematomas, el desarrollo de aneurismas y el fallo del acceso vascular, así como facilita la autopunción.

Uno de los problemas descritos con la técnica de buttonhole es el riesgo de infecciones por lo que su aceptación de forma generalizada se ha limitado.

### Objetivos:

Comparar los resultados de los cultivos microbiológicos de la piel del área de punción y de las agujas de hemodiálisis utilizadas en distintas técnicas de canulación para conocer si la técnica de buttonhole favorece la infección de la fístula arteriovenosa.

### Material y Método:

Estudio prospectivo, observacional, de 5 meses de seguimiento, con la obtención de cultivos microbiológicos de la piel del área de punción y de las agujas de hemodiálisis en los distintos tipos de punción en 17 enfermos de la unidad de hemodiálisis. Diez enfermos se puncionan con técnica de área y/o escalera (6 área, 4 escalera). Siete enfermos con técnica de buttonhole.

Se realizan cultivos en tres ocasiones con 1 mes de diferencia, a todos los enfermos portadores de fístula arteriovenosa.

Los cultivos de piel se realizaron posteriormente al lavado del brazo con agua y jabón, y antes de desinfección con clorhexidina alcohólica. También se realizaron cultivos posthemodiálisis de sangre de la punta de la aguja y de la aguja

cortada con cizalla. Si los cultivos eran positivos se repetían en una semana y se añadían hemocultivos.

### Resultados:

Edad media de los 17 pacientes estudiados: 76,35 años. Distribución por sexo: 13 hombres y 4 mujeres. Tiempo medio en hemodiálisis 34,88 meses. Tiempo medio de utilización de la fístula arteriovenosa 39,88 meses. Tiempo medio con técnica buttonhole 12 meses.

En la técnica de área y/o escalera se obtuvieron cultivos positivos de la aguja cortada en dos casos por *Scherichia coli* y *estafilococo hominis*. Un caso positivo de cultivo de piel por *estafilococo auricularis*. En los tres pacientes se repitieron cultivos en la siguiente semana y además hemocultivos, que fueron negativos.

En la técnica de buttonhole se registró un cultivo positivo de la punta de la aguja por *estreptococo mutans* y tres cultivos positivos de la aguja cortada por *estreptococo salivaris*, *pseudomonas aeruginosa* y *estreptococo oralis*. En los cuatro pacientes se repitieron cultivos en la siguiente semana y hemocultivos, siendo negativos en todos los casos.

No se registraron signos de infección en ninguno de los pacientes estudiados.

### Conclusiones:

En la comparativa de los dos grupos estudiados, punción tipo escalera y/o área versus buttonhole los resultados son similares. Los cultivos positivos se pueden considerar contaminaciones y no se ha detectado un crecimiento sostenido en ningún paciente. Se debe realizar lavado del brazo con agua y jabón, antes de aplicar el antiséptico con lo que se minimiza el riesgo de infección. Además, es fundamental la doble asepsia con clorhexidina alcohólica antes y después de la retirada de la costra en el buttonhole.

## Disfunción sexual en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo ¿un problema físico o emocional?

Sara Baigorri Arriazu, Virginia Saso Jiménez, M<sup>a</sup> José Urzaiz Tudela, Carmen Zapatería Azcona, Ana Eraso Fernández, M<sup>a</sup> Jesús García Castillejo

Hospital Reina Sofía. Navarra. España

### Introducción:

Se estima que un gran porcentaje de la población se ve afectada por la enfermedad renal crónica en alguno de sus estadios.

Esta enfermedad tiene una gran repercusión en la calidad de vida de las personas que la sufren, tanto a nivel físico como psicológico. Esto se debe al propio deterioro de la enfermedad y a la necesidad que presenta la mayoría de ellas de someterse a una terapia renal sustitutiva (TRS).

Uno de los aspectos fundamentales para una buena calidad de vida es la posibilidad de mantener una vida sexual satisfactoria.

### Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la sexualidad en pacientes en TRS, en bases de datos científicas de ciencias de la salud como Scielo, Medline, PubMed y Cuiden. Los criterios de inclusión han sido documentos en español de los últimos 5 años.

### Resultados:

La prevalencia de disfunción sexual en pacientes en TRS es elevada en ambos sexos. En cuanto a los factores físicos, se destacan las alteraciones en el aspecto físico por la pérdida de masa muscular, hipotensión, aumento de volumen abdominal en el caso de la diálisis peritoneal o presencia de FAVI en el caso de la Hemodiálisis.

En la mujer sometida a diálisis puede haber descenso de estrógenos, amenorrea, disminución de tejido mamario, menor lubricación vaginal, vaginitis atrófica e infertilidad.

Por su parte, en los hombres, aparece atrofia testicular, disminución de la espermatogénesis y descenso de los niveles de testosterona, impotencia parcial o total. La disfunción eréctil se relaciona con la edad pero sobre todo con otros factores como enfermedad coronaria, HTA, DM, dislipemia, tabaquismo...

En cuanto a los factores psicológicos más frecuentes se encuentran el estrés, la ansiedad, la baja autoestima y la depresión. A la mayoría de los pacientes, especialmente a las mujeres, la necesidad de portar un catéter afecta a su autoestima y por consiguiente a su vida sexual.

Los pacientes en Hemodiálisis en centro sanitario son los que consideran un mayor impacto de su enfermedad en su vida sexual debido a la repercusión que supone el tratamiento en su vida general. Por otro lado, los pacientes en diálisis peritoneal, son los que más dificultades presentan para disfrutar de la actividad sexual debido a la presencia de líquido intraabdominal y del catéter peritoneal.

Las técnicas domiciliarias, debido a la mayor autonomía que presentan los pacientes, son las que menor impacto emocional ocasionan en la vida sexual.

### Conclusiones:

Los síntomas de la propia enfermedad renal, hacen que la vida sexual de los pacientes se vea afectada. Por otro lado, el componente psicológico juega un papel crucial en esta esfera de la vida. Por consiguiente, una buena aceptación de la enfermedad y un buen control de los síntomas son necesarios para que los pacientes tengan una vida sexual satisfactoria.

De este modo, se consigue que la enfermedad renal afecte lo menos posible a la calidad de vida los pacientes.

## El traslado del paciente a los centros de hemodiálisis, un problema sin resolver

**Yolanda Morales Lozano, Alicia Rey Miguel, Montserrat Goy Marquès, Penelope Ramos Galacho**

Hospital Universitario de Gerona Dr. Josep Trueta. Gerona. España

### Introducción:

Según diversos estudios, variables influyentes en el grado de satisfacción de los pacientes son los tiempos de espera para ser atendidos por el médico, la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis y el buen funcionamiento de los medios de transporte para realizar el trayecto entre el domicilio y el centro donde realiza el tratamiento. El sistema de transporte comunitario incrementa este tiempo de forma considerable ya que los recorridos no suelen ser lineales.

### Objetivos:

Analizar las características del transporte de los pacientes de hemodiálisis, teniendo en cuenta el tiempo invertido en el trayecto y las esperas antes y después del tratamiento.

### Material y Método:

Estudio observacional descriptivo en 36 pacientes que realizan tratamiento renal substitutivo en dos unidades de hemodiálisis. Se registran los tiempos que tarda cada paciente en llegar al centro de diálisis y de vuelta al domicilio, los tiempos de espera y las características más significativas del transporte. Se tomó como referencia el tiempo estimado por un navegador para el cálculo del exceso de tiempo invertido en los trayectos. Los resultados se expresan mediante estadística descriptiva y prueba no paramétrica para dos muestras independientes (U de Mann-Whitney).

### Resultados:

La media de edad de estos pacientes es de 67,9 años con una desviación típica de +/-14,7, siendo el 47% mujeres. La distancia media que tienen que recorrer nuestros paciente para realizar su tratamiento es de 15,7 km en una media de tiempo estimado según navegador de 19,9 min, el incremento de tiempo invertido en el trayecto de ida fue del 100% (X=37,9 min tiempo real con una desviación típica de +/-21,8) y de 154,7% (X=42,33 min con una desviación típica de +/-18,2) en el de vuelta sin existir correlación con el turno en que realizan el tratamiento.

33 de nuestros pacientes comparten transporte, con una media de 5 pacientes en cada trayecto, tan solo 3 de nuestros pacientes van solos en sus trayectos. Al comparar los resultados de ambos centros, existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de espera después del tratamiento (P=0,03). La media del tiempo invertido por los pacientes en desplazamiento es de 80,2 minutos y de 87,7 minutos de media de tiempo de espera antes y después del tratamiento.

### Conclusiones:

El sistema de transporte colectivo incrementa considerablemente el tiempo que los pacientes dedican al tratamiento. Las esperas ocasionadas por el transporte antes y después de las sesiones influyen en el bienestar de los pacientes ya frágiles por su patología y alteran la dinámica de las unidades por lo que sería necesario agilizar los circuitos minimizando el número de pacientes en cada unidad de transporte.

## Evaluación de la calidad de los cuidados en el acceso vascular. Incorporación de nuevas herramientas

**Violeta Hernández de Arribas, Elena Martín García, Gema Palacios García, Verónica Martín Guerrero**

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

### Introducción:

En relación al acceso vascular, la aplicación de los cuidados enfermeros con la mayor evidencia posible y la continua incorporación de avances y tecnología disponibles a estos cuidados ofertados deben ser prioridades en la profesión enfermera.

Los objetivos principales del estudio fueron identificar la calidad de los cuidados de enfermería en relación al acceso vascular nativo (FAV) para hemodiálisis y valorar el uso del ecógrafo por parte del profesional de enfermería. Como objetivos secundarios se marcaron evaluar el interés del personal de enfermería en formarse en nuevas tecnologías y herramientas en hemodiálisis.

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal observacional, en el que participaron 56 profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de hemodiálisis de nuestro hospital de primer nivel y de los centros y hospitales de los cuales somos centro referente. Se elabora un instrumento para la medición de los objetivos planteados compuesto por 35 preguntas.

### Resultados:

De una población total de 71 profesionales de enfermería se cuenta con la participación del 78,8% (n=56)

En relación a la Calidad de los cuidados enfermeros del acceso vascular, el 56% realiza punción en escalera mientras que un 35% lo realiza en área. El 70% de la población desinfecta con clorhexidina previo a punciones. El 31% de

los encuestados afirma realizar rotación rutinaria del bisel tras la punción. En el 67,8% de los casos la primera punción de una fístula la realiza el enfermero más antiguo y en un 32% el enfermero responsable ese día del paciente. En cuanto a la fijación de la aguja durante la sesión de hemodiálisis, un 57% usa el método de la corbatilla frente a un 39% que usa la doble fijación.

En relación al uso del ecógrafo por parte de los profesionales de enfermería en hemodiálisis en el 100% de los encuestados existe ecógrafo disponible en la unidad y enfermería tiene acceso a él. El 55% tiene formación en ecografía, refiriendo un 30% haberla adquirido en el hospital. Un 94% le resulta útil el uso del ecógrafo y el 25% los usos principales son punciones dificultosas, fístulas poco desarrolladas, primera punción y complicaciones previas. En un 94% de los casos se responde afirmativamente ante la pregunta de ampliar formación en ecografía vascular. Un 80% de los encuestados considera que su unidad acoge favorablemente las nuevas técnicas y herramientas.

### Conclusiones:

Encontramos una población que en relación a los cuidados del acceso vascular presenta discrepancias con las guías clínicas de actuación actuales destacando la rotación rutinaria de las agujas, la fijación de las punciones o la persona encargada de las primeras canulaciones.

En relación al uso del ecógrafo, todas las unidades disponen de un aparato para realizarlas pero no parece que desde los centros se oferte una formación continua en este ámbito, sin embargo esta formación sí es reclamada por la mayoría de los profesionales.

## Experiencia de enfermería en la puesta en marcha y desarrollo de una unidad de nefrología de atención continuada (UNAC). Seguimiento a dos años

**Sonia Mendoza Mendoza, Esther García García, José Luis Merino Rivas, Cristina Pérez Ramos, Verónica Sánchez Rodrigo, Laura Baena Ruiz**

Hospital del Henares. Madrid. España

### Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen unas necesidades de cuidado muy específicas y heterogéneas que se benefician de una atención integral e individualizada. Los profesionales sanitarios y especialmente enfermería deben asumir su atención de una forma concreta y estructurada. Como consecuencia de ello, en nuestro centro se planteó la creación de una Unidad Nefrológica de Atención Continuada (UNAC), donde se pudiesen unificar los cuidados de pacientes renales de nuestra área de atención y con ello proporcionar unos cuidados de calidad mejorando la eficacia y eficiencia de nuestra asistencia.

### Objetivos:

Evaluar nuestra experiencia en la implantación y desarrollo de la UNAC en nuestro centro, para identificar las áreas de progreso y mejora necesarias.

### Material y Método:

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes portadores. Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad realizada en la UNAC desde su apertura en enero de 2017 hasta diciembre de 2018.

### Resultados:

Se han generado un total de 4643 consultas en el periodo de estudio, con una media de 384 visitas al mes. En el año 2017 fueron 1.896 visitas y en el 2018, 2.747, con un incremento del 31%. De los aspectos más destacables, según el tipo de paciente atendido, 3.043 pertene-

cen a pacientes en programa de diálisis peritoneal (DP), 906 pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), 79 pacientes en tratamiento médico conservador y 615 de otro tipo de pacientes renales. Se realizaron 1.124 analíticas sanguíneas, 539 en 2017 y 585 en 2018, con un incremento de 8%. En el área de DP las técnicas más frecuentes fueron: curas orificio de salida: 610 totales, 233 y 377 (año 2017 y 2018 respectivamente, con un incremento del 4%), lavados/ intercambios peritoneales: 532, 159 (2017) y 373 (2018) con un incremento del 57%, consulta conjunta con el nefrólogo: 383, 173 (2017) y 210 (2018) (Diferencia: 18%) y realización de Kt/V: 344, 182 y 162 (decremento del 20%). En el área de ERCA, de forma específica se revisaron accesos vasculares, fistulas arteriovenosas (FAV), en 2017: 17 FAV y en 2018: 24 (29%). También se decidió el tratamiento renal sustitutivo en 39 pacientes en 2017 y en 24 en 2018. Otras técnicas específicas también realizadas en este periodo de seguimiento fueron las monitorizaciones ambulatorias de tensión arterial (MAPA), con 81 en 2017 y 89 en 2018, y la administración de hierro endovenoso, con 71 administraciones tanto en 2017 como en 2018.

### Conclusiones:

Tras la puesta en marcha en nuestro centro de la Unidad de Atención Nefrológica (UNAC), y tras 2 años de funcionamiento, se ha evidenciado un incremento general de las actividades. A su vez, se han estructurado diferentes áreas específicas, una vez consolidada la Unidad. Este tipo de atención continuada sin hospitalización promueve un cambio cultural en la asistencia, que puede permitir optimizar los recursos del hospital para una atención más racional y ágil, favoreciendo mantener al enfermo en su entorno habitual. Establecer esta actividad de forma estructurada no solo parece recomendable sino necesario, dado la prevalencia y peculiaridad del enfermo renal crónico.

## Fotoféresis y sus complicaciones en una unidad de hemodiálisis

**Ana Calleja Baeza, Yessica Advíncula Pomacaja, Ana Vasco Gómez, Elisabeth Lafuente Cabrero, Eva Rodríguez García, Ernestina Junyent Iglesias**

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

La fotoféresis es un procedimiento terapéutico basado en el efecto del Metoxaleno y la luz ultravioleta A sobre las células mononucleares recogidas mediante aféresis y reinfundidas posteriormente al paciente. No provoca inmunosupresión y tiene una buena tolerancia. Las complicaciones potenciales de este tratamiento son: riesgo de hipocalcemia y dificultad de acceso vascular adecuado. Está indicada para linfoma T cutáneo, rechazo de injerto contra huésped, rechazo del trasplante de órgano sólido y enfermedades autoinmunes resistentes a los tratamientos convencionales.

### Objetivos:

Describir el procedimiento de fotoféresis y presentar las complicaciones derivadas en una muestra de 27 sesiones durante 20 meses en una unidad de hemodiálisis.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo descriptivo. Se recogieron los datos de los recursos empleados, de los registros de enfermería y de las historias clínicas informatizadas desde agosto del 2017 hasta marzo del 2019.

### Resultados:

Procedimiento: coordinación de los diferentes profesionales implicados en la técnica: especialista que hace la derivación, nefrólogo referente de aféresis, enfermera referente de terapia endovenosa, enfermera nefrológica experta en aféresis. Mediante abordaje de dos vías periféricas, se somete al paciente a una aféresis por centrifugación mediante el monitor OPTIA SPECTRA para obtener un concentrado de células mononucleares en pequeño volumen (<150ml), en aproximadamente dos

horas. Se infunde citrato como anticoagulante según velocidad de la bomba de sangre. El concentrado extraído es diluido con suero fisiológico 0,9%, y se le añade psoraleno dependiendo del hematocrito de las células mononucleares recogidas, en un proceso con máxima esterilidad. La mezcla se transfiere a una bolsa y se somete a radiación UVA durante 15 minutos. Posteriormente se reinfunde el concentrado al paciente. La enfermera es la profesional encargada de la valoración continuada del paciente, así como de llevar a cabo y coordinar el proceso.

Experiencia: Se realizaron 27 sesiones a 2 pacientes. La enfermera es la responsable del monitoreo del paciente, administración de la medicación, control de los accesos vasculares y detección precoz de sintomatología de posibles complicaciones.

En las 7 primeras sesiones (25,93%) hubo dificultad en conseguir un acceso venoso que nos diera suficiente flujo para poder realizar la técnica, y en 2 de ellas (7%) no se consiguió impidiendo la realización del procedimiento. En las 20 sesiones siguientes (74,07%) sólo obtuvimos una complicación después de una hora de iniciar la aféresis por rotura de líneas desconociendo la causa.

En ninguna sesión hubo síntomas de hipocalcemia ni complicaciones derivadas de un tratamiento extracorpóreo.

### Conclusiones:

La principal complicación encontrada fue que disponer de un acceso venoso que permitiera obtener suficiente flujo sanguíneo para poder realizar el tratamiento. Se resolvió con la incorporación al equipo de la enfermera referente en terapia endovenosa.

El tratamiento ha sido bien tolerado en todos los casos y una importante complicación como la hipocalcemia se ha evitado con la adecuada administración vía oral de calcio carbonato. Es una técnica innovadora y compleja que requiere coordinación de diversos profesionales, y debe ser realizada por personal de enfermería cualificado para poder prevenir y solventar cualquier complicación de un circuito extracorpóreo.

## Fragilidad en unidades de hemodiálisis

**Irene Sánchez Albarrán, Cristina Arce Pomposo, Estefanía García-Mendendez Lisset, Dolores Piña Simón, Ana Portoles Gómez, Cristina Mohedano Ruiz**

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. España

### Introducción:

La fragilidad se suele definir como un síndrome multidimensional asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y alteración de la homeostasis.

Es un término relacionado con pacientes de geriatría.

Actualmente España es uno de los países con mayor esperanza de vida se estima en 82-83 años, esto se traduce a que cada vez existirán más pacientes con mayor comorbilidad, asociada al envejecimiento.

La carga de enfermedad en la población mayor está protagonizada por las enfermedades crónicas, junto al proceso mismo del envejecimiento, el desarrollo de deterioro funcional progresivo, la fragilidad y la discapacidad.

En nuestras unidades de hemodiálisis la media de edad está aumentando considerablemente, siendo en torno a los 58 a 68 años, por lo cual cada vez hay más pacientes que estarían dentro de este riesgo de sufrir fragilidad.

45,6% de los pacientes fue clasificado como frágil, especificando en la tabla anexa sus diferencias respecto a los catalogados como no frágiles.

Al analizar por grupos de edad, el 65% de los mayores de 75 años eran frágiles así como el 54,8% de los mayores de 65 años. El 30,8% de los pacientes menores de 65 años fueron clasificados como frágiles.

No hubo diferencias en el tiempo en técnica ni por sesión (horas/sesión/semana) entre los dos grupos, aunque si objetivamos un mayor porcentaje de catéteres en los pacientes frágiles 61,3% VS. 29,7% (p:0,009) y un menor acceso a la HD online 12,9% VS. 40,5% (p:0,011). Analizando la movilidad, los pacientes frágiles presentan mayor limitación severa: 38,7% VS. 8,1% p<0,01 (SPPB) y mayor alteración de la marcha: 32,3% VS. 8,1% p:0,12 (nivel <5 en la escala FAC). También los pacientes frágiles tenían mayor dependencia según la escala de Barthel: 41,9% VS. 13,5% p:0,009 y mayor comorbilidad en índice de Charlson: 8,9 (DE 2,4) VS. 7,6 (DE 2,6) p:0,04.

### Material y Método:

Realizamos un estudio transversal y descriptivo, en el que estudiamos 68 pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica.

Para llevar a cabo el estudio valoramos: fragilidad (Cuestionario de criterios de fragilidad de FRAIL), actividades básicas de la vida diaria (Índice de dependencia de Barthel), movilidad (Evaluación de la capacidad de la marcha (FAC) y Show Physical Performance Battery (SPPB), comorbilidad (Índice de Charlson).

### Resultados:

La edad media fue 67,4 años DE 14,10. El 61,8% eran mayores de 65 años y un 29,4% mayor de 75 años. El

### Conclusiones:

La fragilidad es una realidad en nuestras unidades de hemodiálisis, llegando a ser casi un 50% de nuestra población estudiada.

Es un síndrome que se suele asociar con el envejecimiento, pero como objetivamos en nuestro estudio también se puede presentar en personas más jóvenes.

Son pacientes con mayor limitación en la movilidad, mayor dependencia y con menor acceso a la HD online y mayor porcentaje de catéteres.

Es muy importante incorporar a nuestra rutina alguno de estos test para identificar ese problema, ya que a veces con medidas e intervenciones específicas se puede revertir el problema.



## ¿Hemos encontrado el sellado de catéteres para hemodiálisis ideal? Revisión bibliográfica

**Rubén Sierra Díaz**

Hospital Universitario del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

El incremento de pacientes que requieren hemodiálisis (HD) mediante catéter venoso central (CVC) se presenta como una realidad bastante habitual, tanto por la falta de acceso vascular nativo (FAV) o protésico como por la necesidad de iniciar diálisis de forma urgente.

El CVC como acceso vascular en diálisis presenta diversos problemas, como son disfunción e infección, disminuyendo la eficacia dialítica, y confiriendo alta morbimortalidad (episodios de bacteriemia y trombosis).

Una solución ideal de sellado de catéteres de HD debería: tener una actividad antimicrobiana de amplio espectro, impedir la formación de cepas resistentes, actuar de forma efectiva como anticoagulante, prevenir la formación y destruir el biofilm, ser biocompatible, no tóxico y seguro.

### Objetivos:

Realizar una revisión bibliográfica retrospectiva de publicaciones sobre los diferentes sellados de catéteres en HD.

### Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través las bases de datos: Medline, CUIDEN, Cochrane Library Plus, Pubmed, Scielo. Se incluyeron artículos científicos que estudiaban el uso de soluciones para el sellado de CVC de HD, publicados a partir del 2010 en castellano y/o inglés, desde una perspectiva de enfermería.

Se obtuvieron 36 artículos, de los cuales finalmente se seleccionaron 26 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

### Conclusiones:

De los 26 artículos seleccionados, se trataron en estudios los siguientes tipos de sellados:

- Citrato.
- Heparina sódica.
- Urokinasa.
- Fibrilin.

- Suero fisiológico (SF) al 0,9%.
- Taurolock.
- Gelafundina.

Así como su comparativa entre algunos de ellos.

Las conclusiones obtenidas fueron:

1. En relación a la heparina sódica o su comparación con otros sellantes encontramos los siguientes resultados:

El sellado con heparina se ha asociado con complicaciones hemorrágicas recomendándose por ello, la menor concentración de heparina para prevenir la disfunción por trombosis.

El citrato presenta menor número de infecciones, tanto locales como sistémicas sin encontrar diferencias significativas en la incidencia de trombosis, ni uso de fibrinolíticos.

El fibrilin, tendría menor tasa de número de manipulaciones del CVC.

El SF 0,9% aplicando presión positiva, constituye una alternativa en pacientes que presentan reacciones alérgicas, hemorragia o alguna contraindicación para utilización de heparina.

La gelafundina como sellado, precisó más protocolos de urokinasa pero menos utilización de inversión de ramas.

La monodosis de heparina 20 UI/ml, resulta ser una solución que presenta mayor eficacia y menor coste.

2. En cuanto a los artículos que hacían referencia a la urokinasa o su comparativa con otros sellantes, obtuvimos que:

El uso de urokinasa 5.000 UI/ml y la disfunción del CVC, se establece como dosis igual de efectiva que uso de urokinasa 10.000 UI/ml.

Ligera mejoría en los parámetros de funcionalidad y eficacia dialítica de los CVC sellados con Taurolock sin conllevar riesgos ni efectos secundarios, aunque sin significación estadística en comparación con Urokinasa 10000UI.

Concluimos que aún falta evidencia para determinar el uso de un sellado específico como recomendación universal, ya que la mayoría de los artículos revisados se centran en pequeñas muestras y/o períodos cortos de estudio.

# Humanizar en la sala de hemodiálisis. Percepción de los profesionales de enfermería

**Verónica Martín Guerrero, Elena Martín García, Violeta Hernández de Arribas, Gema Palacios García**

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

## Introducción:

Hay numerosas evidencias científicas que respaldan la relación entre los espacios físicos, la realización de actividades recreativas y el proceso salud-enfermedad, tanto los profesionales sanitarios como los pacientes pueden ver incrementada la calidad de la atención percibida y de los cuidados. Un paciente satisfecho es un paciente que colabora más en su autocuidado y al mismo tiempo vive de una forma menos traumática la sesión de hemodiálisis, siendo éste el objetivo de unos cuidados humanizados por parte de los profesionales.

## Objetivos:

Conocer la percepción del profesional de enfermería en relación a la humanización en la sala de hemodiálisis.

## Material y Método:

Estudio descriptivo transversal observacional, en el que participaron 43 profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de hemodiálisis de nuestro hospital. Al no encontrar en la bibliografía ninguna escala validada para medir el objeto de estudio se autodiseña una encuesta para alcanzar el objeto de estudio. Dicha encuesta consta de 19 preguntas cerradas y dos abiertas.

## Resultados:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Los resultados revelan que un 67% de los profesionales

de enfermería afirman que incorporan la humanización en los cuidados diarios del paciente durante la sesión de hemodiálisis. Así mismo un 18% considera que la aplicación de estas actividades supone una carga extra de trabajo en el día a día.

Por otro lado casi el 80% de los encuestados estaría dispuesto a realizar diversas actividades durante la sesión de hemodiálisis, y con el mismo porcentaje encontramos que los profesionales de enfermería consideran que serían bien acogidas por parte de la mayoría de los pacientes.

Los resultados muestran que según la percepción de los trabajadores, presenciar música en directo durante la realización de la sesión de hemodiálisis, podría ser una medida a aplicar para disminuir el nivel de estrés y ansiedad tanto de trabajadores como de pacientes, afirmando que se trata de una terapia beneficiosa para ambos.

## Conclusiones:

En la sala de hemodiálisis la humanización es percibida por los profesionales de enfermería como un conjunto de intervenciones a tener en cuenta en el proceso del cuidado de calidad de los pacientes. Dicha percepción queda de manifiesto en las numerosas propuestas por parte de los encuestados, en relación tanto en la modificación del entorno como en la sugerencia de diversas actividades a realizar, que serán evaluadas para su puesta en marcha, todo ello para conseguir una hemodiálisis más humanizada.

## Implementación de un programa psicosocial para mejorar la calidad de vida los pacientes en un centro de hemodiálisis concertado: resultados de un año de experiencia

Jessica Antelo Álvarez, M<sup>a</sup> José Pastoriza Costas, Rosa María Álvarez Pedrouso, Omar R. Lafuente Covarrubias

Clínica de Souto Boo. A Coruña. España

### Introducción:

En colaboración con una asociación de personas con enfermedad renal, el equipo de enfermería y personal médico de la unidad de hemodiálisis, se han puesto en marcha un plan de intervención multidisciplinar y pionero en España para ayudar a pacientes en hemodiálisis en cuanto a problemas psicosociales y vinculados a las Actividades de la Vida Diaria (AVD). La terapeuta ocupacional de la asociación en coordinación con otros servicios de la entidad, implementa actividades semanales en la clínica vinculadas a las necesidades detectadas junto con el personal de enfermería.

### Objetivos:

- Detectar e intervenir sobre necesidades nutricionales, psicológicas, familiares, económicas, laborales o de las AVD.
- Desarrollar actividades de terapia ocupacional vinculadas con necesidades reales de las personas.

### Material y Método:

Estudio observacional y transversal con pacientes de la clínica de hemodiálisis de enero a diciembre 2018.

Se formó al personal de la clínica para detectar necesidades psicosociales en las personas usuarias, que derivarán a través de una plataforma online. La terapeuta ocupacional se encarga de pasar un cuestionario sociodemográfico y la escala de Barthel para analizar la situación sociofamiliar y/o económica, así como el grado de independencia en las AVD de los pacientes. En función de los resultados obtenidos, se plantean estrategias de intervención: derivación a recursos del entorno, actividades durante el tratamiento de hemodiálisis (implementadas por la terapeuta ocupacional en colaboración

con el personal de enfermería) o derivación a otros servicios de la asociación (trabajo social o psicología).

### Resultados:

De los 123 pacientes totales de la clínica en 2018 (prevalentes e incidentes), se evaluó por medio de un cuestionario sociodemográfico y la escala de Barthel; un total de 85 (69,1%) pacientes; 70 (82,3%) identificados por la intervención directa de la terapeuta ocupacional y 15 (17,7%) derivados por el equipo de enfermería a través de la plataforma online. De esos 85 pacientes, 63 (74,1%) eran hombres (rango de edad 39 y 86 años) y 22 mujeres (25,9%) (rango de edad 61 y 90 años). El 10,59% de ellos vivían solos, un 23,53% con su pareja y cerca del 50% residían en el rural. Se realizaron 20 intervenciones psicológicas para manejo de situaciones de ansiedad y/o depresión; se han tramitado 10 certificados de discapacidad que permitieron el acceso a recursos de su entorno; se han gestionado 10 ayudas a domicilio y 4 dependencias en coordinación con los servicios sociales. Durante el tratamiento, la terapeuta ocupacional ha trabajado con 11 pacientes las AVD, ha asesorado a 15 en productos de apoyo y programado sesiones con 7 para adaptar hábitos y rutinas anteriores a la nueva situación de salud.

### Conclusiones:

Durante 1 año de implementación de este programa, se han realizado un total de 85 intervenciones. Se constata la necesidad de mantener este proyecto de intervención multidisciplinar en un centro de hemodiálisis concertado, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes e influir positivamente en el impacto que la enfermedad renal y el tratamiento de hemodiálisis tiene sobre los pacientes.

## Importancia de la enfermera de enfermedad renal crónica avanzada en la selección de técnica de diálisis

**María Ángeles Moraza Echevarria, Rosa Madinabeitia Merino, Griselda Gallegos Robles, Leire García Brizuela, José Ignacio Minguela Pesquera**

Hospital Txagorritxu. Álava. España

### Introducción:

La consulta ERCA tiene entre sus objetivos la selección informada de la técnica de tratamiento renal sustitutivo (TRS) y el ajuste de la dieta para el control de los parámetros analíticos sanguíneos. En nuestra unidad llevamos con un registro de los pacientes en consulta ERCA desde mediados de 2006.

### Objetivos:

El objetivo de este estudio es analizar la técnica inicial de TRS de los pacientes sometidos a una información estructurada.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo realizado en la consulta ERCA de nuestro centro. Se incluyen todos los pacientes que comenzaron seguimiento en esa consulta desde el 1/1/2007 hasta 31/12/2018. La información que se les da está estructurada en 3 fases: una fase inicial de acercamiento en el que se les informa de dieta y generalidades de tto renal sustitutivo donde se les dan folletos informativos sobre ambos conceptos. Una segunda fase en el que se informa de forma más exhaustiva de las distintas técnicas de TRS, se les entrega un vídeo y acuden a hablar con pacientes y ver las unidades de nuestro centro (DP y HD). Una tercera fase en el que se resuelven dudas y se refuerza la información que precisen los pacientes. Respecto a la dieta, según los valores sanguíneos y los gustos culinarios de los enfermos se adaptan las recomendaciones para que sean fáciles de entender y las cumplan.

Se registran elección del paciente, destino final del paciente, tiempo en consulta ERCA. Estadística descriptiva y comparación de medias mediante t student y ANOVA.

### Resultados:

Comenzaron seguimiento en la cta ERCA en esos años 442 pacientes con una edad media de  $66,5 \pm 15,6$  (17-91). De este grupo de pacientes 105 siguen seguimiento actualmente en la consulta. En los pacientes en los que se registró la técnica elegida como inicio de TRS el 44,4% escogieron HD, un 39,2% DP, un 3,8% Tx de vivo y un 12,33% tto conservador. El tiempo de seguimiento en la consulta es muy variable. La mediana es de 14 meses (6-30).

De estos pacientes 337 han acabado seguimiento en nuestra consulta. De ellos, 118 (35,08%) comenzaron TRS mediante hemodiálisis, 115 (34,12%) lo hicieron en DP. Hubo 77 pacientes que fallecieron durante el seguimiento en consultas.

La edad sí influyó en la técnica con la que comenzaron TRS. Los pacientes de HD eran mayores que los de DP ( $66,3 \pm 15,1$  VS.  $58,8 \pm 15,5$  años) ( $p < 0,001$ ). Con respecto a la elección de técnica también se objetiva algo similar. Y los que escogieron tratamiento conservador eran los más mayores ( $81,5 \pm 6,44$  años) (ANOVA;  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias entre técnicas con respecto al tiempo de seguimiento en consulta (ANOVA;  $p = 0,427$ ).

### Conclusiones:

Una información estructurada, en fases, por parte de la enfermera de consulta ERCA permite realizar una selección informada e igualar los porcentajes de inicio de HD y DP.

## Importancia de una intervención multidisciplinar para el manejo de la nutrición en el centro escolar en pacientes pediátricos afectos de enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento de hemodiálisis

**Inmaculada Moreno González, Ruth María González Ponce, Inmaculada García Campaña, María Dolores Rico de Torres, María Ángeles García Ortega**

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

### Introducción:

La alimentación es un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes afectos de ERCA.

Los pacientes pediátricos necesitan una dieta personalizada con distinciones respecto a los adultos, pues están en etapa de crecimiento, por lo que, además de proteger su salud debemos promover un crecimiento adecuado.

Es por tanto muy importante la intervención de un equipo multidisciplinar que asegure la correcta nutrición del paciente tanto en el ámbito hospitalario, domiciliario, como escolar.

### Objetivos:

Promover el crecimiento normal del paciente pediátrico en hemodiálisis.

Subrayar la necesidad actual de la elaboración de menús personalizados para pacientes pediátricos de hemodiálisis y su puesta en marcha en centros educativos.

Presentar el plan de actuación de nuestro equipo multidisciplinar para asegurar una correcta alimentación de nuestros pacientes en los centros educativos.

### Material y Método:

Nuestra unidad es referente de una amplia zona de influencia, parte de la cual cuenta con muy poco recursos económicos; varios de nuestros pacientes en tratamiento de hemodiálisis acuden a comedor en su centro escolar, (por la necesidad de sus progenitores de estar en el mundo laboral) sin tener una dieta específica para los pacientes renales y presentando una analítica semanal con alteración de iones a pesar de dar recomendaciones nutricionales tanto a familiares como al centro educativo, es por ello por lo que decidimos con el objetivo de mejorar sus valores analíticos, elaborar una guía de nutrición para pacientes pediátricos en hemodiálisis y la elaboración de menús adaptados para

nuestros pacientes a los centros escolares.

Para elaborar dichos menús se ha reunido en sucesivas ocasiones el equipo multidisciplinar de la unidad compuesto por:

Equipo de: Gastroenterología,  
Dietética

Unidad de hemodiálisis.

Nutricionista de la asociación ALCER Málaga.

Profesorado del hospital perteneciente a la junta de Andalucía.

Tras la elaboración de La guía de nutrición nos ponemos en contacto con los centros escolares y presentamos la propuesta para garantizar la adecuada alimentación de nuestros pacientes, estos a su vez lo presentan en la empresa de catering que le suministra los almuerzos de los alumnos, aceptando la propuesta.

Nos facilitan todos los menús que van a elaborar durante el curso escolar y los adaptamos realizando las modificaciones necesarias para nuestros pacientes.

Se aportan datos analíticos y menús.

### Resultados:

Tras la puesta en marcha de menús adaptados en centros escolares para niños con ERCA en tratamiento con hemodiálisis, los pacientes han mejorado notablemente los valores analíticos de iones repercutiendo en una mejora de calidad de vida y estado de salud.

