

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 21 / Suplemento II / 2018

www.revistaseden.org

**Comunicaciones del
XLIII Congreso Nacional
de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
I Congreso Iberoamericano Enfermería Nefrológica**

Madrid, 19-21 de noviembre de 2018

Editores Especiales:

**M^a Ángeles Martínez Terceño
Laura Baena Ruiz**



Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

ENFERMERÍA **NEFROLÓGICA**

Volumen nº 21 / Suplemento II / 2018

**Comunicaciones del
XLIII Congreso Nacional
de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
I Congreso Iberoamericano Enfermería Nefrológica
“Compartiendo la experiencia de cuidar”
Madrid, 19-21 de noviembre de 2018**

Editores Especiales:
**M^a Ángeles Martínez Terceño
Laura Baena Ruiz**

Enfermería Nefrológica

DIRECTOR

Rodolfo Crespo Montero

Facultad de 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*
aochandoseden@gmail.com

Ian Blanco Mavillard

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

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL:

Ana Isabel Aguilera Flórez

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

M^a Teresa Alonso Torres

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

Sergi Aragó Sorrosal

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

Patricia Arribas Cobo

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

María José Castro Notario

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

Isabel Crehuet Rodríguez

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

Francisco Círrera Segura

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

Anunciación Fernández Fuentes

Supervisora de Área
Funciones de Procesos Ambulatorios
Hospital U. Infanta Leonor. 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

Magdalena Gándara Revuelta

Supervisora. Servicio de Nefrología
Hospital U. Marqués de Valdecilla.
Santander*
mgandara@humv.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 Conoci-
miento y Evaluación. Hospital U. Arnau
de Vilanova. Lleida*
jmgutierrezv@gmail.com

David Hernán Gascuña

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

M^a Encarnación Hernández Meca

Enfermera de ERCA
Hospital U. Fundación de Alcorcón.
Madrid*
mehernandez@fhacorcon.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*
emelero@terra.com

María Victoria Miranda Camarero

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

Guillermo Molina Recio

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

Miguel Núñez Moral

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

Mateo Párraga Díaz

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

Concepción Pereira Feijoo

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

Juan Francisco Pulido Pulido

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

Fernando Ramos Peña

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

M^a Jesús Rollán de la Sota

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

Isidro Sánchez Villar

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

Mercedes Tejuca Marengo

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

Antonio Torres Quintana

Enfermero. Ph.D. 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

*España

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL:

Gustavo Samuel Aguilar Gómez

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

Nidia Victoria Bolaños Sotomayor

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

M^a Isabel Catoni Salamanca

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

Martha Elena Devia R

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

Ana Elizabeth Figueiredo

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

Waltraud Kunzle

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

Daniel Lanzas Martín

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

Rosa María Marticorena

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

Paula Ormandy

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

Marisa Pegoraro

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

M^a Cristina Rodríguez Zamora

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

María Saraiva

Profesora de Enfermería
Esc. Sup. María 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 Périz

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

JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

Presidenta: Alicia Gómez Gómez

Vicepresidenta: M^a Paz Ruíz Álvarez

Secretaria General: Laura Baena Ruíz

Tesorera: M^a Ángeles Martínez Terceño

Vocalía de D. Peritoneal: Miguel Núñez Moral

Vocalía de Docencia: Juan Francisco Pulido Pulido

Vocalía de Hemodiálisis: Alberto Sánchez Martín

Vocalía de Hospitalización y Trasplante:

Isabel Delgado Arranz

Vocalía de Investigación: M^a Teresa Alonso Torres

Vocalía de Publicaciones: Francisco Cirera Segura

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:

Magdalena Gándara Revuelta

Edita:

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica

Secretaría de redacción:

SEDEN

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

Tarifas de suscripción:

Instituciones con sede fuera de España:
75 € (IVA Incluido) / Instituciones con
sede en España: 65 € (IVA Incluido)

Publicado el 15 de septiembre de 2018
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 las bases de datos: CINAHL, IBECs, Scielo, Cuiden, SIIC, LATINDEX, DIALNET, DOAJ, DULCINEA, Scopus/SCImago Journal Rank (SJR), RoMEO, C17, RECOLECTA, COMPLUDOC, EBSCO, ENFISPO, Redalyc, Redib, Google Scholar Metrics y Cuidatge

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:



Asociación Portuguesa de Enfermeros
de Diálisis y Trasplante (APEDT)



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



Sociedad de Enfermeras Especialistas
en Nefrología del Perú



Sociedad Argentina
de Enfermería Nefrológica

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

Sumario

Editorial	9
Trabajos Premiados SEDEN 2018	10
Influencia del acceso vascular en el estado inflamatorio del paciente en hemodiálisis: un estudio de emparejamiento por puntaje de propensión	10
Mapeo de variabilidad sobre prácticas enfermeras en el entorno de hemodiálisis. Estudio transversal	11
Pacientes frágiles: evolución postrasplante	12
¿Se infectan más los catéteres de hemodiálisis cuando los pacientes ingresan?	13
Valoración de la elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica	14
Comunicaciones Orales	15
Atención Integral	
Actitud de los profesionales de nefrología frente a la detección del maltrato.....	15
¿Cuál es el uso y conocimiento de la medicina tradicional complementaria entre los profesionales sanitarios de una unidad de nefrología?	16
Enfermería nefrológica: 20 años difundiendo conocimiento en el cuidado renal	17
Valoración del estado emocional del paciente en diálisis mediante la herramienta EE-D. Comparación entre hemodiálisis y diálisis peritoneal	18
Vivencias del paciente renal en la transición de modalidad dialítica: estudio fenomenológico	19
Casos Clínicos	
A propósito de un caso: ¿los catéteres tunelizados tienen un tiempo limitado de uso?	20
Canalización de FAV complicada en paciente obeso mediante dispositivo Vwing®	21
Proceso de atención enfermera ante la imposibilidad de manejar su estado de salud.....	22
¿Reconstrucción de Ptfе VS canalización de un nuevo acceso vascular?	23
Traspaso de diálisis peritoneal a hemodiálisis domiciliaria en paciente con riesgo de desarrollar peritonitis esclerosante encapsulante. Intervención enfermera.....	24
Uso del supercath en la creación del Buttonhole: de la negación a la superación	25
Diálisis Peritoneal	
Estudio comparativo del lavado de manos convencional versus uso de solución hidroalcohólica durante la realización del intercambio peritoneal.....	26
Intercambio único con icodextrina como pauta inicial de diálisis peritoneal incremental: experiencia de un centro	27
Nuevas tecnologías aplicadas a diálisis peritoneal	28
Perfil de los pacientes con síndrome cardio-renal en diálisis peritoneal	29
Riesgo de fractura ósea en diálisis: ¿valoración y prevención en hemodiálisis y diálisis peritoneal?	30

Ultrafiltración parcial conseguida con diferente volumen intraperitoneal en pacientes en programa de diálisis peritoneal.....	31
Urokinasa versus Taurolidina como tratamiento para la erradicación del biofilm en el catéter de diálisis peritoneal	32

Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

Inmunidad adquirida tras la administración de la vacuna Fendrix frente a la vacuna Hbvaxpro 40 en pacientes con enfermedad renal crónica estadio IV en la consulta de prediálisis	33
Importancia de la utilización de un protocolo de información/educación en la toma de decisión del tratamiento renal sustitutivo en la consulta ERCA de enfermería	34
Utilidad del índice de comorbilidad de Charlson y del índice de Barthel en la valoración a pacientes en las unidades de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).....	35

Hemodiálisis

Análisis de la praxis enfermera en hemodiálisis: punción de la FAVI.....	36
Análisis de los protocolos del manejo enfermero del catéter venoso central tunelizado como acceso vascular para hemodiálisis de los hospitales de un área metropolitana.....	37
Análisis del uso del acceso vascular periférico en la plasmacentrifugación	38
Buttonhole: una alternativa segura para fistulas arteriovenosas de difícil canalización	39
Cuantificación de necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis.....	40
Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis. Nuestra experiencia.....	41
Eficacia de las medidas correctoras para la disminución de los eventos adversos en una unidad de diálisis hospitalaria.....	42
Eficacia y efectividad de las punciones ecoguiadas	43
Estado nutricional y composición corporal de pacientes en hemodiálisis según la bioimpedancia y la escala malnutrition inflammation score	44
Estudio de la eficacia de Taurolidina combinada con Urokinasa en catéteres disfuncionantes	45
Estudio multicéntrico sobre la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis de las Islas Baleares.....	46
Evaluación del estado de ansiedad, depresión y calidad del sueño en pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.....	47
Evaluar la fiabilidad interobservador en instrumentos de valoración funcional en pacientes en hemodiálisis.....	48
Experiencia en una unidad de hemodiálisis de los primeros pacientes en hemodiálisis domiciliaria tratados con sistema Nxstage System One.....	49
Fatiga posthemodiálisis: un síntoma por descubrir y tratar	50
Grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis.....	51
Impacto de un programa holístico, individualizado e interdisciplinar de educación del paciente renal en hemodiálisis.....	52
Impacto de una estrategia multimodal sobre el cuidado de los catéteres venosos periféricos en la preservación del árbol vascular de pacientes de una unidad de nefrología	53
Implicación de enfermería en el control de los pacientes en pauta de hemodiálisis incremental (dos sesiones a la semana). Experiencia de diez años	54
Influencia del flujo del baño en los parámetros de calidad de la hemodiafiltración en línea postdilucional.....	55
La optimización del flujo sanguíneo de diálisis se asocia a mejoría de la anemia en pacientes en hemodiálisis crónica.....	56
Medida de la recirculación en pacientes tratados con HDF en línea pre y post-dilución: bajo flujo VS termodilución (BTM).....	57
Mieloma múltiple en tratamiento sustitutivo de diálisis con tres técnicas distintas (HDF, HFR, HD). Revisión bibliográfica	58

Prevalencia y factores asociados al desgaste laboral de los profesionales de enfermería en el área de hemodiálisis	59
Repercusiones del tratamiento psicoterapéutico sobre indicadores psico-somáticos en el paciente renal en hemodiálisis..	60
Simuladores para el entrenamiento en la punción ecoguiada del acceso vascular. Revisión de la literatura	61
Validación de métodos simplificados para medida del flujo del acceso con termodilución, optimizar tiempo y seguridad....	62
Valoración del sistema adimea en la medición continua del Kt/v en hemodiálisis	63

Trasplante Renal

Estudio comparativo de los parámetros del dolor y de la ansiedad de los pacientes renales trasplantados con injerto de donante cadáver y de donante vivo	64
Estudio cualitativo sobre los donantes de riñón vivos.....	65
Evolución del donante postnecrectomía en trasplante renal de donante vivo	66
Experiencia del donante en el proceso del trasplante renal de donante vivo (TRDV).....	67
Inmunoabsorción: análisis de los resultados en una unidad de hemodiálisis hospitalaria	68
Nivel de satisfacción percibida por el paciente intervenido de trasplante renal durante su estancia en la unidad de agudos.....	69
Trasplante renal cruzado. Manejo y gestión de los cuidados de enfermería	70

Comunicaciones Posters **71**

Atención Integral

Desarrollo de un informe internacional de continuidad de cuidados (IICC) en enfermería nefrológica	71
Diálisis y sexualidad.....	72
Evaluación pre y post intervención del grado de cumplimentación del registro de enfermería al ingreso.....	73
Necesidades y recursos en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD)	74
Prevención de la enfermedad renal crónica en la población general.....	75
Rol participativo y satisfacción percibida por el paciente.....	76
Valoración del riesgo de caídas de pacientes hospitalizados. Seguridad del paciente	77

Casos Clínicos

Caso clínico: diálisis peritoneal: comienzo de forma aguda en la unidad, presentación de complicaciones	78
Caso clínico: paciente con fallo precoz del injerto, complicaciones mecánicas del catéter peritoneal tras cirugías.....	79
Caso clínico: seguridad/protección: dehiscencia en DP	80
Caso clínico: trasplante renal en bloque de donante pediátrico a receptor adulto.....	81
Desensibilización de trasplante renal de donante vivo abo incompatible mediante inmunoabsorción	82
Diálisis peritoneal como terapia de rescate de pacientes en hemodiálisis con problemática de acceso vascular: a propósito de un caso.	83
Efectividad de los apósitos de nylon plata en pacientes portadores de catéteres de diálisis.....	84
Gestación a término con éxito en paciente nigeriana con enfermedad renal crónica en nuestra unidad de HD	85
Hemorragia renal espontánea: síndrome de Wunderlich. Un caso clínico.....	86
Humanización del cuidado en paciente pediátrico renal con síndrome hemolítico urémico. ¿y los padres?	87
Peritonitis por listeria monocytogenes en pacientes en diálisis peritoneal a propósito de un caso.....	88

Proceso enfermero en paciente en tratamiento conservador de la consulta ERCA.....	89
Riesgo de la pesca en un trasplantado renal en tratamiento con Sintrom. Caso Clínico.....	90

Diálisis Peritoneal

Estudio piloto: depresión: diálisis peritoneal versus trasplante renal	91
Facilidad en el aprendizaje de APD tras inicio de técnica en CAPD.....	92
Impacto de la implantación de un programa reglado de educación en pacientes ERCA.....	93
Importancia de los cuidados enfermeros en la supervivencia del catéter peritoneal	94
Programa de entrenamiento al cuidador del niño en diálisis peritoneal	95

Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

Influencia de la consulta ERCA de enfermería en la elección de diálisis peritoneal como opción terapéutica.....	96
De la teoría a la práctica: eficacia de un programa de educación nutricional (PEN) individualizado en consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).....	97
Identificación de áreas de intervención a través del análisis del perfil del paciente que inicia consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada	98

Hemodiálisis

Estrategias enfermeras para el entrenamiento de la punción con la técnica del ojal en situaciones especiales	99
Análisis de la opinión enfermera sobre el uso de herramientas para la valoración holística de pacientes en hemodiálisis.....	100
Análisis de la población diabética en programa de hemodiálisis	101
Análisis del grado de dependencia de los pacientes en programa de hemodiafiltración on-line.....	102
Comorbilidad y empoderamiento del paciente asociado a los cuidados de la FAV madura	103
Conocimiento de los pacientes con enfermedad renal crónica sobre voluntades anticipadas	104
Educación y formación: impacto sobre el cumplimiento del quelante de fósforo.....	105
Ejercicio físico en el usuario en hemodiálisis.....	106
Estudio de prevalencia de la coagulación del circuito extracorpóreo con filtros de muy alta permeabilidad y de carbono en el riñón del mieloma.....	107
Evaluación de la implementación de un listado de verificación de seguridad en la primera hemodiálisis	108
Evolución de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis en el periodo de cuatro años	109
Fragilidad y supervivencia asociada en pacientes incidentes en hemodiálisis mayores de sesenta y nueve años	110
Hemodiálisis: cómo llega el paciente a esta nueva etapa de su enfermedad.....	111
Implementación y cumplimiento de un listado de verificación en tres unidades de hemodiálisis	112
La elección del sellado del catéter venoso central de hemodiálisis, ¿reduce la incidencia de bacteriemia asociada al catéter? Una revisión comparativa entre heparina y citrato	113
Lesión medular y hemodiálisis: elección del acceso ideal.....	114
Monitorización de las fístulas arteriovenosas por ecografía Doppler en un centro de diálisis concertado	115
Nic [6530] manejo de la inmunización/vacunación en pacientes en hemodiálisis.....	116
Ortostatismo en pacientes prevalentes en hemodiálisis.....	117
Perfil hipertensivo en pacientes prevalentes en hemodiálisis	118

Plan de identificación segura del paciente ambulatorio en una unidad de hemodiálisis	119
Presentación de guía práctica para la punción ecoguiada-ecoasistida de FAVIS	120
Prevalencia consumo de tabaco en pacientes de hemodiálisis.....	121
Procedencia y acceso vascular inicial en pacientes mayores de sesenta y nueve años que inician tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis	122
Riesgo cardiovascular en pacientes prevalentes en hemodiálisis	123
Soporte al estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis	124
Valoración de la calidad de vida de los pacientes en una unidad de hemodiálisis.....	125
Valoración de la situación funcional y cognitiva en pacientes incidentes en hemodiálisis mayores de sesenta y nueve años y tras un año de tratamiento.....	126
Trasplante Renal	
Beneficio de la perfusión hipotérmica pulsativa en programa de trasplante renal con donante añoso.....	127
Incorporación de las pautas de vacunación en el protocolo de recomendaciones al alta hospitalaria del paciente sometido a trasplante renal	128
Incorporación metodológica de las rondas de seguridad nocturnas para garantizar la seguridad del paciente trasplantado renal en el proceso hospitalario	129
La formación en el uso adecuado de los antimicrobianos y precauciones para prevenir las infecciones por bacterias resistentes en el paciente sometido a trasplante renal	130
Criterios de valoración de trabajos científicos.....	131

Editorial

Francisco Cirera Segura

Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Estimados compañeros:

Os presentamos en este número los resúmenes de los trabajos enviados al 43 Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrología, que celebramos en Madrid. Este congreso será además el I Congreso Iberoamericano que celebre SEDEN y tendremos la oportunidad de recibir a compañeros de otros países, convirtiéndose en un encuentro internacional. Ha sido un reto hacer realidad este encuentro que esperamos se repita en años venideros.

En este suplemento encontrareis el trabajo realizado por cientos de enfermeras de toda España y Sudamérica que, gracias al trabajo del comité científico, del comité local organizador y de la junta de la SEDEN, dispondrán de un ágora perfecta para 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 200 trabajos, superando de nuevo los recibidos en años anteriores. Sin embargo, en una apuesta por la investigación de calidad solo 121 han superado los criterios de calidad impuestos por el comité científico, rechazándose 79 trabajos. La calidad en la investigación, así como en la docencia, es la seña que debe identificarnos como sociedad científica y es lo que nos diferencia de otro tipo de reuniones.

Finalmente, podremos disfrutar de 55 comunicaciones orales, 60 comunicaciones en formato posters y 6 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, en las que participarán tanto ponentes nacionales como internacionales de gran prestigio y se tratarán temas de máxima actualidad para la Enfermería Nefrológica. De igual forma, todos los socios disfrutaran de una gran oferta de cursos de formación en metodología y escritura científica, sin olvidar los talleres destinados a conocer los últimos avances técnicos disponibles en Nefrología.

Solo Madrid podía acoger esta I Reunión de Enfermeras Iberoamericanas. Ciudad que además nos ofrece una amplia oferta cultural y gastronómica junto con un marco incomparable para compartir conocimientos con otros compañeros.

No me gustaría terminar esta editorial sin mencionar que este año la SEDEN celebra 41 años de publicaciones y 20 años de Revista Científica, un logro de todos los autores que confían en nuestra revista para publicar sus investigaciones y de todas las personas que durante estos años han puesto su trabajo y conocimientos de forma altruista, para que hoy podamos celebrar esta efeméride. GRACIAS A TODOS.

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

Influencia del acceso vascular en el estado inflamatorio del paciente en hemodiálisis: un estudio de emparejamiento por puntaje de propensión

“PREMIO AL MEJOR TRABAJO ORAL DE INVESTIGACIÓN SOBRE INNOVACIÓN EN TÉCNICAS DIALÍTICAS”

Rodolfo Crespo Montero, Victoria Eugenia Gómez López, Rafael Casas Cuesta, Fátima Guerrero Pavón, Andrés Carmona Muñoz

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción:

Se ha señalado en numerosos estudios, la influencia del Catéter Venoso Central (CVC) en la alta tasa de mortalidad de los pacientes en hemodiálisis (HD), relacionado posiblemente con un aumento del estado inflamatorio, originado por el catéter. Sin embargo, al no haberse podido realizar estudios prospectivos, controlados y randomizados para controlar el efecto del acceso vascular sobre la inflamación en estos pacientes, puede introducir un sesgo de selección importante, pues en muchas ocasiones el paciente susceptible de CVC parte con una clara desventaja, respecto al que se le puede realizar una fístula arteriovenosa (FAV). En un intento de controlar todas las variables relacionadas con este factor, hemos llevado a cabo un estudio de puntaje propensión, que es el diseño que más se aproxima a un diseño experimental.

Objetivos:

Analizar la influencia del CVC en el perfil inflamatorio del paciente en HD a través de un estudio por puntaje de propensión.