### Conclusiones:

Nuestra experiencia muestra excelentes resultados analíticos al poner en marcha las dietas adaptadas para pacientes pediátricos afectos de ERCA en tratamiento con hemodiálisis en los centros escolares, ya que considerábamos que debían tener las mismas oportunidades de una correcta alimentación, que un escolar con celiaquía, intolerante a lactosa o diabético.

Por otra parte esto facilita a los progenitores, a compatibilizar su vida laboral con el cuidado del niño.

## Intervención: imágenes de una vida para el empoderamiento de personas en tratamiento de hemodiálisis

**Brígida Sáez Aguilà, Marta Tendero Pérez, Carolina Sorolla Villas, M<sup>a</sup> Carmen Sáez Bellobi, Ouafa Belhadi Toumi**

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lerida. España

### Introducción:

Las relaciones de empoderamiento mejoran la colaboración entre los profesionales de la salud y la persona, ayudando a promover la participación proactiva y preferida en el manejo de la salud.

### Objetivos:

Valorar la Intervención: imágenes de una vida para el empoderamiento de personas en tratamiento de hemodiálisis.

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal.

Se incluyeron 6 pacientes que habían recibido la intervención; Imágenes de una vida tras consentimiento informado, durante el periodo de estudio de enero a marzo de 2019.

Las variables analizadas fueron: Edad, género, ámbito de residencia, soporte familiar, dependencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), calidad de vida relacionada con la salud percibida (Termómetro EuroQol-5 de autovaloración del estado de salud), objetivos de salud, disposición para el autocuidado, fortalezas para el autocuidado, grado de satisfacción tras la intervención.

Se realizó una estadística descriptiva de las diferentes variables analizadas.

La intervención consistió en:

- Semana 1: Elaboración de un póster con imágenes y opiniones aportadas por los pacientes, con la colaboración de familiares y profesionales sanitarios.
- Semana 2: Difusión del póster mediante presentación a los compañeros de hemodiálisis, familiares, profesionales sanitarios y público invitado.

### Resultados:

La media de edad de los pacientes estudiados fue de 65,5 años.

El 50% (n=3) fueron hombres y el ámbito de residencia resultó ser rural en el 83,3% (n=5) de los pacientes analizados.

El 16,7% (n=1) refirió no presentar apoyo familiar.

En cuanto a grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria el 66,6% (n=4) resultó ser leve o moderado.

El 50% (n=3) refirió en el día de la intervención una puntuación superior a 70 en el termómetro EuroQol de autovaloración del estado de salud.

Objetivos de salud: El 50% (n=3) quería mantener un adecuado régimen terapéutico, el 33,3% (n=2) deseaba poder llevar una "vida normal" el 16,7% (n=1) pretendía no suponer una carga para su familia.

En relación a la disposición para el autocuidado: el 50% estaba dispuesto a autocuidarse.

Las fortalezas para el autocuidado referidas fueron la positividad en un 50% (n=3), la confianza en el equipo sanitario 33,3% (n=2) la familia 16,7% (n=1) y los compañeros de hemodiálisis en un 16,7% (n=1). Estas fortalezas alcanzaban el 100% si se tenía en cuenta la totalidad del contenido reportado por los pacientes en la presentación de la intervención.

Valoración de la satisfacción: La intervención alcanzó la máxima puntuación el 100% (n=6) de los pacientes

### Conclusiones:

1. La intervención imágenes de una vida resultó ser útil en conductas que facilitan el empoderamiento como el conocimiento de información en relación con aquello que ayuda al logro de la salud de la persona.
2. La positividad, confianza en el equipo sanitario, el apoyo familiar y los compañeros pueden ser refuerzos en el autocuidado.
3. La intervención fue percibida como muy satisfactoria por parte de los pacientes en hemodiálisis.

## Intervenciones educativas para mejorar el conocimiento de los niveles de fósforo en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodialisis. Mejora de la adherencia al tratamiento: estudio transversal

José Guerrero Carrillo, Ana Casaux Huertas, Juana Elizabeth Cabrejos Castillo

Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid. España

### Introducción:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) presentan limitaciones en cuanto a los alimentos que pueden incluir en su dieta. El control de los niveles de fósforo es fundamental para evitar los trastornos mineral óseo asociados a este elemento, el cual está presente en la mayoría de los alimentos ingeridos y que resulta tan perjudicial en los pacientes con IRC. Detectar dudas va a permitir establecer una estrategia para aclarar el déficit de información y educar a los pacientes en su autocuidado pudiendo así llevar una alimentación adecuada a su enfermedad renal crónica y mejorar por tanto la adherencia al tratamiento.

### Objetivos:

Demostrar que las acciones formativas mejorarán la adhesión del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, al tratamiento renal mediante un mayor control de la información sobre el contenido de fósforo de los alimentos.

### Material y Método:

Estudio trasversal con 48 pacientes de una unidad de diálisis. Se recogieron variables sociodemográficas, se

evaluó los conocimientos sobre la dieta renal de los pacientes mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos ricos en fósforo. Para medir la adhesión de los pacientes a la dieta con niveles bajos en fósforo, utilizamos el cuestionario DDFQ Vlamick, 2011 y recogimos valores de fósforo plasmático antes y después de las acciones formativas.

### Resultados:

La puntuación conseguida mediante el cuestionario de consumo de alimentos antes de las acciones formativas es de 80 puntos y pasa a 74 puntos después de las acciones formativas, la puntuación del cuestionario DDFQ pasa de 3 puntos a 2 puntos post-intervenciones educativas y los niveles de fósforo aumentan aunque no de forma estadísticamente significativa de 4,44 mg/dl a 4,55 mg/dl.

### Conclusiones:

Los pacientes ERC en hemodiálisis han aumentado la adhesión al tratamiento tras una acción formativa que aumente el nivel de conocimientos sobre la cantidad de fósforo que contienen los alimentos.

## La guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis del 2017: ¿conocemos y trabajamos con las nuevas recomendaciones?

**Sonia Mendoza Mendoza, Esther García García, José Luis Merino Rivas, Laura Baena Ruiz, Raquel Moya Malillos, Jessica López Salas**

Hospital del Henares. Madrid. España

### Introducción:

El acceso vascular para el paciente renal es vital y de máxima importancia. Aunque se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas, nuevos dispositivos y materiales, métodos de vigilancia del acceso vascular (AV), el punto clave para la supervivencia de las fistulas arteriovenosas (FAV) tanto nativas como protésicas continúan siendo los cuidados relacionados con la propia canulación del AV. En 2017 se publicaron las guías españolas del AV, donde se establecieron las recomendaciones más aceptadas hasta el momento, basadas en la evidencia científica publicada en los últimos años.

### Objetivos:

Determinar la práctica diaria en el manejo del AV, específicamente en el área de canalización, en nuestra unidad y establecer una comparativa con las recomendaciones que se establecen en las actuales guías del AV. Secundariamente, mostrar los resultados y hacer hincapié en la difusión de estas nuevas guías para los profesionales encargados del cuidado de los accesos vasculares.

### Material y Método:

Se evaluaron diversos aspectos claves de la punción del AV a través de una encuesta de 10 cuestiones, con respuesta múltiple, de forma individualizada, a todo el personal de la unidad de Hemodiálisis desde enero de 2019 hasta marzo del 2019.

Secundariamente, se realizó una comparativa de resultados con las recomendaciones de las guías y se mostraron los resultados a todo el personal para establecer un consenso de cuidados del AV, basado en dichas guías.

### Resultados:

La encuesta se realizó a 16 enfermeras de la unidad. Respecto a la orientación del bisel en la punción, aunque las guías recomiendan hacia arriba, el nivel de concordancia fue solo de un 37%. Respecto a si la orientación del bisel durante la punción modificaba el dolor, sin evidencia aceptable en la guía, el nivel de concordancia fue del 37%. Respecto a la dirección de la aguja arterial y de la venosa, donde las guías recomiendan ambas en posición anterógrada, esta respuesta fue concordante con las guías en un 56%. En relación con la práctica de rotar la aguja en la canalización, que la guía actualmente desaconseja, el nivel de concordancia fue del 43%. Respecto a la técnica de punción electiva, recomendable en escalera, la concordancia de las encuestas fue del 94%. En relación con la evidencia sobre la técnica de ojal o button-hole, aceptado que produce menos aneurismas, aunque presenta mayor riesgo de infecciones, la concordancia fue del 56%. Respecto a la recomendación de la compresión por el propio paciente en el momento de la canulación de la FAVn el nivel de concordancia fue solo del 13%.

### Conclusiones:

El acceso vascular es de vital importancia para el enfermo renal y enfermería es responsable directo de sus cuidados.

Para poder conseguir una mayor supervivencia del acceso venoso la formación continuada y el conocimiento de las nuevas herramientas es fundamental para poder proporcionar cuidados de calidad al paciente renal.

La tasa de concordancia con las guías actuales es menor de lo esperado por lo que es necesario continuar insistiendo en su difusión y replantear continuamente nuestra práctica clínica habitual.



## La pauta de hemodiálisis incremental ofrece resultados favorables para el acceso vascular. Experiencia de un centro durante diez años

**Esther García García, Sonia Mendoza Mendoza, José Luis Merino Rivas, Verónica Sánchez Rodrigo, Laura Baena Ruiz, Vicente Paraiso Cuevas**

Hospital del Henares. Madrid. España

### Introducción:

La pauta de hemodiálisis (HD) incremental (HDI) al inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) (2 HD por semana) puede presentar aspectos positivos para un grupo seleccionado de pacientes. Mantener la diuresis residual, una mejor tolerancia a la HD así como una mayor calidad de vida son beneficios conocidos. El menor número de punciones, la no necesidad de flujos elevados y los tiempos de recuperación entre cada sesión de HD pueden ser factores protectores para el acceso vascular.

### Objetivos:

Analizar la evolución y las complicaciones de los accesos vasculares de los pacientes incidentes en HD de nuestra Unidad, con pauta de HDI (inicio de HD 2 veces por semana) durante 10 años.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo observacional de pacientes incidentes en HD incremental en nuestro centro desde 2007 hasta el 2017. Análisis de las complicaciones y supervivencia primaria y secundaria del acceso vascular. Se ha analizado la evolución del acceso vascular, la necesidad de angioplastia, la funcionalidad de los mismos y las complicaciones asociadas.

### Resultados:

En el periodo indicado, 153 pacientes han iniciado TRS mediante HD, 45 de los cuales iniciaron HD en pauta

incremental. De los 45 pacientes, se han excluido 10 pacientes porque estuvieron menos de 6 meses en HDI y 2 porque recuperaron función renal residual. Finalmente han cumplido criterios de HDI 33 pacientes, 27 varones y 6 mujeres. Treinta y uno de ellos cambiaron de pauta durante el seguimiento. Dos pacientes siguen en HDI a fecha de cierre del estudio. El tiempo medio en HDI fue de 16 meses  $\pm 13$  (Rango: 6-81) y el tiempo medio en HD total fue de 31 meses  $\pm 19$  (rango: 11-96). Los tipos de acceso vascular fueron: 25 FAV autólogas, 3 prótesis de PTFE y 5 catéteres tunelizados (CT). Cuatro de los pacientes portadores de CT presentaron FAV funcionantes. De todas la FAV autólogas, en total 29 en este periodo de tiempo, cuatro de ellas presentaron un evento trombotico (a los 12, 11, 84 y 23 meses) y dos evidenciaron estenosis sin trombosis (a los 12 y 18 meses). La tasa de trombosis fue del 12% a lo largo del seguimiento y de un 20% de estenosis. La patencia primaria de las FAV complicadas fue de 12 meses. La situación final de las FAV autólogas fue de: 11 casos con trasplante renal funcionante, 10 en HD, 3 veces por semana, 2 en 2 HD/semana y 6 fallecidos con FAV funcionante.

### Conclusiones:

La HDI es una alternativa de inicio de TRS que puede aportar beneficios al acceso vascular. Hemos observado un número bajo de complicaciones y una buena supervivencia del acceso vascular al menos a corto plazo. Sería necesario un mayor número de pacientes en esta técnica para verificar nuestros hallazgos.

## Pacientes mayores de ochenta años que inician diálisis: incremento progresivo de esta población y adecuada adaptación al tratamiento

**Almudena Acero Carrero, Antonio Gascón Mariño, Alicia Lacasa Sánchez, Ana Vicente Vicente, Teresa Rueda López, Esther Gascón Fuertes**

Hospital Obispo Polanco de Teruel. España

### Introducción:

Los pacientes mayores de 80 años que llegan a enfermedad renal crónica avanzada se están incrementando en los últimos años. No hay evidencia de la mejor actividad terapéutica en estos pacientes. En nuestra Unidad de Diálisis hemos evidenciado una adecuada adaptación de estos pacientes a la Diálisis (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal). Por ello nos planteamos hasta dónde llegar en la inclusión de pacientes ancianos en Diálisis. Es una cuestión de difícil solución ya que implica aspectos médicos, socioeconómicos, familiares y éticos.

### Objetivos:

Describir la población de pacientes que iniciaron Diálisis con más de 80 años en nuestra área de salud y comparar la supervivencia de nuestros pacientes con otra serie de pacientes ancianos de una reciente publicación (Martínez Echevers y col. Nefrología 2016).

### Material y Método:

Estudio descriptivo de los pacientes prevalentes en Diálisis en abril de 2019 en nuestra Unidad de Diálisis y que habían iniciado diálisis siendo mayores de 80 años.

### Resultados:

Los 56 pacientes en Diálisis en abril de 2019 en nuestra Unidad presentan una distribución por sexo: 39 hombres y 17 mujeres. Edad media: 72,46 años. En hemodiálisis en hospital 44, hemodiálisis en domicilio 3 y en diálisis peritoneal 9. Causas de insuficiencia renal: nefropatía vascular 24, nefropatía diabética 18, glomerulonefritis 8, poliquistosis renal 2, nefropatía intersticial 1, no conocidas 3.

Mayores de 80 años hay 22 pacientes (15 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 85,8 años y representan el 39,28% de los enfermos en diálisis. Su media de permanencia en diálisis es de 33,8 meses y la mediana de 24 meses (rango de 2 a 112 meses).

Si restringimos el análisis a los pacientes que comenzaron diálisis con más de 80 años se reducen a 17 casos (11 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 86,7 años, una permanencia media en diálisis de 25,29 meses y mediana de 21 meses (rango de 2 a 66 meses). De ellos, 2 en diálisis peritoneal y 15 en hemodiálisis. De los pacientes en hemodiálisis 8 se dializan mediante fístula arteriovenosa (4 hombres y 4 mujeres) y 7 con catéter de hemodiálisis tunelizado (6 hombres y 1 mujer).

### Discusión:

En una reciente publicación, Martínez Echevers y col. Nefrología 2016, los autores indicaban que los 15 pacientes mayores de 80 años seguidos en su centro hospitalario en diálisis presentaron una mediana de supervivencia de 14 meses. Con este resultado los autores concluían que en pacientes mayores de 80 años la diálisis no mejoraba la supervivencia en este grupo de edad. En nuestra experiencia no es así, y creemos que es un grupo de edad al que sí se le debe ofertar diálisis.

### Conclusiones:

La diálisis a pacientes mayores de 80 años es una realidad actualmente. Realizar una correcta selección de pacientes permite una adherencia al tratamiento en este grupo de edad y una adecuada supervivencia. Creemos que no hay que negar la diálisis al paciente anciano y que un seguimiento estrecho permite prolongar su supervivencia con una aceptable calidad de vida.

## Participación de enfermería en el estudio de tensión arterial y riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome de apnea del sueño de novo

**María Marcos Hidalgo, Carmen Gutiérrez Martín, Sonia Velasco Ballester**

Hospital General de Segovia. España

### Introducción:

El síndrome de apnea del sueño (SAS) es un trastorno crónico, caracterizado por episodios repetidos de apnea-hipoapnea durante el sueño, con despertar nocturno y somnolencia diurna. Su prevalencia se estima en un 7% de la población general y es mayor entre la población hipertensión arterial (HTA). Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen la obesidad, la edad avanzada, sexo varón e historia familiar. La HTA relacionada con el SAS es una causa conocida de hipertensión secundaria y resistente.

La hipótesis del estudio es que un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de SAS y sin tratamiento tienen HTA y niveles elevados de aldosterona sérica. Estos niveles de aldosterona sérica elevada pueden relacionarse no sólo con niveles de renina sino también con obesidad, exceso de grasa corporal y otros datos de síndrome metabólico. Posiblemente el tratamiento específico con presión positiva continua aérea (CPAP) ayude a mejorar el control de TA (tensión arterial) pero no sabíamos qué efecto podía tener sobre los niveles de aldosterona y los datos de síndrome metabólico.

### Objetivos:

Entre los objetivos del estudio queremos saber la prevalencia de Hipertensión arterial, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de SAS de novo, y ver el efecto que el tratamiento del SAS mediante CPAP tiene en la TA y en los parámetros bioquímicos estudiados.

Un total de 36 pacientes, todos diagnosticados de SAS grave, con indicación de CPAP, han participado en el estudio.

A su llegada a la consulta de enfermería:

1. Una TA en consulta de enfermería y una monitorización continua de tensión arterial (MAPA de 24 horas)

que se coloca el mismo día de la consulta de Neumología y se retira al día siguiente, los resultados son valorados por el Nefrólogo que determina el grado de HTA según los criterios internacionales.

2. Valoración de composición corporal que incluye: Peso, Talla, perímetro abdominal, Bioimpedancia multifrecuencia (BCM) para determinar: masa grasa, masa magra, agua extracelular.
3. Extracción de analítica de rutina con análisis de parámetros asociados con riesgo cardiovascular y síndrome metabólico.

Dos meses después de haber indicado tratamiento para el SAS con CPAP, son reevaluados analizando el cumplimiento y tolerancia a la CPAP y repitiéndose el estudio basal.

### Método:

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

### Resultados:

Tras dos meses de tratamiento con CPAP se objetiva una reducción, significativa, de PA tanto sistólica como diastólica durante el periodo diurno. No se registraron variaciones significativas en los valores analíticos estudiados, ni en parámetros antropométricos. Tampoco hubo cambios significativos en parámetros por bioimpedancia.

### Conclusiones:

La introducción de la CPAP, como complementaria al tratamiento basal, permitió una reducción significativa en el control de presión arterial durante el periodo diurno, destacando la importancia de la participación de un equipo multidisciplinar con este tipo de pacientes.

## Percepción de control y conducta de adhesión a la restricción de líquidos

**Carmelo Iborra Molto, Sofía Ivorra López, Sofía López Roig, María Ángeles Pastor**

Hospital General de Elda Virgen de la Salud. Alicante. España

### Introducción:

La falta de adhesión a la restricción de líquidos puede tener consecuencias graves para la salud. Frecuentemente, los pacientes presentan dificultades para seguir el tratamiento y es necesario desarrollar estrategias basadas en la evidencia que permitan a los profesionales de la salud mejorar la motivación del paciente hacia la adhesión.

La percepción de control sobre una conducta es un predictor importante de la intención de realizarla y de su ejecución real. Se refiere tanto a percibirse capaz de realizarla ya que la conducta está bajo el propio control, como a la percepción de dificultad o facilidad para realizarla en función de barreras o facilitadores externos.

### Objetivos:

Describir la percepción de control sobre la conducta de adhesión a la restricción de líquidos y establecer su capacidad predictiva sobre la conducta.

### Material y Método:

Estudio observacional trasversal. Desde el marco de la Teoría de la acción planeada se elaboró un cuestionario para medir: Conducta: ¿Durante el último mes, ha tomado usted menos de un litro de líquidos al día? (0=Ningún día; 10=Todos los días); Intención: "Para evitar complicaciones entre hemodiálisis, ¿durante el próximo mes tiene intención de tomar menos de un litro de líquidos al día?". (0=Ningún día; 10=Todos los días); Percepción de control (capacidad): "Si quisiera, podría fácilmente tomar menos de un litro de líquido al día durante el próximo mes. (0=Totalmente en desacuerdo / 10=Totalmente de Acuerdo)"; Percepción de control (dificultad):

"Para mí, tomar menos de un litro de líquido al día durante el próximo mes es: (0 = Difícil /10 = Fácil)".

Hemos realizado análisis descriptivos y de regresión múltiple.

### Resultados:

La muestra de estudio, tras aplicar los criterios de exclusión fue de 146 pacientes en tratamiento en hemodiálisis, 97 varones (66,4%) y 49 mujeres (33,6%).

El tiempo medio en el programa de hemodiálisis fue de 6,3 años (75,5 meses; IC 95%: 64,1-86,8; DT: 68,5) y se distribuye entre 4 y 355 meses.

La media de puntuaciones para la conducta, intención, facilitadores y barreras (C1) y capacidad (C2) fue de 5,5 [4,8-6,2]; 6,9 [6,3-7,4]; 4,1 [3,6-4,7] y 6,2 [5,7-6,8] respectivamente.

La Intención explica un 13,5% de la varianza de la Conducta referida ( $F=23,31$ ;  $gl=1$ , 142;  $p=.000$ ). Cuando introducimos además la Percepción de control, el porcentaje de varianza aumenta a 22,5% ( $F=21,70$ ;  $gl=1$ , 141;  $p=0.001$ ).

### Discusión:

El control percibido por los pacientes, está influido por la adopción de las pautas individuales de adhesión y sus dos componentes están relacionados con la conducta de restricción de líquidos. La mayoría responde que les resulta difícil seguir la pauta recomendada de adhesión, pero que si quisieran podrían realizarla. Este punto es importante tenerlo presente en el desarrollo de programas de intervención para mejorar la adhesión a la restricción de líquidos. Trabajar sobre la percepción de control permite mejorar los efectos de la intención motivacional hacia la conducta mejorando su capacidad predictiva.

## Plasmaféresis terapéutica, ¿una técnica en auge? Experiencia durante los últimos seis años

Beatriz Domínguez Tapiador, María García Navas, Alicia Fernández Melero, Margarita Civera Miguel, Luis Guillermo Piccone Saponara, Hector Campos Rodríguez de Guzmán

Hospital General de Ciudad Real. España

### Introducción:

La plasmaféresis terapéutica (PFT) tiene como finalidad principal la extracción y eliminación del plasma de aquellos componentes considerados responsables patógenos de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas. El interés por la PFT en los últimos años se ha incrementado debido a un mejor control de sus indicaciones y a la disponibilidad de nuevos procedimientos aferéticos.

La Sociedad Americana de Aféresis (ASFA) y la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) han establecido una guía de indicaciones terapéuticas de las aféresis, en la que se establecen 4 categorías

### Objetivos:

El objetivo del estudio es mostrar la experiencia en el uso de esta técnica en los últimos años en relación a: La evolución de las distintas enfermedades, los aspectos clínicos relevantes del procedimiento: número de sesiones, acceso vascular y técnica empleada. La aparición de efectos secundarios y complicaciones derivadas de la técnica y la aplicación de los cuidados enfermeros en la plasmaféresis.

### Material y Método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el período comprendido entre enero del 2013 y diciembre del 2018. En la base de datos recogeremos las siguientes variables para su análisis: datos generales del paciente, enfermedades que requirieron PF, el servicio al que pertenecen y categoría según los criterios de la ASFA, número de sesiones, líquido de reposición empleada, uso de anticoagulación, acceso vascular e incidencias durante el tratamiento.

La muestra está compuesta por 118 pacientes. Durante este periodo de tiempo se realizaron 754 plasmaféresis. Las edades oscilaron entre los 14 y los 89 años, con una media de  $56,88 \pm 22,03$ . Predominaron los pacientes del sexo masculino (55%  $n=65$ ) y el 45% ( $n=53$ ) correspondieron al sexo femenino. El número de sesiones por ciclo es de  $5,75 \pm 3,04$ .

En cuanto al acceso venoso el 79,6% de las PFT se realizó a través de catéter femoral. Otro tipo de accesos son los catéteres yugulares temporales en un 10%, vía periférica 3,3, catéteres permanentes en un 5,1 y favi en 1,7.

### Resultados:

Los servicios que predominan son neurología, seguido de nefrología, siendo menos frecuente en enfermedades hematológicas. Se observa cómo ha ido aumentando el número de tratamientos. Las enfermedades más frecuentes son: miastenia gravis, vasculitis y PTT.

Los líquidos de reposición utilizados fueron plasma fresco descongelado o albumina al 5%. En la mayoría de las sesiones de PFT se ha utilizado heparina sódica 1% en el circuito 45%. Las complicaciones no significaron nunca la suspensión del procedimiento. Podemos observar como es una técnica segura ya que en la gran mayoría de las sesiones no cursa con ningún tipo de complicación, siendo las más frecuentes la coagulación del circuito y la disfunción del catéter.

Concluyendo, es una técnica de fácil manejo, que requiere de personal cualificado. Los cuidados administrados previamente y después de la realización de la técnica han permitido que se desarrolle sin incidencias.

Además de ser una técnica en auge debido al aumento durante los años del estudio, por lo que, estudios bien diseñados ayudarían a establecer nuevas indicaciones y una mejor relación costo-beneficio en las ya conocidas.

# Prevalencia de consumo diario de ansiolíticos y/o antidepresivos en pacientes sometidos a hemodiálisis

**Paula González Rodríguez, Aránzazu Espino Ruiz, Carolina Santana Jiménez, Nayade Cabeza Vera**

Club de Diálisis Dialsur. Las Palmas. España

## Introducción:

El consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España supera al de otros países. Esto es debido a la elevada prevalencia de personas que padecen ansiedad y depresión, patologías muy prevalentes en los pacientes que sufren enfermedad crónica de larga evolución.

consume de manera diaria. El 33% de los consumidores padecen nefropatía diabética seguida de la insuficiencia renal de etiología desconocida. Más del 50% están excluidos de manera definitiva de la lista de espera de trasplante renal. Un total de 56 pacientes (22%) consumen simultáneamente ansiolíticos y antidepresivos, frente a 205 (78%) que solo consumen el mismo grupo.

## Material y Método:

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyen un total de 589 pacientes pertenecientes a cuatro centros satélites de hemodiálisis. Se exportan datos del consumo diario de ansiolíticos y/o antidepresivos como tratamiento habitual desde Query del Nefrosoft al Microsoft Office 365 Excel, donde se analizan.

## Resultados:

El 44,31% de la población total sometida a hemodiálisis consume de manera habitual ansiolíticos y/o antidepresivos, el 45% de esta población son mujeres, si bien destaca que hasta el 57% de las mujeres prevalentes en HD los consumen. Con respecto a los grupos de edad, un 49% tiene entre 71 y 90 años y el 43% entre 51 y 70 años. De los pacientes que llevan entre 20 y 30 años en hemodiálisis un 64% los

## Conclusiones:

Existe una elevada prevalencia en el consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos en nuestra población, principalmente en mujeres y en el grupo de pacientes de mayor edad. No podemos asociar esta condición exclusivamente a padecer enfermedad crónica, estar sometido a Hemodiálisis o ser candidato a trasplante renal. Por tanto, conocer que casi la mitad de nuestra población padece alguna de estas patologías, ha motivado poner en marcha a nuestro equipo multidisciplinar (psicólogo, trabajadora social, nutricionista, médico y enfermería) para disminuir la tasa de consumo de psicofármacos ayudándolos a identificar el motivo de angustia o desmotivación para así ayudarlos a buscar otra forma de encontrar su equilibrio desdramatizando la enfermedad. En la escuela de pacientes ya se ha puesto en marcha la terapia de grupo donde hablan principalmente entre ellos sobre cómo se sienten respecto a la enfermedad, la posibilidad o no de trasplante y el apoyo familiar/social del que disponen.

## Importancia de una intervención multidisciplinar para el manejo de la nutrición en el centro escolar en pacientes pediátricos afectos de enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento de hemodiálisis

**Inmaculada Moreno González, Ruth María González Ponce, Inmaculada García Campaña, María Dolores Rico de Torres, María Ángeles García Ortega**

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

### Introducción:

La alimentación es un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes afectos de ERCA.

Los pacientes pediátricos necesitan una dieta personalizada con distinciones respecto a los adultos, pues están en etapa de crecimiento, por lo que, además de proteger su salud debemos promover un crecimiento adecuado.

Es por tanto muy importante la intervención de un equipo multidisciplinar que asegure la correcta nutrición del paciente tanto en el ámbito hospitalario, domiciliario, como escolar.

### Objetivos:

Promover el crecimiento normal del paciente pediátrico en hemodiálisis.

Subrayar la necesidad actual de la elaboración de menús personalizados para pacientes pediátricos de hemodiálisis y su puesta en marcha en centros educativos.

Presentar el plan de actuación de nuestro equipo multidisciplinar para asegurar una correcta alimentación de nuestros pacientes en los centros educativos.

### Material y Método:

Nuestra unidad es referente de una amplia zona de influencia, parte de la cual cuenta con muy poco recursos económicos; varios de nuestros pacientes en tratamiento de hemodiálisis acuden a comedor en su centro escolar, (por la necesidad de sus progenitores de estar en el mundo laboral) sin tener una dieta específica para los pacientes renales y presentando una analítica semanal con alteración de iones a pesar de dar recomendaciones nutricionales tanto a familiares como al centro educativo, es por ello por lo que decidimos con el objetivo de mejorar sus valores analíticos, elaborar una guía de nutrición para pacientes pediátricos en hemodiálisis y la elaboración de menús adaptados para

nuestros pacientes a los centros escolares.

Para elaborar dichos menús se ha reunido en sucesivas ocasiones el equipo multidisciplinar de la unidad compuesto por:

Equipo de: Gastroenterología,  
Dietética

Unidad de hemodiálisis.

Nutricionista de la asociación ALCER Málaga.

Profesorado del hospital perteneciente a la junta de Andalucía.

Tras la elaboración de La guía de nutrición nos ponemos en contacto con los centros escolares y presentamos la propuesta para garantizar la adecuada alimentación de nuestros pacientes, estos a su vez lo presentan en la empresa de catering que le suministra los almuerzos de los alumnos, aceptando la propuesta.

Nos facilitan todos los menús que van a elaborar durante el curso escolar y los adaptamos realizando las modificaciones necesarias para nuestros pacientes.

Se aportan datos analíticos y menús.

### Resultados:

Tras la puesta en marcha de menús adaptados en centros escolares para niños con ERCA en tratamiento con hemodiálisis, los pacientes han mejorado notablemente los valores analíticos de iones repercutiendo en una mejora de calidad de vida y estado de salud.

### Conclusiones:

Nuestra experiencia muestra excelentes resultados analíticos al poner en marcha las dietas adaptadas para pacientes pediátricos afectos de ERCA en tratamiento con hemodiálisis en los centros escolares, ya que considerábamos que debían tener las mismas oportunidades de una correcta alimentación, que un escolar con celiaquía, intolerante a lactosa o diabético.

Por otra parte esto facilita a los progenitores, a compatibilizar su vida laboral con el cuidado del niño.

## Intervención: imágenes de una vida para el empoderamiento de personas en tratamiento de hemodiálisis

**Brígida Sáez Aguilà, Marta Tendero Pérez, Carolina Sorolla Villas, M<sup>a</sup> Carmen Sáez Bellobi, Ouafa Belhadi Toumi**

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lerida. España

### Introducción:

Las relaciones de empoderamiento mejoran la colaboración entre los profesionales de la salud y la persona, ayudando a promover la participación proactiva y preferida en el manejo de la salud.

### Objetivos:

Valorar la Intervención: imágenes de una vida para el empoderamiento de personas en tratamiento de hemodiálisis.

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal.

Se incluyeron 6 pacientes que habían recibido la intervención; Imágenes de una vida tras consentimiento informado, durante el periodo de estudio de enero a marzo de 2019.

Las variables analizadas fueron: Edad, género, ámbito de residencia, soporte familiar, dependencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), calidad de vida relacionada con la salud percibida (Termómetro EuroQol-5 de autovaloración del estado de salud), objetivos de salud, disposición para el autocuidado, fortalezas para el autocuidado, grado de satisfacción tras la intervención.

Se realizó una estadística descriptiva de las diferentes variables analizadas.

La intervención consistió en:

- Semana 1: Elaboración de un póster con imágenes y opiniones aportadas por los pacientes, con la colaboración de familiares y profesionales sanitarios.
- Semana 2: Difusión del póster mediante presentación a los compañeros de hemodiálisis, familiares, profesionales sanitarios y público invitado.

### Resultados:

La media de edad de los pacientes estudiados fue de 65,5 años.

El 50% (n=3) fueron hombres y el ámbito de residencia resultó ser rural en el 83,3% (n=5) de los pacientes analizados.

El 16,7% (n=1) refirió no presentar apoyo familiar.

En cuanto a grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria el 66,6% (n=4) resultó ser leve o moderado.

El 50% (n=3) refirió en el día de la intervención una puntuación superior a 70 en el termómetro EuroQol de autovaloración del estado de salud.

Objetivos de salud: El 50% (n=3) quería mantener un adecuado régimen terapéutico, el 33,3% (n=2) deseaba poder llevar una "vida normal" el 16,7% (n=1) pretendía no suponer una carga para su familia.

En relación a la disposición para el autocuidado: el 50% estaba dispuesto a autocuidarse.

Las fortalezas para el autocuidado referidas fueron la positividad en un 50% (n=3), la confianza en el equipo sanitario 33,3% (n=2) la familia 16,7% (n=1) y los compañeros de hemodiálisis en un 16,7% (n=1). Estas fortalezas alcanzaban el 100% si se tenía en cuenta la totalidad del contenido reportado por los pacientes en la presentación de la intervención.

Valoración de la satisfacción: La intervención alcanzó la máxima puntuación el 100% (n=6) de los pacientes

### Conclusiones:

1. La intervención imágenes de una vida resultó ser útil en conductas que facilitan el empoderamiento como el conocimiento de información en relación con aquello que ayuda al logro de la salud de la persona.
2. La positividad, confianza en el equipo sanitario, el apoyo familiar y los compañeros pueden ser refuerzos en el autocuidado.
3. La intervención fue percibida como muy satisfactoria por parte de los pacientes en hemodiálisis.



## Intervenciones educativas para mejorar el conocimiento de los niveles de fósforo en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodialisis. Mejora de la adherencia al tratamiento: estudio transversal

José Guerrero Carrillo, Ana Casaux Huertas, Juana Elizabeth Cabrejos Castillo

Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid. España

### Introducción:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) presentan limitaciones en cuanto a los alimentos que pueden incluir en su dieta. El control de los niveles de fósforo es fundamental para evitar los trastornos mineral óseo asociados a este elemento, el cual está presente en la mayoría de los alimentos ingeridos y que resulta tan perjudicial en los pacientes con IRC. Detectar dudas va a permitir establecer una estrategia para aclarar el déficit de información y educar a los pacientes en su autocuidado pudiendo así llevar una alimentación adecuada a su enfermedad renal crónica y mejorar por tanto la adherencia al tratamiento.

### Objetivos:

Demostrar que las acciones formativas mejorarán la adhesión del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, al tratamiento renal mediante un mayor control de la información sobre el contenido de fósforo de los alimentos.

### Material y Método:

Estudio trasversal con 48 pacientes de una unidad de diálisis. Se recogieron variables sociodemográficas, se

evaluó los conocimientos sobre la dieta renal de los pacientes mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos ricos en fósforo. Para medir la adhesión de los pacientes a la dieta con niveles bajos en fósforo, utilizamos el cuestionario DDFQ Vlamick, 2011 y recogimos valores de fósforo plasmático antes y después de las acciones formativas.

### Resultados:

La puntuación conseguida mediante el cuestionario de consumo de alimentos antes de las acciones formativas es de 80 puntos y pasa a 74 puntos después de las acciones formativas, la puntuación del cuestionario DDFQ pasa de 3 puntos a 2 puntos post-intervenciones educativas y los niveles de fósforo aumentan aunque no de forma estadísticamente significativa de 4,44 mg/dl a 4,55 mg/dl.

### Conclusiones:

Los pacientes ERC en hemodiálisis han aumentado la adhesión al tratamiento tras una acción formativa que aumente el nivel de conocimientos sobre la cantidad de fósforo que contienen los alimentos.

## La guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis del 2017: ¿conocemos y trabajamos con las nuevas recomendaciones?

**Sonia Mendoza Mendoza, Esther García García, José Luis Merino Rivas, Laura Baena Ruiz, Raquel Moya Malillos, Jessica López Salas**

Hospital del Henares. Madrid. España

### Introducción:

El acceso vascular para el paciente renal es vital y de máxima importancia. Aunque se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas, nuevos dispositivos y materiales, métodos de vigilancia del acceso vascular (AV), el punto clave para la supervivencia de las fistulas arteriovenosas (FAV) tanto nativas como protésicas continúan siendo los cuidados relacionados con la propia canulación del AV. En 2017 se publicaron las guías españolas del AV, donde se establecieron las recomendaciones más aceptadas hasta el momento, basadas en la evidencia científica publicada en los últimos años.