Material y Método:

Estudio observacional transversal en 108 pacientes (54 FAV y 54 con CVC), emparejados por las siguientes covariables: sexo (30 mujeres con FAV y 30 mujeres con CVC, 24 hombres con FAV y 24 hombres con CVC), edad ($76,0 \pm 10,2$ frente a $76,3 \pm 10,8$), tiempo en HD (mediana de 59,6 frente a 59,4 meses) y diabetes (21 diabéticos con FAV y 21 diabéticos con CVC). Se determinaron

Proteína C Reactiva (PCR), Monocitos Proinflamatorios CD14+/CD16+, Albúmina; parámetros de eficacia de HD e Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

Resultados:

La PCR en los pacientes con FAV fue $9,4 \pm 17,9$ mg/l frente a $19,1 \pm 31,2$ mg/l en los pacientes con CVC, ($p < 0,05$). %CD14+/CD16+: $43,6 \pm 12,7$ (FAV) frente a $51,1 \pm 10,6$ (CVC), ($p > 0,001$). Albúmina: $3,7 \pm 0,5$ (FAV) gr/dl frente a $3,5 \pm 0,4$ (CVC) g/dl, (No significativo). Respecto a los parámetros de eficacia de la diálisis, el Kt/V fue: $2,0 \pm 0,5$ (FAV) frente a $1,7 \pm 0,4$ (CVC), ($p > 0,005$). El Kt: $54,3 \pm 15,1$ (FAV) litros frente a $48,4 \pm 7$ (CVC) litros, ($p > 0,013$). La duración de la sesión de HD fue de $250,2 \pm 13$ (FAV) minutos frente a $244,6 \pm 37$ (CVC), (No significativo). Flujo sanguíneo: $421,2 \pm 75$ (FAV) ml/min. frente a $348,3 \pm 72$ (CVC) ml/min. ($p > 0,000$). Respecto al ICC, los pacientes con FAV tenían $7,35 \pm 1,9$ frente a $7,33 \pm 2,4$ puntos, los pacientes con CVC (No Significativo).

Conclusiones:

A la vista de nuestros resultados podemos concluir que los pacientes en HD portadores de un CVC presentan un aumento de los parámetros inflamatorios, en comparación con los pacientes de las mismas características portadores de una FAV, por lo que cabe inferir que el CVC tiene una responsabilidad directa en el proceso inflamatorio crónico que padecen estos pacientes. Además, los pacientes con CVC presentaban peores índices de eficacia de la diálisis, a pesar de no haber diferencias en la duración de la sesión de diálisis.

Mapeo de variabilidad sobre prácticas enfermeras en el entorno de hemodiálisis. Estudio transversal

“PREMIO SEDEN INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS”

Ian Blanco Mavillard, Miguel Ángel Rodríguez Calero, Gregorio Bolaños Herrezuelo, Aurora Sánchez Barceló, Gaizka Parra García

Hospital Manacor. Unidad de calidad, docencia e investigación Islas Baleares. Mallorca. España

Introducción:

La Variabilidad de la Práctica Asistencial se define como “aquella situación en la cual pacientes con una clínica similar no son cuidados ni tratados de la misma forma en diferentes niveles de atención, sin que exista una base sólida en conocimientos derivados del cumplimiento de guías de práctica clínica”. Esta situación de incertidumbre ocasiona un desconocimiento sobre la efectividad o la eficiencia de nuestras intervenciones. Además, se pierde la capacidad de poder individualizar los cuidados basándonos en la mejor evidencia disponible. Se estima que entre el 30 – 40% de los pacientes no reciben una atención basada en la evidencia, y que el 20 – 25% de la atención proporcionada es innecesaria o potencialmente dañina. Por tanto, podríamos considerar la variabilidad asistencial como una amenaza para la calidad de la atención y salud de los pacientes.

Objetivos:

Analizar la adherencia de las enfermeras del entorno de hemodiálisis a las recomendaciones recogidas en las guías KDOQI, e identificar aquellas intervenciones con más variabilidad en la práctica clínica.

Material y Método:

Estudio observacional transversal. Los sujetos de estudio fueron enfermeras de hemodiálisis que contestaron un cuestionario online ad hoc formado por 33 preguntas a través de la plataforma GoogleForm®, difundido por correo electrónico a un potencial de 1300 enfermeras a nivel nacional durante los meses de octubre y noviembre de 2017. El cuestionario se organizó para dar respuesta a las variables del perfil sociodemográfico y a la adherencia de las recomendaciones basadas en la guías KDOQI, detectando 7 dominios fundamentales para la práctica enfermera en hemodiálisis. La encuesta online fue

pilotada previamente en 10 profesionales para garantizar que su contenido era interpretado correctamente.

Resultados:

Se obtuvo un total de 217 encuestas válidas procedentes de 17 comunidades autónomas, lo que supone una tasa de respuesta del 16,69%. La adherencia a las recomendaciones resultó moderada, un 52,25% de las respuestas coincidieron con la evidencia emitida en las GPC. En un análisis detallado por dominios, se observó una adherencia moderada-alta en cuanto a las recomendaciones de asepsia general (83,2%), administración de fármacos (65,1%) y cuidados del catéter (60,1%); moderada-baja en cuanto a la educación sanitaria (53,6%) y conocimientos sobre calidad de la diálisis (40,7%); y baja respecto a la antisepsia cutánea (38%) y métodos de punción (25,1%). Las intervenciones con mayor incertidumbre y variabilidad detectadas han sido el tiempo de secado del antiséptico (42,7%), utilización del apósito transparente (56%) y cambio del apósito cada 7 días (59,2%), técnica del área de punción como primera elección en fistulas arteriovenosas (68,2%) y empleo de solución antimicrobiana de manera rutinaria para prevenir infecciones asociadas al catéter (24,7%).

Conclusiones:

El mapeo de variabilidad nos aporta una información valiosa sobre cuáles son las áreas de conocimiento que están produciendo mayor incertidumbre en los entornos de hemodiálisis. La movilización efectiva del conocimiento permitiría reducir esta brecha, aumentando significativamente la calidad en la atención y los resultados de salud de los pacientes, sin perder capacidad en la individualización de las intervenciones.

Pacientes frágiles: evolución postrasplante

“PREMIO SEDEN DE DONACIÓN Y TRASPLANTE”

Anna Bach Pascual, Aida Martínez Sáez, María Vera Casanova, Yolanda Castillo Piña, Anna Faura Vendrell, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal (TR) es la mejor terapia para los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada porque proporciona mejor supervivencia, mejor calidad de vida y menos costes económicos comparados con diálisis. Sin embargo, estamos asistiendo a un cambio en el perfil de los pacientes que acceden a lista de espera para recibir un TR: mayor edad y con más comorbilidades. Linda Fried describió la fragilidad como la falta de reservas biológicas para hacer frente a un evento estresante (ingreso prolongado, intervención quirúrgica o enfermedad crónica terminal). Para evaluar el estado de fragilidad se analizan cinco aspectos: pérdida de peso, baja resistencia al cansancio, lentitud en la marcha, pérdida de fuerza y bajo gasto calórico. Estudios muy recientes han relacionado la fragilidad pretrasplante con peores resultados postrasplante.

Por tanto, la fragilidad es un aspecto relevante, y poco estudiado actualmente, para evaluar en los pacientes que acceden a las listas de espera de TR con el fin de poder realizar intervenciones multidisciplinarias para mejorar el estado de fragilidad y prevenir las complicaciones postrasplante.

Objetivos:

Analizar el impacto de la fragilidad pretrasplante en la evolución postrasplante de una cohorte de pacientes trasplantados renales.

Material y Método:

Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes trasplantados entre junio/2016 hasta marzo/2018. Se realizó pretrasplante el Frailty Score definido por Fried, clasificando a los pacientes como frágiles y no frágiles; además se utilizaron otras escalas de valoración funcional y nutricional del paciente, y se analizaron paráme-

tros antropométricos, analíticos y de bioimpedanciometría. Se recogieron datos relacionados con el trasplante. Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, de ellos 9 (20,4%) pacientes eran frágiles. No encontramos diferencias en edad ni IMC entre los pacientes frágiles y no frágiles. Los pacientes frágiles con más frecuencia eran mujeres (77,8% vs 22,2%, $p=0,02$) con nivel de estudio más bajos (100% vs 54,8%, $p=0,02$); tenían mayor tasa de tejido graso ($14,9\pm 2,7$ vs $12,3\pm 4,4$; $p=0,004$) y menor tasa de tejido magro ($12,5\pm 0,9$ vs $13,3\pm 4,8$; $p=0,03$). Durante el seguimiento postrasplante, los pacientes frágiles presentaron más complicaciones de la herida quirúrgica (33,3% vs 8,6%, $p=0,05$), más complicaciones urológicas (estenosis) (55,6% vs 25,7%, $p=0,009$), más complicaciones vasculares (22,2% vs 2,9%, $p=0,04$). Además, la tasa de infección por citomegalovirus tendía a ser mayor (55,6% vs 25,7%, $p=0,08$) en los pacientes frágiles.

Conclusiones:

La fragilidad pretrasplante se asocia a mayor número de complicaciones postrasplante. Podemos relacionar el aumento de tejido graso y el bajo tejido muscular con las complicaciones post quirúrgicas asociadas: mayor tasa de estenosis, complicaciones vasculares y problemas relacionados con la herida quirúrgica. Para prevenir estas complicaciones, es fundamental desarrollar intervenciones multidisciplinarias. Nuestro objetivo es fomentar la actividad física, mejorar la dieta y protocolizar el uso de dispositivos de terapia de presión negativa en las curas de la herida quirúrgica.

Desarrollar una vía clínica para pacientes en lista de espera de trasplante renal con criterios de fragilidad, les ayudaría a afrontar el TR con mejor estado físico y nutricional, pudiendo disminuir la tasa de complicaciones.

¿Se infectan más los catéteres de hemodiálisis cuando los pacientes ingresan?

“PREMIO DE ACCESOS VASCULARES Y NUEVAS TECNOLOGÍAS”

Isidro Sánchez Villar, Ana García Ruiz, Elena Pao Fernández

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

Introducción:

La infección de los catéteres (CVC) para hemodiálisis (HD) persiste como un problema mayor en las Unidades de HD, siendo una de las causas de mayor morbimortalidad en los pacientes con tratamiento renal sustitutivo. La afirmación de que los CVC se infectan más cuando los pacientes ingresan coincide con nuestra observación intuitiva de que los CVC se infectaban más (bacteriemias documentadas) en el paciente hospitalizado (Hosp) que cuando se dializaba en su Centro (NoHosp). Sin embargo esta afirmación tan generalizada está poco avalada por la literatura científica, por ello nuestro objetivo fue conocer si la hospitalización de los pacientes portadores de CVC es un factor de riesgo independiente de bacteriemia relacionada con el CVC.

Material y Método:

Análisis retrospectivo de las bacteriemias asociadas a CVC (yugulares y tunelizados en todos) durante un período de 4 años (2014-2017) en un Centro Extrahospitalario de HD dependiente de un Servicio de Nefrología de tercer nivel.

Los CVC NoHosp, durante el período 2014-2015 fueron sellados con heparina 5% (Hep), y durante 2016-2017 con citrato trisódico (CitT). Los CVC Hosp fueron sellados siempre con Hep. La técnica de sellado fue la misma para Hosp y NoHosp.

Se recogieron los tiempos de empleo de CVC y las bacteriemias divididos en 2 escenarios: Hosp y NoHosp. En caso de los Hosp, si la infección del CVC era previa o motivo de ingreso se registraba como NoHosp.

Estadística: Se aplicó el Modelo de Regresión de Poisson para comparar las bacteriemias Hosp vs No hosp, ajustadas a tiempo en riesgo. Un mismo paciente pudo padecer bacteriemia más de una vez y en los dos escenarios.

Resultados:

Se emplearon 361 CVC en 174 pacientes (68±13 años, 63% varones).

El tiempo total de uso de CVC fue de 91.491 días, con 103 episodios de bacteriemia.

El tiempo de CVC de Hosp fue de 3969 días con 31 episodios de bacteriemia, tasa de 7,81 BCR/1000 días/CVC.

El tiempo de CVC de No hosp fue de 87492 días con 71 episodios de bacteriemia, tasa de 0,81 BCR/1000 días/CVC.

El riesgo de sufrir bacteriemia se multiplicó por 9,6 durante la Hosp vs NoHosp (OR 9,6; IC95%: 6,8-Inf; $p < 0,001$).

Estos resultados no se vieron afectados con la introducción del CitT en NoHosp. (BCR/1000 días/CVC: 0,92 vs 0,71, $p = 0,16$).

Conclusiones:

En nuestro medio la razón de probabilidades (OR) de que se produzca una bacteriemia cuando el paciente es hospitalizado es de 9,6 veces más que cuando el paciente no ingresa. Por eso podemos decir que la hospitalización de los pacientes portadores de CVC es un factor de riesgo independiente de bacteriemia. Aunque esta observación no es generalizable (pudiendo ser en parte Centro dependiente) sí coincide con la literatura. La mayor comorbilidad del paciente ingresado, la frecuencia de uso del CVC y ante todo los cuidados de manos enfermeras “no habituales” al uso de este tipo de CVC podrían explicar esta indeseable circunstancia. En nuestro entorno estamos ante un espacio de mejora posibilista.

Valoración de la elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica

“PREMIO SEDEN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA”

Ana Isabel Aguilera Flórez, Ana Cristina Alonso Rojo, Blanca Linares Fano, Sara Prieto Fidalgo, Lidia García Martínez, Mario Prieto Velasco

Complejo Asistencial de León. León. España

Introducción:

El tratamiento conservador es una de las posibles opciones de tratamiento en la enfermedad renal crónica. Esta elección es una decisión del paciente y/o familia, tomada después de una información pormenorizada realizada por el equipo multidisciplinar.

Objetivos:

El objetivo de este estudio, fue conocer la elección de tratamiento conservador en nuestra unidad, el perfil del paciente que lo elige y su supervivencia.

Material y Método:

Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que habían pasado por el proceso de educación con Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisión en nuestra consulta ERCA, entre los años 2010-2017. Los datos se obtuvieron de los registros de enfermería de la historia clínica. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa Stata 14. Se estudiaron variables demográficas, elección de tratamiento, tiempo de supervivencia, Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), nivel de dependencia y tarjetas de valores. Los datos cuantitativos se expresaron como mediana, media y desviación estándar, los cualitativos como frecuencias. Se empleó el Chi2 y el coeficiente de Pearson para establecer la asociación lineal, el análisis de supervivencia se realizó con el método Kaplan-Meier.