### Objetivos:

Determinar la práctica diaria en el manejo del AV, específicamente en el área de canalización, en nuestra unidad y establecer una comparativa con las recomendaciones que se establecen en las actuales guías del AV. Secundariamente, mostrar los resultados y hacer hincapié en la difusión de estas nuevas guías para los profesionales encargados del cuidado de los accesos vasculares.

### Material y Método:

Se evaluaron diversos aspectos claves de la punción del AV a través de una encuesta de 10 cuestiones, con respuesta múltiple, de forma individualizada, a todo el personal de la unidad de Hemodiálisis desde enero de 2019 hasta marzo del 2019.

Secundariamente, se realizó una comparativa de resultados con las recomendaciones de las guías y se mostraron los resultados a todo el personal para establecer un consenso de cuidados del AV, basado en dichas guías.

### Resultados:

La encuesta se realizó a 16 enfermeras de la unidad. Respecto a la orientación del bisel en la punción, aunque las guías recomiendan hacia arriba, el nivel de concordancia fue solo de un 37%. Respecto a si la orientación del bisel durante la punción modificaba el dolor, sin evidencia aceptable en la guía, el nivel de concordancia fue del 37%. Respecto a la dirección de la aguja arterial y de la venosa, donde las guías recomiendan ambas en posición anterógrada, esta respuesta fue concordante con las guías en un 56%. En relación con la práctica de rotar la aguja en la canalización, que la guía actualmente desaconseja, el nivel de concordancia fue del 43%. Respecto a la técnica de punción electiva, recomendable en escalera, la concordancia de las encuestas fue del 94%. En relación con la evidencia sobre la técnica de ojal o button-hole, aceptado que produce menos aneurismas, aunque presenta mayor riesgo de infecciones, la concordancia fue del 56%. Respecto a la recomendación de la compresión por el propio paciente en el momento de la canulación de la FAVn el nivel de concordancia fue solo del 13%.

### Conclusiones:

El acceso vascular es de vital importancia para el enfermo renal y enfermería es responsable directo de sus cuidados.

Para poder conseguir una mayor supervivencia del acceso venoso la formación continuada y el conocimiento de las nuevas herramientas es fundamental para poder proporcionar cuidados de calidad al paciente renal.

La tasa de concordancia con las guías actuales es menor de lo esperado por lo que es necesario continuar insistiendo en su difusión y replantear continuamente nuestra práctica clínica habitual.

## La pauta de hemodiálisis incremental ofrece resultados favorables para el acceso vascular. Experiencia de un centro durante diez años

**Esther García García, Sonia Mendoza Mendoza, José Luis Merino Rivas, Verónica Sánchez Rodrigo, Laura Baena Ruiz, Vicente Paraiso Cuevas**

Hospital del Henares. Madrid. España

### Introducción:

La pauta de hemodiálisis (HD) incremental (HDI) al inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) (2 HD por semana) puede presentar aspectos positivos para un grupo seleccionado de pacientes. Mantener la diuresis residual, una mejor tolerancia a la HD así como una mayor calidad de vida son beneficios conocidos. El menor número de punciones, la no necesidad de flujos elevados y los tiempos de recuperación entre cada sesión de HD pueden ser factores protectores para el acceso vascular.

### Objetivos:

Analizar la evolución y las complicaciones de los accesos vasculares de los pacientes incidentes en HD de nuestra Unidad, con pauta de HDI (inicio de HD 2 veces por semana) durante 10 años.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo observacional de pacientes incidentes en HD incremental en nuestro centro desde 2007 hasta el 2017. Análisis de las complicaciones y supervivencia primaria y secundaria del acceso vascular. Se ha analizado la evolución del acceso vascular, la necesidad de angioplastia, la funcionalidad de los mismos y las complicaciones asociadas.

### Resultados:

En el periodo indicado, 153 pacientes han iniciado TRS mediante HD, 45 de los cuales iniciaron HD en pauta

incremental. De los 45 pacientes, se han excluido 10 pacientes porque estuvieron menos de 6 meses en HDI y 2 porque recuperaron función renal residual. Finalmente han cumplido criterios de HDI 33 pacientes, 27 varones y 6 mujeres. Treinta y uno de ellos cambiaron de pauta durante el seguimiento. Dos pacientes siguen en HDI a fecha de cierre del estudio. El tiempo medio en HDI fue de 16 meses  $\pm 13$  (Rango: 6-81) y el tiempo medio en HD total fue de 31 meses  $\pm 19$  (rango: 11-96). Los tipos de acceso vascular fueron: 25 FAV autólogas, 3 prótesis de PTFE y 5 catéteres tunelizados (CT). Cuatro de los pacientes portadores de CT presentaron FAV funcionantes. De todas la FAV autólogas, en total 29 en este periodo de tiempo, cuatro de ellas presentaron un evento trombotico (a los 12, 11, 84 y 23 meses) y dos evidenciaron estenosis sin trombosis (a los 12 y 18 meses). La tasa de trombosis fue del 12% a lo largo del seguimiento y de un 20% de estenosis. La patencia primaria de las FAV complicadas fue de 12 meses. La situación final de las FAV autólogas fue de: 11 casos con trasplante renal funcionante, 10 en HD, 3 veces por semana, 2 en 2 HD/semana y 6 fallecidos con FAV funcionante.

### Conclusiones:

La HDI es una alternativa de inicio de TRS que puede aportar beneficios al acceso vascular. Hemos observado un número bajo de complicaciones y una buena supervivencia del acceso vascular al menos a corto plazo. Sería necesario un mayor número de pacientes en esta técnica para verificar nuestros hallazgos.

## Pacientes mayores de ochenta años que inician diálisis: incremento progresivo de esta población y adecuada adaptación al tratamiento

**Almudena Acero Carrero, Antonio Gascón Mariño, Alicia Lacasa Sánchez, Ana Vicente Vicente, Teresa Rueda López, Esther Gascón Fuertes**

Hospital Obispo Polanco de Teruel. España

### Introducción:

Los pacientes mayores de 80 años que llegan a enfermedad renal crónica avanzada se están incrementando en los últimos años. No hay evidencia de la mejor actividad terapéutica en estos pacientes. En nuestra Unidad de Diálisis hemos evidenciado una adecuada adaptación de estos pacientes a la Diálisis (Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal). Por ello nos planteamos hasta dónde llegar en la inclusión de pacientes ancianos en Diálisis. Es una cuestión de difícil solución ya que implica aspectos médicos, socioeconómicos, familiares y éticos.

### Objetivos:

Describir la población de pacientes que iniciaron Diálisis con más de 80 años en nuestra área de salud y comparar la supervivencia de nuestros pacientes con otra serie de pacientes ancianos de una reciente publicación (Martínez Echevers y col. Nefrología 2016).

### Material y Método:

Estudio descriptivo de los pacientes prevalentes en Diálisis en abril de 2019 en nuestra Unidad de Diálisis y que habían iniciado diálisis siendo mayores de 80 años.

### Resultados:

Los 56 pacientes en Diálisis en abril de 2019 en nuestra Unidad presentan una distribución por sexo: 39 hombres y 17 mujeres. Edad media: 72,46 años. En hemodiálisis en hospital 44, hemodiálisis en domicilio 3 y en diálisis peritoneal 9. Causas de insuficiencia renal: nefropatía vascular 24, nefropatía diabética 18, glomerulonefritis 8, poliquistosis renal 2, nefropatía intersticial 1, no conocidas 3.

Mayores de 80 años hay 22 pacientes (15 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 85,8 años y representan el 39,28% de los enfermos en diálisis. Su media de permanencia en diálisis es de 33,8 meses y la mediana de 24 meses (rango de 2 a 112 meses).

Si restringimos el análisis a los pacientes que comenzaron diálisis con más de 80 años se reducen a 17 casos (11 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 86,7 años, una permanencia media en diálisis de 25,29 meses y mediana de 21 meses (rango de 2 a 66 meses). De ellos, 2 en diálisis peritoneal y 15 en hemodiálisis. De los pacientes en hemodiálisis 8 se dializan mediante fístula arteriovenosa (4 hombres y 4 mujeres) y 7 con catéter de hemodiálisis tunelizado (6 hombres y 1 mujer).

### Discusión:

En una reciente publicación, Martínez Echevers y col. Nefrología 2016, los autores indicaban que los 15 pacientes mayores de 80 años seguidos en su centro hospitalario en diálisis presentaron una mediana de supervivencia de 14 meses. Con este resultado los autores concluían que en pacientes mayores de 80 años la diálisis no mejoraba la supervivencia en este grupo de edad. En nuestra experiencia no es así, y creemos que es un grupo de edad al que sí se le debe ofertar diálisis.

### Conclusiones:

La diálisis a pacientes mayores de 80 años es una realidad actualmente. Realizar una correcta selección de pacientes permite una adherencia al tratamiento en este grupo de edad y una adecuada supervivencia. Creemos que no hay que negar la diálisis al paciente anciano y que un seguimiento estrecho permite prolongar su supervivencia con una aceptable calidad de vida.

## Participación de enfermería en el estudio de tensión arterial y riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome de apnea del sueño de novo

**María Marcos Hidalgo, Carmen Gutiérrez Martín, Sonia Velasco Ballester**

Hospital General de Segovia. España

### Introducción:

El síndrome de apnea del sueño (SAS) es un trastorno crónico, caracterizado por episodios repetidos de apnea-hipoapnea durante el sueño, con despertar nocturno y somnolencia diurna. Su prevalencia se estima en un 7% de la población general y es mayor entre la población hipertensión arterial (HTA). Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen la obesidad, la edad avanzada, sexo varón e historia familiar. La HTA relacionada con el SAS es una causa conocida de hipertensión secundaria y resistente.

La hipótesis del estudio es que un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de SAS y sin tratamiento tienen HTA y niveles elevados de aldosterona sérica. Estos niveles de aldosterona sérica elevada pueden relacionarse no sólo con niveles de renina sino también con obesidad, exceso de grasa corporal y otros datos de síndrome metabólico. Posiblemente el tratamiento específico con presión positiva continua aérea (CPAP) ayude a mejorar el control de TA (tensión arterial) pero no sabíamos qué efecto podía tener sobre los niveles de aldosterona y los datos de síndrome metabólico.

### Objetivos:

Entre los objetivos del estudio queremos saber la prevalencia de Hipertensión arterial, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de SAS de novo, y ver el efecto que el tratamiento del SAS mediante CPAP tiene en la TA y en los parámetros bioquímicos estudiados.

Un total de 36 pacientes, todos diagnosticados de SAS grave, con indicación de CPAP, han participado en el estudio.

A su llegada a la consulta de enfermería:

1. Una TA en consulta de enfermería y una monitorización continua de tensión arterial (MAPA de 24 horas)

que se coloca el mismo día de la consulta de Neumología y se retira al día siguiente, los resultados son valorados por el Nefrólogo que determina el grado de HTA según los criterios internacionales.

2. Valoración de composición corporal que incluye: Peso, Talla, perímetro abdominal, Bioimpedancia multifrecuencia (BCM) para determinar: masa grasa, masa magra, agua extracelular.
3. Extracción de analítica de rutina con análisis de parámetros asociados con riesgo cardiovascular y síndrome metabólico.

Dos meses después de haber indicado tratamiento para el SAS con CPAP, son reevaluados analizando el cumplimiento y tolerancia a la CPAP y repitiéndose el estudio basal.

### Método:

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

### Resultados:

Tras dos meses de tratamiento con CPAP se objetiva una reducción, significativa, de PA tanto sistólica como diastólica durante el periodo diurno. No se registraron variaciones significativas en los valores analíticos estudiados, ni en parámetros antropométricos. Tampoco hubo cambios significativos en parámetros por bioimpedancia.

### Conclusiones:

La introducción de la CPAP, como complementaria al tratamiento basal, permitió una reducción significativa en el control de presión arterial durante el periodo diurno, destacando la importancia de la participación de un equipo multidisciplinar con este tipo de pacientes.

## Percepción de control y conducta de adhesión a la restricción de líquidos

**Carmelo Iborra Molto, Sofía Ivorra López, Sofía López Roig, María Ángeles Pastor**

Hospital General de Elda Virgen de la Salud. Alicante. España

### Introducción:

La falta de adhesión a la restricción de líquidos puede tener consecuencias graves para la salud. Frecuentemente, los pacientes presentan dificultades para seguir el tratamiento y es necesario desarrollar estrategias basadas en la evidencia que permitan a los profesionales de la salud mejorar la motivación del paciente hacia la adhesión.

La percepción de control sobre una conducta es un predictor importante de la intención de realizarla y de su ejecución real. Se refiere tanto a percibirse capaz de realizarla ya que la conducta está bajo el propio control, como a la percepción de dificultad o facilidad para realizarla en función de barreras o facilitadores externos.

### Objetivos:

Describir la percepción de control sobre la conducta de adhesión a la restricción de líquidos y establecer su capacidad predictiva sobre la conducta.

### Material y Método:

Estudio observacional trasversal. Desde el marco de la Teoría de la acción planeada se elaboró un cuestionario para medir: Conducta: ¿Durante el último mes, ha tomado usted menos de un litro de líquidos al día? (0=Ningún día; 10=Todos los días); Intención: "Para evitar complicaciones entre hemodiálisis, ¿durante el próximo mes tiene intención de tomar menos de un litro de líquidos al día?". (0=Ningún día; 10=Todos los días); Percepción de control (capacidad): "Si quisiera, podría fácilmente tomar menos de un litro de líquido al día durante el próximo mes. (0=Totalmente en desacuerdo / 10=Totalmente de Acuerdo)"; Percepción de control (dificultad):

"Para mí, tomar menos de un litro de líquido al día durante el próximo mes es: (0 = Difícil /10 = Fácil)".

Hemos realizado análisis descriptivos y de regresión múltiple.

### Resultados:

La muestra de estudio, tras aplicar los criterios de exclusión fue de 146 pacientes en tratamiento en hemodiálisis, 97 varones (66,4%) y 49 mujeres (33,6%).

El tiempo medio en el programa de hemodiálisis fue de 6,3 años (75,5 meses; IC 95%: 64,1-86,8; DT: 68,5) y se distribuye entre 4 y 355 meses.

La media de puntuaciones para la conducta, intención, facilitadores y barreras (C1) y capacidad (C2) fue de 5,5 [4,8-6,2]; 6,9 [6,3-7,4]; 4,1 [3,6-4,7] y 6,2 [5,7-6,8] respectivamente.

La Intención explica un 13,5% de la varianza de la Conducta referida ( $F=23,31$ ;  $gl=1$ , 142;  $p=.000$ ). Cuando introducimos además la Percepción de control, el porcentaje de varianza aumenta a 22,5% ( $F=21,70$ ;  $gl=1$ , 141;  $p=0.001$ ).

### Discusión:

El control percibido por los pacientes, está influido por la adopción de las pautas individuales de adhesión y sus dos componentes están relacionados con la conducta de restricción de líquidos. La mayoría responde que les resulta difícil seguir la pauta recomendada de adhesión, pero que si quisieran podrían realizarla. Este punto es importante tenerlo presente en el desarrollo de programas de intervención para mejorar la adhesión a la restricción de líquidos. Trabajar sobre la percepción de control permite mejorar los efectos de la intención motivacional hacia la conducta mejorando su capacidad predictiva.

## Plasmaféresis terapéutica, ¿una técnica en auge? Experiencia durante los últimos seis años

Beatriz Domínguez Tapiador, María García Navas, Alicia Fernández Melero, Margarita Civera Miguel, Luis Guillermo Piccone Saponara, Hector Campos Rodríguez de Guzmán

Hospital General de Ciudad Real. España

### Introducción:

La plasmaféresis terapéutica (PFT) tiene como finalidad principal la extracción y eliminación del plasma de aquellos componentes considerados responsables patógenos de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas. El interés por la PFT en los últimos años se ha incrementado debido a un mejor control de sus indicaciones y a la disponibilidad de nuevos procedimientos aferéticos.

La Sociedad Americana de Aféresis (ASFA) y la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) han establecido una guía de indicaciones terapéuticas de las aféresis, en la que se establecen 4 categorías

### Objetivos:

El objetivo del estudio es mostrar la experiencia en el uso de esta técnica en los últimos años en relación a: La evolución de las distintas enfermedades, los aspectos clínicos relevantes del procedimiento: número de sesiones, acceso vascular y técnica empleada. La aparición de efectos secundarios y complicaciones derivadas de la técnica y la aplicación de los cuidados enfermeros en la plasmaféresis.

### Material y Método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el período comprendido entre enero del 2013 y diciembre del 2018. En la base de datos recogeremos las siguientes variables para su análisis: datos generales del paciente, enfermedades que requirieron PF, el servicio al que pertenecen y categoría según los criterios de la ASFA, número de sesiones, líquido de reposición empleada, uso de anticoagulación, acceso vascular e incidencias durante el tratamiento.

La muestra está compuesta por 118 pacientes. Durante este periodo de tiempo se realizaron 754 plasmaféresis. Las edades oscilaron entre los 14 y los 89 años, con una media de  $56,88 \pm 22,03$ . Predominaron los pacientes del sexo masculino (55%  $n=65$ ) y el 45% ( $n=53$ ) correspondieron al sexo femenino. El número de sesiones por ciclo es de  $5,75 \pm 3,04$ .

En cuanto al acceso venoso el 79,6% de las PFT se realizó a través de catéter femoral. Otro tipo de accesos son los catéteres yugulares temporales en un 10%, vía periférica 3,3, catéteres permanentes en un 5,1 y favi en 1,7.

### Resultados:

Los servicios que predominan son neurología, seguido de nefrología, siendo menos frecuente en enfermedades hematológicas. Se observa cómo ha ido aumentando el número de tratamientos. Las enfermedades más frecuentes son: miastenia gravis, vasculitis y PTT.

Los líquidos de reposición utilizados fueron plasma fresco descongelado o albumina al 5%. En la mayoría de las sesiones de PFT se ha utilizado heparina sódica 1% en el circuito 45%. Las complicaciones no significaron nunca la suspensión del procedimiento. Podemos observar como es una técnica segura ya que en la gran mayoría de las sesiones no cursa con ningún tipo de complicación, siendo las más frecuentes la coagulación del circuito y la disfunción del catéter.

Concluyendo, es una técnica de fácil manejo, que requiere de personal cualificado. Los cuidados administrados previamente y después de la realización de la técnica han permitido que se desarrolle sin incidencias.

Además de ser una técnica en auge debido al aumento durante los años del estudio, por lo que, estudios bien diseñados ayudarían a establecer nuevas indicaciones y una mejor relación costo-beneficio en las ya conocidas.

## Prevalencia de consumo diario de ansiolíticos y/o antidepresivos en pacientes sometidos a hemodiálisis

**Paula González Rodríguez, Aránzazu Espino Ruiz, Carolina Santana Jiménez, Nayade Cabeza Vera**

Club de Diálisis Dialsur. Las Palmas. España

### Introducción:

El consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España supera al de otros países. Esto es debido a la elevada prevalencia de personas que padecen ansiedad y depresión, patologías muy prevalentes en los pacientes que sufren enfermedad crónica de larga evolución.

consume de manera diaria. El 33% de los consumidores padecen nefropatía diabética seguida de la insuficiencia renal de etiología desconocida. Más del 50% están excluidos de manera definitiva de la lista de espera de trasplante renal. Un total de 56 pacientes (22%) consumen simultáneamente ansiolíticos y antidepresivos, frente a 205 (78%) que solo consumen el mismo grupo.

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyen un total de 589 pacientes pertenecientes a cuatro centros satélites de hemodiálisis. Se exportan datos del consumo diario de ansiolíticos y/o antidepresivos como tratamiento habitual desde Query del Nefrosoft al Microsoft Office 365 Excel, donde se analizan.

### Resultados:

El 44,31% de la población total sometida a hemodiálisis consume de manera habitual ansiolíticos y/o antidepresivos, el 45% de esta población son mujeres, si bien destaca que hasta el 57% de las mujeres prevalentes en HD los consumen. Con respecto a los grupos de edad, un 49% tiene entre 71 y 90 años y el 43% entre 51 y 70 años. De los pacientes que llevan entre 20 y 30 años en hemodiálisis un 64% los

### Conclusiones:

Existe una elevada prevalencia en el consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos en nuestra población, principalmente en mujeres y en el grupo de pacientes de mayor edad. No podemos asociar esta condición exclusivamente a padecer enfermedad crónica, estar sometido a Hemodiálisis o ser candidato a trasplante renal. Por tanto, conocer que casi la mitad de nuestra población padece alguna de estas patologías, ha motivado poner en marcha a nuestro equipo multidisciplinar (psicólogo, trabajadora social, nutricionista, médico y enfermería) para disminuir la tasa de consumo de psicofármacos ayudándolos a identificar el motivo de angustia o desmotivación para así ayudarlos a buscar otra forma de encontrar su equilibrio desdramatizando la enfermedad. En la escuela de pacientes ya se ha puesto en marcha la terapia de grupo donde hablan principalmente entre ellos sobre cómo se sienten respecto a la enfermedad, la posibilidad o no de trasplante y el apoyo familiar/social del que disponen.



## Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica

Rosa María Merino Martínez, Victoria Eugenia Gómez López, Isabel Berdud Godoy, Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba y Fresenius Medical Care Services Andalucía, S.A. Centro de Diálisis San Rafael. Córdoba. España

### Introducción:

El análisis de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es especialmente relevante en la Enfermedad Renal Crónica Avanzada en tratamiento con hemodiálisis (HD). Aunque los avances, tanto técnicos como sanitarios, han puesto de manifiesto una amplia mejoría en la calidad de vida de estos pacientes, diversos estudios describen una notable disminución de la CVRS en comparación con la población general. Por otro lado, diferentes autores coinciden, que tanto la ansiedad como la depresión son variables fundamentales y determinantes en la CVRS en los pacientes en HD.

### Objetivos:

El objetivo del presente estudio fue analizar la CVRS en pacientes en HD y su relación con la ansiedad y/o la depresión.

### Material y Método:

Se estudiaron 122 pacientes en HD, con una edad media de  $66,47 \pm 14,2$  años (34,4% mujeres, 65,6% hombres). Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo y transversal, en el área de influencia de un Servicio de Nefrología de Hospital de tercer nivel: en la Unidad Hospitalaria de Diálisis, en un Centro Periférico de Diálisis Público y en Centro Periférico de Diálisis Concertado. Se estudió la CVRS con el cuestionario validado para enfermedades renales KDQOL-SF, Ansiedad y Depresión con la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Otras variables estudiadas fueron edad, sexo, centro de diálisis, tiempo en diálisis y comorbilidad asociada mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

### Resultados:

En todas las dimensiones del cuestionario KDQOL-SF, las puntuaciones fueron inferiores a la población sana de referencia. Las dimensiones que peor puntuaron del cuestionario KDQOL (específico) fueron: Situación Laboral, Carga de la Enfermedad Renal, Función Sexual y Sueño; y en el cuestionario SF-36 (genérico) fueron: Rol Físico, Salud General y Función Física. En general, los pacientes que se dializaban en la Unidad Hospitalaria presentaron peores puntuaciones en todas las dimensiones. Las mujeres puntuaron peor en todas las dimensiones del SF-36, con diferencias estadísticamente significativas en la Función Física, Dolor y Vitalidad. La media del ICC fue de  $6,11 \pm 2,2$  puntos, encontrándose una relación significativa entre este y la Función Física (SF-36). Por otra parte, el 42,6% de los pacientes presentaron probabilidad de tener ansiedad y el 52,5% depresión, y el 32,8% presentaban la probabilidad de padecer ambas alteraciones (ansiedad y depresión). La ansiedad y la depresión se asociaron de forma significativa a peores puntuaciones en todas las dimensiones del cuestionario KDQOL-SF. El tiempo en HD, se relacionó de forma estadísticamente significativa con los Efectos de la Enfermedad Renal, Situación Laboral y Sueño (KDQOL); y para la Salud General (SF-36).

### Conclusiones:

Los pacientes en HD presentan peor CVRS que la población sana de referencia, especialmente en las dimensiones Carga de la Enfermedad Renal, Sueño, Salud General, Vitalidad, Función Física y Rol Físico. Esta disminución de la calidad de vida está relacionada de forma significativa con la probabilidad de padecer ansiedad y/o depresión. El sexo femenino, la comorbilidad asociada y el tiempo en HD, se asocian también a peor calidad de vida.

## ¿Sacamos partido a la tecnología de los monitores de diálisis? Revisión bibliográfica

**Rubén Sierra Díaz**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

La hipotensión es la principal complicación causante de morbilidad durante la hemodiálisis (HD) provocando una disminución de la calidad de vida de los pacientes en diálisis crónica.

Con el fin de mejorar la estabilidad cardiovascular, existen nuevas tecnologías en los monitores de diálisis, basadas en la monitorización del volumen sanguíneo relativo, una evaluación indirecta del volumen plasmático. Ejemplo de ello es el Hemocontrol, que controla la volemia mediante dos variables independientes: ultrafiltración y conductividad.

HemoControl es un sistema de biofeedback en el que se monitoriza de forma continua el volumen sanguíneo (VS), crea una trayectoria ideal de variación de VS y ajusta la tasa de ultrafiltración (UF) y la concentración de sodio en el líquido de diálisis para favorecer la tasa de relleno plasmático. El control de los cambios en la volemia se realiza por la medición continua de la hemoglobina mediante un sistema óptico de absorbancia (Hemoscan).

### Objetivos:

Realizar una revisión bibliográfica retrospectiva de publicaciones sobre la influencia del uso del hemocontrol en hemodiálisis en la prevención y/o disminución de la hipotensión intradiálítica.

### Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos: Medline, CUIDEN, Cochrane Library Plus, PubMed, Scielo. Se incluyeron artículos científicos que estudiaban el uso de hemocontrol en hemodiálisis, publicados a partir del 2005 en castellano y/o inglés, desde un enfoque de enfermería.

Se obtuvieron 28 artículos, de los cuales finalmente se seleccionaron 24 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

### Resultados:

De los 24 artículos seleccionados, 21 estudiaban exclusivamente la utilización del hemocontrol y 3 su comparativa con hemodiálisis convencionales.

### Conclusiones:

La utilización de Hemocontrol presentó las siguientes ventajas:

- En pacientes con hipotensión volumen dependiente, con cardiopatías, ascitis o diabetes, mejoró la estabilidad cardiovascular intradiálítica, disminuyendo el número de hipotensiones, calambres y otros síntomas relacionados.
- Acortó el tiempo de recuperación postdiálisis, mejorando el control de la tensión arterial y reduciendo la necesidad de UF secas (sin aumentar el tiempo de diálisis, ni añadir sesiones extra).
- Implicó un menor número de intervenciones de enfermería (administración de suero en hipotensiones, realización de bioimpedancias, etc.).
- Promovió una recuperación más rápida de la fatiga después de la diálisis.
- Permitió la mayor eliminación de líquidos durante la primera parte de la sesión de diálisis, facilitando tasas de UF más bajas durante la segunda mitad.
- El aumento de la concentración de sodio en el dializado mejoró el llenado vascular al afectar la osmolaridad del plasma y al estimular el desplazamiento de agua desde el espacio intracelular al extracelular.

A pesar de que los resultados de los estudios sobre el uso del hemocontrol, muestran un beneficio claro en la disminución de las hipotensiones intradiálíticas, siendo un tratamiento seguro a mediano plazo, los tamaños muestrales son pequeños y no se ha podido eliminar por completo la hipotensión. Por ello, se recomienda hacer hincapié en reducir ganancias de peso interdialíticas, minimizando las tasas de ultrafiltración y en sacar rendimiento a la prescripción de diálisis para facilitar los mecanismos de compensación cardiovascular, por ejemplo, al disminuir la temperatura del dializado.

## Seguridad en los monitores de diálisis, distintas opciones de desinfección en nuestro país

Mateo Párraga Díaz, Esperanza Melero Rubio, M<sup>a</sup> Paz Gómez Sánchez, Francisca López Pina, M<sup>a</sup> Luisa Pérez Lapuente

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Las enfermedades infecciosas son la segunda causa de muerte en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Todo paciente que comienza tratamiento con hemodiálisis debe tener estudio serológico. Asimismo, cuando sea transferido definitivamente desde otra unidad, debe ser estudiado frente a cualquier virus. Las guías recomiendan que al finalizar cada sesión de diálisis se realizará una desinfección interna completa.

Conocer las normas de actuación para la correcta desinfección y el uso con seguridad de monitores en diálisis.

Se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la desinfección de monitores y prevención de la transmisión de las enfermedades infecciosas. Los términos para la búsqueda bibliográfica fueron: hemodiálisis, higiene, monitor diálisis, hepatitis. Se evaluaron los datos recogidos a través de una encuesta de elaboración propia sobre técnicas y normas de desinfección que se envió a todas las unidades de hemodiálisis que están registradas en SEDEN.

De las 222 encuestas enviadas devolvieron contestadas 68 (30,63%) De las cuales 69,1% eran centros públicos y 30,9% centros privados. El 100% realizaba una desinfección interna del monitor de HD entre sesiones, el 89,7% realizaba también una desinfección externa y un 10,3% un lavado externo. Cuando un paciente se dializa en un centro por primera vez sin conocerse la serología utilizaba hemodiálisis un 80,9%, hemofiltración un 5,9% y el 3% no dializaban a pacientes sin serología conocida. Se extraía muestra de sangre para serología cuando el paciente llegaba por primera vez a la unidad en un 57,4% y aislaban los monitores un 100% de pa-

cientes sin serología conocida y en pacientes con serología positiva. El monitor aislado previamente, sólo se utilizaba con el mismo paciente un 45,6% y se podía utilizar en otro paciente si se realizaba un proceso de desinfección especial para poder quitar el aislamiento en un 66,2%. Seguían un protocolo para levantar el aislamiento de monitores un 89,7% de las unidades, realizando para ello una desinfección externa e interna del monitor durante 24h un 61,8%, además el 29,4% hacían una inmersión de los hanssen en desinfectante, en 9 centros cambiaban los traductores de presión y en 10 centros cambiaban también los hanssen.

No existen recomendaciones con evidencia científica que indiquen la forma de actuar en caso de contaminación de monitores de diálisis por serologías positivas ni de descontaminación de los mismos una vez usados en este tipo de pacientes. Aunque el control analítico es muy estricto, se siguen dializando pacientes sin conocer la serología vírica, las posibles causas: servicios de nefrología de 24h. y no tener virólogo de urgencia. La recomendación del aislamiento de monitores presenta un cumplimiento del 100% cuando los pacientes no tienen serología conocida sin embargo, se puede proceder al levantamiento del aislamiento previa desinfección especial incluso sin conocer los resultados de la serología o siendo ésta positiva.

Tras el estudio realizado nos reafirmamos en el procedimiento que realizamos en nuestra unidad relativo a la desinfección y aislamiento de monitores. Dada la importancia del tema consideramos imprescindible la unificación en el criterio a nivel nacional basado en evidencias.

## Sin registro, no existimos: el registro como parte del cuidado

**M<sup>a</sup> Concepción Pereira Feijoo, Susana Yañez Martínez, Patricia Silva da Rocha**

Centros FRIAT Ourense. España

### Introducción:

Los registros de enfermería no sólo aseguran la continuidad y adecuación de los cuidados de pacientes en hemodiálisis, sino que es la evidencia del cuidado proporcionado y la garantía de la eficiencia en la práctica enfermera, permitiendo reconsiderar: cargas de trabajo, formación, investigación, docencia y adecuación de recursos y protocolos de actividad. No sólo es importante el registrar sino la cumplimentación adecuada de los registros, tanto por su repercusión a nivel profesional como legal.

### Objetivos:

Analizar la calidad de los registros informatizados de enfermería del 2018 en 3 unidades de hemodiálisis, además de identificar los puntos de incumplimiento junto con las propuestas de mejora correspondientes.

### Material y Método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra y población fueron 5125 registros específicos enfermeros de la aplicación informática específica utilizada en 3 unidades de hemodiálisis durante el 2018. Se estableció una variable dependiente, la calidad, analizándose la ausencia o presencia de 10 ítems referidos a la cumplimentación, a través de una lista de verificación, estableciéndose 3 categorías: excelente, aceptable e insuficiente, reforzándolo con los resultados obtenidos

en las auditorías de calidad de la ISO 9001 de nuestros Centros en dicho año.

### Resultados:

Se identificaron deficiencias en los registros, correspondiendo el mayor porcentaje de incumplimiento (67%) a la valoración del acceso vascular durante la sesión de hemodiálisis y un 21% no recogían datos de la entrevista necesaria, previa, intra y post conexión, ítems que no aparecen por defecto en la aplicación informática usada pero fundamentales en nuestra actividad diaria. Un 74% de los registros evaluados fueron excelentes, un 14% aceptables y un 12% insuficientes. Un 66% del personal de enfermería identifica como causa principal en la no cumplimentación adecuada la rutina en la práctica diaria.

### Conclusiones:

Registros incompletos son cuidados deficientes, aunque la informatización de los registros enfermeros facilita la valoración de los cuidados y su continuidad, el personal de enfermería es responsable de registrar con calidad, de manera técnica, precisa y universal consiguiendo la continuidad del cuidado de forma visible y permanente, facilitando la valoración, evolución y seguimiento de nuestros pacientes, además de fomentar el rol autónomo de la enfermería en el campo de la investigación a través de este soporte documental, donde debe quedar recogida toda la información sobre la actividad enfermera. Como mejora no sólo es importante la formación al respecto sino la implicación de todo el colectivo.

## Uso de la técnica de punción buttonhole como alternativa para evitar la formación de aneurismas en pacientes con FAVi en hemodiálisis. Scoping review

Wesley Pereira de Sousa, Marta Romero González, Elisabet Carvajal Peláez, Patricia Noreña Cereijo, Carolina Sorolla Villas

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

### Introducción:

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Los pacientes con ERC cuando inician diálisis necesitan un acceso vascular (AV) que permita el abordaje seguro y continuado de éste. El AV de primera opción sería la fístula arteriovenosa interna (FAVI). El correcto abordaje de la FAVI es fundamental para que haya una diálisis correcta y para evitar la aparición de complicaciones. Debido a eso, es vital escoger una técnica de punción que sea segura. La punción en buttonhole (BH) puede ser una alternativa aceptable ya que esta técnica necesita menos intervención que otras técnicas de punción, disminuye la sensación de dolor, la formación de hematomas y disminuye el tiempo de coagulación.

### Objetivos:

En este estudio se realizó un scoping review sobre el uso de técnica de Buttonhole en pacientes con FAVI.

### Material y Método:

Análisis de varianza, chi cuadrado pruebas t, análisis: Para elaborar este trabajo se realizó una revisión

bibliográfica de 19 artículos mediante la metodología de Scoping review según el manual de revisiones bibliográficas de Joanna Briggs Institute (JBI). Siguiendo el marco estructural propuesto por Arksey y O'Malley.

### Discusión:

La literatura encontrada sugiere que el uso de la técnica en buttonhole puede aportar muchos beneficios a los pacientes en comparación a la técnica en escalera o a la punción en área. Además el riesgo de infección se ve disminuido con las medidas de asepsia adecuada y con la aplicación profiláctica de mupirocina tópica post HD.

### Conclusiones:

El uso de la punción BH es efectivo para aumentar la supervivencia de la FAVI ya que reduce el riesgo de aparición de complicaciones y además fomenta la autopunción favoreciendo la hemodiálisis domiciliaria, y debido a esto, también aumenta la calidad de vida de los pacientes en HD.

## Valoración de la presencia de alexitimia en hemodiálisis

Rosa María Salas Muñoz, Pilar López Morales, Antonio José Fernández Jiménez

Centro de Hemodiálisis Sierra Este Diálisis Andaluza. Sevilla. España

### Introducción y objetivos:

La Alexitimia es una alteración del estado de ánimo que se manifiesta en forma de dificultad para tomar conciencia sobre los propios sentimientos y fantasías, así como para poder expresarlos verbalmente. Ha sido relacionada con el desarrollo de otras psicopatologías como la depresión. La bibliografía existente pone en relación la presencia de Alexitimia en pacientes con enfermedades crónicas. En el caso particular de la insuficiencia renal, se ha relacionado con una peor adherencia al tratamiento. Por ello, nos planteamos valorar su presencia en un grupo de pacientes en hemodiálisis en nuestro centro.

### Material y Método:

Muestra de 63 pacientes en hemodiálisis, hombres y mujeres, con edades entre 22 y 83 años. Se recogió también el tiempo que cada uno llevaba en tratamiento en hemodiálisis.

Estudio descriptivo de corte transversal con datos recogidos entre febrero y abril de 2019.