Resultados:

La muestra fue de 535 pacientes, de los cuales el 17,75% (n=95) eligieron tratamiento conservador. De estos, 41,05% (n=39) fueron hombres con una edad

media $82,36 \pm 9$ años, el 63,16% (n=60) vivían en zona rural y el 27,37% (n=26) estaban institucionalizados. La familia fue quien comunicó la decisión en el 62,11% (n=59). La media del filtrado glomerular al inicio de la información fue de 11,53 ml/min (5-19), la mediana del ICC de 8 y del índice de Barthel de 55 puntos. Las tres tarjetas de valores elegidas por los pacientes fueron: “Personal sanitario responsable del tratamiento”, “Ser independiente”, “Impacto para la familia”. El tiempo de vida medio fue de 496,19 días (<12 meses 50%), el 13,68% (n=13) permanecen vivos al cierre de este registro. La edad y el ICC presentan una relación lineal directa débil, siendo esta significativa ($r=0,40$) ($p=0,00$). En cuanto a la supervivencia, es menor en los hombres que en las mujeres (HR=1,52; IC95%= 0,42-1,04), y en los institucionalizados, aunque estas diferencias no son significativas ($p=0,07$) ($p=0,32$). La supervivencia entre los que viven en el entorno rural y en zona urbana es muy similar (HR=1,01; IC95%=0,67-1,73). El riesgo de muerte aumenta un 7% a medida que el ICC aumenta un punto aunque no es significativo (HR=1,07; IC95%=0,92-1,22; $p=0,39$) y un 15% a medida que el filtrado glomerular disminuye un mililitro/min, siendo significativo. (HR=1,15; IC95%=1,04-1,26; $p=0,01$).

Conclusiones:

El porcentaje de elección de tratamiento conservador en nuestra unidad, es similar a las series publicadas en los últimos años. El perfil del paciente que lo elige es una persona anciana, dependiente, con una comorbilidad elevada y preferentemente mujer. Es la familia quien expresa la decisión en más de la mitad de los casos y una cuarta parte de los pacientes en tratamiento conservador está institucionalizada. Viven en torno a un año y medio, si bien la mitad fallece en el primer año.

Actitud de los profesionales de nefrología frente a la detección del maltrato

Gloria García Gallardo, Rosario Castillo Rosa, M^a Teresa Baz Rodríguez, Eva Barbero Narvona, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Según la Real Academia Española (RAE), el maltrato está definido como la acción y efecto de maltratar, es decir tratar mal a alguien de palabra u obra.

El maltrato es un proceso, no un hecho aislado o puntual, en una relación de maltrato pueden producirse todos los tipos de violencia o sólo alguno de ellos.

Un reciente estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, revela que entre un 3-10% de los mayores de 65 años sufre situaciones de negligencia, abuso o maltrato.

En 2017 se contabilizaron un total de 46 mujeres víctimas de violencia de género.

Objetivos:

Conocer qué actitud tienen los profesionales del Servicio de Nefrología frente al maltrato.

Material y Método:

Estudio descriptivo, cualitativo-prospectivo y de opinión anónima, realizado entre 2017-18, al personal sanitario de Nefrología de un Hospital Universitario de 3er nivel con 400 camas. Se elaboró una encuesta con 13 preguntas, 11 cerradas y 2 abiertas para que expongan sus sugerencias. Se informa sobre la encuesta y se pide participación mediante consentimiento informado.

Las variables demográficas incluidas fueron género, edad, años de experiencia y categoría profesional. Se registraban los datos en un Excel y posteriormente se analizaron con SSPS-25.

Resultados:

Respondieron la encuesta 68 personas, 61 mujeres, de edad media 38,5 años (20-63), entre las categorías profesionales 19,1% (13) médicos y 80,9% (55) personal de enfermería.

La experiencia profesional mediana es 15 años (1-40).

- Experiencia previa

El 69,1% (47) no han detectado casos de maltrato en el servicio.

- Creencia/Actitud

El 60,3% (41) creen tener un papel diferente al resto de la población.

El 92,6% (63) no cree que el maltrato a las personas sea un problema sanitario que tenga que tratar más el médico.

El 61,8% (42) opina que el maltrato es más social.

El 82,4% (56) cree que una persona maltratada que no denuncia o la retira no es culpable.

Ante una situación de sospecha de maltrato el 42,6% (29) avisa al médico.

El 88,2% (60) considera que detectar signos de maltratos es un problema tan importante como el problema de salud por el que acuden a la consulta.

- Conocimiento

El 54,4% (37) dice saber detectar los síntomas o indicadores que hacen sospechar de un maltrato.

El 70,6% (48) no sabe cómo actuar cuando se sospecha maltrato y el paciente no lo manifiesta verbalmente ($p=0,007$).

- Formación

El 73,5% (50) no han recibido formación específica.

El 48,5% (53) no conoce el protocolo sobre el maltrato.

Conclusiones:

Los profesionales de Nefrología opinan que las situaciones donde existe maltrato son tan importantes como el proceso que tratan, aunque dicen no saber cómo detectarlas si el paciente no lo verbaliza. De hecho solo el 30% dice haber detectado algún caso durante su carrera profesional.

Solo la mitad cree poder identificar los signos de maltrato y dice conocer el protocolo de actuación, y 3 de cada 4 no han recibido formación específica.

También refieren que los profesionales sanitarios tienen un papel más activo en la detección del maltrato que otras profesiones.

Una de las primeras acciones es mejorar el nivel de conocimientos, plantear sesiones/talleres/campañas, necesarias para mejorar la detección y activación del protocolo.

¿Cuál es el uso y conocimiento de la medicina tradicional complementaria entre los profesionales sanitarios de una unidad de nefrología?

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Muchos pacientes de diferentes culturas y procedencias utilizan la Medicina Tradicional Complementaria (MTC) como complemento al tratamiento de sus patologías o incluso sustituyéndolo por completo. Por ello, la OMS, aboga por el uso seguro, racional e informado de este tipo de tratamientos y promueve la investigación científica en el terreno para aportar evidencia científica que asegure un buen uso.

El desconocimiento del personal sanitario de la utilización por parte de los pacientes de MTC puede suponer una potencial interferencia con el tratamiento prescrito y por ello, reconocer la MTC y su importancia en la vida de los pacientes es fundamental para que los tratamientos sean seguros y no interferentes.

Objetivos:

Analizar el uso y conocimiento de la MTC entre los profesionales sanitarios de una unidad de nefrología en el ámbito personal y en la práctica clínica.

Material y Método:

Estudio observatorio descriptivo transversal. Recogidos datos sociodemográficos (sexo, edad, estudios, experiencia, categoría profesional y ámbito de trabajo) y administrada escala *ad hoc* de respuesta cerrada. Para el análisis se utilizó la T de Student para la comparación de medias entre variables paramétricas, la U Man Whithney para las no paramétricas y el Chi cuadrado para la comparación de proporciones. Los resultados se analizaron mediante SPSSv23.