Se aplicó individualmente la Escala de Alexitimia de Toronto, que ha demostrado ser una herramienta válida y fiable para detectar la presencia de dicha alteración. Se realizaron comparaciones de medias entre grupos de sexo, edad y tiempo en diálisis. Se cuantificaron los valores de frecuencia para las puntuaciones obtenidas en el test.

### Resultados:

No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de alexitimia según el sexo de los sujetos (33 hombres y 30 mujeres), la edad (34 sujetos menores de 65 años y 29 mayores de 65 años) y tampoco en relación al tiempo que llevaban en diálisis (34 sujetos con menos de 3 años en diálisis y 29 con más de 3 años en diálisis).

Encontramos que un 22,2% de la muestra (14 sujetos) muestra valores de alexitimia clínicamente relevantes.

### Conclusiones:

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que casi una cuarta parte de los pacientes en diálisis presenta alexitimia, sin que ello dependa del sexo, edad o tiempo que la persona lleva recibiendo dicho tratamiento.

Al mostrarse dichas personas menos expresivas acerca de lo que sienten, sería más complicado para el personal sanitario, proporcionar una atención lo más adecuada posible a sus necesidades, no sólo fisiológicas, sino también emocionales.

Por tanto, tener en cuenta esta información, nos alerta sobre la necesidad de que las personas en hemodiálisis reciban tratamiento psicológico, aumentando con ello sus posibilidades de adherencia al tratamiento.

## Asociación entre la presión intra-abdominal y el desarrollo de complicaciones urológicas en el post-trasplante inmediato

Pablo González Pereira, M<sup>a</sup> Olga Vegas Prieto, Jorge Madrid Marcos, Beatriz Toribio Manrique, Hugo Sardon Sánchez, María Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

### Introducción:

La hipertensión intra-abdominal (HIA) es una complicación de elevada morbi-mortalidad común entre pacientes críticos. La HIA puede inducir fracaso renal agudo, comprometiendo la vascularización renal. Existen múltiples factores de riesgo para presentar elevación de la presión intra-abdominal (PIA) tras un trasplante renal, como las hemorragias intra-abdominales o la sueroterapia intensiva. Sin embargo, la determinación de la PIA tras el trasplante no se realiza de forma rutinaria.

Planteamos este estudio para analizar la asociación entre la PIA y las complicaciones de tipo urológico tras la realización de un trasplante renal.

### Material y Método:

Estudio prospectivo en pacientes consecutivos que recibieron un trasplante renal de donante cadáver. La PIA se midió cada 8h durante los primeros 24h tras la cirugía, a través de la vejiga urinaria. Para ello se colocó una llave de tres vías entre el catéter Foley y la bolsa de diuresis. Tras vaciar la vejiga se infundieron 20 ml de suero salino estéril, bloqueando la conexión entre el catéter Foley y la bolsa de diuresis y uniéndolo a un sistema de monitorización de presión conectado a su vez con un transductor situado a la altura de la sínfisis púbica. La medición se realizó siempre con el paciente en decúbito supino y sin emplear ventilación mecánica. Dividimos los pacientes en dos grupos, según hubiesen presentado al menos dos de las tres mediciones por encima de 10 mmHg o no.

La función del injerto se monitorizó mediante la determinación diaria de la creatinina sérica y de la cuantificación horaria de la diuresis. Consideramos complicación uroló-

gica episodios de retención aguda de orina, desarrollo de fistulas ureterales u obstrucción urinaria que precise inserción de catéter Doble J o nefrostomía a lo largo del ingreso.

### Resultados:

Se recogen datos antropométricos, clínicos y analíticos. En la muestra, los pacientes con  $PIA \geq 10$  mmHg en las primeras 24h presentaron un peso significativamente mayor. La creatinina sérica media de los primeros 3 días fue superior en el grupo  $PIA \geq 10$  mmHg, mientras que el volumen medio de diuresis tendió a ser menor. Los pacientes con  $PIA \geq 10$  mmHg presentaron con mucha mayor frecuencia complicaciones urológicas durante el post-trasplante inmediato.

### Conclusiones:

Una PIA más elevada, incluso sin llegar a cifras definitorias de HIA parece asociar una mayor incidencia de complicaciones urológicas y una peor función del injerto. El peso del enfermo parece el parámetro antropométrico relacionado más estrechamente con la PIA. Inesperadamente observamos como el grupo con PIA elevada presentaba mayor prevalencia de enfermedad coronaria y con mayor frecuencia un ACV como causa de muerte del donante. Debido al pequeño tamaño muestral no podemos descartar que se trate de una asociación casual, pero sería interesante investigar en el futuro si el estado cardiovascular de donante y/o receptor influyen en este parámetro. Como conclusión, el presente estudio indica la posible relevancia que tiene la medición rutinaria de la PIA tras un trasplante renal.

## ¿Es eficaz la educación sanitaria en preadolescentes? Prevención primaria en enfermedad renal

**María Isabel González Sánchez, Alicia González Horna, María Luz Sánchez Tocino, Antonio López González**

Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid y Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. España

### Introducción:

En ocasiones, la aparición de enfermedades crónicas puede ir asociada a hábitos de vida poco saludables. Dentro de estas, se encuentra la pérdida de capacidad renal, una forma de afrontar el problema es la prevención mediante educación sanitaria en edades tempranas.

Los niños y adolescentes de hoy pueden ser nuestros pacientes potenciales en un futuro, por lo cual, hay que intentar disminuir los factores de riesgo que puedan desencadenar la aparición de la enfermedad, tales como obesidad, diabetes e hipertensión arterial, promoviendo estilos de vida saludables desde el propio entorno escolar.

### Objetivos:

Valorar el interés y conocimiento de los estudiantes de primero y segundo de secundaria en relación con la enfermedad renal crónica y su prevención.

Aportar conocimientos adecuados a su edad, tanto de aspectos biológicos básicos como nutricionales y fomentar hábitos de vida saludables.

### Material y Método:

Estudio descriptivo, longitudinal con intervención. Se realizaron tres sesiones en un colegio concertado a estudiantes de primero y segundo de secundaria en Noviembre de 2018, previo consentimiento del equipo educativo. Inicialmente con un cuestionario de conocimiento sobre biología renal, hábitos saludables y consecuencias de la enfermedad renal, seguida de una sesión de educación sanitaria y repetición del cuestionario.

Se registran las variables demográficas sexo, edad y respuestas correctas de los cuestionarios.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el SPSS versión 20. Los resultados se expresaron en porcentajes y cifras absolutas. Se utilizó el test del chi-cuadrado y la prueba de McNemar. Significativos si  $p < 0,05$ .

### Resultados:

Se han analizado 281 estudiantes. El 52,7% (148) tenían 12 años y el 47,3% (133) restante 13 años. El 53% (149) varones y el 47% (132) mujeres. El 69,4% (195) manifestaron no haber recibido información sobre la enfermedad renal, no evidenciándose relación significativa con la edad ( $p=0,986$ ) y el sexo ( $p=0,193$ ). Solo el 4,3% (12) refirieron no interesarle en el tema.

Previo a la sesión formativa, el 9,3% (26) respondieron correctamente al cuestionario completo. No se encontraron diferencias significativas en relación a la edad ( $p=0,053$ ) y sexo ( $p=0,616$ ). Respecto al tipo de preguntas, el 80,4% (226) cometieron errores en las de aspectos biológicos, los de 12 años tenían menos conocimientos ( $p=0,016$ ). En relación a hábitos saludables, el 73,7% (207) erraron al menos una pregunta, independiente del sexo ( $p=0,544$ ) y edad ( $p=0,420$ ). Las preguntas con más errores fueron la referida al desencadenante del fallo renal 47,4% (127) y su consecuencia 41,9% (112).

Tras las sesiones formativas, se ha contrastado un cambio significativo de conocimientos ( $p=0,000$ ). El 88,6% (249) de los estudiantes contestaron correctamente a todas las preguntas del cuestionario sin evidenciarse diferencias significativas entre sexo ( $p=0,571$ ) y edad (0,116). El 80,4% (226) de los que en el primer cuestionario habían errado alguna pregunta posteriormente contestan correctamente.

### Conclusiones:

Existe gran desconocimiento de la enfermedad renal, consecuencias y hábitos saludables preventivos entre preadolescentes, sin encontrar diferencias de conocimiento entre sexo y las dos edades estudiadas.

La mayoría están interesados en recibir formación respecto al tema y mostraron actitudes positivas ante el proyecto. Se pudo contrastar que con una única sesión de Educación Sanitaria los alumnos aumentaron de manera muy significativa sus conocimientos tanto biológicos, como de hábitos saludables.



## Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en edad laboral en tratamiento con hemodiálisis

Juan Gabriel Castillo de Lamo, Noelia Olmedo Moreno, Lourdes de la Vara Iniesta, Ana Rico González, Irene Fernández Marcilla, Francisco Luis Sánchez Izquierdo

Centro de hemodialisis ASYTER. Albacete. España

### Introducción:

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. Conocer la calidad de vida de los pacientes renales en diálisis, requiere conocer el impacto que la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y su tratamiento, tienen sobre la percepción que el paciente posee sobre su bienestar. Objetivo: Analizar y describir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con Hemodiálisis.

### Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en el año 2019, en el que se incluyeron pacientes en edad laboral (18-65 años) y más de 3 meses en Hemodiálisis, en nuestro centro. Se excluyeron los pacientes con trastornos sensitivos, cognitivos, y/o psiquiátricos severos que imposibilitaban la realización de la entrevista. Se utilizó el cuestionario validado para la valoración de la calidad de vida para enfermos renales, KDQoL-SF (adaptación del KDQoL-SF36), y se calculó media, mediana, desviación estándar y proporción de individuos con puntuación máxima (efecto techo) y mínima (efecto suelo) para cada dimensión. Se obtuvieron variables sociodemográficas e Índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad (ICC). El análisis estadístico se ha realizado con el paquete estadístico SPSS.v.25 para MAC.

### Resultados:

Se seleccionaron 30 de 146 pacientes en Hemodiálisis. La edad media de los pacientes fue de  $53,10 \pm 9,10$  años, el 60% eran varones y el tiempo en tratamiento renal sustitutivo fue de 75,17 meses (5-446), con una media en Hemodiálisis de 36,67 meses (3-126). La causa de IRC más frecuente fue la nefropatía diabética y la tubulointersticial, las comorbilidades predominantes fueron la Hipertensión arterial, la diabetes Mellitus y la cardiopatía. El ICC medio fue de  $4,4 \pm 1,97$ , sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Las puntuaciones más destacadas las encontramos en la dimensión síntomas/problemas ( $75,84 \pm 14,36$ ) y las subescalas rol emocional ( $82,22 \pm 34,72$ ), seguida del dolor corporal ( $78,66 \pm 23,48$ ). Las dimensiones más afectadas fueron la función cognitiva ( $10,88 \pm 16,18$ ) y la situación laboral ( $20,00 \pm 33,73$ ). En el análisis multivariante, no obteníamos diferencias en edad, comorbilidad o sexo salvo en la subescala apoyo social que era más favorable en las mujeres ( $p=0,028$ ).

### Conclusiones:

Nuestra experiencia es similar a la reportada en la literatura. En nuestros pacientes encontramos índices de percepción de salud por debajo de la población sana de referencia y con valoraciones de la calidad de vida similares a las ofrecidas por otros grupos con IRCT. No obstante, es necesario proseguir el análisis de los factores que intervienen en el estado de salud en estos enfermos.

## Estudio retrospectivo sobre incidencia de calcifilaxis en 2018 en una unidad de nefrología

**Sandra Romero Escobar, Beatriz Domínguez Fernández, Verónica Pérez Pérez**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

La calcifilaxis es un síndrome raro que afecta casi exclusivamente a pacientes con insuficiencia renal y que necesitan diálisis, aunque también han sido descritos algunos casos en pacientes con función renal normal.

Se caracteriza por la calcificación vascular de arterias de pequeño y mediano calibre, que dan lugar a lesiones dolorosas en la piel que progresan a isquemia y necrosis, dando lugar a la formación de úlceras características.

Se trata de una alteración vascular rara, aunque grave, con una elevada tasa de morbimortalidad derivadas de la infección de las lesiones.

### Objetivos:

- Registrar la incidencia de pacientes con calcifilaxis en el año 2018.
- Determinar factores de riesgos, y pronósticos.

### Material y Método:

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo donde se incluye a pacientes que durante el año 2018 se les diagnosticó calcifilaxis, tanto en consulta como durante algún ingreso.

Para ello, se realiza un registro en una base de datos (SPSS 25.0) donde analizamos las siguientes variables: Motivo de ingreso/consulta, edad, sexo, raza, estadio de ERC especificando si recibe TRS, hiperparatiroidismo, diabetes, obesidad, otros datos relevantes y estado actual.

### Resultados:

Con los datos obtenidos obtuvimos los siguientes resultados:

- Se diagnosticaron un total de 10 pacientes con calcifilaxis en el año 2018.
- El 70% de los mismos fueron de sexo femenino. El 100% de raza blanca.
- La edad media de estos pacientes fue de 66,5 años, siendo la amplitud de años de entre 43 y 77 años de edad.

- El 20% fueron diagnosticados en consulta, siendo el 80% restante diagnosticados durante algún ingreso hospitalario.
- De estos pacientes el 20% se encontraban inicialmente en situación de prediálisis y el 80% estaban ya en programa de tratamiento renal sustitutivo.
- La causa principal de ingreso o consulta estuvo de alguna manera relacionada con la calcifilaxis (dolor, aparición de úlceras, fiebre de origen úlceras...). Esto ocurrió en un 50% de los casos. Otras causas fueron: Ingresos por la propia evolución de la enfermedad renal (30%) y otras causas no renales en un 20%.
- Si analizamos parámetros como la diabetes y la obesidad, obtuvimos que el 60% de los pacientes eran diabéticos. En cuanto a la obesidad el 30% presentaban obesidad moderada (IMC>30), el 50% presentaba un IMC adecuado. Del 20% restante no obtuvimos datos relacionados con el peso.
- El 60% padecía hiperparatiroidismo.
- Por último reseñar que el 70% de estos pacientes fallecieron durante ese mismo año, el 28,57% por complicaciones propias de la calcifilaxis (sepsis), el 71,42% falleció en el hospital por la propia progresión de la enfermedad renal. El 14,28% falleció en casa con tratamiento conservador.

### Conclusiones:

La calcifilaxis sigue siendo aun un síndrome bastante extraño, con pocas referencias bibliográficas. Y aunque la incidencia al año es baja, su morbimortalidad es bastante elevada.

Factores de riesgo como sexo, edad, estadio de ERC, hiperparatiroidismo y diabetes deben ser tenidos en cuenta. Por ello la importancia del seguimiento y la adherencia terapéutica, y el papel de enfermería como educadora en salud.

## Prevención de las úlceras por presión en el paciente renal crónico: recomendaciones actualizadas en atención primaria y especializada

Trinidad López Sánchez, Marta Pérez Doctor, M<sup>a</sup> Luz Amoedo Cabrera

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud pública y de seguridad del paciente con alta prevalencia (hospitales: 7,87%; centros socio-sanitarios 13,41% y en atención primaria (AP):8,51%) evitables en un 95%. que genera serias complicaciones y aumento del riesgo de mortalidad, siendo el paciente renal (IRC) un candidato con alta vulnerabilidad por el frecuente compromiso de su movilidad, nutrición, cognitivo, etc aparte del riesgo inherente a la propia enfermedad y comorbilidad asociada. El método más eficiente para afrontar este evento adverso (EPINE2017) es la prevención para la que se necesitan unas recomendaciones basadas en la más actual evidencia científica con un seguimiento a veces difícil debido a la extensa publicación disponible no siempre contrastada.

### Objetivos:

Objetivo general: Reducir la incidencia de UPP en paciente renales con riesgo (PRUPP).

Objetivo específico: Proporcionar recomendaciones con evidencia para ayudar en la toma de decisiones en el cuidado a PRRUPP.

### Material y Método:

Búsquedas bibliográficas: Guías de Práctica Clínica (GPC: Instrumento AGREE II) y Revisiones sistemáticas (RS herramienta AMSTAR). Protocolo COSI para la selección de bases de datos acotando búsqueda a los 5 últimos años, gestor personal de referencias bibliográficas, almacén y edición de los registros, Formulación de preguntas clave a las GPC/RS sobre las dimensiones de las UPP, revisión periódica cada 5 años.

Población diana: Pacientes/cuidadores adultos con IRC (con o sin tratamiento sustitutivo) hospitalizados, en residencias o inmovilizadas en domicilios con riesgo de UPP, se excluyen: población pediátrica/obstétricos.

Profesionales a los que se dirige: Enfermeros de hospita-

les, residencias y ámbito comunitario implicados en cuidado de PRUPP.

### Resultados:

Edición de la guía de actuación y checklist de prevención que incluye:

Recomendaciones a profesionales en:

-Recursos necesarios:

Materiales, PRODUCTOS, superficies especiales de manejo de presión (SEMP), sistemas de alivio local de la presión, sistemas de transferencia discos transparentes, etc.

-Transferencia de información:

Antes de entrar en el hospital, desde AP: riesgo al paciente/cuidador, informe de continuidad de cuidados (ICC) y/o contacto telefónico entre enfermeros si hay UPP con inclusión del plan de cuidados (PC).

Durante la estancia en el hospital, planificación del alta y continuidad de cuidados: desde urgencias a la unidad destino, desde el hospital a la comunidad (AP y/o residencias), conciliar medicación, planificación del alta, valorar contacto con enfermera gestora de casos.

Si el alta prevista para fin de semana: activar salud responde para reforzar prevención( llamada telefónica al paciente en fin de semana/vispera), ICC al alta (riesgo, PC con diagnósticos NANDA activados/no resueltos, NOC/NIC planificadas y evaluadas).

Herramienta SBAR de comunicación efectivas interprofesional en relevos.

\*Recomendaciones al paciente/cuidador del paciente: sanitaria al paciente/cuidador y su participación en la prevención y en el PC.

### Conclusiones:

Acercar las mejores evidencias disponibles para el desarrollo de prácticas seguras y la participación activa de profesionales y ciudadanía mediante recomendaciones fáciles y seguras ayuda a prevenir las consecuencias y el sufrimiento intangible de paciente renal y cuidadores como competencia profesional para mejorar la calidad de cuidados.

## Rompiendo el hielo: estrategia formativa

**Loreto Sáez Rodríguez, Sonia Gallego Santiago, Mercedes Mosteiro Rodríguez, Rocío Gómez Vázquez**

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

### Introducción:

La comunicación es esencial en cualquier tipo de interacción social, un instrumento indispensable para transmitir información y, desde nuestra perspectiva como enfermeras, un factor clave para prestar cuidados integrales de calidad. Las relaciones sociales han sufrido muchos cambios en los últimos años principalmente debidos al uso de los dispositivos digitales y nuestros pacientes son fiel reflejo de estos cambios, tendiendo al aislamiento, lo que nos ha llevado a reflexionar para buscar formas proactivas para impulsar la comunicación y relación con el personal sanitario. Autoras como Peplau, Orlando, King o Travelbee definen la enfermería en el contexto de las relaciones interpersonales enfermera-paciente y en ellas nos hemos inspirado para diseñar un plan formativo de mejora de la comunicación efectiva.

### Objetivos:

Revisar y reforzar los conocimientos del personal de enfermería para estimular la comunicación con los pacientes y favorecer la educación sanitaria.

### Material y Método:

Estudio cualitativo, de observación participante en una unidad de hemodiálisis crónicos. Población: 64 pacientes y 21 enfermeras.

Detectada la necesidad de mejorar la interacción con nuestros usuarios, elaboramos un plan formativo específico en estrategias de comunicación enfocado especial-

mente a nuestro perfil de paciente crónico, tratando de incluir todos los puntos de interés seleccionados en un grupo de discusión. Se impartieron dos sesiones formativas de dos horas de duración con contenido teórico/práctico (rol playing), con el que se adquirieron conocimientos relacionados con los elementos que intervienen en el proceso de comunicación (elementos conductuales, cognitivos y fisiológicos) y se trabajaron temas como la asertividad, la empatía, la escucha activa o la inteligencia emocional.

### Resultados:

El clima comunicativo de la unidad ha cambiado: el plan formativo cumplió las expectativas, el personal refiere más seguridad y confianza a la hora de interactuar y los pacientes se muestran más cómodos al manifestarse, preguntar y comentar con la enfermería distintos temas, tanto de su patología como de su situación vital.

### Conclusiones:

Las estrategias de formación en comunicación resultan eficaces y benefician tanto al personal sanitario como a los propios pacientes: la evaluación diaria inicial para la programación de ultrafiltración, la educación sanitaria en general y la transmisión de información relativa a la situación global del paciente y de los aspectos familiares y sociales se ha visto facilitada por una comunicación más fluida y participativa por ambas partes.

## El entrenamiento simultáneo de diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automatizada en pacientes incidentes en diálisis peritoneal permite reducir el tiempo aprendizaje

Raquel Manzano García, Carlos García Moruno, M<sup>a</sup> Ángeles Alcántara Mansilla, Juan Francisco Pulido Pulido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

### Introducción:

Clásicamente el método de entrenamiento con diálisis peritoneal se ha centrado en el aprendizaje inicial de intercambios manuales (DPCA) y, entre aquellos pacientes que lo deseaban, en un segundo tiempo diferido el entrenamiento con cicladora (DPA). En los últimos meses hemos optado por un entrenamiento simultáneo de ambas técnicas en aquellos pacientes incidentes que deseaban DPA.

### Objetivos:

Comparar el tiempo de aprendizaje de ambas técnicas juntas (DPA y DPCA) con el tiempo que se empleaba por separado en pacientes incidentes en diálisis peritoneal.

### Material y Método:

Durante un periodo de 6 meses, hemos recogido el tiempo aprendizaje en 6 pacientes incidentes en DP que optaron por DPA y fueron instruidos con ambas técnicas (GRUPO A). Se han comparado con 6 pacien-

tes históricos que aprendieron en dos secuencias, inicialmente DPCA y unos meses después, fueron transferidos a DPA (GRUPO B).

### Resultados:

Las características de los pacientes fueron similares en ambos grupos (GRUPO A: Edad  $44\pm 10$  años, rango 29-72 años; GRUPO B Edad  $47\pm 14$  años, rango 20-73). El tiempo medio de aprendizaje en el grupo A fue 17 días repartido en: DPCA 9 días y DPA: 8 días. El tiempo medio del GRUPO B fue 28 días repartido en: DPCA 11 días y DPA: 17 días. (P: 0.01) No encontramos complicaciones derivadas del entrenamiento en ninguno de los dos grupos.

### Conclusiones:

El aprendizaje de DPA y DPCA simultáneamente en nuestra experiencia ha sido más rápido y eficiente que el método que utilizábamos previamente. Esto ha hecho que cambiemos el método de entrenamiento en nuestra unidad de DP.

# El uso de las nuevas tecnologías para la comunicación en diálisis peritoneal

**Inmaculada Torres Colomera, M<sup>a</sup> Ángeles Sánchez Lamolda, Montserrat Pérez Carmona**

Hospital Torrecárdenas. Almería. España

## Introducción:

La diálisis peritoneal es una opción de tratamiento renal sustitutivo que el paciente realiza en su domicilio, él es responsable de realizar su tratamiento, pero siempre con el apoyo del equipo sanitario referente. A veces el paciente se siente inseguro a pesar de ofrecerle el apoyo y la información necesaria.

Las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) actualmente son un recurso muy importante en la sociedad. Presentan una serie de características: Interactividad, instantaneidad, interconexión, digitalización, colaboración.

La edad avanzada, la presencia de múltiples patologías y las largas distancias de nuestra provincia, hace que nos planteemos el uso de estas herramientas, permitiendo así, mejorar la calidad en los cuidados de nuestros pacientes y evitarles desplazamientos. Mediante las nuevas tecnologías entramos en el domicilio del paciente: Videoconferencia, correo electrónico y WhatsApp.

## Objetivos:

Ofrecer apoyo y soporte al paciente en su domicilio usando las nuevas tecnologías.

## Material y Método:

Hacemos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes en programa de diálisis peritoneal durante un año, desde 1 de febrero de 2018 hasta el 31 de enero de 2019.

Variables de estudio: N° de pacientes: 32. Sexo: hombres 22, mujeres 10. Edad media de los pacientes: 60 años, un rango de 19 a 86. Distancia al hospital: De 0-20km=14; 21-41km=9; 42-62=1; 63-84=4; 85-105=4 pacientes. Manejo de las nuevas tecnologías: Teléfono Móvil lo usan 32, de los cuales utilizan Whats-

App 28 pacientes. Videoconferencia o correo electrónico 15 pacientes.

En la consulta utilizamos: teléfono móvil, ordenador, cámara (webcam), micrófono, auriculares, correo electrónico.

Ofrecemos la información adecuada a los pacientes para que firmen el consentimiento informado de grabación de imágenes y de su difusión (documento oficial de nuestro hospital), y le informamos de la posibilidad de poder usar las TIC en nuestra unidad, hacer uso de WhatsApp y del correo electrónico, para poder estar en contacto y enviarle información.

## Resultados:

De los 32 pacientes que tenemos en el estudio, 68,75% son hombres y el 31,25% mujeres .

La distancia al hospital es: entre 0-20km el 43,75%; entre 21-41km el 28,12%; entre 42-62km el 3,12%; entre 63-84km el 12,5%; y entre 85-105km el 12,5%. 56,25% de nuestros pacientes viven a más de 20km de nuestro hospital.

El 100% de los pacientes y/o cuidadores utiliza el teléfono móvil, 87,5% usa WhatsApp.

El 46,87% usa videoconferencia o correo electrónico.

## Conclusiones:

Todos han respondido con interés a la posibilidad de poder comunicarnos usando las TICs, aunque hasta este momento, solo 4 pacientes han usado la videoconferencia y/o correo electrónico.

Todos han manifestado sentirse más tranquilos, al saber que pueden comunicarse con su enfermera y entre ellos fácilmente.

El uso de las nuevas tecnologías: mejora la calidad de la atención sanitaria con eficiencia, y efectividad, dando seguridad al paciente y evitando largos desplazamientos.

## Implantación de nuevas tecnologías y calidad de vida en diálisis peritoneal

**Anna Luque Hernández, Mar Blazquez Rodríguez, Rosa Magdalena Pinar, Emma Caballero Martín, Alex Andujar Asensio**

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. Madrid

### Introducción:

Las nuevas tecnologías de telemonitorización bidireccional remota en Diálisis Peritoneal Automatizada (APD) permiten, gracias a la visualización diaria del portal online, realizar una intervención temprana de las complicaciones incidiendo de esta manera en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

### Objetivos:

Evaluar el impacto de la telemonitorización bidireccional en la calidad de vida del paciente en APD.

### Material y Método:

Estudio piloto descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el servicio de Diálisis Peritoneal (D.P) desde Enero 2018 a Enero 2019. En la selección de la muestra se incluyó una muestra aleatoria de pacientes con tratamiento de APD telemonitorizada de más de 6 meses, excluyendo a los pacientes que no firmaron consentimiento informado.

Se proporcionó a los pacientes el cuestionario "Enfermedad del riñón y Calidad de vida" (KDQOL TM\_36), dirigido a la salud del paciente en las 4 últimas semanas, en el que destacamos como variables principales:

- Salud en general
- Sentimiento de carga familiar
- Interferencia de la enfermedad renal en la vida
- Dependencia del personal sanitario
- Aspecto físico

Además se recogieron otras variables como edad y sexo. Los datos se recogieron y analizaron con Excel 2017.

### Resultados:

Durante el estudio se evaluaron a 10 pacientes. La media de edad fue de 56 años y el 60% fueron hombres. Las respuestas obtenidas fueron:

El 60% (6) definieron el estado de salud en general entre excelente y bueno. En cuanto al sentimiento de carga familiar un 40% (4) lo definen entre totalmente y bastante cierto, es decir, se sienten una carga para la familia. En el ítem de interferencia de la enfermedad renal en la vida, un 70% (7) lo califican entre totalmente y bastante cierto; mientras que un 20% (2) lo califican en totalmente falso.

La variable de dependencia del personal sanitario recoge que un 50% (5) de los pacientes se sienten entre mucho y regular en cuanto a dependencia y paralelamente el otro 50% (5), se siente nada o poco dependiente.

Respecto al aspecto físico un 90% (9) le afecta entre un poco y nada; y tan solo un 10% (1) le afecta muchísimo el aspecto físico.

### Conclusiones:

El paciente en diálisis peritoneal telemonitorizada considera en general, tener una salud y un aspecto físico buenos. Los datos que nos sorprendieron fueron, que aunque la diálisis peritoneal es una técnica que fomenta la autonomía del paciente, respondieron en un alto porcentaje, que tenían una alta dependencia del personal sanitario; que la enfermedad renal interfería mucho en sus vidas y se consideraban una carga familiar.

El corto número de pacientes y tiempo estudiados, hace aconsejable proseguir con el estudio ampliando el tiempo y la población a estudiar.

## Implementación de la consulta de preperitoneal en la ayuda a la selección de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

**Yolanda Benito García, M<sup>a</sup> José Oliete Mathieux, Merche Prats Valencia, Ramón Font Font, Francisca Rius Rius, M<sup>a</sup> Mercé Borràs Sans**

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

### Introducción:

La toma de decisiones por parte del paciente en las consultas de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es fundamental en el proceso de empoderamiento. No obstante, es bien conocido que una correcta selección de los pacientes garantizan el éxito de un programa de diálisis peritoneal, lo que en ocasiones podría crear un conflicto entre la voluntad del paciente en ejercer dicha técnica y el poder realizarla. Con este objetivo, hemos creado una consulta previa a la inclusión en diálisis peritoneal para informar sobre la técnica y valorar los posibles criterios de barrera habitualmente descritos en la literatura.

### Material y Método:

Se incluyeron pacientes en un periodo de 9 meses, con insuficiencia renal estadio IV/V, valorados en al menos una ocasión en la consulta ERCA. Se les realizaba una visita dual médico/enfermera que incluía anamnesis psicossocial/médica así como exploración física, sobretudo abdominal. Se explicaba de forma práctica in situ en qué consistía la técnica, tanto manual como automatizada.

### Resultados:

Se visitaron un total de 61 pacientes, un 67% hombres, con edad comprendida entre 19-86 años y una comorbilidad alta (índice de Charlson Modificado entre 6-7 en un 61%). Un 47,5% de los pacientes eligen diálisis peritoneal, la mitad de los cuales actualmente están en diálisis peritoneal, con supervivencia global de la técnica en el 100% de los pacientes; el 52% de los pacientes no fueron incluidos en diálisis peritoneal. Las causa mayoritaria de exclusión fue la no voluntad/preferencia del paciente por hemodiálisis (71%). Tan sólo en un 9,8% se detectaron barreras médico/psociales que hicieron no recomendable dicha técnica.

### Conclusiones:

Tras una información exhaustiva de la técnica, casi un 50% eligen realizar diálisis peritoneal. A pesar de la edad y de tener una comorbilidad elevada, tan sólo se detectaron <10% de los pacientes con criterios de barrera que desaconsejen la técnica, pudiendo realizar además una correcta selección de los pacientes, evitando las salidas prematuras que podrían haberse detectado previamente a su inclusión.



## Implementación del programa de biopsia renal en el servicio de nefrología por parte del nefrólogo

Ramón Font Font, Yolanda Benito García, Merche Prats Valencia, M<sup>a</sup> José Oliete Mathieux, M<sup>a</sup> Mercé Borràs Sans

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

### Introducción:

La biópsia renal, es una Técnica diagnóstica invasiva esencial para el diagnóstico, pronóstico y elección de un tratamiento de las patologías renales. Con la finalidad de reducir el tiempo de espera del paciente para la realización de la prueba y contando con un nefrólogo intervencionista en la unidad, se decidió realizar dicha técnica en el servicio de Nefrología siempre contando con la ayuda de enfermería.

### Objetivos:

Registro de la totalidad de biopsias renales ecoguiadas realizadas por el nefrólogo y complicaciones, así como la atención al paciente durante la realización de la misma y las pertinentes recomendaciones posteriores.

### Material y Método:

Desde Noviembre de 2017 hasta Abril de 2018, (16 meses) se han realizado un total de 100 biopsias a pacientes procedentes en la mayoría de casos, de la consulta externa de Nefrología. El 64% eran varones, con una edad media de 54,3 años.

El motivo mayoritario por la que se requería biopsia eran alteraciones urinaria (proteinuria +/- microhematuria).

El paciente ingresaba el día previo para la realización de analíticas previas: hemograma y coagulación. El día de la biopsia el paciente era trasladado al Servicio de Nefrología en su misma cama con el fin de evitar movi-

lizaciones durante las 24 horas posteriores. Monitorización de la TA.

Se utilizó un Ecografo Mylab25 Gold de Esaote, con sonda convex de multifrecuencia CA431 y agujas tru-cut 16G para pistola automática Bard Magnum. Se realizaron dos hemogramas control a las 6 y a las 24 horas.

### Resultados:

Se han realizado un total de 100 biopsias renales, 97 en riñón izquierdo y 3 en riñón derecho, todas sobre riñón nativo. La TAs media fue de 140,2mmhg y la TAd media de 78,3mmhg. En todos los casos y bajo anestesia local se utilizó una aguja de 16G, de diferentes longitudes: 24 de 20 cm y 76 de 16 cm. Con un número medio de punciones de 2,3.

La hemoglobina media previa fué de 12gr/dl, la media post de 11,7gr/dl. Un 19% de pacientes presentaron un descenso superior a 1gr/dl, no requiriendo transfusión sanguínea en ningún caso.

No se registró ninguna complicación mayor posterior (cirugía, nefrectomía, arteriografía, embolización ó muerte). En un 99% de los casos se obtuvo diagnóstico anatomopatológico.

### Conclusiones:

Desde la implementación del programa de biopsias renales en nuestro Servicio llevado a cabo por el nefrólogo en ningún caso de las 100 biopsias realizadas han presentado complicaciones ni durante ni posteriormente, siendo ésta un técnica rápida, segura y eficaz.

## Innovando en los cuidados del catéter peritoneal para reducir la infección

**Mar Blazquez Rodríguez, Anna Luque Hernández, Alex Andújar Asensio, Emma Caballero Martín, Rosa Magdalena Pinar**

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

### Introducción:

Las infecciones del orificio de salida del catéter peritoneal son causa de una elevada morbilidad en los pacientes sometidos a diálisis peritoneal. El estabilizador de catéter es un dispositivo de fijación que ofrece adhesión sin necesidad de fijación con suturas. Está diseñado para adaptarse a los catéteres y sus cualidades permiten adaptarlo a la cura del orificio peritoneal, pudiendo evitar las complicaciones del orificio.

El orificio de salida se considera cicatrizado cuando han transcurrido de 6-8 semanas de su implantación y totalmente cicatrizado pasado de 6 meses a un año.

### Objetivos:

Analizar si la colocación del estabilizador de catéter en la cura del orificio peritoneal disminuye las complicaciones en los 6 primeros meses postcolocación.

### Material y Método:

Estudio piloto, cuantitativo cuasi-experimental, antes-después realizado en el servicio de Diálisis Peritoneal (D.P), desde Enero 2017 a Enero 2019. En la selección de la muestra se incluyeron pacientes que inician o reinician programa de D.P y se les coloca catéter peritoneal en angioradiología o quirófano. Se excluyeron pacientes que pudieran presentar algún tipo de alergia o reacción cutánea al material del estabilizador.

En el primer período de estudio: de Enero de 2017 a Enero 2018 la cura se realizó fijando el catéter con gasas y tapando con un apósito.

En el segundo período comprendido de Enero 2018 a Enero 2019, una vez colocado el catéter peritoneal y antes de colocar el apósito quirúrgico, se realizó la fijación con el estabilizador de catéter (a la piel y pasando

la tubuladura del mismo catéter cerrando la pinza de seguridad de la "mariposa") favoreciendo la caída de éste. Para asegurar su fijación se adaptó la parte central del estabilizador recortando la goma del interior de la pinza y así poder fijar la zona de tubuladura proximal del catéter. Se mantuvo un mes.

La variable principal de estudio fue la infección del orificio peritoneal, además se recogieron otras variables como edad y sexo. Los datos se recogieron y analizaron con Excel 2017.

### Resultados:

Durante el estudio se evaluaron a 48 pacientes. En el primer período 20 y en el segundo 28 catéteres. La media de edad y el sexo fueron similares en ambos períodos de estudio (edad media de 63 años y el 70% fueron hombres). En el primer período y tras la cura descrita SIN estabilizador se registraron 5 catéteres infectados (25%) durante los 6 primeros meses postcolocación, 2 de ellos precisaron recambio de catéter.

En el segundo período, una vez implementada la cura del catéter CON estabilizador, se registraron 28 catéteres presentando infección sólo 1 catéter (3,57%).

### Conclusiones:

La disminución de infecciones del orificio tras la colocación del estabilizador de catéter en la cura de éste nos hace pensar que es un buen recurso para utilizar durante el periodo de cura del orificio.

El corto número de pacientes y tiempo estudiados, hace aconsejable proseguir con el estudio ampliando el tiempo y la población a estudiar.

## P@cientes 3.0

**Isabel Montesino Navarro, Encarnacion Bellón Pérez, Cristina Pérez Jimenez, Mercedes López de Rodas, Isabel Villena Martínez, Agustín Ortega Cerrato**

Hospital General Universitario de Albacete. España

### Introducción:

El auge de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han revolucionado la sociedad en la que vivimos en la actualidad. Dentro de esta digitalización, los profesionales de la salud intuyen las posibilidades que les brindan las nuevas tecnologías, donde la innovación, y la digitalización están presentes en su práctica diaria.

Pero no sólo los profesionales de la salud perciben esta aplicabilidad de las TIC. Internet se ha convertido en la principal fuente de información médica entre los pacientes. Pese a este auge, una parte de la población, bien por no disponer de recursos para acceder a las TIC, o bien por no tener competencias en su uso, es víctima de la conocida como brecha digital.

### Justificación:

Dentro de esta sociedad digital que vivimos, dotar a los pacientes de una serie de habilidades y competencias en el manejo de las nuevas tecnologías es el primer paso para vencer la brecha digital.

### Objetivos:

- Convertir al paciente en parte activa y eje central de su educación digital.
- Dotar de competencias digitales a los pacientes frente a la brecha digital.
- Potenciar escuelas de pacientes para que a su vez actúen como mentores ayudando a otros pacientes en el desarrollo de competencias digitales.

### Material y Método:

Fase 1: Búsqueda de formadores.

Apoyados por los servicios de Cardiología, Nefrología y Neumología del CHUA, se invitará a participar en el programa a aquellos pacientes que deseen formarse en competencias digitales, incidiendo especialmente sobre aquellos con reciente diagnóstico de enfermedad cardiovascular y promoviendo la prevención de la salud.

Fase 2: Formación de pacientes.

Se impartirán una serie de talleres formativos sobre com-

petencias digitales dirigidos específicamente a pacientes. Las principales áreas sobre las que se incidirá serán:

- Uso redes sociales.
- Búsqueda de información fiable en Internet.
- Recursos e-Health.

Fase 3: Formador de formadores.

Se invitará a los pacientes que han adquirido competencias digitales a ser formadores de los nuevos pacientes. Se realizarán grupos específicos de acuerdo a las diversas patologías y se buscará ampliar las áreas en las que actuar.

Fase 4: Interacción 3.0

Se buscará la interacción digital con los pacientes, implementando una serie de medidas que faciliten al paciente su estancia en el hospital o centro de salud. Entre estas medidas estarían:

- Documentación clínica:
  - Se añadirá un código QR a diferentes documentos de la historia clínica, vinculando un video explicativo del procedimiento o técnica al que se someterá el paciente. Dichos vídeos contarán con un apartado de evaluación, que medirán el feedback de su utilidad y aplicabilidad para el usuario.
- App:
- Portal: Recoger todos estos recursos en un portal web, dirigido específicamente a pacientes.

### Resultados:

Se realizaron talleres con pacientes donde se les formó en la disminución de la brecha digital. Se les paso test pre y post con una mejoría de la percepción sobre conocimientos en brecha digital.

### Conclusiones:

Se mejoró capacitación de pacientes frente al aislamiento digital.

Se mejoró la confianza y seguridad de los pacientes al convertirlos en el eje de su educación digital, y con ella, de su educación sanitaria.

Se aseguró el cumplimiento terapéutico y seguimiento de los pacientes apoyado en el uso de apps basadas en la gamificación.

## Vigilancia microbiológica en consulta de diálisis peritoneal

**Isabel Montesinos Navarro, Cristina Pérez Jimenez, Encarna Bellón Pérez, Mercedes López de Rodas, Isabel Villena Martínez, Agustín Ortega Cerrato**

Hospital General Universitario de Albacete. España

### Introducción:

La vigilancia microbiológica de las cepas productoras de peritonitis es crucial en una unidad de diálisis peritoneal (UDP). Las especies que son parte de la flora habitual de la piel como es el caso del *S. epidermidis*, pasan muchas veces desapercibidas al ser informadas como posible contaminación. La incidencia de peritonitis causadas por *S. epidermidis* se ha mantenido estable en los últimos años, presentando un curso clínico favorable en su gran mayoría, aunque estas cepas son cada vez más resistentes y difíciles de tratar. En el protocolo del servicio los cultivos asintomáticos para *S. epidermidis* no se tratan; con este trabajo queremos ver si es necesario adaptar la forma de tratar según la evolución microbiológica y la relación con las infecciones del orificio de salida (IOS) en UDP.

### Material y Método:

Estudio retrospectivo de las peritonitis producidas en nuestra UDP, entre 2010-2018, analizando las tasas de peritonitis, las peritonitis orificio dependiente, las IOS, las recidivas, las retiradas de catéter y la relación entre IOS y peritonitis por *S. epidermidis*.

### Resultados:

Existe una disminución de la tasa de peritonitis tras la introducción de los cambios en el protocolo del servicio tras el programa de vigilancia microbiológico, con una disminución de la tasa a la mitad.

Todas las peritonitis por *S. epidermidis* fueron orificio dependiente, 5 de 5 casos en el último año, con una variabilidad que ha ido incrementándose a lo largo del tiempo.

No se precisó retirada de catéter en ningún caso.

### Conclusiones:

Las peritonitis por *S. epidermidis* son muy frecuentes, se ha visto incrementada la relación IOS/peritonitis por este germen.

Las peritonitis por *S. epidermidis* producen un porcentaje elevado de las peritonitis, con una alta tasa de recidivas, y de IOS, planteamos variar el protocolo de tratamiento de las IOS, mediante la introducción de antibioterapia tópica según antibiograma, de forma habitual para disminuir esta asociación.

Un programa de vigilancia microbiológica debe ser fundamental para ver la evolución microbiológica en UDP, variando las medidas terapéuticas en función de la evolución.

## La consulta de enfermería en la enfermedad renal crónica avanzada: la gran desconocida

**Beatriz Sánchez Salan, Mónica García Garrido, Coronada Santos Amado**

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

### Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) representa un importante problema de salud tanto por su incidencia y prevalencia como por la morbimortalidad y coste económico que supone.

No todos los servicios de Nefrología disponen de consulta de enfermería específica de ERCA (ENFERCA) cuyos objetivos son la promoción de la salud, la prevención de los factores de riesgo y complicaciones de la enfermedad y la atención personalizada de los pacientes.

### Objetivos:

Dar a conocer la labor realizada en nuestra consulta desarrollando un organigrama y explicando las distintas actividades que realizamos.

### Material y Método:

En nuestro Servicio la primera visita de ERCA se hace con el médico; las sucesivas pueden ser tanto conjuntas como específicas (medicina y enfermería).

En la primera consulta de ENFERCA explicamos el funcionamiento de la misma y realizamos una valoración inicial del paciente. Tanto en esta como en las siguientes revisiones:

- Hacemos valoración nutricional (diario semanal, bioimpedanciometría), cognitiva (Minimental, Pfeiffer) del anciano frágil (Barber) y de las actividades básicas de la vida diaria (Barthel).
- Explicamos factores de riesgo cardiovascular.
- Informamos sobre las diferentes opciones de terapia renal sustitutiva (TRS)/tratamiento conservador utilizando videos, folletos y visitas a la unidad de diálisis, etc.
- Realizamos vigilancia y aconsejamos cuidados del acceso vascular.
- Fomentamos la adhesión al cumplimiento terapéutico.

En cada consulta sucesiva vamos reforzando lo anterior creando un clima de confianza. Damos consejos sobre

aquellos aspectos y actitudes que consideramos modificables, intentando retrasar la progresión de la enfermedad. Ayudamos en la toma de decisiones en relación con el TRS, realizamos apoyo emocional (ya que este cambio en su vida crea muchos miedos y dudas) y acompañamos al paciente de forma integral en todo el proceso de su enfermedad.

En la última consulta, previa al inicio de TRS revisamos serología, vacunación, acceso vascular, recogemos muestra nasal, faríngea y axilar para detección de *Staphylococcus aureus* (en pacientes que van diálisis Peritoneal o Hemodiálisis con catéter), hacemos bioimpedanciometría y proporcionamos un manual específico de la técnica que va a iniciar.

La periodicidad de las consultas será diferente según las necesidades y situación clínica de cada paciente.

### Conclusiones:

La consulta de ENFERCA es un eslabón muy importante para la estabilidad y continuidad asistencial del paciente con enfermedad renal avanzada. Hay poca documentación bibliográfica que demuestre los beneficios de esta consulta.

El/la enfermero/a aporta una proximidad que favorece una mayor confianza del paciente y su familia con el equipo, convirtiéndose en su referente para el apoyo en el cuidado y seguimiento de su enfermedad.

Basándonos en nuestra experiencia (y en las manifestaciones de los pacientes), consideramos necesario que haya una consulta de enfermería con personal cualificado en todos los Servicios de Nefrología.

## Necesidad de apertura de consultas de enfermedad renal crónica avanzada enfermería en pediatría

**Inmaculada Moreno González, Elena Martín Bedoya, Francisco Rodríguez Sempere, Ruth María González Ponce, María Dolores Rico de Torres**

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

### Introducción:

En los últimos años se viene objetivando un aumento considerable de la prevalencia de la enfermedad renal crónica avanzada en pediatría.

Nuestra experiencia nos ha mostrado que los pacientes y familiares llegan a la Unidad de Hemodiálisis con cierto déficit de conocimientos y mayor nivel de ansiedad en comparación con los que previamente han llevado un seguimiento en la consulta ERCA de enfermería, en la cual se satisfacen todo tipo de dudas e información evitando con ello la negación, desconfianza y ansiedad por parte del paciente y progenitores.

### Objetivos:

Mejorar la calidad de vida del paciente y familiares.  
Disminuir la ansiedad generada por el desconocimiento de los progenitores.  
Retrasar la progresión de la ERC y en consecuencia el inicio del TRS.

### Material y Método:

Se calcula la incidencia de la enfermedad renal crónica en pacientes menores de quince años en nuestra provincia y zona de referencia.

Se recogen datos para realizar estadísticas del tratamiento renal sustitutivo elegido en los pacientes que no han pasado por la consulta ERCA enfermería.

Se han realizado entrevistas semiestructuradas con registro de datos y análisis de ellos a todos los pacientes y familiares que inician tratamiento de hemodiálisis en nuestra unidad, tras ello las discusiones se centraron en torno al deterioro de salud, social, y psicológico de dichos entrevistados al iniciar el tratamiento sin haber pasado por la consulta ERCA enfermería.

Tras obtener en estos datos un 90% de pacientes que eli-

gen tratamiento de HD y teniendo en cuenta que la recomendación por el Plan nacional de Nefrología en cuanto a la elección de TRS debe por orden de prioridad trasplante de vivo, seguido de diálisis peritoneal, vemos la necesidad de la apertura de una consulta ERCA enfermería.

### Conclusiones:

La instauración de una consulta de ERCA enfermería es necesaria en todos los centros hospitalarios pediátricos que dispongan de un servicio de nefrología, en el que se oferte hemodiálisis y diálisis peritoneal, con ello conseguiremos que el paciente y los progenitores disminuyan la ansiedad y desconfianza que puede presentar el elegir la diálisis peritoneal como primera opción de tratamiento siempre que no sea factible el trasplante renal de vivo, ya que la consulta debe llevarse a cabo por la enfermera referente de diálisis peritoneal.

En la consulta conocerá e irá adquiriendo confianza con la enfermera lo que disminuirá su estado de ansiedad y desconfianza sustituyendo éste por un estado de confianza que le hará plantearse la elección de DP como TRS, lo que permitirá al paciente llevar una mejor calidad de vida.

Paralelamente de igual modo que está contrastado y confirmado en los pacientes adultos que pasan por ERCA enfermería, al realizar un plan de atención personalizado en cuanto a nutrición, tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad y síntomas de la progresión de la enfermedad, aumentaremos la calidad de vida del paciente pediátrico y progenitores y retrasaremos la progresión de la enfermedad.

Por ello se procede a la apertura de consulta ERCA pediátrica de enfermería en nuestro hospital.

## “Haz visible el acceso vascular”

**María Esquermo Zaragoza**

Hospital Clínica Benidorm

El incremento de la ERC (Enfermedad Renal Crónica) a nivel mundial en la última década es evidente en los recientes estudios sobre la prevalencia e incidencia. Se la conoce como la epidemia silenciosa, por su alto impacto en Salud Pública, y el paradójico desconocimiento que tiene la población acerca de ella.

Por ello, es necesario acabar con el desconocimiento general de la ERC entre la población. Además, es importante que los profesionales sanitarios tomen conciencia de dicha enfermedad, y así, desde la prevención primaria fomentar la educación para la salud y promocionar hábitos de vida saludables. Por otro lado, favorecer la detección precoz y tratamiento en fases tempranas, para evitar el progreso de la enfermedad hasta precisar TRS (Tratamiento Renal Sustitutivo).

La HD (hemodiálisis) es una opción de TRS y lo más importante es disponer de un AV (acceso vascular), el mejor acceso es la FAV (fístula arterio venosa), por lo que, resulta fundamental la oferta de programas en los que el manejo del AV del paciente HD se haga desde una perspectiva multidisciplinar, involucrando a todas las especialidades directamente relacionadas: nefrología, cirugía vascular, radiología intervencionista, enfermería y enfermedades infecciosas, con el objetivo de favorecer su incidencia y mantener la máxima prevalencia de AV nativo. Pero tan importante es un equipo multidisciplinar del AV como su coordinación, pues se ha demostrado que una eficiente gestión del equipo puede redundar en un descenso de la prevalencia de catéteres. Los profesionales relacionados con la realización de la FAV encuentran pro-

blemas en el lecho vascular venoso debido a que son pacientes con reiterados ingresos hospitalarios. Por falta de conciencia y formación se realizan diversas punciones y canalizaciones dañando dicho lecho afectando negativamente a la FAV. Para ello, es preciso instruir al personal sanitario e informar al paciente, pero no sólo, después de la realización de la misma sino también en estadio previos.

El AV para HD es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida. Por ello, debemos hacer visible el brazo donde exista o vaya realizarse la FAV, mediante un dispositivo, que está instaurado en diferentes países de Europa y Sudamérica. Se trata de un brazalete de silicona de color rojo, dicha pulsera incluirá varias palabras impresas. En la parte delantera de la misma, se apreciarán las siguientes: “FISTULA ART/V-NO TART-NO AGUJAS” (Fístula Arteriovenosa-No Tensión Arterial-No agujas). En la parte trasera de esta, aparecerá escrita la palabra “DIÁLISIS”. Dado que es un material resistente, no pesado y maleable facilitará que el paciente se adapte con normalidad a dicho brazalete.

Con esta medida, promoveremos la educación sobre los accesos vasculares en ERC, se prevendrá las posibles complicaciones en el lecho vascular y lograremos una mayor visibilidad de dicha enfermedad, por parte de los pacientes, los profesionales sanitarios, así como por la población en general, durante todos los estadios de la enfermedad.

## Análisis de las complicaciones de los catéteres venosos centrales en hemodiálisis

Susana Delfa Sánchez, M<sup>a</sup> de las Mercedes Huertas Pérez, M<sup>a</sup> Angeles Sánchez Lamolda

Hospital Torrecárdenas. Almería. España

### Introducción:

Debido al aumento de la esperanza de vida, cada día entran en programa de hemodiálisis (HD) pacientes con mayor edad y comorbilidad. Presentan problemas vasculares, diabetes, edad avanzada que hace difícil encontrar un buen árbol vascular para realizar con éxito una Fístula arteriovenosa (FAVI), por lo tanto, inician tratamiento a través de catéteres venosos centrales (CVC) permanentes. Asistimos a un total de 97 paciente con insuficiencia renal crónica (IRC), siendo 42 de ellos portadores de CVC.

Debido al alto porcentaje de pacientes portadores de CVC, nuestro objetivo es realizar un análisis de sus complicaciones y bacteriemias relacionados con el acceso vascular (BRC).

### Material y Método:

Análisis observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes de nuestra unidad. Incluimos pacientes portadores de CVC que inician tratamiento en programa de HD o estando en tratamiento, presentan fracaso de Fístula Arteriovenosa (FAVI) y han agotado otras vías. El periodo de seguimiento entre el 1 febrero 2017 y 31 enero 2018.

Variables: Edad, sexo, Estudio nutricional, Déficit de cuidados, cardiopatías y diabetes, disfunción del CVC (flujo de sangre  $\leq$  a 250 ml/min), o necesidad de terapia fibrinolítica en algún momento de la sesión por incapacidad de conseguir un flujo sanguíneo adecuado.

### Resultados:

Se observan 42 pacientes portadores de CVC de los cuales 18 mujeres y 24 hombres, con un rango de edad entre 11-91 años y una media de 65 años. La localización

de los catéteres es en vena yugular salvo uno que se encuentra en vena femoral. Funcionalidad: 21 catéter son normofuncionantes y 21 malfuncionaltes, precisando 18 de ellos ser invertidos durante la sesión de hemodiálisis y otros 3 cebados con urokinasa.

De los 42 pacientes, 8 han presentado infección del CVC durante el tiempo del estudio, 5 hombres y 3 mujeres, con un rango de edad de 11 a 81 años y una media de 45 años. Se han observado 5 BRC y 3 infecciones pericatóter (zona de inserción).

De los 8 pacientes con infección, uno de ellos es diabético, ninguno presenta problemas cardiacos, tres presentan malnutrición (MNA menor de 17) dos presentan déficit de autocuidados relacionados con la higiene diaria (Valoración de Enfermería). Dos catéteres son normofuncionantes y seis disfuncionantes precisando ser invertidos y necesitando utilizar terapia fibrinolítica durante la sesión de hemodiálisis. Los 8 pacientes han precisado hospitalización a causa de la infección del acceso venoso.

### Conclusiones:

Podemos decir que hay un porcentaje muy elevado de CVC en nuestra unidad, el 44,2% de los pacientes, el 19% han presentado bacteriemias.

El 50% de todos los CVC presenta QB  $\leq$  a 250 ml/min) Del 19% de las bacteriemias el 7% presenta desnutrición, el 2% déficit de cuidados.

Los episodios de sepsis son una de las complicaciones con mayor morbilidad. Iniciamos revisión de protocolos en la conexión y desconexión. Actuamos potenciando la vigilancia, mejorando la asepsia. Reforzaremos la educación sanitaria en el autocuidado: Cuidados del catéter, Dieta, higiene.

Enfermería debe insistir en la realización de FAVI, a nuestros pacientes.



## Aumento fragilidad del paciente; ¿es necesario aumentar el ratio del equipo de enfermería?

**María Ruiz Carbonell, Javier García Pérez, Lidia Hernández Moruno, Tania Baena Adiego**

Hospital Germans Universitar Trias i Pujol. Barcelona. España

### Introducción:

En el inicio de la Terapia Renal substitutiva, la edad, era un criterio de exclusión. En la actualidad, una mayor complejidad de las patologías asociadas, el aumento de la discapacidad física y una menor autonomía hace que las características de los pacientes sean más complejas. El personal de enfermería tiene una gran dificultad a la hora de manejar los accesos vasculares y los catéteres tunelizados que son cada vez más numerosos.

### Objetivos:

El objetivo de este estudio es valorar el estado funcional de nuestros pacientes y su grado de dependencia.

### Material y Método:

Estudio transversal retrospectivo. Se recogieron los datos de todos los pacientes crónicos que acuden a nuestra unidad en el periodo comprendido entre el 15 de enero y el 15 de Febrero de 2019. La variable principal de estudio fue el nivel de dependencia determinada a través del instrumento DELTA (Encuesta). Adicionalmente también se recopilamos datos sobre el tiempo de tratamiento, nivel de hemoglobina para determinar de manera indirecta si existía anemia. El estado nutricional se evaluó a través de la determinación de albúmina sanguínea. Todas las determinaciones diagnósticas formaban parte del proceso asistencial. El test DELTA fue administrado con el consentimiento del paciente. Los datos fueron analizados con el programa Microsoft Excel v.2010.

### Resultados:

Teniendo una n=30 pacientes, la mayoría (56,7%) entre 66-95 años y de género femenino (53,3%). El 70% eran portadores de catéter central. El 43,3% tenían un nivel de dependencia moderado-severo. El 70% tenían una hemoglobina entre 9-11,9g/dl Banda de normalidad 10 y 12g/dl. Según Guías. El 66,7% tenían una albumina entre 20-33,9g/dl Banda de normalidad 34-54g/dl. Según Guías.

### Discusión:

Más de 75% necesitan asistencia de enfermería (silla de ruedas, camilla, sonda vesical pañal, etc). La mayoría de nuestros pacientes son portadores de catéteres centrales (62,1%) lo cual implica un cuidado y un tiempo mayor que los portadores de acceso vascular. Las cifras de Albumina se encuentran por debajo de los estándares, por lo que podemos deducir que es un paciente mal nutrido. La hemoglobina nos da una evidencia del estado anímico de nuestros pacientes crónicos (aunque están tratados con Eritropoyetina).

### Conclusiones:

La actividad asistencial no es la misma para la enfermería actual que la de hace 2 décadas. El aumento de la complejidad y dependencia sugiere una revisión de los ratios enfermera/paciente. Podemos decir que la mayoría de nuestros pacientes son "Frágiles". Una futura línea de investigación podría ser el desarrollo de instrumentos validados que determinen con mayor precisión las cargas asistenciales de los servicios con estas características.

## Catéteres tunelizados: localización y sepsis. Papel de enfermería

**Uxia Rey Lamas, Luisa Janeiro Moas, Carina Caamaño Lado, Domingo Damián Rodríguez Paz, María Elena Petisco López, María Nieves Gil Carballo**

Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. España

### Introducción:

En la actualidad, el uso de accesos percutáneos ha aumentado debido a que el paciente nefrológico presenta una edad más avanzada y mayor comorbilidades asociadas como la diabetes y patología cardiovascular. En nuestra unidad es cada vez más frecuente el uso de catéteres tunelizados femorales como acceso ante el agotamiento de otras posibilidades. Dada su localización, los cuidados de enfermería en el momento de su colocación y las medidas higiénicas adoptadas en su manejo son fundamentales en la prevención de la sepsis.

### Objetivos:

El objetivo de este trabajo fue estudiar y analizar las infecciones de los catéteres permanentes tanto yugulares como femorales, implantados durante el período del 01/01/2017 al 30/05/2018 en la unidad de agudos de nuestro servicio de nefrología.

### Material y Método:

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo de 59 pacientes a quienes se les implantó un acceso vascular percutáneo permanente en el período del estudio mencionado y cuyos datos estuviesen registrados al completo. Se revisó la historia clínica y los cursos clínicos correspondientes a dicho período. Se analizaron variables como edad, sexo, localización del acceso, tiempo hasta la primera infección y germen identificado.

### Resultados:

Se estudiaron 59 pacientes, 22 mujeres (37,3%) y 37 hombres (62,7%). La media de edad fue 71 años. En 48 pacientes el catéter se colocó en vena yugular innominada, mientras que en 11 se utilizó un catéter tunelizado femoral. El lado de elección fue el derecho en el 93,2% de los casos. Se objetivó infección del catéter en 16 pacientes, 9 infecciones de túnel, 6 sepsis y 1 caso combinado de tunelitis complicada con sepsis. Durante el tiempo de seguimiento se detectaron 2 casos de infecciones en los catéteres femorales y 14 casos en los yugulares. El tipo de infección más frecuente fue la tunelitis, confirmada en 7 pacientes (43,8%). El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus aureus*. El tiempo medio desde la inserción hasta la primera infección fue de 138 días. En el caso de los femorales la infección aparece antes con una mediana de 32.

### Discusión y Conclusiones:

El uso de la vía femoral para la creación de acceso vascular percutáneo permanente, permite tener alternativa en caso de agotamiento del eje venoso superior. En la literatura consultada se menciona el mayor riesgo de infecciones y complicaciones en este tipo de accesos. En nuestro estudio vimos que no existió mayor riesgo de infecciones ni complicaciones en relación con los catéteres yugulares, aunque los resultados no se mostraron estadísticamente significativos, puesto que la muestra de los femorales es bastante inferior a la del grupo de los yugulares. Clínicamente se detectó una evolución muy homogénea entre los dos grupos. Las medidas de higiene, asepsia y la educación sanitaria son la base de la prevención de la sepsis relacionada con el catéter, siendo la enfermera un pilar fundamental para que estas se cumplan.

## Causas por las que nuestros pacientes acuden a las urgencias hospitalarias

**Ana Soraya Gómez David, Raquel Francisca Galiano Roa, Lourdes Rueda Velasco**

Centro de Dialisis Torremolinos. Málaga. España

### Introducción:

El número de pacientes en hemodiálisis está continuamente en aumento debido sobre todo a la entrada de pacientes de mayor edad y con más pluripatología asociada. La morbilidad de este grupo de pacientes es elevada y puede conducir a una calidad de vida insatisfactoria. Una forma de valorar la calidad de vida es a través del seguimiento de la morbilidad analizando la frecuencia de consultas en urgencias e ingresos hospitalarios y duración de éstos. Existen pocos estudios que analicen los motivos de consulta más habituales que los pacientes de diálisis realizan en los servicios de urgencias y cuáles de ellos suponen un mayor número de ingresos hospitalarios.

### Objetivos:

Analizar en los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad:

- Frecuencia, causa y vía de derivación a urgencias.
- Frecuencia y causa de ingresos hospitalarios.
- Posibles factores de riesgo asociados.

### Material y Método:

Se trata de un estudio de retrospectivo de un año de seguimiento realizado en los pacientes atendidos en nuestra Unidad de Hemodiálisis.

Criterio de inclusión: ERC en hemodiálisis con al menos un tiempo de tratamiento superior a 4 meses.

Las variables estudiadas han sido:

- Vía por la que el paciente acudió urgencias: iniciativa propia, derivado por un médico.
- Diagnósticos de urgencia y actitud tomada: ingreso o alta domiciliaria.
- Posibles factores de riesgo asociados.

Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las variables cuantitativas como la media  $\pm$  desviación estándar.

### Resultados:

Realizamos el seguimiento de un año de duración. Contamos con una muestra de 121 pacientes con una edad media de 67 años.

Contamos un total de 164 visitas a urgencias y 59 ingresos. El 70% de las visitas fueron por iniciativa propia del paciente. El porcentaje de pacientes que utilizó los servicios de urgencias al menos una vez es del 67%.

La causa más frecuente de las visitas a urgencias fue la patología infecciosa 39,5% siendo el origen más común el aparato respiratorio seguido de las infecciones del tracto urinario. Al igual ocurre con los ingresos hospitalarios donde la causa más frecuente son las infecciones (44%) El tiempo medio de ingreso fue de 7,5 días.

Al analizar los posibles factores asociados a las visitas a urgencias se observa relación en niveles de albúmina menor a la media alcanzando la significación estadística y rozando dicha significación mayor número de visitas en pacientes con catéter VS. FAV.

En cuanto a los ingresos hospitalarios observamos relación con antecedentes de hipertensión y albúmina menor a la media que alcanzan la significación estadística y rozando dicha significación vemos asociación con la ECV.

### Conclusiones:

Los pacientes de hemodiálisis acuden con elevada frecuencia a los servicios de urgencias. Vemos que la causa más frecuente es la patología infecciosa. En nuestro caso, dado al bajo número de catéteres y el diagnóstico y tratamiento precoz y ambulatorio de las infecciones asociadas, el porcentaje de visitas a urgencias o ingresos por dicho motivo es bajo (únicamente 4 visitas a urgencias).

## Comparativa de bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes de hemodiálisis hospitalaria y pacientes de hemodiálisis domiciliaria usando el mismo procedimiento de cura y conexión del catéter venoso central

**Ana Ulzurrun García**

Complejo Hospitalario de Navarra. España

Dentro de nuestra Unidad de Hemodiálisis tenemos pacientes con técnica de hemodiálisis domiciliaria y hemodiálisis hospitalaria, en ambos casos se utiliza el mismo procedimiento de cura de catéter venoso central y al monitor de hemodiálisis, ya que el procedimiento que se usa en hospital se enseña a pacientes y familiares durante el entrenamiento de hemodiálisis domiciliaria. El procedimiento consiste en realizar la cura del orificio del catéter una vez a la semana con Clorhexidina Acuosa al 2% y aplicar de forma local antibiótico tópico antes de cubrir el orificio con el apósito usando técnica estéril. Para la conexión del paciente al monitor de hemodiálisis también se usa técnica estéril.

Las cuestiones planteadas son: dónde es mayor la densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venoso central (BRC), en domicilio u hospital; cuáles son los gérmenes causantes de la BRC en domicilio y hospital y cuáles son las consecuencias derivadas de la BRC en técnica domiciliaria y técnica hospitalaria y si existen diferencias entre ambas.

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de 2 años (2017 y 2018) y unicéntrico. Como muestra se han escogido todos los pacientes tratados con técnica de hemodiálisis domiciliaria y todos los tratados con técnica de hemodiálisis hospitalaria a través de un catéter venoso central tunelizado. Se han excluido los pacientes dializados de manera transeúnte y los que portaban catéter venoso central no tunelizado.

Los perfiles de los pacientes con ambas técnicas de tratamiento han sido muy similares, del total de pacientes más del 70% han sido varones y la edad media ha ron-

dato los 63 años en técnica domiciliaria y los 67 años en técnica hospitalaria.

En cuanto a los resultados obtenidos por técnicas son los siguientes: la densidad de incidencia de BRC en ambas técnicas de hemodiálisis ha sido  $<1/1000$  días-catéter en los dos años. Los gérmenes causantes de BRC en técnica de hemodiálisis domiciliaria han sido mayoritariamente en 2017 y 2018, mientras que en técnica de hemodiálisis hospitalaria han sido mayoritariamente en los dos años. En cuanto a las consecuencias generadas por la BRC en los dos años se ve que en el 100% de BRC en técnica de hemodiálisis domiciliaria ha precisado ingreso hospitalario frente a un 42,8% en técnica de hemodiálisis hospitalaria; el 80% de los pacientes en técnica domiciliaria precisó la retirada del catéter venoso central, frente a un 57,4% en técnica de hemodiálisis hospitalaria y por último la muerte debido a BRC en técnica de hemodiálisis domiciliaria fue mayor (20%) que en pacientes con técnica de hemodiálisis hospitalaria (14,3%).

Una vez revisados los resultados concluimos que: no ha habido diferencias en la densidad de incidencia de BRC entre técnicas de hemodiálisis; en los gérmenes causantes de BRC en hemodiálisis domiciliaria predominan bacterias (*Serratia Marcescens*, *Citrobacter Koseri* y *Pseudomona Aureginosa*), mientras que en hemodiálisis hospitalaria con las bacterias (SARM, *Estafilococcus Aureus* y *Estafilococo Epidermidis*) y las consecuencias relacionadas fueron más graves en domiciliaria.

## Creación y uso de tabla para el correcto manejo de medicación en una unidad de hemodialisis

Cristina Luque Moreno, Cristiam Martínez Gil, María Escutia Cilleruelo, Nemesio Manzano Guerrero, María Galán Cubero

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

### Introducción:

La eliminación de la medicación durante la sesión de diálisis es de gran interés en el cuidado del paciente que recibe tratamiento renal sustitutivo.

Es responsabilidad de la enfermera de hemodiálisis el adecuado manejo de la medicación pautada. Debemos conocer las vías de administración, las indicaciones y los efectos secundarios de los principios activos, pues de ello depende la eficacia del tratamiento prescrito; ya que la inapropiada administración de la medicación puede suponer un grave riesgo al paciente.

### Objetivos:

- Realización de un Poster informativo que incluya los principales medicamentos utilizados en la Unidad de Hemodiálisis, concretando: Principio Activo, Presentación, Dilución y Modo de Administración.
- Reducir variabilidad en la administración.
- Elaborar una guía que permita a la enfermera identificar los principios activos que se eliminan durante la hemodiálisis.
- Asegurar eficacia de los Tratamientos con su correcta administración.
- Mejorar la seguridad del Paciente

### Material y Método:

Búsqueda bibliográfica que sirve de base para la elaboración de un listado general de principios activos más

utilizados en hemodiálisis y que son susceptibles de ser eliminados intradiálisis.

b. Análisis de los tratamientos pautados por el Nefrólogo y registrados en Nefrolink (programa informático utilizado en nuestra unidad), para seleccionar los medicamentos más frecuentes.

c. Elaboración de la tabla: soporte informático Microsoft Excell.

### Resultados:

Listado de principios activos más utilizados en HD y susceptibles de dializarse con los que se crea la tabla final. Incluyendo en ésta: Vancomicina, Tobramicina, Gentamicina, Cefazolina, Hierro Sacarosa, Epoetina alfa, Paricalcitol, Albúmina y Sugiran; todos con su correspondiente presentación, dilución, modo de administración, dosis habitual en HD y una columna final con observaciones y advertencias.

### Conclusiones:

Tras la elaboración de la tabla se ha observado una mejora en la correcta preparación y administración de los tratamientos, contribuyendo a la mejora de su eficacia, en especial, antibióticos, dada su fácil eliminación a través de los dializadores.

A su vez, conseguimos una mayor seguridad para el paciente, así como para el personal que lo administra, incrementando la calidad de los cuidados.

## Cuidar a través del ocio: un proyecto de humanización

**Judith Sánchez Torres, M<sup>a</sup> Carmen Gil Collados, Elena Gisbert Rosique, Mercedes María Moreno Salinas, Alba Simeón Moragón**

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

### Introducción:

La orientación de los cuidados hacia la consecución del bienestar físico y bio-psico-social de los pacientes es una realidad imperante en nuestro sistema de salud y una premisa de obligado desarrollo entre profesionales sanitarios e instituciones.

Las nuevas corrientes invitan a reorientar la atención de los pacientes en hemodiálisis, buscando la excelencia del tratamiento dialítico más allá de la calidad objetiva y los resultados del tratamiento, profundizando en la satisfacción de los pacientes y en su percepción de calidad.

### Objetivos:

Diseñar y poner en marcha un proyecto de actividades de ocio intradiálisis lideradas por enfermería, centrado en la educación de los pacientes a través del entretenimiento.

### Material y Método:

Conscientes de adaptar los cuidados para lograr la cobertura de las necesidades del paciente en todas sus esferas y tras varios años de implementación de la "escuela de pacientes", se plantea introducir nuevas actividades intradiálisis que faciliten la participación y el entretenimiento de los pacientes, amenicen las horas de tratamiento a la vez que fomenten el aprendizaje subliminal.

Tras varias reuniones del equipo, se crea un grupo de trabajo del que nacen seis proyectos centrales en línea con la humanización de la asistencia, con intención educativa final todos ellos, aunque centrados en la diversión y el entretenimiento durante las sesiones. Se distribuyen las tareas en sala y se asignan referentes para cada proyecto:

- "Háblanos de ti": se les regala una libreta y se les solicita que escriban en ella pensamientos,

anhelos, anécdotas... para conocerles y entenderles mejor. Se obsequia a los participantes con un detalle, se publican en redes y se exhiben en la unidad, bajo su consentimiento.

- "Cumpleaños feliz": en el momento del snack, los profesionales entran a la sala con un pequeño pastel con vela y entonando junto a los compañeros, el "cumpleaños feliz".
- "Días de cine": dos días al mes se proyecta una película "con mensaje" y se recrea el ambiente de una sala de cine, con luz tenue y palomitas infantiles.
- "Juguemos": dos días al mes se realizan juegos para despertar la mente: bingo, pasatiempos, etc.
- "Fiesta y tradición": celebración de las diferentes festividades del año: decoración de la unidad, obsequio de dulces típicos y adaptación de las recetas...
- "El día D": conmemoración de fechas importantes con actividades relacionadas y detalles: día del libro, del padre y la madre, del riñón y donante, etc.

### Conclusiones:

La sensibilización e implicación de los profesionales es clave para la reorientación de los cuidados y la introducción de nuevos proyectos que acerquen la atención a esta nueva realidad en el arte de cuidar y mejoren la calidad de la asistencia sin descuidar la seguridad del tratamiento.

Con el fin último de lograr la atención centrada en la persona y mejorar su calidad de vida, se considera la opinión de pacientes para el desarrollo de las iniciativas, facilitando el acceso a encuestas de satisfacción a lo largo del año para adaptar las actividades a sus demandas y valorar su satisfacción para con las mismas.