Resultados:

Incluidos 62 profesionales sanitarios (54,83% enfermeras, 20,97% técnicos y 24,19% nefrólogos) con una media de 37,61±11,05 años. El 84% fueron mujeres. Un 32,26% ha recibido formación sobre MTC sin haber diferencias significativas entre los grupos profesionales. El 41,93% utiliza MTC en su vida personal. El 67,74% recomienda la MTC a los pacientes, sin haber significación en relación con el uso personal ($p=0,758$) y con la formación recibida ($p=1$). El 62,90% aprueba su inclusión en la praxis clínica, el 77,42% aboga por su introducción en el programa docente universitario, el 27,42% alega haber tenido demandas de información de sus pacientes y el 50% reconoce su importancia en relación con posibles interferencias con el tratamiento convencional.

Conclusiones:

Los profesionales encuestados presentan interés en la inclusión en la praxis clínica y en la formación sobre MTC.

Más de la mitad de profesionales recomienda las MTC a los pacientes desde su experiencia personal como tratamiento complementario, por lo que sería adecuado establecer una estrategia común para consensuar la información que recibe el paciente garantizando consejos seguros, profesionales y de calidad.

Enfermería nefrológica: 20 años difundiendo conocimiento en el cuidado renal

José Luis Cobo Sánchez Antonio Ochando García, Ian Blanco Mavillard, Francisco Cirera Segura, Rodolfo Crespo Montero, Rafael Casas Cuesta

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid. Hospital de Manacor, Baleares. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. España

Introducción:

Desde su fundación, uno de los objetivos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), ha sido la generación y divulgación del mejor conocimiento de las enfermedades renales, con vistas a lograr una mejor atención y cuidado de los enfermos renales. Uno de los instrumentos de la SEDEN para la difusión de este conocimiento es su revista, como publicación oficial de la Sociedad, que este 2018 cumple su 20 aniversario. El análisis de los artículos de una revista permite determinar la evolución de una publicación y proporcionar información sobre la situación de la producción, difusión y traslación del conocimiento, en este caso, del cuidado renal en nuestro país.

Objetivos:

Analizar la producción científica publicada en la revista Enfermería Nefrológica durante el periodo 1998 a 2017.

Material y Método:

Estudio bibliométrico descriptivo transversal de la revista Enfermería Nefrológica (anteriormente Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica), entre los años 1998 y 2017 (del volumen nº 1 al nº 20, en su totalidad). Para el análisis bibliométrico se utilizó el software "Publish or Perish" versión 6. "Publish or Perish" calcula y presenta datos como: número total de artículos y de citas; citas por artículo, por autor, por año; artículos por autor y autores por artículo; AWCR (Age-Weighted Citation Rate: indicador que mide el número de citas de una revista completa, ajustando la "edad" de cada artículo publicado), índice g, índice h (índices que evalúan la distribución de las citas que han recibido los trabajos científicos de un investigador). "Publish or Perish" reúne citas y calcula estas métricas a partir de los registros de distintas bases de datos como Google Scholar, Crossref, Microsoft Academy, Scopus y Web

of Science. Se realizaron análisis por quinquenios (Q1 1998-2002, Q2 2003-2007, Q3 2008-2011, Q4 2012-2017).

Resultados:

Se analizaron 1198 artículos: Q1 n=81 (6,76%), Q2 n= 160 (13,35%), Q3 n=164 (13,68%), Q4 n=793 (66,19%); y 2167 citaciones: Q1 n=47 (2,17%), Q2 n= 759 (35%), Q3 n=782 (36%), Q4 n=579 (26,7%). Citaciones por año: Q1 2,35, Q2 50,6, Q3 78,2, Q4 96,5. Citaciones por artículo: Q1 0,58, Q2 4,74, Q3 4,77, Q4 0,73. Citaciones por autor: Q1 26,5, Q2 73,82, Q3 289,32, Q4 229,53. Artículo/autor: Q1 58,02, Q2 337,02, Q3 67,02, Q4 298,65. Media de autores por artículo: Q1 1,96, Q2 2,66, Q3 2,82, Q4 3. AWCR: Q1 2,80 (sqrt=1,67) 1,58/autor, Q2 60,33 (sqrt=7,77) 26,58/autor, Q3 93,93 (sqrt=9,69), 35,21/autor, Q4 147,12 (sqrt=12,13), 57,31/autor. Índice h: Q1 4 (a=2,94, m=0,20, 35 citas=74,5% cobertura), Q2 16 (a=2,96, m=1,07, 433 citas=57,0% cobertura), Q3 9 (a=7,15, m=1,50, 116 citas=20,0% cobertura), Q4 11 (g/h=1,22, 133 citas=23,0% cobertura). Índice g: Q1 6 (g/h=1,50, 39 citas=83,0% cobertura), Q2 22 (g/h=1,38, 506 citas=66,7% cobertura), Q3 20 (g/h=1,25, 415 citas=53,1% cobertura), Q4 16 (a=3,05, m=1,60, 360 citas=46,0% cobertura).

Conclusiones:

La revista Enfermería Nefrológica ha crecido de forma exponencial en los últimos 20 años, tanto en volumen de producción como en calidad y visibilidad de la misma, convirtiéndose en la publicación de referencia del cuidado renal en el ámbito hispanohablante.

Valoración del estado emocional del paciente en diálisis mediante la herramienta EE-D. Comparación entre hemodiálisis y diálisis peritoneal

Javier Fernández-Caro Sánchez, Aranzazu Martínez Martínez, Natividad Martínez Jiménez, Sonia Aznar Barbero, María Isabel Beltrán Redondo, Felicísima Astorga Pérez

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. España

Introducción:

Recientemente Helena García-Llana, Rocío Rodríguez-Rey y el grupo SEDEN para el estudio emocional del paciente en diálisis, presentaron la herramienta EE-D, se trata de un instrumento breve, que permite al personal de enfermería nefrología evaluar el estado emocional de nuestros pacientes y detectar situaciones susceptibles de realizar intervenciones.

Nuestro objetivo fue valorar el estado emocional de nuestros pacientes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) usando la herramienta EE-D. También valorar la existencia de alguna relación con otras variables consideradas.

Material y Método:

Se realiza estudio descriptivo de corte transversal. La muestra final fue de 56 pacientes. Usamos la Herramienta para la detección del Estado Emocional de Paciente en Dializas (EE-D). Al mismo tiempo pasamos un cuestionario que recogía otras variables a considerar.

Para el análisis estadístico usamos el SPSS15.0 para Windows. Las variables cuantitativas se expresan como media, desviación y rango. Los resultados de las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencia y porcentajes, el contraste de hipótesis de variables cuantitativas con T-Student y/o W de Wilson, variables aleatorias con χ^2 de Pearson. Se considera significativa la estadística con $p < 0,05$.

Resultados:

Nuestra muestra total se repartió entre 32 pacientes en HD (57,2%) y 24 (42,8%) en DP. La edad media es

de 63 años, 35,7% mujeres y 64,3% hombres, un tiempo medio en tratamiento renal sustitutivo de 38 meses, el 22,5% de los pacientes se encuentran en la lista de trasplante. Los pacientes en DP manifestaron presentar mejores niveles de autocuidado pues el 91,7% son ellos mismos los encargados del manejo de su enfermedad frente al 68,8% en HD ($p=0,039$).