## DetECCIÓN Y ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS EN HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

**Teresa Blanco Nagore, Maitane Undiano López, Begoña Thomas Erviti**

Complejo Hospitalario de Navarra. España

En la actualidad, la seguridad del paciente ha alcanzado una gran importancia, hasta el punto de representar un pilar fundamental para mejorar la calidad asistencial. Tal es su relevancia que es considerada como una de las estrategias fundamentales de numerosos Planes de Salud. La ejecución de un buen plan de seguridad junto con el aumento de la cultura de seguridad de los profesionales es fundamental para disminuir la incidencia de daños en la práctica clínica. La cultura de seguridad implica la prevención futura de errores así como la capacidad de anticipación además de la notificación, registro y resolución de los mismos mediante el análisis, aprendizaje y aplicación de soluciones. Si a los propios riesgos potenciales, efectos secundarios y complicaciones que conlleva por sí misma la hemodiálisis hospitalaria le sumamos los riesgos de la práctica clínica y el cuidado por parte de los profesionales de la Salud, hace que la cultura de seguridad del paciente en hemodiálisis se plantee actualmente como una prioridad. Es crucial introducir un cambio de cultura que nos lleve a aprender de los errores y a controlarlos; y, en consecuencia, ofrecer a los pacientes unos servicios de calidad crecientes.

Como objetivos de este trabajo se plantean:

- Diseñar un listado de potenciales efectos adversos (EA) en hemodiálisis hospitalaria.
- Identificar y elaborar un listado de EA ocurridos y registrados en el soporte informático de la unidad durante 6 meses.
- Averiguar la frecuencia de aparición de los EA planteados.
- Detectar posibles áreas de mejora.

Se realizó un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en una unidad de hemodiálisis hospitalaria revisando las sesiones de diálisis de los últimos seis meses, que constó de cuatro etapas. En la primera se creó un grupo de trabajo formado por personal de la unidad que inicialmente se encargó de realizar una revisión bibliográfica así como de identificar y diseñar el listado de los posibles EA. Posteriormente se realizó la recogida de los EA ocurridos y registrados en el programa informático durante un periodo de 6 meses. Una vez recopilada la información, se procedió a averiguar las frecuencias de aparición de cada uno de ellos, tratando a su vez de explicar las causas y detectar las consecuencias para poder anticiparse y prevenirlos. Finalmente se llevó a cabo la divulgación de los datos obtenidos a la totalidad del personal.

Se seleccionaron todas las sesiones de hemodiálisis hospitalaria de pacientes crónicos que se realizaron durante un periodo de seis meses. La muestra fue de 10.560 sesiones, de las cuales en 3.200 se produjo algún EA, representando los EA de carácter grave un mínimo porcentaje, 6%, los de moderado 31% y leve 63%. Destacar que la mayoría de los EA detectados son de carácter prevenible (72%) y que el 82% no tuvieron consecuencias de gravedad. El análisis de los datos recogidos facilitó la detección de áreas de mejora sobre las cuales trabajar en un futuro.

## Eficacia de la vía intravenosa frente a la vía oral en el tratamiento con calcimiméticos en pacientes en hemodiálisis. A propósito de dos casos clínicos

**Montse Goy Marquès**

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Una complicación potencialmente peligrosa en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica es el hiperparatiroidismo (HPT) secundario; un correcto seguimiento y tratamiento son decisivos para minimizar las repercusiones en su salud. El tratamiento farmacológico de estos pacientes es complicado y pese a constituir uno de los pilares de su educación sanitaria es frecuente la falta de adherencia terapéutica, favorecida en parte por las molestias digestivas que a menudo presentan como efecto secundario de la administración de calcimiméticos por vía oral.

Recientemente se ha introducido en el mercado el primer calcimimético (etelcalcetide) cuya vía de administración es intravenosa. A pesar de disponer todavía de poca literatura acerca de su aplicación clínica y efectos, parece que esta nueva opción podría beneficiar a pacientes con un difícil manejo de la PTH que pudiera estar provocado por una mala adherencia al tratamiento por vía oral.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia de la administración del tratamiento por vía endovenosa frente a la vía oral en dos pacientes.

Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal, desde diciembre de 2017 hasta noviembre de 2018. Se incluyeron en el estudio a los dos pacientes, un varón de 51 años y una mujer de 40 años, a los que se prescribió la administración de etelcalcetide intravenoso. Durante los

primeros 6 meses los pacientes tomaron el calcimimético (cinacalcet) diariamente por vía oral en su domicilio, a dosis que oscilaron entre 60-120 mg/día en función de los resultados analíticos, y durante los siguientes 6 meses enfermería les administró etelcalcetide en bolus por vía intravenosa al finalizar la sesión de diálisis, siendo las dosis administradas variables entre 2,5-7,5 mg/día. Previamente se informó a los pacientes del cambio en la prescripción farmacológica y se solicitó su consentimiento informado para la realización del estudio.

En los dos pacientes del estudio, la efectividad de la administración del fármaco por vía intravenosa fue similar a la de la vía oral a pesar de que las dosis administradas por vía endovenosa fueron menores en el control de las concentraciones plasmáticas de PTH, coincidiendo con los resultados obtenidos en los ensayos clínicos de fase III. No se observaron cambios respecto a la aparición de posibles efectos secundarios a nivel gastrointestinal en función de la vía de administración, y se aseguró el cumplimiento de la prescripción al no depender de la adherencia del paciente al tratamiento.

Del seguimiento de estos dos pacientes, y a la espera de estudios con una muestra mayor, se puede concluir que la administración por parte de enfermería de etelcalcetide por vía intravenosa es efectiva y puede favorecer el cumplimiento terapéutico frente a la vía oral de cinacalcet, especialmente en pacientes con mala adherencia al tratamiento farmacológico.



## Evaluación del grado de desnutrición que presentan los pacientes en hemodiálisis según edad y tipo de tratamiento

**Mireia Cots Galobart, Ester Guerrero Espinosa, Carla Palacios Viladés, Montserrat Gómez Rivero, Marina Fenollar Boixader, Miquel Castro Bernal**

Althaia Centro Hospitalario. Barcelona. España

### Introducción:

Uno de los problemas más frecuentes que presentan los pacientes con IRC es la desnutrición calorico-proteica, afectando a casi 1/3 parte de los pacientes con TRS. Numerosa bibliografía muestra que la malnutrición es uno de los mayores problemas en pacientes con IRC y afecta a la morbilidad, mortalidad, actividad y calidad de vida. La mayoría de guías te recomiendan la realización periódica de encuestas dietéticas en pacientes en HD, puesto que el deterioro del estado nutricional es indicativo de la necesidad de una intervención terapéutica. Es por eso que existe la necesidad de seguir evaluando a los pacientes en HD, para poder hacer un mejor abordaje nutricional en los pacientes con esta patología. La información es un factor clave para mejorar, la situación física (en términos de nutrición y ejercicio) y psicológica del paciente, aportando beneficios que no solo afectan directamente a su salud, física y psicológicamente, sino a los gastos en sanidad.

### Objetivos:

Analizar, mediante MNA, el estado nutricional de los pacientes en HD. Además, diferenciar este estado nutricional según tipo de tratamiento (HD online y HD) y edad y según ítems del MNA.

### Material y Método:

Estudio cuantitativo, observacional y transversal.

### Resultados:

De una muestra de 37 pacientes:  
La media de edad de pacientes que hacen HD online es menor (mejor tolerancia y calidad).

Pacientes con HD online mejor resultado MNA, menos riesgo desnutrición

Pacientes en HD alto flujo refieren haber disminuido más la ingesta que pacientes en HD online

Resultado MNA: 7 con malnutrición, 26 en riesgo de sufrir y 4 sin riesgo

Número de pacientes que no han perdido peso es mayor en HD online que en HD alto flujo.

### Conclusiones:

En el presente estudio, podemos concluir que los pacientes que realizan HD online muestran unas características a nivel nutricional que dan premisas de ser mejor tratamiento. Los pacientes que realizaron el MNA muestran unos resultados más elevados, que significan un mejor estado nutricional y por tan un riesgo menor de sufrir malnutrición. También tendríamos que tener en cuenta que los estudios antes citados, muestran la clara necesidad de una figura que realice educación sanitaria sobre nutrición (y otros aspectos igual de importantes) para así poder conseguir todas las mejoras antes citadas que aportan estos conocimientos.

El estado nutricional de los pacientes en diálisis, como muestran los resultados, se encuentra en riesgo de sufrir malnutrición. De 37 pacientes de la muestra, la mayoría (más del 60%) tenía riesgo de sufrir malnutrición. La valoración del estado nutricional de los pacientes con IRC, tendría que ser incluida en la práctica habitual de control y seguimiento de estos pacientes con igual atención que los otros aspectos.

La valoración nutricional tiene que sustentarse en el análisis de una combinación de variables que evalúan aspectos diferentes y complementarios del estado nutricional. Por lo tanto, creemos necesaria la intervención de todos los profesionales para llevar a cabo una mejor criba de la malnutrición.

Por tanto, se afirma la necesidad de llevar a cabo una intervención nutricional que evalúe el estado de los pacientes en HD y aporte soluciones e intervenciones.

## Evaluación del riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis periódicas

Margarita Ruiz García, Celia Caballero Díaz, M<sup>a</sup> Dolores Estrada Jiménez, Antonia Estrada Jiménez, Damián Fernández Costa, Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

### Introducción:

Las caídas, entre la población atendida en el ámbito sanitario, representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función de la gravedad de la enfermedad, pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica del entorno y de las prácticas sanitarias, pero un porcentaje alto de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas, algunas con graves consecuencias. Este problema no sólo afecta a los pacientes hospitalizados sino a toda la población anciana, y por consiguiente el paciente en hemodiálisis H(D), debido al aumento de la edad y la comorbilidad asociada, es un sujeto susceptible de padecer caídas, no solo en el entorno sanitario sino también en su domicilio. Por tanto, la prevención de las caídas requiere una intervención activa por parte de enfermería.

### Objetivos:

El objetivo de este estudio fue identificar el riesgo de caídas en una población de pacientes en HD periódicas.

### Material y Método:

Se estudiaron 60 pacientes con una edad media de 67±años. Un 55% eran mujeres y el 45% hombres. La mediana del tiempo en HD fue de 39,5 meses, con un rango intercuartil de 71,25 meses.

Como instrumento de medida se utilizó la Escala de Riesgo de Caídas (J.H. Downton). Esta Escala contiene 5 dimensiones: 1. Caídas previas, con 2 opciones, 2. Medicación, con 7 opciones, 3. Déficit sensorial, con 4 opciones, 4. Estado mental, con 2 opciones y 5. Deambulacion, con 4 opciones.

Las entrevistas con este cuestionario fueron realizadas por 2 enfermeras en los 2 centros asistenciales, a los pacientes que quisieron participar. Se controló también la edad y el Índice de Comorbilidad de Charlson.

### Resultados:

Del total de pacientes 41 (68%) no tenían riesgo de caídas y 19 (32%) presentaban riesgo de caídas.

La edad media de los pacientes que no presentaban riesgo de caídas fue de 65,3±16 años y las de los pacientes con riesgo de caídas fue de 70,7±11 años, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al sexo, 19 mujeres (69%) no tenían riesgo de caídas, mientras 8 mujeres (31%) si presentaron riesgo de caídas. En los hombres la distribución fue muy similar, 23 hombres (70% no tenían riesgo de caída y 10 (30%) si tenían riesgo de caídas.

Los pacientes de la muestra obtuvieron una mediana de 6 puntos para el ICC. Los pacientes sin riesgo de caídas tenía una mediana 5,5 puntos de ICC y los pacientes con riesgos de caídas tenían una mediana 6,5 puntos de ICC, aunque sin diferencias significativas.

### Conclusiones:

A la vista de nuestros resultados, podemos concluir que el riesgo de caídas en la población actual de pacientes en HD es alta, pues más del 30% de los mismos presenta este riesgo. No se ha encontrado asociación con el resto de variables estudiadas, posiblemente por serla muestra pequeña. Es fundamental, que enfermería realice estas valoraciones para prevenir las caídas, y así evitar eventos adverso graves a los pacientes.

## Factores que influyen en los niveles de vitamina d en pacientes en hemodialisis

Mercedes Arruche Herrero, Anna Seguí Goma, Alejandra Alonso Fernández, Ángeles González Lozano, Eva Cairó Monleón, Laura León Parga

Fresenius Medical Care Services Catalunya, S.L. Centro de Diálisis Reus. Tarragona. España

### Introducción:

La vitamina D (VD) ha sido relacionada con la morbimortalidad en la población en hemodiálisis (HD).

Los factores relacionados con los niveles de vitamina D han sido: edad, sexo, raza, localización geográfica, exposición a las radiaciones ultravioletas B, uso de factores de protección solar, contaminación ambiental intensa, ingesta de alimentos ricos, o enriquecidos con VD, mala absorción intestinal, insuficiencia hepática, insuficiencia renal e índice de masa corporal (IMC).

En abril de 2017 analizamos 85 pacientes en HD en nuestra clínica y encontramos que el 94,14% presentaban niveles de VD inferiores a 30ng/ml. Dada la época de determinación de los niveles (finalizando invierno) quisimos analizar y comparar resultados después del período de máxima exposición al sol.

### Objetivos:

Determinar la prevalencia de déficit e insuficiencia de VD y los factores asociados tras la finalización del semestre cálido en pacientes en HD en nuestra área

Analizar si el hecho de haber participado en el estudio previo realizado en el semestre frío y recibido información podía influir en los nuevos resultados.

### Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal en octubre de 2018, coincidiendo con la medición de niveles sanguíneos de VD, mediante entrevista oral sobre hábitos de adquisición de VD.

Se estudiaron pacientes en HD en nuestra área, mayores de edad, con determinación de niveles de VD y quisieran responder a las preguntas. Se documentó la raza y fototipo según escala de Fitzpatrick. De su historia clínica se recogieron comorbilidades, tratamiento, IMC y niveles séricos de VD.

Los pacientes se clasificaron en 2 o 4 grupos en función de sus niveles séricos de VD y las diferencias se estudiaron mediante los test de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney o Fisher según correspondiera. Se analizó la relación entre las distintas variables mediante correlaciones de Spearman.

### Resultados:

Se analizaron 60 pacientes.

EL 75% de los pacientes presentaron niveles inferiores a 30ng/ml, cifra que, aunque mejor que en los resultados obtenidos tras el invierno, sigue siendo mayor a lo esperado. En este grupo encontramos un menor% de superficie corporal expuesta al sol (18 VS. 27%) y menor uso de protectores solares (13 VS. 38%) aunque las diferencias se quedaron en el límite de la significación ( $p=0,050$  y  $0,056$ , respectivamente). Solo el 36,4% de estos pacientes tomaban VD.

Existe correlación estadísticamente significativa:

- Entre niveles de VD con toma de VD ( $R=0,278$ ,  $p=0,034$ ), minutos en espacios abiertos ( $R=0,251$ ,  $p=0,053$ ) e ingesta de estatinas ( $R=0,289$ ,  $p=0,025$ ).
- Entre haber recibido información con la toma de VD ( $R=0,396$ ,  $p=0,002$ ), superficie corporal descubierta que recibe sol ( $R=0,266$ ,  $p=0,043$ ) y normopeso ( $R=0,378$ ,  $p=0,010$ ).
- Entre haber participado en el estudio previamente y la toma de VD ( $R=0,424$ ,  $p=0,001$ ).
- Entre los minutos en espacios abiertos, positivamente con el ser normopeso ( $R=0,296$ ,  $p=0,046$ ) y negativamente con el ser mujer ( $R=-0,274$ ,  $p=0,034$ ).

### Conclusiones:

Las intervenciones que pueden contribuir a mejorar los niveles de VD son la ingesta de VD y los minutos en espacios abiertos.

Estos resultados sugieren que la suplementación de VD sigue siendo insuficiente y mejorable.

## Hemodiálisis domiciliaria: puesta en valor de una alternativa

**Emilia Margarita López Sierra, María del Carmen Gómez González**

Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias. España

### Introducción:

La hemodiálisis domiciliaria (HDD) es una modalidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS), que permite flexibilizar los esquemas dialíticos convencionales siendo el paciente quien la realiza en su domicilio. Actualmente, la cifra de pacientes en esta técnica se ha incrementado, esperándose mayor desarrollo en los próximos años. Numerosos trabajos muestran una repercusión favorable en el descenso de la morbi-mortalidad y en la calidad de vida. Por ello, en septiembre de 2017, nuestro Hospital incorporó la HDD como posibilidad de TRS.

### Objetivos:

Describir nuestra experiencia en la implantación y desarrollo del programa de HDD y valorar el grado de satisfacción de los pacientes.

### Material y Método:

Tras plantear el proyecto y recibir aprobación, se inició la puesta en marcha con el acondicionamiento de una sala para los entrenamientos.

Dos enfermeras, con experiencia en la Unidad de Hemodiálisis, recibieron formación en manejo del nuevo monitor y habilidades docentes.

Se diseñó un plan de formación de cuatro semanas, cinco días a la semana, ampliable según necesidades, y documentación y material didáctico como guía y apoyo durante el entrenamiento y posteriormente, en domicilio.

Se programó visita domiciliaria de la formadora en el primer tratamiento en casa y seguimientos mensuales en consulta por nefrólogo y enfermera.

Se analizó la evolución de todos los pacientes que se incorporaron al programa de HDD en nuestro Centro desde septiembre de 2017 a abril de 2019 (diecisiete meses). Tras seis meses, se les entregó una encuesta para conocer nivel de satisfacción y analizar la calidad asistencial.

### Resultados:

Finalmente se incluyeron en el estudio seis pacientes, todos varones con edad media de sesenta años (rango 38-77) y con antigüedad en Hemodiálisis de 2,5 años (rango 0,17-4). El acceso vascular inicial fue fistula arteriovenosa (FAV) en dos casos y catéter venoso central tunelizado (CVCT) en el resto. Cinco pacientes emplearon cuatro semanas en la formación; el sexto, cinco semanas. Un paciente fue excluido durante la formación por incapacidad para el aprendizaje y cinco, iniciaron tratamiento en domicilio satisfactoriamente. El tiempo de permanencia en HDD fue entre cuatro y dieciocho meses. Dos pacientes abandonaron la técnica, uno por recidiva de su enfermedad hematológica y el otro por ictus. Un paciente sufrió trombosis parcial de la FAV precisando trombolectomía y reiniciando HDD un mes después. Encontramos un mejor control de tensión arterial, reduciendo parcial o totalmente el número de antihipertensivos. Además se optimizó el control del metabolismo óseo-mineral, anemia y parámetros nutricionales, con menos restricciones dietéticas. Las incidencias técnicas fueron leves y subsanables. Encontramos un elevado grado de satisfacción, deseando continuar con el programa domiciliario en todos los casos, por mejoría en percepción de salud y calidad de vida. Finalmente, en relación a los costes, comprobamos un ahorro significativo.

### Conclusiones:

La HDD es una opción de TRS que aporta gran número de beneficios para pacientes y sistema sanitario. Se puede realizar de forma segura en el domicilio, fomentando la autonomía y consiguiendo importantes mejoras clínicas y de calidad de vida. Es necesario destacar el papel fundamental desempeñado por el personal de enfermería en las diferentes fases del programa.

## Humanizando la sala de hemodiálisis

**Cristina Franco Valdivieso, Ángela Valer Pelarda, Julia Hernando García, M<sup>a</sup> Jesús Rollán de la Sota, M<sup>a</sup> Nuria Martín Chico, Mónica Brazález Tejerina**

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

### Introducción:

El trabajo de los centros hospitalarios en las últimas décadas ha cambiado con la mejora y avances tecnológicos de los tratamientos. Sin embargo, ha sido durante los últimos años, con la llegada de la humanización a los hospitales, cuando nos planteamos un cambio radical en la perspectiva del cuidado del paciente renal. Las actividades destinadas a promocionar el bienestar anímico y emocional siempre van a favorecer las actuaciones sanitarias habituales, además de facilitar la relación profesional sanitario-paciente.

### Objetivos:

Describir el efecto de las actividades de entretenimiento realizadas dirigidas a favorecer la humanización dentro de la sala de hemodiálisis.

### Material y Método:

Estudio descriptivo prospectivo.

44 pacientes en programa de hemodiálisis crónica con 65,7 años de edad media, 27 varones, 45,2 meses en diálisis de media.

Se realizaron varias actividades lúdicas a lo largo del año 2018: bingo, cuenta-cuentos teatralizado, talleres navideños, micro conciertos y participación en la iniciativa del programa "Hemodiálisis Baila".

Tras realizar estas actividades, se evaluó la aceptación a nivel individual en modo de entrevista y se pasaron encuestas de satisfacción, para valorar la percepción de estas iniciativas de ocio en la sala, tanto a pacientes como al personal sanitario.

### Resultados:

**Bingo:**

Se redujo la percepción de tiempo de la última hora de la sesión.

Los pacientes con FAVI refieren dificultad en la realización de esta actividad.

No hubo complicaciones hemodinámicas ni necesidades de analgesia de los participantes durante el desarrollo de la actividad.

**Cuenta-Cuentos teatralizado:**

Se han narrado varios cuentos populares teatralizados ambientando la sala de hemodiálisis. En las entrevistas se refleja mejor aceptación entre el público femenino y de mayor edad. El 40% de los menores de 45 años no les gusta este tipo de actividad.

**Talleres navideños:**

El 95% de los pacientes participa rellenando cartulinas para la decoración navideña de la sala con mensajes de felicitación de las fiestas.

**Micro-Conciertos:**

Se desarrollan diversos tipos: coros, guitarra clásica, cantos regionales, rondalla, canta-autores... Con buena aceptación y participación activa de los pacientes.

**Hemodiálisis baila:**

El 70% de los pacientes del turno participaron en la iniciativa del vídeo. El 100% de los participantes respondió que les resultó más corta la sesión y con mejor tolerancia además de una experiencia enriquecedora, positiva y entretenida.

Con respecto al resto de los pacientes el 66% prefiere que no se hagan este tipo de actividades, ya que alteran su descanso en la sesión y un 33% se niega a realizar la encuesta. El 100% del personal sanitario considera positivo este tipo de actividades ya que favorece la relación paciente-personal.

### Conclusiones:

Se deja constancia que la música y las actividades recreativas contribuyen a la distracción durante el proceso del tratamiento, siendo una buena herramienta como terapia complementaria.

Se debe tener en cuenta las preferencias y sugerencias del paciente de cara al futuro en la humanización de nuestras unidades para promover actitudes positivas y optimistas.

Tras valorar el grado de satisfacción percibimos que los pacientes cada vez demandan más actividades de ocio durante las sesiones.

## Incremento de la cultura de seguridad del paciente a través de un listado de verificación tipo “Check-list”

**Maitane Undiano López, Begoña Thomas Erviti, Teresa Blanco Nagore**

Complejo Hospitalario de Navarra. España

Desde hace unos años es característico ver como la complejidad de los tratamientos de los pacientes en hemodiálisis ha ido aumentando progresivamente. Del mismo modo, la seguridad de los equipos y la tecnología empleada durante las sesiones de hemodiálisis es cada vez mayor. Todo esto conlleva la necesidad de desarrollar una cultura de seguridad entre los profesionales de la salud y una alta especialización de los mismos. Es fundamental una adecuada formación, ampliando los conocimientos en gestión de seguridad del paciente, y paralelamente apostar por la mejora de los sistemas de información, guías y protocolos que minimizan la aparición de errores. Realizar un análisis de seguridad permite conocer la situación inicial e identificar las posibles áreas de mejora. Tanto el análisis de la cultura de seguridad, como la formación y especialización de los profesionales y el correcto manejo de los sistemas de notificación de incidentes y/o efectos adversos, se consideran herramientas que mejoran la cultura de seguridad. Hay que recalcar la importancia de registrar y notificar para poder conocer las debilidades y poder aplicar las necesidades de mejora para tratar de lograr el principal objetivo, el logro del más alto nivel de calidad asistencial y la satisfacción del paciente, siempre realizando una atención integral y centrada en el paciente, donde el máximo sea un análisis crítico y constructivo del por qué suceden los incidentes y como se pueden evitar.

La mayoría de los efectos adversos se pueden evitar, por lo que resulta importante llevar a cabo acciones

preventivas, como actividades formativas del personal, protocolos y procedimientos normalizados, facilitar información específica al paciente y adecuar los recursos y materiales disponibles. Con este trabajo se trata de diseñar una herramienta de verificación tipo “check-list” que dé soporte al personal de enfermería con el fin de disminuir la incidencia de riesgos evitables, mejore la seguridad del paciente y trate así de aumentar la calidad asistencial del cuidado. En relación a los objetivos, además del mencionado, encontramos el identificar y elaborar un listado de efectos adversos, junto con fomentar una cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales de la unidad con la implantación de la herramienta diseñada, la cual tratará de aumentar los niveles de cultura de seguridad que se manejan en la unidad.

Para la realización del mismo se creó un grupo de trabajo constituido por personal de la unidad con amplia experiencia y se establecieron tres bloques o fases de trabajo. La primera fase constó de una búsqueda bibliográfica y de varias reuniones del equipo de trabajo para realizar un estudio previo y la elaboración de una matriz DAFO. En la segunda fase se procedió al diseño de la herramienta, check list de verificación pre y post diálisis y de su evaluación. Y en la última y tercera fase se llevó a cabo la prueba de la herramienta en la unidad por un personal específico, que tras su validación dio lugar al inicio de su pilotaje e implantación, previa divulgación al resto del equipo.

# La bioimpedancia como valoración del peso seco y del estado de hidratación en pacientes en hemodiálisis

**Tamara Rodríguez Domínguez, Silvia Prendes Fernández, Cristina Suárez Lada**

Hospital del Oriente de Asturias (Fundación Pública Francisco Grande Covián). Asturias. España

## Introducción:

La correcta hidratación es un factor importante en pacientes en Hemodiálisis (HD), y su exceso puede suponer un riesgo cardiovascular para ellos.

Gracias a la bioimpedancia (BCM) es posible obtener una valoración semicuantitativa en escala de percentiles del estado de hidratación del paciente en cualquier situación clínica e independientemente del peso corporal. Además, también identifica las reservas proteicas/magras (FFM) y reservas grasas (FM)<sup>2</sup>. Es una técnica capaz de valorar variaciones de hidratación, tan importantes en hemodiálisis para evitar complicaciones por sobrecarga de líquidos/ajuste del peso seco.

## Objetivos:

Evaluar el estado de hidratación de los pacientes en la unidad de Hemodiálisis del Hospital del Oriente de Asturias tras la implantación del BCM.

## Material y Método:

Estudio descriptivo observacional realizado a 31 pacientes de la unidad de Hemodiálisis en los que se analizó su estado de hidratación mediante la medición de la bioimpedancia con el BCM.

La medición se realiza a los pacientes antes de la sesión de hemodiálisis, en decúbito supino, y retirando objetos

metálicos. Para su realización se colocan dos electrodos en el dorso de la mano y dos en el pie. En caso de FAV se colocan en el lado contrario, mientras que en catéter venoso central sería en el mismo lado.

Se registran los siguientes parámetros en el BCM: edad, sexo, talla, peso, TAD y TAS. Tras la introducción de éstos datos se obtiene un resultado que puede ser: sobrehidratación, deshidratación o normohidratado.

## Discusión:

Después de dos meses de su utilización los resultados de nuestra unidad han sido:

El 10% de los pacientes se encontraba en su peso seco, un 20% se encontraban por debajo de su peso seco y el 70% restante estaba sobrehidratado la primera vez que se les realiza la bioimpedancia. Aplicando el resultado de esta primera prueba se realiza una segunda toma al mes consiguiendo los siguientes resultados: el 60% de los pacientes se encontraba en su peso seco y el 40% restante estaban sobrehidratados.

## Conclusiones:

El BCM es una técnica poco costosa, no invasiva y de fácil manejo.

Nos ha servido para minimizar el uso de radiografías de torax y conseguir un mejor estado de los pacientes en nuestro servicio de hemodialisis.

## La formación como instrumento para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis domiciliaria

**Marta Pérez Doctor, Laura González Muñoz, Milagrosa Rodríguez Camilleri, Trinidad López Sánchez**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

La población sometida a tratamiento sustitutivo renal es una población de alto riesgo y en concreto la de hemodiálisis es muy vulnerable a posibles eventos adversos. En el caso de la hemodiálisis domiciliaria (HDD), cambiamos el escenario de la técnica al domicilio, pero no la calidad ni la responsabilidad. Implicamos al paciente en su tratamiento y en su seguridad y eso contribuye a disminuir las tasas de errores de medicación, las tasas de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y a mejorar el cumplimiento de las pautas de tratamiento. El abordaje integral de la HDD incluyendo la técnica de la hemodiálisis, el manejo de los cuidados, el reconocimiento y resolución de los posibles eventos adversos, etc aporta al paciente/cuidador la competencia adecuada para llevar a cabo el tratamiento de manera segura.

### Objetivos:

Identificar las áreas críticas en la HDD y minimizar el riesgo de posibles eventos adversos para aumentar su seguridad.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquirir contenidos procedimentales del paciente/cuidador focalizados a HDD.
- Adiestrar al paciente/cuidador en el reconocimiento de los posibles eventos adversos, anticipación y resolución a los mismos.
- Llevar a cabo adecuadamente el check-list de verificación de manera que la práctica de la HDD se realice de manera segura.

### Material y Método:

Diseño: plan de formación.

Población diana: cuidador/paciente sometido a HDD.

Búsquedas bibliográficas: recomendaciones editadas: web exploraevidencias, guías de práctica clínica, mapas/vías de cuidados.

Evidencia interna (enfermeros con más de 10 años de experiencia). Revisión por pares y asignación de evidencia (sistema Grade), consenso mediante técnica RAND/

UCLA en las recomendaciones sin evidencia encontrada. Áreas de riesgo prioritarias según patrones funcionales de M. Gordon: percepción/manejo de la salud, nutricional/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, cognitivo/perceptivo, percepción/autoconcepto, rol/relaciones.

### Resultados:

Plan de formación:

- Cronograma individualizado de sesiones de enseñanza programada de HDD al paciente/cuidador:
  - Control de calidad del agua y líquido de diálisis.
  - Procedimientos en HDD: montaje, cebado, conexión, desconexión, desinfección.
  - Patrón percepción/manejo de la salud: alergias, tratamiento médico del paciente en HDD, heparinización.
  - Patrón nutrición/metabolismo: dieta renal, ingesta de líquidos, peso seco, peso inicial y final en HD. Estado de la piel y mucosas: cuidados del acceso vascular: punción y hemostasia en FAVI/PTFE; cuidados del catéter tunelizado.
  - Patrón eliminación: diuresis residual.
  - Patrón actividad/ejercicio: nivel de autonomía, nivel de actividad.
  - Patrón cognitivo/perceptual: nivel de consciencia, memoria, lenguaje. Identificación y resolución de posibles eventos adversos. Interpretación de constantes hemodinámicas. Registros.
  - Patrón autoperceptivo/perceptual: percepción de la imagen corporal en relación al acceso vascular.
  - Patrón rol/relaciones: capacidad de comunicación.

### Conclusiones:

El plan integrado de enseñanza de HDD incidiendo en las áreas de riesgo e implicando al paciente/cuidador en su tratamiento, minimiza la aparición de eventos adversos, aumenta la seguridad del paciente y favorece en todo momento su autonomía. Hay que destacar la importancia del papel de enfermería en todo el proceso, dando apoyo y las competencias necesarias para realizar la HD en su domicilio.



## La prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en el manejo del paciente sometido a hemodiálisis

**Marta Pérez Doctor, Milagrosa Rodríguez Camilleri, Concepción Cruz Sánchez, Antonio Jesús Duarte Gutierrez, M<sup>a</sup> Luz Amoedo Cabrera, Trinidad López Sánchez**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

La infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) se define como aquella que se adquiere como consecuencia de la atención sanitaria y que no estaba presente en el momento de la asistencia, es decir, aparece 48-72 horas después del inicio de la atención sanitaria. A nivel mundial, son un enorme problema de seguridad del paciente.

El paciente en hemodiálisis es un paciente vulnerable frente a las infecciones por la inmunosupresión de base por su propia enfermedad renal y sus accesos vasculares, aumentando su morbimortalidad, prolongando sus estancias hospitalarias, aumentando la resistencia a los antimicrobianos, aumentando los costes sanitarios, etc. por lo que la prevención de estos eventos adversos es esencial para mejorar la seguridad del paciente, su bienestar y su calidad de vida.

### Objetivos:

General: mejorar la seguridad del paciente en relación a la prevención de IRAS.

Específico: conocer el nivel de conocimientos del personal sanitario de la unidad de hemodiálisis sobre la prevención de infecciones.

### Material y Método:

Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 34 profesionales sanitarios, de los cuales 8 son médicos, 18 son enfermeros y 8 son auxiliares de enfermería, todos ellos profesionales habituales de la unidad de hemodiálisis.

- Criterio de selección profesional: más de 1 año de experiencia (Marzo 2018/ 2019) y más de 10 años en los enfermeros autores de la investigación.
- Elaboración de un cuestionario anónimo compuesto por 10 preguntas de respuestas múltiples donde sólo una de ellas es verdadera. Las preguntas son

las mismas para las tres categorías profesionales y están relacionadas con: higiene de manos, equipo de protección individual (EPI), precauciones extendidas, gestión de residuos y concepto de IRAS. Se solicita identificar la categoría profesional a la que el profesional pertenece.

### Resultados:

De los 35 cuestionarios entregados se recogieron 34.

- Dos profesionales (FEA) responden correctamente a todas las preguntas del cuestionario.
- El 100% de los profesionales respondieron correctamente la pregunta de los cinco momentos de la higiene de manos.
- El 52,94% tiene conocimientos sobre las diferencias entre la higiene de manos con agua y jabón y con solución hidroalcohólica, siendo los médicos la categoría que mejor ha respondido (87,5%).
- El 64,71% no conoce el orden correcto de la retirada del EPI, con una distribución similar en todas las categorías.
- El 46,06% de los profesionales tienen conocimientos generales sobre el EPI, siendo enfermería la categoría que mejor ha contestado (55,55%).
- En relación a la gestión de residuos, el 82,35% ha respondido correctamente, siendo enfermería la categoría con más conocimientos y los médicos la que menos.
- El 82,35% conoce las medidas preventivas en cateterización venosa central para hemodiálisis.

### Conclusiones:

El nivel de conocimientos que tienen los profesionales sanitarios sobre la prevención de IRAS constituye una información sensible como propuesta de mejora para aumentar la formación y concienciación sobre la seguridad del paciente, fomentando la declaración de eventos adversos y orientándonos hacia la cultura no punitiva.

## Musicoterapia en hemodiálisis

Ana Eraso Fernández, Carmen Zapatería Azcona, M<sup>a</sup> José Urzaiz Tudela, M<sup>a</sup> Ángeles Pérez Guerra, Raquel Pina García, M<sup>a</sup> Jesús García Castillejo

Hospital Reina Sofía. Navarra. España

### Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la musicoterapia como un tratamiento que, "aporta beneficio al binomio salud-enfermedad. Todo ello teniendo además en cuenta que se trata de un instrumento de cuidados muy económico y carente de efectos secundarios".

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad traumática y de consecuencias psíquicas significativas para la vida del enfermo.

Todo el recorrido del tratamiento es vivenciado como una ardua y sacrificante experiencia que acarrea diferentes limitaciones de orden física, social y emocional. Esas experiencias provocan significativos cambios en la convivencia familiar, además de la pérdida de autonomía y de la dependencia de la Previdencia Social.

Debido a las limitaciones ocasionadas por la ERC, los trastornos mentales como pueden ser la depresión, el estrés o la ansiedad son muy frecuentes en este tipo de pacientes.

La ansiedad es definida como sentimientos mentales desagradables, preocupación y tensión asociados a síntomas físicos, tales como agitación, cefalea y palpitaciones. La ansiedad y el estrés tienen un efecto avasallador sobre los individuos en hemodiálisis, dado que aumenta la mortalidad, la frecuencia de hospitalización, además de los costos de tratamiento. También perjudica el compromiso a los cambios en el estilo de vida, la adhesión a la dieta y las terapias recomendadas, demostrando una permanente necesidad de intervención de los profesionales que cuidan de estos pacientes.

Por todo esto nos parece importante estudiar la relación existente entre el uso de la musicoterapia y su efecto en el paciente de hemodiálisis.

### Objetivos:

- El objetivo principal al que se quiere llegar con este estudio es evaluar el efecto que produce una inter-

vención musical sobre la ansiedad en los pacientes que requieren tratamientos de hemodiálisis.

### Material y Método:

Es un estudio descriptivo retrospectivo.

Dicho estudio se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva en:

- Bases de datos de ciencias de la salud como pubmed, Cochrane y medline .
- Páginas de asociaciones relacionadas con la enfermedad renal como son NEFRALIA o SEDEN.

Criterios de inclusión utilizados: artículos en español, bibliografía (artículos) no más antigua del 2015, ensayos clínicos...

### Resultados:

Los resultados dan indicios de la eficacia de la intervención musical en la reducción del estado de ansiedad en pacientes sometidos a hemodiálisis, lo cual es animador, ya que podemos contar fácilmente con una intervención coadyuvante de bajo coste que posibilite un mayor bienestar y calidad de vida en este tipo de pacientes.

Con este estudio se observa que la musicoterapia ayuda a:

- Reducir la ansiedad en la espera durante la conexión y desconexión.
- Contrarrestar la aprensión y el miedo.
- Normalizar y construir un ambiente más humano en la sala de hemodiálisis.

### Conclusiones:

El estudio concluyó que la musicoterapia debería incluirse en los cuidados enfermeros y debería ser usada con más frecuencia al disminuir la ansiedad y el estrés de los pacientes tras su aplicación.

## Pie en el paciente renal, control y vigilancia de los factores de riesgo

Laura García Sánchez, Anna Mas Prat

Clínica Girona S.A. Gerona. España

### Introducción:

Es bien sabido que el paciente renal presenta diversas comorbilidades, entre las cuales encontramos las vasculopatías diabéticas, arteriosclerosis, enfermedad arterial periférica... Su incidencia es elevada de un 40% a un 75%, debido a la edad avanzada de la población en hemodiálisis. La detección precoz de alteraciones en las extremidades inferiores juntamente con la adecuada adhesión a la medicación, podría evitar lesiones que son gran factor de riesgo para complicaciones. Instauramos un protocolo de revisión de pies en nuestro centro juntamente con las evaluaciones periódicas de ITB, con el fin de evitar dichos riesgos.

### Objetivos:

Realizar un seguimiento y prevención de las úlceras y amputaciones en miembros inferiores.

### Material y Método:

Estudio observacional descriptivo y transversal. Realizado a 140 pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis en nuestro centro. Se crea un protocolo con la instauración de una hoja de revisión evaluando los pies y

registrando ITB. Los ítems de valoración son: sequedad de piel, prominencias, temperatura (caliente/frío), deformidades, pulso pedio, edema, amputación, higiene, si presenta lesión (localización, dimensiones, grado, infección, cura) y sensibilidad (monofilamento). Se realizan valoraciones mensuales a todos los pacientes del centro.

### Resultados:

Se incluyeron 140 pacientes de los cuales el 38,57% eran diabéticos, el 15,61% de estos últimos, no tenían sensibilidad en alguno de las zonas de exploración. El 57,5% de estos presentaban un ITB normal (0,90-1,24), el 21,25% presentaban cifras de calcifilaxis (>1,25) y el 21,25% cifras relacionadas con enfermedad arterial periférica (<0,90%). Las lesiones tuvieron una incidencia del 3,89%, siendo de rápido diagnóstico y planteamiento de curas de las mismas. Se observaron 9,29% de pacientes con edemas, pudiendo ajustar su peso seco establecido.

### Conclusiones:

La valoración del riesgo en pacientes en hemodiálisis permite planificar estrategias para la prevención de complicaciones. Establecer un protocolo en la unidad facilita el seguimiento y la evaluación de posibles patologías.

# Plasmaféresis en una unidad de hemodiálisis: revisión de dos años de experiencia

**Domingo Damián Rodríguez Paz, Uxia Rey Lamas, Luisa Janeiro Moas, Carina Caamaño Lado, Sonia Araujo Rodríguez, María Elena Petisco López**

Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. España

## Introducción:

La aféresis terapéutica es un procedimiento extracorpóreo en el que se utiliza una tecnología de separación de la sangre con el fin de extraer células sanguíneas anormales o componentes del plasma. En la plasmaféresis, o intercambio plasmático terapéutico (ICT), se extraen del paciente grandes cantidades de plasma, que son sustituidas por plasma fresco congelado (PFC) y/o solución de albúmina.

## Objetivos:

El objetivo de nuestro estudio es exponer nuestra experiencia con este tipo de tratamiento en los últimos dos años, revisando la técnica de la plasmaféresis, el líquido de reposición empleado y el acceso vascular.

Analizar las patologías tratadas y la evolución del paciente. Detectar las complicaciones surgidas durante la realización de la técnica: hipotensión, coagulación del circuito y reacción anafiláctica.

## Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo de 24 pacientes que realizaron un total de 170 sesiones de plasmaféresis en la unidad de agudos de nuestra unidad de hemodiálisis, desde enero de 2017 a diciembre de 2018. Se realizó una revisión de las historias clínicas, de las gráficas de las sesiones de plasmaféresis y de los comentarios de enfermería. Se han incluido variables demográficas y clínicas. Entre ellas sexo, edad, el tipo de acceso vascular empleado, el motivo por el que se realiza este tratamiento, el líquido de reposición empleado y complicaciones durante la técnica.

## Resultados:

Se revisaron 170 sesiones de plasmaféresis en una muestra de 24 pacientes, de los cuales 7 son mujeres (29,17%) y 17 hombres (70,83%). La mediana de edad es de 59 años. Rango (23-89). Las indicaciones del tratamiento fueron 11 por vasculitis, 9 por rechazo de injerto renal, 2 por síndrome hemolítico urémico, uno por rechazo de injerto hepático y otro por desensibilización HLA. Los accesos vasculares empleados para el procedimiento fueron en el 37,5% catéter temporal yugular derecho, en el 29,1% catéter temporal femoral derecho, en el 8,4% catéter temporal femoral izquierdo, en el 20,8% fistula arteriovenosa y catéter tunelizado derecho en el 4,2%.

Como líquido de reposición se utilizó albúmina en 17 pacientes, plasma fresco congelado en 4 y en 3 de ellos ambos líquidos, obteniendo una efectividad del 54,2%.

## Conclusiones:

La plasmaféresis es un tratamiento bien tolerado sin complicaciones tanto hemodinámicas como técnicas. Es importante disponer de buenos accesos vasculares que permitan un flujo adecuado y así reducir las complicaciones relacionadas, como puede ser la coagulación del filtro. Destacamos la necesidad de incluir esta técnica en las unidades de hemodiálisis para que su realización esté a cargo de personal de enfermería formado y con experiencia, hecho fundamental en este tipo de proceso por sus habilidades en la solución de problemas derivados y su destreza en el manejo del acceso vascular así como del circuito extracorpóreo.

## Programa de formación en diálisis a estudiantes de grado en enfermería

Alba Simeón Moragón, Judith Sánchez Torres, Dolores Rizo Martínez, M<sup>a</sup> Mercedes Moreno Salinas

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

### Introducción:

Cada año pasan gran cantidad de alumnos estudiantes de grado de enfermería por la unidad de diálisis, servicio específico que requiere formación concreta tanto teórica como práctica. Por este motivo se ha elaborado un programa formativo propio dentro del periodo de duración de las prácticas clínicas, con una adecuada gestión del tiempo para que aprendan conceptos sobre la enfermedad renal y sus tratamientos y puedan llevarlos a la práctica.

La diálisis es un área muy concreta de la enfermería de la que la mayoría de los alumnos que pasan por las unidades solo conocen conceptos teóricos y abstractos, por lo que habitualmente un mes de prácticas sin una adecuada gestión del tiempo es insuficiente para la adquisición del conocimiento teórico y práctico necesario.

### Objetivos:

Afianzar los conocimientos teóricos sobre el paciente renal que poseen los alumnos.

Proporcionar conocimientos prácticos en todas las áreas de la unidad.

Identificar a los profesionales referentes dentro de la unidad que tutelarán el programa.

### Material y Método:

En base a las necesidades formativas observadas en los últimos años y tras las carencias detectadas y manifestadas por los propios estudiantes desde que se tutorizan alumnos en la unidad, se ha ido adaptando el modelo formativo hasta la obtención de un programa satisfactorio para estudiantes y profesionales.

Todos los profesionales de la unidad con experiencia superior a un año son tutores de los estudiantes en prácti-

cas que acuden a la unidad e instruyen en la parte práctica a un solo alumno por período. Además, se identifica a aquellos referentes en las distintas áreas, que destacan por su formación, habilidades comunicativas y que de forma voluntaria acceden a participar en el programa de formación teórica.

Se planifican seis sesiones teóricas sobre los diferentes aspectos de la enfermedad renal y el tratamiento renal sustitutivo. Durante la primera semana de prácticas, los estudiantes dedican una-dos horas al día a la formación teórica impartida por el profesional referente en la materia, que versa sobre:

- Funcionamiento de la unidad: calidad y seguridad.
- Acceso vascular
- Educación al paciente. Nutrición y vacunación
- Físico-química de la diálisis y monitores de diálisis
- Diálisis peritoneal y consulta prediálisis
- Gestión de almacenes. Residuos. Trabajo en equipo.

De forma paralela y gradual se lleva a la práctica lo aprendido en estas sesiones, siempre bajo la supervisión del tutor, que periódicamente verifica la comprensión teórica y aplicación práctica de los conceptos y evalúa el aprendizaje mediante "check list".

### Conclusiones:

Tras la puesta en marcha del programa formativo y la introducción continuada de mejoras en la formación que se ofrece, podemos afirmar que se está realizando una formación estandarizada de calidad, adaptada a las necesidades y capacidades de cada estudiante, reforzando los aspectos más deficientes y motivándole en los que mejor aptitud demuestre. De esta forma se consigue realizar una formación intensiva tanto práctica como teórica y se asegura la adquisición de los conocimientos necesarios para su inclusión laboral.

## ¿Qué hacemos ante un paro cardíaco en un centro periférico de hemodiálisis?

**Francisco Javier Gallego Montes, Ana Romero Valero**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

### **Introducción:**

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de tipo encuesta en enfermeros que trabajan en centros periféricos de hemodiálisis en la provincia de Sevilla.

Les planteamos una serie de cuestiones sobre el protocolo de su centro y sus conocimientos sobre la actuación ante un paro cardíaco.

La primera causa de mortalidad en los pacientes en hemodiálisis (HD) es la enfermedad cardiovascular donde alteraciones como arritmias y paradas cardíacas ocupan un lugar importante, aproximadamente representan el 60% de todas las muertes por cardiopatía.

### **Objetivos:**

Describir los resultados obtenidos en el estudio y plantear las dificultades que los profesionales se encuentran ante esta situación de emergencia.

### **Material y Método:**

Se realiza encuesta a 30 enfermeros que trabajan en unidades de hemodiálisis en centros periféricos concertados o públicos, les planteamos una serie de cuestiones relacionadas sobre el espacio por puesto, el protocolo de su centro o sus conocimientos sobre el paro cardíaco durante una sesión de hemodiálisis.

### **Conclusiones:**

El conocimiento general de las maniobras de reanimación cardiopulmonar por parte de enfermería es adecuado, aún así, creemos en la necesidad de instruir al personal en estas maniobras cuando el paciente está conectado a la máquina.

El Consejo Europeo de Resucitación solo indica que la mayoría de los fabricantes de monitores de hemodiálisis recomienda la desconexión del equipo antes de la desfibrilación.

## **Sustitución de las pinzas y conexión Luer-Lock deterioradas en un catéter permanente de hemodiálisis**

**Francisco Javier Gallego Montes, Ana Romero Valero**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

### **Introducción:**

Durante las sesiones de hemodiálisis en paciente conectado con catéter permanente evidenciamos fugas en las conexiones de Luer-Lock y/o fallos en las pinzas. Esto conlleva a no poder realizar la sesión de hemodiálisis. Lo que supone su traslado al hospital de referencia para su sustitución.

### **Objetivos:**

Describiremos la técnica y cuidados de enfermería que se realizan para la atención integral en pacientes sometidos a la sustitución de la conexión del catéter permanente Luer-Lock y de la pinza en caso de deterioro o rotura.

Explicar el procedimiento del cambio de la conexión luer-lock del catéter permanente siguiendo las recomendaciones de los fabricantes.

### **Material y Método:**

Realizamos una revisión de la técnica estándar de los kits de sustitución presentados por las diferentes compañías fabricantes de catéteres permanentes de hemodiálisis.

Identificamos las necesidades y establecemos diagnósticos de enfermería reales y potenciales

### **Conclusiones:**

Pretendemos plasmar la importancia de los cuidados enfermeros en la sustitución de la conexión luer-lock en caso de rotura o deterioro de la pinza. Estas acciones pretenden mejorar la calidad de vida del paciente que se realiza sesiones de hemodiálisis en centros periféricos evitando así el traslado al hospital de referencia.

## Unidad de accesos vasculares en nuestra clínica

Ana Soraya Gómez David, Raquel Francisca Galiano Roa, Lourdes Rueda Velasco

Centro de Dialisis Torremolinos. Málaga. España

### Introducción:

El acceso vascular (AV) es una condición para que los pacientes con enfermedad renal crónica sean tratados mediante hemodiálisis y es el factor más importante que determina el éxito o fracaso de dicho tratamiento. La FAV es el AV de elección. Las Guías Sociedad Española de Nefrología del AV, consideran como indicadores de calidad un porcentaje igual o superior a 80% de enfermos incidentes con AV permanente (FAV o injerto) y de pacientes prevalentes con FAV, así como un porcentaje inferior a 10% de enfermos prevalentes con catéter tunelizado.

Este objetivo no era alcanzado en los enfermos renales de nuestra provincia. El primer AV de estos pacientes era programado y realizado en el área hospitalaria. Desde marzo 2013 los centros de hemodiálisis concertados son los responsables de la valoración inicial y realización de los AV, así como el seguimiento y solución de las posibles complicaciones.

En cuanto a nuestras clínicas, cuentan con un quirófano donde realizar FAVs en pacientes seleccionados.

### Objetivos:

Realizamos un estudio descriptivo para valorar el trabajo realizado durante los 3 primeros años. Número de accesos vasculares, tiempo de demora en la realización y mejora en el porcentaje de pacientes con un adecuado FAVs en las unidades de hemodiálisis de nuestra clínica.

### Resultados:

Se reciben un total de 189 solicitudes de acceso vascular. Un 36% mujeres y 64% varones. La causa más frecuente de ERC es nefroangioesclerosis 26%, seguido de nefropatía diabética 24%. El filtrado glomerular medio de los pacientes en el momento de la solicitud es de 12ml/min. Los pacientes son derivados en un 68,7% por la consulta de ERCA, 17,6% ingresados de urgencias, 8% diálisis peritoneal, 5% consulta trasplante. Se rechazan 25 pacientes.

El paciente es valorado por el cirujano cardiovascular con la ayuda de un ecógrafo. En un tiempo medio de 15 días se realiza el acceso vascular. Un total de 133 FAVs, 36 catéteres tunelizados y en 4 pacientes, en el mismo acto, la FAV y la implantación del catéter tunelizado. Se requiere un 2º acceso vascular en 23 pacientes: 16 FAV, 5 catéteres tunelizados y un injerto de goretex. Solo en un paciente se implanta un catéter tunelizado como tercer acceso vascular. Un total de 51 pacientes son intervenidos en el quirófano de nuestra clínica.

En 2018 conseguimos alcanzar un total de 83,2% de pacientes con FAV como acceso vascular alcanzando los objetivos que nos marcan las guías.

### Conclusiones:

Tras iniciar el nuevo programa de accesos vasculares en el cual nuestras clínicas son responsables del primer acceso vascular de los pacientes conseguimos un escaso tiempo de demora en la realización del AV desde que se recibe la solicitud y alcanzar mejores resultados aumentando el porcentaje de pacientes con FAVs.



## Utilización de una escala visual de puntuación (Score) como herramienta para valorar el estado de coagulación del circuito hemático de hemodiálisis

**Elena Herrera Martín, Juan Jesús Montoro López, Daniel Martín de Vidales González, Patricia Arribas Cobo, Rodrigo Muñoz Blazquez, María Martínez González**

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

### Introducción:

El tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis es una técnica de depuración sanguínea extraterrenal, que requiere una pauta de anticoagulación para evitar pérdidas hemáticas y disminución de la eficacia dialítica. Actualmente la heparina es el anticoagulante endovenoso de elección para evitar este tipo de complicaciones intradiálisis.

Una de las actividades más importantes del personal de enfermería es la vigilancia del estado de coagulación del circuito, siendo fundamental para la individualización de las dosis de anticoagulación del paciente para evitar, tanto las pérdidas hemáticas por coagulación del circuito, como los efectos adversos de la sobredosificación de heparina, como hemorragias o trombocitopenia (2-3).

El uso de un score de coagulación puede resultar una herramienta útil para realizar la valoración del estado de coagulación del circuito de diálisis.

### Objetivos:

Evaluar la utilidad de una escala visual de puntuación (score) como herramienta para valorar el estado de coagulación de dializadores y cámaras tras el retorno sanguíneo.

### Material y Método:

Se elaboró una escala visual con cuatro niveles de coagulación puntuados de 0 a 3 (siendo 0 una cámara/dializador limpios y 3 totalmente coagulados). Se obtuvieron 21 imágenes de cámaras y 21 de dializadores y se realizó una presentación para su posterior valoración por parte del personal de enfermería.

Se realizaron dos valoraciones en diferentes días, la primera sin visualización del score y la otra con apoyo del mismo. Se elaboró una hoja para la recogida de atos de los profesionales.

### Resultados:

En el estudio participaron 24 DUES y 8 TMSCAE con una media de antigüedad 70,14 (76,2) [1-300] meses en diálisis.

Se valoró la mediana de los resultados de todas las cámaras y dializadores con ambos métodos.

Encontramos significación estadística ( $p < 0,021-0,035$ ) en 4 de las 21 cámaras en la cuales la utilización de score modificó el resultado.

En el 71,42% de las valoraciones de las cámaras el resultado se acercaba más a la mediana al realizar la medición con score respecto a la medición sin score, con menor dispersión de los datos.

Encontramos significación estadística ( $p < 0,000-0,029$ ) en 10 de los 21 dializadores en la cuales la utilización de score modificó el resultado respecto a la valoración inicial. La utilización del score en los dializadores produjo en 9 de los casos un aumento del grado de coagulación asignado.

También en el caso de los dializadores, en el 61,90% de las valoraciones el resultado se acercaba más a la mediana cuando se hacía con score respecto a la medición sin score, por lo que había mayor homogeneidad.

En general, las valoraciones cercanas a 0 son las que menos dispersión tienen, son valoradas con mayor homogeneidad no así cuando hay cierto grado de coagulación.

### Conclusiones:

La utilización de un score para valorar el estado de coagulación de los circuitos de diálisis puede aumentar la homogeneidad de los resultados, es decir, que mayor número de personas den el mismo valor. El uso del Score nos ha hecho cambiar de opinión en 4 ocasiones al valorar las cámaras y en 10 en los dializadores principalmente útil en los grados intermedios de coagulación.

## Vía inductiva. Realidad observada como base de un plan de cuidados sistematizado

**Begoña Thomas Erviti, Teresa Blanco Nagore, Maitane Undiano López**

Complejo Hospitalario de Navarra. España

Los planes de cuidados se basan en la respuesta humana a los procesos de salud, organizándose con la misma metodología enfermera y utilizando una taxonomía común. Recogen la atención fundamental vinculada a un proceso de salud, permitiendo ahorrar tiempo en la individualización del plan y el inicio de las actividades, además de facilitar la aplicación y el uso de tecnologías informáticas. Habitualmente estos planes se realizan de manera deductiva, estudiando el proceso y razonando los problemas que se pueden dar. Sin embargo, en nuestro servicio hemos querido utilizar la vía inductiva, obteniendo conclusiones a partir de la observación. Se ha elegido la vía inductiva por ser más realista que la deductiva, ya que se parte de la observación del cuidado que se presta día a día, ordenando, estructurando y normalizando con lenguaje enfermero lo que diariamente se realiza. Al estar en constante valoración del "por qué" y el "para qué" se están realizando las acciones, se genera una comparación continua con lo que se debería hacer, por lo que permite a su vez identificar áreas de mejora.

Con este trabajo se pretende diseñar una herramienta que unifique criterios de atención clínica, utilizando la metodología NNN y facilitando así el trabajo de enfermería, mejorando la atención de los pacientes y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.

Los objetivos del trabajo son:

- Diseñar un plan de cuidados estandarizado por vía inductiva para los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadio terminal en programa regular de hemodiálisis.

- Unificar criterios de la práctica clínica disminuyendo así la variabilidad de la misma y facilitar al profesional de enfermería el desempeño de su trabajo.
- Garantizar una atención clínica íntegra e integral con unos cuidados óptimos y de la más alta calidad.

El diseño de esta herramienta está fundamentado en la experiencia de los profesionales que conforman el equipo. Inicialmente se procedió a identificar el proceso que se quería sistematizar. Se escogió la identificación por procesos patológicos, seleccionando al paciente con ERC terminal en programa regular de hemodiálisis. Seguidamente se realizó una búsqueda bibliográfica para estudiar el proceso que se pretende sistematizar, lo que facilitó la posterior descripción del mismo y del diseño del perfil de paciente tipo. En el segundo bloque de trabajo se registraron todas las actividades que se realizan día a día, asociando a cada actividad un "por qué" y un "para qué". Se definieron entonces las palabras clave que sintetizan y agrupan la totalidad de actividades, facilitando así su posterior recopilación. Con anterioridad se procedió a establecer tanto los diagnósticos enfermeros, como los problemas de colaboración e interdependientes que surgieron de la propia observación. Posteriormente se establecen los objetivos implícitos en cada diagnóstico o problema detectado y las actividades a realizar mediante taxonomías NOC y NIC. Como punto final se llevó a cabo la implantación y evaluación de la herramienta por una comparativa entre las actividades realizadas y las planificadas, medidas por estándares de calidad previamente definidos.

## Análisis comparativo del uso de apósito hidropolimérico versus apósito convencional en la prevención de la dehiscencia de herida quirúrgica en el postrasplante renal

M<sup>a</sup> Luz Amoedo Cabrera, M<sup>a</sup> Milagrosa Rodríguez Camilleri, Antonio José Alcántara Bernal

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción:

El trasplante renal es el tratamiento de primera elección en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), pero no está exenta de riesgos. Una de las complicaciones del postrasplante inmediato es la dehiscencia y/o infección de la herida quirúrgica, que aumenta la estancia y coste hospitalario, retrasando la evolución del trasplante. Existen factores de riesgo que predisponen la aparición de dehiscencia e infección de herida quirúrgica. Es de gran importancia identificar la población de riesgo, activar las intervenciones para mejorar la calidad de los cuidados y adoptar medidas preventivas dirigidas a disminuir la posibilidad de contaminación, mejorar el estado general del paciente y evitar la dehiscencia de la herida quirúrgica.

La literatura científica apoya el uso de apósitos que promuevan factores estimulantes de la cicatrización, en particular aquellos que favorezcan un medio húmedo para la herida, sin macerar la piel circundante, absorban exudado, protejan contra infecciones, eliminen espacios muertos y favorezcan el confort.

### Objetivos:

Objetivo general:

- Evaluar incidencia de dehiscencia de herida quirúrgica.

Objetivos específicos:

- Evaluar factores de riesgo relacionados con la dehiscencia de herida quirúrgica.
- Analizar el uso de apósito hidropolimérico con tecnología 3d fit como mejora de la cicatrización postquirúrgica.

### Material y Método:

Estudio prospectivo comparativo en 20 pacientes trasplantados renales (Septiembre/ diciembre 2018) distribuidos: Grupo 1 (G1): 10 pacientes. Pauta de curas cada 72 horas con apósito hidropolimérico, reborde adhesivo de silicona y tecnología 3DFit.

Grupo 2 (G2): 10 pacientes. Pauta de curas con apósito de gasa y fijación transparente.

Recogida y análisis de variables en tabla codificada:

- Sexo

- Diabetes
- Índice de masa corporal (IMC)
- Número de cambio de apósitos
- Presencia de exudado
- Erosiones
- Dehiscencia
- Infección
- Confort del apósito
- Estancia hospitalaria

### Resultados:

Ambos grupos estaban formados por 6 mujeres y 4 hombres y se incluyeron en ambos dos pacientes diabéticos, el IMC promedio en el G1 fue de 24 y en G2 de 23,4; la mitad de ambos grupos estaba formada por pacientes con IMC superior a 25.

El número de cambio de apósitos en G1 fue de 5 mientras que en G2 estuvo en un promedio de 7,3.

En cuanto a la presencia de exudado en el apósito en G1 se apreció en dos cambios y en G2 en 16.

En G1 no se apreciaron erosiones en la retirada y en G2 se localizó una erosión tras un cambio.

En G1 no se produjo dehiscencia ni infección de herida, mientras que en G2 se registraron 4 dehiscencias de sutura y 1 infección de la herida.

Todos los pacientes de G1 valoraron con un sí la confortabilidad del apósito y en G2 un paciente valoró negativamente el confort de éste.

En cuanto a la estancia hospitalaria el promedio en ambos grupos fue de 13,5 días.

### Conclusiones:

El uso de apósito hidropolimérico de forma preventiva, disminuye la manipulación de la herida quirúrgica y la incidencia de dehiscencia en el postrasplante renal, disminuyendo las erosiones perilesionales y mejorando la confortabilidad de los pacientes tratados.

El manejo del exudado mejora con el uso de apósito hidropolimérico.

El uso de ambos apósitos no influyó en la estancia hospitalaria.

## Evaluación de la perfusión hipotérmica pulsativa en un programa de trasplante renal con donante expandido y añoso

**Estefanía Iglesias González**

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

### Introducción:

El envejecimiento poblacional es una de las principales razones del aumento de las listas de espera en pacientes necesitados de un injerto renal. La búsqueda de alternativas, como mejoras quirúrgicas y de preservación, ha permitido el uso de riñones de donantes con criterios expandidos y añosos pero que presentan una tasa superior de función retardada del injerto incrementando costes postoperatorios.

El mantenimiento de la viabilidad de los órganos durante la preservación se convierte en un reto. La máquina de perfusión hipotérmica pretende mitigar el efecto del almacenamiento en frío sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado y el donante subóptimo o añoso.

### Objetivos:

Evaluar las complicaciones que presentan los pacientes trasplantados renales con dos tipos de preservación diferentes (estática fría o perfusión hipotérmica pulsátil).

Conocer la influencia de la variable edad sobre la preservación renal pulsativa.

Dar a conocer nuestra experiencia inicial en su uso.

### Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo comparativo durante los años 2010-2012 donde se incluyeron todos los trasplantes renales realizados en un hospital de tercer nivel.

Comparación en los métodos de preservación renal: estancia hospitalaria, horas de isquemia, necesidad de diálisis y número de sesiones postrasplante y el dispositivo de almacenamiento o de preservación pulsátil.

Otras variables: edad y patologías asociadas del donante.

### Resultados:

Entre marzo 2010 y diciembre 2012 se realizaron 175 trasplantes, de los cuales, 70 injertos procedieron de donantes en un rango de edad entre 60-69 años y 76 de donantes  $\geq 70$  años. Un total de 62 de estos injertos fueron preservados en preservación estática y 84 preservados en frío. Los primeros resultados obtenidos de la experiencia dieron a conocer que, con igualdad de tiempo de isquemia, el uso de máquina de perfusión conllevó un descenso de la estancia media hospitalaria en ambos grupos con una disminución, a la mitad, de la necesidad de hemodiálisis y del número de sesiones postrasplante en el grupo de edad  $\geq 70$  años poniendo de manifiesto que a mayor edad mejores resultados con el uso de la máquina de perfusión.

### Conclusiones:

El envejecimiento poblacional se refleja en el perfil de los donantes. En nuestro hospital más del 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años de edad y casi un 25% son mayores de 70 años todos con algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Riñones procedentes de donantes añosos muestran tasas más altas de no función primaria y complicaciones postquirúrgicas que pueden relacionarse con una mayor arteriosclerosis, en consecuencia, parece apropiado buscar estrategias como la perfusión pulsátil para optimizar el trasplante de riñones subóptimos y mejorar resultados. Por este motivo, nuestro centro impulsó la preservación renal pulsativa con el objetivo de lograr un mantenimiento más efectivo con perfusión intravascular continua.

## Formación de las enfermeras de diálisis en trasplante renal. ¿Es necesario?

Aida Martínez Saez, Yaiza Martínez Delgado, Anna Bach Pascual, Anna Faura Vendrell, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio V (ERC-V) llegan a nuestro programa de Trasplante Renal (TR) desde diferentes centros u hospitales, este proceso genera gran necesidad de información y acompañamiento desde el primer momento en que se solicita su evaluación para acceder al trasplante y se alarga durante el tiempo que están a la espera de un TR.

En los hospitales trasplantadores los profesionales de Nefrología están familiarizados con este proceso y pueden acompañar de forma natural a los pacientes durante la espera del TR, no siendo así en centros de Hemodiálisis u hospitales no trasplantadores.

Este curso nace de la necesidad de actualizar la información que tienen las enfermeras que tratan a pacientes en estos ámbitos en que el Trasplante no está en su cartera de servicios, para guiar y resolver las dudas de los pacientes en lista de espera (LE).

### Objetivos:

Conocer la valoración, el grado de satisfacción y la utilidad de un Curso de Trasplante Renal dirigido a enfermeras de diálisis.

### Material y Método:

Estudio observacional descriptivo de los resultados de las evaluaciones realizadas por los asistentes al curso presencial de 10h de duración que se organizó en marzo del 2019 en un Hospital Universitario de 3<sup>er</sup> nivel. Se incluyeron a todos los asistentes al curso. El temario consto de 3 partes: el acceso al trasplante, el trasplante renal y vivir trasplantado, dividido en 15 temas, siendo el profesorado enfermeras y médicos del Servi-

cio de Nefrología, Urología e Intensivos. Se facilitó a los asistentes una encuesta de evaluación del curso con 16 preguntas con respuestas de 4 niveles según una escala Likert yendo de bajo-correcto-alto-muy alto. Se recogen las opiniones sobre: los contenidos, la duración del curso, la aplicabilidad de los conocimientos teóricos y de los talleres, valoración de cada uno de los profesores de forma individual y satisfacción global; se dejó un espacio para comentarios.

### Resultados:

Acudieron al curso 95 enfermeras. El 91% (n=82) de los participantes consideraron que el nivel de los contenidos era alto y/o muy alto; así como la información recibida fue valorada como muy buena por el 74 (n=67) de los asistentes. Un 90% (n=79) de las enfermeras consideraron que podrían aplicar los conocimientos adquiridos. El 96% (n=80) de los asistentes afirmó que los talleres sirvieron para integrar los conocimientos impartidos durante el curso. En las valoraciones constaban 20 comentarios y aportaciones calificando la valoración global con un 76% (n=66) de muy buena y el 24% (n=21) de buena.

### Conclusiones:

Partiendo de la valoración de las asistentes, la buena acogida del curso, y el nivel de aplicabilidad, confirmamos la necesidad de que exista formación que cubra las necesidades de las enfermeras que cuidan y tratan a los pacientes en lista de espera de TR. El compartir espacios entre profesionales de diferentes equipos de nefrología favorece la cooperación y la comunicación con un claro beneficio para el paciente.

## Gestión de pacientes en lista de espera de un trasplante según sus características culturales y sociales

**Anna Bach Pascual, Aida Martínez Saez, Anna Faura Vendrell, María Vera Casanova, Yolanda Castillo Piña, Ernestina Junyent Iglesias**

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción:

Sabemos que el trasplante renal (TR) es la mejor opción de tratamiento para la enfermedad renal crónica (ERC) y con el fin de lograr el éxito del proceso, es necesaria la coordinación de los distintos equipos profesionales (atención primaria, centros de diálisis, hospitales de referencia, etc.). El porcentaje de población inmigrante de nuestra área geográfica es superior a otras zonas. Es necesario adaptar el proceso asistencial del paciente candidato a TR en base sus características y necesidades.

Desde la consulta de enfermería referente en trasplante renal de nuestro centro se valoran todos los pacientes candidatos a recibir un TR. Tres de los ítems que se valoran y se consideran importantes para el seguimiento, cumplimiento del tratamiento y comprensión de la educación sanitaria son: la comunicación paciente – equipo asistencial, soporte (red de apoyo) y la coordinación con el resto de equipos profesionales.

Definir las características de éstos pacientes es fundamental para mejorar la gestión enfermera.

### Objetivos:

Conocer las características principales de los pacientes inmigrantes de nuestra lista de espera para poder adaptar los cuidados a las necesidades de esta población.

### Material y Método:

Estudio observacional y descriptivo de los pacientes inmigrantes incluidos en la lista de espera (LE) para recibir un trasplante renal. Se recogieron variables como: sexo, edad, país de origen, centro hospitalario de derivación, diagnóstico de diabetes (DM), hiper-

tensión (HTA), cardiopatía isquémica, etiología de la enfermedad renal crónica, tipo de terapia renal sustitutiva, soporte familiar, nivel de estudios, nivel de alfabetización, tipo de ingreso económico, la vinculación con algún recurso social y tipo de vivienda.

### Resultados:

Se incluyeron 71 pacientes, el 30,98% (n=22) eran mujeres con una edad media de 59 años. El 94,36% (n=67) eran HTA y 26,76% (n=19) eran diabéticos. En cuanto a aspectos relacionados con la esfera social destaca que el 39,43% de los pacientes (n=28) presentaban algún nivel de barrera idiomática, el 19,69% (n=13) eran analfabetos, el 21,53% (n=14) no tenían estudios y el 33,84% (n=22) tenían estudios básicos. El 24,63% (n=17) están vinculados con algún recurso social en su zona de referencia. Respecto a la vivienda, el 25,35% (n=18) comparten piso y el 59,15% (n=41) viven con la familia. Finalmente solo el 14,08% (n=10) son activos laboralmente y 33,80% (n=24) no tienen ningún tipo de recurso económico.

### Conclusiones:

En nuestra lista de espera hay un 43,03% (71) pacientes que llegan desde su país de origen por distintas razones. Los principales factores de riesgo de este grupo de pacientes son la barrera idiomática y falta de recursos socioeconómicos, que los hace más vulnerables a cualquier tipo de complicación. Por todo ello, creemos importante trabajar en equipo utilizando todos los recursos disponibles para ayudar a estos pacientes a crear una red de apoyo necesaria para hacer frente al TR además de desarrollar todas las herramientas para poder facilitar el proceso asistencial.

## Profilaxis de nefropatía por contraste yodado en pacientes con trasplante renal

M<sup>a</sup> José Santana Valeros, Filo Trocoli González, Sara Alfonso Ramos, Carlos Jiménez Martín, M<sup>a</sup> Oliva López Oliva, M<sup>a</sup> Elena González García

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

### Introducción:

Los trasplantados renales son población de riesgo de nefrotoxicidad por contraste yodado. El TC con contraste es una prueba muy frecuente.

### Objetivos:

Conocer la incidencia de fracaso renal agudo en trasplantados, a los que se les realiza TC con contraste de forma ambulatoria, tras la administración recortada de profilaxis.

### Material y Método:

Estudio longitudinal retrospectivo que incluyó a pacientes con trasplante renal y realización de TC con contraste yodado hipoosmolar ambulatoriamente entre 2014 y 2016. Se administró previamente profilaxis con 500-1000 ml de suero salino fisiológico (el volumen prescrito dependía de si presentaban patología cardíaca) con determinación de función renal 5-7 días después. Se definió fracaso renal agudo (FRA) como elevación de creatinina  $\geq 0,3$  mg/dl en 48 horas desde la prueba o incremento  $\geq 1,5$  veces sobre la línea de base en los 7 días siguientes, exclusivamente atribuible a este motivo.

### Resultados

4 de 61 pacientes desarrollaron nefrotoxicidad por contraste (6,1%). Fue más frecuente en los diagnosticados de estenosis de arteria renal ( $p:0,027$ ) y, en el subgrupo de los que tomaban anticalcineurínicos asociado a mayor índice de masa corporal ( $p:0,043$ ). 4 de 4 pacientes recuperaron las cifras basales de creatinina. No hubo asociación con consumo o niveles de anticalcineurínicos, ni con toma de IECA/ARA-II ni diuréticos. Ningún paciente con inhibidores de m-TOR presentó FRA. Tampoco se encontró asociación con diabetes, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica, ni con creatinina pre-exploración ni proteinuria.

### Conclusiones:

Con la profilaxis realizada, la incidencia de nefrotoxicidad por contraste yodado hipoosmolar fue del 6,1% en nuestra población. El 100% de los FRA fueron completamente reversibles. Los hallazgos sugieren que la probabilidad de desarrollar esta entidad en trasplantados renales estables con contraste yodado hipoosmolar es mínima, salvo si se sospecha estenosis de arteria renal y en aquellos con mayor índice de masa corporal que toman anticalcineurínicos.

## Atrapamiento del catéter peritoneal autoposicionante: a propósito de un caso

**Mercedes María Moreno Salinas, Judith Sánchez Torres, Alba Simeón Moragón, Ana Belén Canales Vitoria, Veaceslav Andronic, M<sup>a</sup> Eva Cotilla de la Rosa**

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

### Introducción:

Disponer de un adecuado acceso a la cavidad peritoneal es una de las claves para garantizar el buen desarrollo de la técnica. La técnica de implantación, el tipo de catéter y la manipulación aséptica del mismo son elementos a considerar para evitar complicaciones posteriores. El desplazamiento y atrapamiento del catéter peritoneal son complicaciones frecuentes en nuestra unidad, que suelen resolverse con procedimientos sencillos, como la toma de laxantes, enemas y deambulación.

### Objetivos:

Exponer la experiencia de un caso de atrapamiento peritoneal y la resolución del mismo.

### Material y Método:

Se realiza un estudio observacional descriptivo individual sobre el caso clínico de un varón de 44 años con ERC estadio V por nefroangioesclerosis. Como antecedentes destacan hipertensión y dislipemia y no presenta intervenciones abdominales previas.

En Noviembre de 2016, se coloca catéter peritoneal autoposicionante largo mediante cirugía abierta. Como complicación quirúrgica presenta dificultad para la dirección de catéter a fondo de saco de Douglas por epiplón. Se comprueba permeabilidad en quirófano por la enfermera de peritoneal, con adecuada infusión y drenaje.

El paciente es alta a domicilio y se cita para valoración de enfermería en consulta a las 24 horas. Se realiza lavado peritoneal, objetivando infusión y drenaje lentos. Tras comprobar permeabilidad mediante maniobra de "push and suck" se solicita radiografía simple de abdomen, que confirma migración del catéter a pelvis mayor. En un in-

tento de recolocación espontánea, se indica toma de laxantes y deambulación, resultado infructuosos.

En Diciembre de 2016, mediante técnica laparoscópica, se recoloca el catéter en quirófano, sin incidencias inmediatas y realizando comprobación de funcionamiento in situ por enfermera de diálisis.

En radiografía de control al día siguiente, se objetiva nueva migración del catéter a pelvis mayor. Se descarta en sesión clínica nueva recolocación, por lo que se programa inicio de hemodiálisis.

A las dos semanas, refiere molestias en base de recto. Se realiza lavado peritoneal, presentando infusión y drenaje satisfactorios y corroborando normoposicionamiento en imagen radiológica. Se inicia entrenamiento peritoneal pero no es posible transferir por nueva migración del catéter.

En Febrero de 2017, se programa colecistectomía laparoscópica y en la misma se fija catéter a fondo de saco de Douglas mediante punto de sutura.

El paciente se transfiere definitivamente a peritoneal a finales de Marzo de 2017, no presentando incidencias en la técnica ni nuevas migraciones del catéter hasta que fue trasplantado en Mayo de 2018.

### Resultados:

La técnica de elección del paciente en prediálisis fue la diálisis peritoneal, por lo que los esfuerzos del equipo multidisciplinar se centraron en respetar su decisión y orientar los cuidados hacia el mantenimiento del paciente en la técnica.

La sutura a fondo de saco de Douglas del catéter peritoneal autoposicionante es un procedimiento poco usual, sin embargo en el caso expuesto permitió resolver la complicación mecánica de desplazamiento del catéter y transferir definitiva y satisfactoriamente al paciente al tratamiento renal sustitutivo elegido.



## “Calcifilaxis: complicación agresiva en diálisis”

**Sergio Granados Camacho, Elvira Esquivias de Motta, Belén Sánchez García**

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. España

Definimos calcifilaxis como una necrosis isquémica de la piel y tejidos circundantes producida por el depósito mineral de calcio en la pared de pequeños vasos. La incidencia es baja, pero su mortalidad elevada debido a las complicaciones derivadas de las lesiones, principalmente por sobreinfecciones. Esta patología se asocia a pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis. El principal factor de riesgo conocido son las alteraciones del metabolismo fosfocálcico, además de la obesidad, diabetes o tratamiento con antagonistas de vitamina K (acenocumarol).

Mujer de 50 años, con enfermedad renal crónica secundaria a nefrectomía bilateral, en hemodiálisis crónica con antecedentes de prótesis valvular anticoagulada con sintrom y síndrome de Raynaud.

Comienza con algias de moderada intensidad en miembros inferiores. A la exploración, presenta nódulos violáceos indurados y dolorosos a la palpación.

Pocos días después, aparece nueva lesión necrótica muy dolorosa en miembro inferior derecho, (2 centímetros de diámetro). Sin evidencia de otras lesiones localizadas.

Analíticamente, hiperfosforemia mantenida de hasta 14mg/dl, mala adherencia a los quelantes del fósforo, e hiperparatiroidismo secundario (PTH=782pg/mL) en tratamiento con cinacalcet.

Ante la sospecha clínica de calcifilaxis pasa a hemodiafiltración en línea diaria y se inicia tiosulfato sódico 25gr. intravenoso. Se suspende acenocumarol y pasa a heparina de bajo peso molecular

Aparecen dos nuevas lesiones, que evolucionan a úlceras de mayor tamaño con bordes necróticos, que progresivamente presentan mayor afectación de tejidos. Valorada por cirugía plástica que prescriben curas inicialmente con desbridamiento quirúrgico, y posteriormente con la-

vado de “arrastre” de suero fisiológico 0,9%, aplicación de desbridante autolítico (Purilon®) en zonas isquémicas y de polihexamida 0,1% (Prontosan®) en zonas de desvitalización y cubriendo la lesión completa de apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica (Aquacel® Ag), acompañado de sesiones de cámara hiperbárica (5 días a la semana). En dos ocasiones presenta sobreinfección de las úlceras que se tratan con antibioterapia.

A los 5 meses tras el inicio del cuadro, las úlceras presentan una evolución tórpida, ingresando por mal control del dolor y nueva infección de las lesiones. Debido a la evolución, se decide amputación supracondílea bilateral.

La calcifilaxis es una enfermedad rara pero con elevada morbimortalidad, por ello, debemos sospecharla ante un paciente en diálisis con úlceras cutáneas de nueva aparición y factores de riesgo asociados (hiperfosforemia, anticoagulación oral, obesidad...). La alteración cutánea provocada por la aparición de úlceras (sean úlceras por presión o secundarias a calcifilaxis) agrava el estado general de salud, aumenta el riesgo de infección, eleva la incidencia de mortalidad y provoca una alteración del bienestar debido al dolor y a la impotencia funcional, conllevando una pérdida de autonomía.

El tratamiento debe ser multidisciplinar (enfermería, cirugía plástica y/o cardiovascular, unidad del dolor, nefrología) para un manejo adecuado de las úlceras, la corrección de factores precipitantes y los síntomas asociados.

La colaboración entre enfermería y el personal facultativo es fundamental, empezando por la detección precoz de las lesiones, para mejorar en lo posible la evolución del paciente.

## Caso clínico: alternativas a la sujeción mecánica en un paciente con demencia vascular avanzada en tratamiento de hemodiálisis

**Marta del Vas García, Elena Liset Cahuancama Solano, Carolina Palomar Ceballos, Montserrat Cerro Marques, Marta Quintela Martínez, María del Tránsito Suárez Plata**

Hospital Clínic. Barcelona. España

### Introducción:

La edad de los pacientes en hemodiálisis ha aumentado considerablemente en los últimos años y por tanto el riesgo de presentar demencia senil avanzada, manifestada como desorientación temporo espacial, agitación psicomotriz y agresividad.

Esto hace que el personal de enfermería se enfrente a situaciones de máxima complejidad para garantizar la seguridad del paciente donde la sujeción física es un recurso utilizado para evitar daños provocados por el estado de agitación.

Pero no siempre se consigue el efecto deseado, por el contrario, a veces la agitación aumenta, hecho que provoca mala tolerancia de la sesión de diálisis, por ello es necesario buscar otro abordaje terapéutico en estos pacientes.

### Objetivos:

Evaluar intervenciones alternativas a la sujeción física encaminadas a disminuir la agitación psicomotriz en un paciente con demencia en hemodiálisis.

### Caso clínico:

Varón de 91 años, pluripatológico, demencia vascular avanzada desde el 2014, enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis desde hace 9 años a través de fístula arteriovenosa nativa.

En las sesiones de hemodiálisis presenta desconexión del medio, agitación psicomotriz, dificultad para recordar palabras y nombres, agresión verbal y física e intentos repetitivos de extracción de agujas.

Se realiza una valoración de enfermería, según modelo de necesidades de Virginia Henderson, aplicando los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Asimismo se utilizó el test de Pfeiffer para la valoración

del estado cognitivo, las escalas de Barthel y Lawton-Brody para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria respectivamente y el índice de comorbilidad de Charlson.

Durante los meses Diciembre del 2018 y Enero de 2019, se valoró durante 24 sesiones el estado neurológico del paciente antes y durante la sesión de hemodiálisis para priorizar el uso de la sujeción física de una o de ambas extremidades superiores o el abordaje alternativo recurriendo a la contención verbal, musicoterapia, distracción audiovisual y acompañamiento personalizado de enfermería para disminuir la agitación psicomotriz.

En el 70,83% de las sesiones se realizó un abordaje alternativo (musicoterapia, distracción audiovisual y acompañamiento personalizado de enfermería), en un 25% se aplicaron tiempos cortos de sujeción mecánica combinada con periodos más largos de medidas alternativas, y en un 4,17% requirió sujeción mecánica durante toda la sesión de hemodiálisis por su agitación psicomotriz.

La musicoterapia, con escucha de sus propias interpretaciones (era cantautor de jotas), fue el abordaje alternativo que obtuvo mejores resultados al despertarle recuerdos y emociones que generaron cambios en su conducta reduciendo su estado de ansiedad y agitación, presentando una mejor tolerancia a las sesiones de hemodiálisis.

### Conclusiones:

Las medidas alternativas a la sujeción física disminuyeron los episodios de agitación psicomotriz durante el tratamiento. La única indicación para el uso de sujeción física se debería contemplar cuando existe el riesgo de interrupción del tratamiento o retirada de un dispositivo comprometiendo la seguridad del paciente.

El papel de enfermería es fundamental para evitar contenciones innecesarias optando por un plan de seguimiento individualizado.

## Caso clínico: peritonitis recidivante por pseudomona aeruginosa

**Lucila Fernández Arroyo, Sandra Sanz Ballesteros, Cristina Franco Valdivieso, M<sup>a</sup> Jesús Rollán de la Sota, Jimmy Sánchez Gil, María Olga Vegas Prieto**

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

### Introducción:

Los pacientes en diálisis peritoneal están expuestos a infección de la cavidad peritoneal por la comunicación no natural de la misma con el exterior y la introducción de soluciones de diálisis de forma reiterada. La peritonitis por *Pseudomona Aeruginosa* es una complicación grave que implica, en muchos casos, la retirada del catéter.

Presentamos el caso de una peritonitis por *Pseudomona Aeruginosa* recidivante.

### Caso clínico:

Varón de 80 años con antecedentes personales de trasplante cardíaco y enfermedad renal crónica secundaria a nefrotoxicidad por anticalcineurínicos, en Diálisis Peritoneal Automática.

Acude al servicio de nefrología por dolor abdominal progresivo, acompañado de líquido turbio de 8 horas de evolución afebril. A la exploración presentaba signos de irritación peritoneal. El orificio de salida y túnel subcutáneo del catéter no mostraban signos de infección. Se realiza conteo leucocitario del líquido peritoneal, objetivándose 21700 leucocitos (93% neutrófilos) y se inicia tratamiento empírico antibiótico intraperitoneal según protocolo de nuestro servicio con vancomicina, tobramicina y ampicilina. El cultivo evidencia infección por *Pseudomona Aeruginosa* y se sustituye antibioterapia a ceftazidima intraperitoneal y ciprofloxacino oral con buena evolución clínica y resolución del cuadro, sin pérdida de la función renal residual.

Durante el ingreso hospitalario se evidencia supuración de líquido transparente por el oído derecho con crecimiento de *Pseudomona Aeruginosa*. Se inicia tratamiento con ciprofloxacino ótico durante 21 días.

A las 14 semanas, presenta un nuevo episodio de similares características, con cultivo positivo a *Pseudomona Aerugi-*

*nosa*, por lo que se trata de nuevo con ceftazidima intraperitoneal y ciprofloxacino oral y ótica.

Ante la recidiva de cuadro y la sospecha de colonización tanto del catéter como del cuff, se decide la retirada del catéter. Ante la negativa del paciente a ser transferido a hemodiálisis, se decide la retirada y colocación de un nuevo catéter, en el mismo acto quirúrgico en hemiabdomen contralateral con una distancia mínima de 20cm con respecto al previo. Se mantuvo en diálisis peritoneal automática nocturna durante 2 meses, con 12 horas de tratamiento, bajos volúmenes y día seco.

El paciente continúa en programa de diálisis peritoneal sin nuevos episodios de peritonitis, pero con profilaxis antibiótica con ciprofloxacino ótico ante la mínima supuración por el oído. El transporte peritoneal no está alterado, y en la actualidad alcanza una diálisis adecuada.

### Conclusiones:

La peritonitis por *Pseudomona Aeruginosa* es una complicación que se asocia a un alto porcentaje de fracaso de la técnica. Conocer la causa de la infección es esencial para la reeducación del paciente con control estricto de comorbilidades, y evitar nuevas complicaciones que obliguen a abandonar la técnica. El tiempo óptimo para la inserción de un nuevo catéter no está claro, pero las guías sugieren 6 semanas. La negativa del paciente obligó a individualizar la estrategia terapéutica.

El esfuerzo en adaptar los tratamientos a las necesidades de los pacientes es una rutina en las unidades de diálisis peritoneal. Buscar soluciones consensuadas con el paciente y tomar decisiones teniendo en cuenta su opinión y circunstancias requiere empeño, y conocimiento de los recursos del paciente, y de la propia especialidad.

## Eficacia de la daptomicina en peritonitis de repetición a un paciente con virus de inmunodeficiencia humana: nuestra experiencia

**Cristobal Lorente Méndez, Felicísima Astorga Pérez, Matilde Soto Sánchez, María Isabel Beltrán, Diana Manzano**

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. España

### Introducción:

Las peritonitis son una de las principales complicaciones de los pacientes con diálisis peritoneal (DP). Cuando se presentan episodios recidivantes (nuevo episodio dentro de las 4 semanas tras finalizar el tratamiento por el mismo microorganismo o con cultivo negativo) está indicada la retirada del catéter peritoneal con la transferencia temporal o definitiva a hemodiálisis. Estos episodios suelen producirse por microorganismos productores de biofilm.

Los *Sthaphylococcus coagulasa* negativo son microorganismos comunes productores de peritonitis y causantes de biofilm siendo una causa frecuente de peritonitis recidivantes.

Daptomicina es un fármaco utilizado en el tratamiento de infecciones causadas por gérmenes resistentes a meticilina o con concentración mínima inhibitoria superior a 2 para vancomicina. Utilizado también en bacteriemias por gérmenes sensibles en catéteres intravenosos por su eficacia en el control de crecimiento en el biofilm.

### Caso clínico:

Paciente de 41 años diagnosticada de Glomerulopatía por VIH.

#### Historia de DP:

En programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria con catéter autoposicionante doble cuff y prolongador fresenius desde 2010 hasta 2013 saliendo de programa por mejoría del filtrado glomerular. En 2016 episodio de síndrome nefrótico agudo relacionado con reactivación del VIH precisando reinicio de terapia renal sustitutiva (inicialmente hemodiálisis urgente con posterior regreso a DP y cambio a cicladora por mal control de la volemia).

Tras 1 año en programa de diálisis peritoneal presenta episodio peritonitis con cultivo positivo para *Sthaphylococcus Epidermidis* tratado con vancomicina y cloxacilina.

A los 3 meses presenta nuevo episodio de peritonitis

con cultivo positivo para *Sthaphylococcus Epidermidis* tratado con vancomicina 15 días. Tras este tratamiento presenta 2 episodios de recidiva (el primero con cultivo positivo tratado con vancomicina, ceftazidima y clindamicina y el segundo con cultivo negativo tratado con vancomicina y ceftazidima).

Tercer episodio de probable recidiva (cultivo de líquido peritoneal negativo, cultivo del orificio positivo para *Eschericia coli BLEE*) tratado con vancomicina e imipenem.

Ante el cuarto episodio de recidiva con cultivo positivo se decide tratamiento con daptomicina intraperitoneal 4 semanas y sellado del catéter con daptomicina durante las 4 semanas posteriores.

En todo momento se asoció fluconazol oral como profilaxis de hongos.

Finalizado el tratamiento presentó nueva peritonitis a los 15 días por *Streptococcus viridans* por lo que se decidió retirada del catéter y paso definitivo a hemodiálisis por voluntad de la paciente.

### Objetivos y Metodología:

Cambio de cicladora a manual con 4 intercambios de 2000cc de balance al 2,3%.

Heparina al 1% 1cc bolsa.

Tratamiento con daptomicina (IP): diluimos el frasco de 500mg en 10cc de suero, administramos 200mg litro en dosis de choque y 20mg litro en dosis de mantenimiento.

Sellados con daptomicina (abdomen vacío): diluimos el frasco de 500mgr en 7cc de suero, lo sellamos con 5,4cc (medida catéter/prolongador) y mantuvimos 12 horas.

### Discusión y Conclusiones:

El tratamiento con daptomicina IP y sellado del catéter peritoneal es seguro y probablemente efectivo en el tratamiento del biofilm.

El inicio precoz de este tratamiento podría haber evitado las recidivas y la salida voluntaria definitiva de la paciente.

## Influencia del ejercicio intraHD para la maduración vascular de un paciente y la posterior realización de acceso vascular autólogo

**Laura Agraz Martínez, Laura Moreno González, Juan Francisco Pulido Pulido**

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

### Introducción:

El acceso vascular es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de hemodiálisis en pacientes con ERTC. Se recomienda considerar que el acceso vascular de primera elección sea la FAVn siempre que sea posible.

### Caso clínico:

Paciente varón de 19 años, con ERC por síndrome nefrótico corticorresistente. Reinicia hemodiálisis el 23/07/2014 tras dos trasplantes fallidos por rechazo crónico del injerto. Hasta entonces se había dializado a través de catéter permanente tunelizado.

**HISTORIA DE ACCESOS VASCULARES:** Se realiza su primera FAV en noviembre de 2014 con malfuncionamiento desde entonces y con problemas constantes en las punciones y hemostasias.

Precisa permcath en subclavia izquierda para hemodiálisis del 25/08/2015 al 11/11/2015 y permcath femoral dcho. desde el 22/07/2016 hasta el 13/10/2016.

**INCORPORACIÓN DEL PACIENTE AL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE ADULTOS DEL HOSPITAL:** El paciente es derivado desde una unidad de hemodiálisis infantil a nuestra unidad de Hemodiálisis el 03/07/2017, donde obtenía en las sesiones unas cifras de kT/v inferiores a 1,2 debido al malfuncionamiento de su acceso vascular.

Durante el seguimiento que se hace en la unidad de todos los accesos vasculares utilizados en hemodiálisis por parte de los nefrólogos de la unidad, se puso de manifiesto el mal pronóstico en la realización de una nueva FAV en el brazo contrario.

**INICIO DEL PROGRAMA DE EJERCICIO EN HEMODIÁLISIS:** En la unidad se inicia un programa de ejercicio intradiálisis para analizar el efecto del ejercicio

físico sobre la capacidad funcional, la calidad de vida, la composición corporal y sobre la capacidad depurativa del tratamiento renal sustitutivo en la unidad.

Durante 6 meses, el paciente realiza los siguientes ejercicios en la sesión:

- Calentamiento 5 min
- 5 min. de ejercicios, en miembro superior sin FAV, que consisten en: 5 Series de 20 repeticiones de flexión hombro, flexión codo, aducción hombro y handgrip.
- 5 min de enfriamiento

Al finalizar las sesiones de ejercicio realizado durante las sesiones de hemodiálisis, guiado y supervisado por el personal de enfermería, se constató mediante ecografía que el diámetro de los vasos (vena cefálica y arteria radial) había aumentado, favoreciendo así la realización de un nuevo acceso vascular autólogo en el miembro superior izquierdo.

Tras la realización de la FAVI autóloga Radio-Cefálica, se realizaron durante 6 semanas los ejercicios recomendados durante el periodo de maduración de la fístula descritos en el protocolo de la unidad. Una vez transcurrido el periodo de maduración establecido, se comprobó el estado de la FAVn mediante ecografía, y se decidió de forma multidisciplinar, comenzar a puncionar el nuevo acceso. Se comenzó puncionando una sola aguja de 16G de calibre utilizándola como vía de retorno.

Se fue progresando en las punciones hasta la actualidad, en la que el paciente cuenta con una FAVn que se pincha con agujas 14-14 a flujo de 450 con presiones entre -180; +160, recirculación aproximadamente de 10%, con kT/v superiores a 1,4 en todas las sesiones.

De esta manera se pone de manifiesto la influencia del ejercicio físico para la maduración vascular y mejora de la calidad de vida de los pacientes en programa de Hemodiálisis.

## Posibles efectos secundarios de la isoniazida como tratamiento de la tuberculosis en pacientes renales en diálisis peritoneal

M<sup>a</sup> Francisca López Pina, Isabel Romero Espinosa, María Luisa Pérez Lapuente, M<sup>a</sup> Paz Gómez Sánchez, Ester Romero Espinosa, Ana Belén Guirao Molina

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

### Introducción:

Los pacientes renales tienen la respuesta inmunológica alterada y son más propensos a padecer infecciones, entre ellas la Tuberculosis. Su incidencia ha aumentado, por lo que en un estudio previo nos enfocamos en la detección de infección latente, determinando la producción de IGRA en sangre en nuestros pacientes.

Los diagnosticados como positivos fueron tratados con Isoniazida, un fármaco antituberculoso que puede producir efectos secundarios. Presentamos un caso clínico con el objetivo de analizar estos efectos y considerar, si las hubiera, las posibles actuaciones preventivas y detección precoz por parte de enfermería.

### Caso clínico:

Paciente femenina, con 62 años en el momento del episodio. No AMC, no DM. HTA. Retinopatía grado 2. Hipotiroidismo Hashimoto. IRC terminal de etiología no filiada que inicia Diálisis peritoneal en junio del 2015 y transcurren 12 meses en esta terapia hasta la aparición del evento. Mantiene correcta adherencia al tratamiento peritoneal, peso y tensión controlado y con 3 intercambios de 2000ml (A-A-V) con buena diuresis residual.

Cinco meses después del inicio de DPCA se cursó Quantiferón +, Mantoux + previo sin tratamiento, Rx de tórax normal. Se derivó a la consulta de Infecciones, pautando la administración de Isoniazida 300mg durante 6 meses.

Iniciado el tratamiento antituberculoso y como control de nuestros pacientes, fue vista una vez al mes en la consulta de peritoneal para valorar su estado nutricional, TA, peso, orificio de salida, evolución de los intercambios, analítica completa y seguimiento hepático por los posibles efectos secundarios que se dan con más

frecuencia. Se observó al inicio del tratamiento una ligera elevación de GOT, GPT, Gamma GT, que se normalizó sin la administración de estatinas u otro fármaco. Durante las visitas no manifestó ningún comportamiento anormal.

Casi al finalizar el tratamiento oral, según su familia, con una evolución de varios días, presentó cambios en el carácter, apatía, indiferencia, errores en actividades habituales y desorientación. Sin dolor, fiebre ni factor estresante.

Éstos síntomas nos hicieron sospechar una reacción a la Isoniazida, entre otros factores relacionados y que requirió de ingreso hospitalario por un cuadro confusional.

Al ingreso se suspendió el tratamiento con Isoniazida. Se realizaron varias pruebas: TAC craneal sin evidencia de lesiones. Exámen de LCR: claro y transparente. EEG: encefalopatía metabólica y un segundo donde presentó notable mejoría.

Estuvo orientada en espacio pero no en tiempo. Durante los intercambios en la unidad estaba confusa, no sabía por qué estaba en el hospital y presentaba prosopagnosia. Fueron aumentados los intercambios por si el origen fuese metabólico, que finalmente se descartó, no pudiéndose determinar el origen de este estado confusional.

### Conclusiones:

Concluimos diciendo que la retirada del fármaco pudo influir en la mejoría de la paciente, ya que no se realizaron otras medidas. Por parte del personal de enfermería mejoraremos la prevención, manteniendo controles analíticos y valorando el estado mental-neurológico de los pacientes ante una posible intoxicación por Isoniazida.

## Tratamiento en la calcifilaxis de un paciente con insuficiencia renal crónica en programa de hermodiálisis

Carmen Criado Mainar, Matilde Tello Sancho, Raquel Pérez Valle, Francisca Alvira Mateo, Encarnación Sánchez de Paz, M<sup>a</sup> Ángeles Moreno Cuartero

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

### Introducción:

La calcifilaxis también conocida como arteriopatía urémica calcificante, es una importante causa de morbimortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis con una prevalencia entre el 1% y el 4%.

Su patogenia es poco conocida y se relaciona con varios factores de riesgo.

Clínicamente cursa con isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo, secundarias a la calcificación, fibrodisplasia de la íntima y trombosis de pequeñas arteriolas dermoepidérmicas.

Tiene mal pronóstico con una mortalidad del 60-80% relacionada generalmente con una sepsis generalizada.

Ante un incipiente aumento de pacientes en la unidad de diálisis, con calcifilaxis, detectamos la necesidad de incidir en el cuidado y tratamiento de estas úlceras.

### Objetivos:

Epitelización total de la úlcera de los pacientes.

Control del dolor

Prevenir la infección

Mantener sus sesiones de diálisis

### Material y Método:

Hacer cultivos de las úlceras, para conocer el punto de partida.

- Si los cultivos son negativos, curar al paciente al finalizar la sesión de diálisis fuera de la unidad, en la consulta de enfermería.
- Si los cultivos son positivos investigar si son portadores de algún germen multirresistente, en cuyo caso se aislará por contacto al paciente del resto que están en sala.
- Analgesia previa a la cura de la úlcera.
- Cura de la úlcera: Utilizaremos : desbridante enzimático y si fuera necesario desbridante mecánico, hidrogel, bactericidas, apósitos secundarios, espumas, alginatos y cuando esté en la fase de granulación,

activadores del crecimiento que promuevan la proliferación de fibroblastos con producción de colágeno y angiogénesis que ayudan a la formación de tejido de granulación, para conseguir su posterior cicatrización. Cuidado de la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados tópicos.

- Administración de tiosulfato sódico intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.

### Resultados:

Se comienza el proyecto haciendo un análisis de la situación de partida: múltiples úlceras con afectación en ambas extremidades inferiores, en diferentes estadios oscilando de grado II, grado III y grado IV comprometiendo dermis y epidermis y tejido celular subcutáneo, drenando líquido purulento y seroso, con zonas de necrosis cutánea, se muestrean para microbiología y a la espera de resultados se establece un protocolo de actuación para las curas. Al final de la sesión de diálisis y fuera de la Unidad, en la Consulta de Enfermería se comienza a curar al paciente, posteriormente y tras los resultados de microbiología que determinan gérmenes multirresistentes hay que aislar al paciente del resto, debiendo dializarlo y curarlo en la ubicación para aislamiento.

Se empieza a utilizar desbridantes enzimáticos y posteriormente también se utilizaron desbridantes mecánicos, a lo largo del proceso se hizo uso de bactericidas, hidrogeles, alginatos, espumas y apósitos secundarios, cuando ya se logra avanzar y llegar a la fase de granulación se utilizan activadores del crecimiento que promovieron la proliferación de fibroblastos con activación del colágeno y de la angiogénesis activando el crecimiento hasta conseguir devolver a la piel su integridad. Se consigue el cierre total de estas úlceras.

### Conclusiones:

Se consiguió el cierre total de las úlceras con el tratamiento con Tiosulfato Sódico al 20%

## Uso de polihexanida más betanía al 0,1% para el tratamiento de un granuloma en el orificio de salida en un cateter venoso central para hemodiálisis

Inmaculada Moreno González, Francisco Rodríguez Sempere, Ruth María González Ponce, Inmaculada García Campaña, María Ángeles García Ortega

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

### Introducción:

El éxito a largo plazo de cualquier técnica de diálisis se basa en disponer de un acceso permanente y seguro. En pacientes pediátricos en hemodiálisis, el acceso más utilizado en nuestro medio es el catéter venoso central tunelizado. Las infecciones relacionadas con catéter constituyen una de las causas de morbimortalidad más importante en estos, de ahí la importancia de extremar las medidas de asepsia en sus cuidados.

El granuloma del orificio de entrada del catéter es una complicación frecuente, que puede ser secundario a traumatismos o como reacción a cuerpo extraño. Su aparición va seguida con mucha frecuencia de infección, por lo que se recomienda ser tratado rápido y eficazmente.

### Obsevaciones clínicas:

Presentamos el caso de un paciente de 7 años de edad afecto de enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento con hemodiálisis diaria, que presenta un granuloma en el orificio de entrada del catéter central para hemodiálisis. Se observa inflamación y enrojecimiento de la zona, acompañado de dolor

en la zona pericatéter. Se toma muestra para cultivo convencional del orificio de entrada obteniendo como resultado crecimiento de colonias de *Staphylococcus epidermidis*.

Se realizan curas diarias con suero fisiológico para lavado en punto de insercción del catéter y mupirocina local durante una semana, sin obtener mejoría clínica y persistiendo cultivo positivo de *Staphylococcus epidermidis*.

Ante la falta de respuesta, se decide realizar curas del orificio de entrada del catéter cada 48 horas con polihexanida y betaína al 0,1% solución y gel. Tras una semana presenta mejoría clínica (desaparición del dolor y enrojecimiento) y microbiológica (negativización del cultivo). Tras cuatro semanas de tratamiento, desaparece completamente el granuloma. Se aportan fotos de la evolución.

### Conclusiones:

Las curas con Polihexanida y betaína, 0,1% solución y gel puede ser una alternativa útil en el tratamiento de las infecciones del orificio de entrada del catéter, incluso asociadas a granulomas del orificio de entrada.



## Valoración en paciente anúrica tras dos años de inicio de técnica. Diálisis peritoneal adaptada

**Encarnación Bellón Pérez, Isabel Montesinos Navarro, Cristina Pérez Jiménez, Mercedes López de Rodas, Lidia Simarro Tendero, Eva Monteagudo García**

Hospital General Universitario de Albacete. España

### Introducción:

Los parámetros de adecuación en diálisis peritoneal van más allá que lograr un Kt/V semanal igual o superior a 1,7 o un aclaramiento semanal de creatinina igual o superior a 50 litros. En los pacientes anúricos, este hecho se complica de forma significativa, ya que es necesaria una ultrafiltración mayor para mantener un estado de hidratación óptima, con el menor coste metabólico posible, lo cual muchas veces conduce al cambio de técnica.

Un nuevo método para pautar la diálisis peritoneal automática propuesto por Fischbach, puede ayudarnos a controlar esta situación sin necesidad de cambiar de técnica, denominada, diálisis peritoneal automática adaptada (DPAa).

### Objetivos:

Valorar la adecuación de diálisis peritoneal a una paciente anúrica tras dos años de comienzo en DPAa sobre datos clínicos y analíticos.

(Valoración de un paciente en programa de DPAc con datos de infradiálisis y anúrico, efecto de la DPAa sobre los datos clínicos y analíticos.)

### Material y Método:

Se realizó determinación basal a una paciente anúrica de 55 años, con 77,1kg de peso y 1,76m de altura, con una superficie corporal de 1,94 en técnica de DPAa comparándolo con los datos obtenidos dos años atrás (2019-2017). Comparamos los siguientes parámetros: Peso, presión arterial, estado de hidratación mediante bioimpedancia, parámetros de adecuación, parámetros analíticos y datos registrados en la tarjeta de la cicladora: volúmenes, tiempos, alarmas.

(Se realiza determinación basal del tipo de transporte peritoneal y se comparan las siguientes variables antes

y después del cambio de prescripción: Peso, presión arterial y estado de hidratación mediante bioimpedancia, parámetros de adecuación, parámetros analíticos y los datos registrados en la tarjeta de la cicladora: volúmenes, tiempos, tipos de alarmas).

Se realizó seguimiento telefónico para detección precoz de posibles complicaciones y signos de disconfort (potencialmente inducible por los altos volúmenes usados en las permanencias largas).

### Resultados:

La comparación de 2019 frente a 2017 ofreció:

- Mejor Kt/V semanal de urea (2,49 VS. 2,19). (Mejor aclaramiento semanal de creatinina (86,33 VS. 65,69)
- Mejor ultrafiltración (1400 VS. 953ml/24h).
- Buen control del estado de hidratación y del control de la presión arterial.
- No se ha detectado ninguna complicación ni un aumento significativo de alarmas registradas.
- Bioimpedancia OH (3 litros VS. 2,1 litros) y ECW (13 VS. 11,5%)

(La incorporación de esta nueva modalidad no ha supuesto una sobrecarga de trabajo para la enfermería de la unidad).

### Conclusiones:

La DPAa permite obtener unos adecuados parámetros de adecuación y un correcto estado de hidratación, resultando una muy buena opción como tratamiento en estos pacientes ya que se logra una mayor ultrafiltración y un adecuado KT/V. Estos hallazgos permiten plantear la DPAa como modalidad de elección cuando el paciente anúrico (y presenta datos infradiálisis). Es una modalidad segura y cómoda para el paciente (y no se ha percibido un aumento significativo de la carga de trabajo para la enfermería de la unidad).

## Criterios de valoración de trabajos científicos SEDEN

### EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

#### 1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA: (Evalúan los aspectos formales del trabajo).

##### 1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

##### 1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos, o que no son demostrados estadísticamente.

##### 1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de: Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

##### 1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

##### 1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

### 2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

#### 2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

### EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

#### 1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

##### 1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

##### 1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

### 1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

### 1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

### 1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

## 2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

### 2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

## PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos presentados al congreso de la SEDEN, son clasificados en la secretaría de la sociedad según su temática, en los siguientes grupos o áreas de interés diferentes:

- **Hemodiálisis.**
- **Diálisis peritoneal.**
- **Trasplante renal.**
- **Atención integral.**
- **ERCA (Consulta Prediálisis).**

Una vez clasificados los trabajos, son enviados a los miembros del Comité Evaluador, que está formado por grupos de "expertos" en estas cinco áreas, de forma que cada trabajo sea valorado por **dos** evaluadores diferentes. (Evaluación "por pares")

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores unas planillas en las que deben anotar las puntuaciones que adjudican a cada uno de los criterios antes descritos, según la siguiente escala de puntuación:

- **Criterios de estructura:** Cada criterio se puntuará bajo el siguiente baremo.

**1. a. ORIGINALIDAD:** se puntuará de 0 a 2 puntos.

**1. b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS:** se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

**1. c. METODOLOGÍA:** se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

**1. d. CLARIDAD DE RESULTADOS:** se puntuará de 0 a 2 puntos.

**1. e. TÍTULO:** se puntuará de 0 a 1 puntos.

- **Criterios de contenido:** (se puntuará de **0 a 10** puntos).

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un **coordinador** que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las dos puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la **puntuación final**, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una **reunión conjunta** entre la Junta Directiva de la SEDEN y los coordinadores del comité evaluador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del Comité Evaluador.

## EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El comité de selección de trabajos tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “**NOTA**” de la planilla de puntuación, si considera el trabajo en cuestión “**APTO**” o “**NO APTO**” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato PDF (final) en el mes de Septiembre.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de **0 a 10** los siguientes criterios:

- **Interés para la práctica de la enfermería.**
- **Metodología e interés científico.**
- **Originalidad.**
- **Calidad artística.**

## EVALUACIÓN DE CASOS CLÍNICOS:

**ORIGINALIDAD:** Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

**RELEVANCIA:** Se valorará el interés del tema tratado, y si los resultados del estudio son aplicables en la práctica clínica diaria independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

**ESTRUCTURA/REDACCIÓN CIENTÍFICA:** Se valorará el rigor científico en la redacción del resumen.

**VALORACIÓN DEL CASO:** En este apartado se valorará la exposición del caso, valorándose de forma positiva el uso de un modelo enfermero, y la exposición organizada (por necesidades, patrones, etc), coherente y completa.

**ENUNCIADO DEL PROBLEMA-AS:** Se valorará la adecuación y coherencia entre la valoración presentada y la identificación del problema, siendo más favorable el uso de taxonomía enfermera para su exposición.

**INTERVENCIÓN/RESULTADOS:** En este criterio se evaluará la descripción de la/s intervención-es y su coherencia para dar respuesta al problema-s descrito-s, y de los resultados obtenidos tras la implantación de esas intervención-es. Se valorará de forma muy positiva el uso de taxonomía enfermera NOC-NIC.

**CONCLUSIONES:** ¿Se derivan de los resultados? ¿Son relevantes? ¿Dan respuesta al problema planteado en el caso? Es decir: son significativas, importantes, pertinentes.

**Volumen 22 Suplemento nº 1 2019**