La herramienta detectó que el nivel de tristeza fue de $4,25 \pm 3,55$ en los pacientes en HD frente a $2,13 \pm 2,68$ en DP ($p=0,17$) expresados en media y siendo el 10 el nivel máximo de tristeza. En cuanto a los niveles de nerviosismo detectados no se observó diferencias significativas entre ambos grupos. Del grupo de pacientes en HD el 46,9% expresaron tener un nivel de tristeza superior a 4 frente al 16,7% de los pacientes en DP ($p=0,024$). Con referencia a las preocupaciones la herramienta detectó que en HD la principal preocupación fue la referente a la enfermedad y/o tratamiento afectando al 53,1% de los pacientes tratados con esta técnica, mientras que en DP es el 25% el que muestra esta preocupación ($p=0,034$). No se observaron diferencias significativas en el resto de preocupaciones.

En HD el 59,3% manifestaron tener algún motivo que le ayude o ayudaría a sentirse mejor y el 68,8% expresaron tener motivos para sentir ilusión desde que están en programa de diálisis. En DP el 50% manifestaron tener algún motivo que le ayudaría a sentirse mejor y el 70,8% tener motivos para ilusionarse.

Conclusiones:

Los resultados en prevalencia de alteraciones del estado emocional en los pacientes estudiados en HD son más altos y sus principales preocupaciones tienen que ver con su enfermedad y tratamiento. Los pacientes en DP presentan menos alteraciones emocionales que los de HD.

Vivencias del paciente renal en la transición de modalidad dialítica: estudio fenomenológico

Reyes Fernández Díaz, Miguel Núñez Moral, Beatriz Peláez Requejo, Mónica Fernández Pérez, Manuela Rábano Colino, Isabel González Díaz

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España

Introducción:

El cambio de modalidad dialítica evidencia un acontecimiento de gran impacto emocional y el cual ha sido descrito como un proceso de transición, donde la persona se mueve de una forma de vida a otra con cambio en el comportamiento. La transición conlleva profundas modificaciones en la vida del paciente que implican una redefinición del sentido de sí mismo para afrontar una transición saludable o no, siendo imprescindible el rol enfermero para modelar el papel del paciente en la adquisición de una identidad integradora fluida.

Objetivos:

Describir la experiencia de transición que viven los pacientes durante el cambio de modalidad de hemodiálisis a diálisis peritoneal y viceversa.

Material y Método:

Estudio cualitativo descriptivo de enfoque fenomenológico bajo la perspectiva de la teoría de transiciones de Schumacher y Meleis. Se seleccionó una muestra de 20 informantes mediante muestreo de conveniencia. Los datos se recogieron mediante entrevista semiestructurada y notas de campo. Se elaboró una guía de preguntas que se sometió a pilotaje previo. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de los informantes, tuvieron una duración de 60 minutos y se grabaron en formato audio digital para su transcripción. Se alcanzó el punto de saturación en el informante 12. El desarrollo analítico partió del diseño de una lista de códigos apriorísticos procedentes de la revisión bibliográfica. Se procedió a la segmentación del discurso de los participantes y a la codificación de los datos, donde emergieron nuevos códigos inductivos. Finalmente, se agruparon todos los códigos en temas o familias, se buscó la interrelación entre

categorías para generar significado sobre el fenómeno de estudio y se elaboraron los diagramas y matrices cualitativas. Como apoyo al proceso se utilizó el software Maxqda. Se verificaron los resultados con los informantes. Se obtuvo el consentimiento de los participantes y la autorización del Comité Ético.

Resultados:

Los participantes fueron 12 personas, 6 transitaron a hemodiálisis (3 hombres y 3 mujeres) y otros 6 a diálisis peritoneal (5 hombres y 1 mujer). Se identificaron 6 temas: Proceso de transición, cambios en las dimensiones del ser, estrategias de afrontamiento, respuestas a la transición, condicionantes del proceso e intervención de salud. Cambiar hacia hemodiálisis supuso un proceso de rechazo e inadaptación al mismo, donde el cansancio, el nerviosismo y la restricción de actividades se afrontaron mediante la resiliencia y el apoyo familiar. El paso a diálisis peritoneal evolucionó desde la incertidumbre del periodo de aprendizaje a un estado de bienestar físico-mental, mayor independencia y libertad de actividades. En ambos casos la atención del profesional fue un facilitador del proceso.

Conclusiones:

El proceso de transición a diálisis peritoneal revela una experiencia de crecimiento y liberación personal que permite al paciente adquirir una identidad de autocuidado para seguir funcionando saludablemente en muchas esferas de la vida, no obstante, la transición hacia hemodiálisis surge como una vivencia de mayor vulnerabilidad que implica la dependencia de otros, así como múltiples renunciaciones y limitaciones que conducen al individuo a un desafío constante consigo mismo para lograr el autocontrol.

A propósito de un caso: ¿los catéteres tunelizados tienen un tiempo limitado de uso?

Cristina Franco Valdivieso, Ángela Valer Pelarda, Mónica Brazalez Tejerina, Julia Hernando García, Ana Cristina Sánchez Sierra, María Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

Introducción:

El acceso vascular (AV) es un pilar fundamental en el tratamiento de hemodiálisis. Los catéteres venosos tunelizados (CVT) suponen, según el estudio DOPPS 5, el 29% de los accesos en España, asociándose a una mayor morbi-mortalidad.

El recambio de CVT supone un incremento de situaciones de riesgo y de coste para el sistema sanitario, pero, raras veces, un CVT se mantiene durante más de 9 años. Esto, que en un primer momento parece positivo también entraña una complicación grave como en nuestro paciente.

Son pocos los casos publicados que describen el fenómeno de "stuck". Este término hace referencia a situaciones en las que un CVT no puede ser retirado usando una técnica estándar, debido al desarrollo de una cubierta de fibrina que se adhiere a la vena cava superior o a la pared de la aurícula derecha.

Caso Clínico:

Es una mujer que inicia hemodiálisis mediante un shunt Arterio-Venoso tras un brote lúpico en 1983 del que se recupera en ese año. En 1985 reinicia hemodiálisis domiciliaria mediante una fístula arteriovenosa interna (FAVI) hasta 1990 en que recibe el primer trasplante de cadáver con rechazo crónico desde 1991.

En 2002 se implanta un catéter peritoneal y en 2003 inicia diálisis peritoneal hasta 2006, tras varios episodios de fuga peritoneal.

Decide pasar a hemodiálisis tras canalización de CVT en yugular interna derecha. Este acceso se mantiene hasta 2015. Durante este periodo, el catéter tuvo que ser reparado en 2009 con un molde de silicona por una fuga

de sangre en el recorrido externo del catéter.

En 2013 recibe un trasplante renal de vivo y sufre rechazo humoral agudo del que no se recupera volviendo a hemodiálisis a los 6 meses.

En noviembre de 2015 presenta problemas de flujo y signos de infección. En diciembre se deriva al servicio de Radiología Intervencionista para su retirada. Al estar adherido a tejidos internos no es posible su extracción a pesar de aplicar la técnica de Hong. Cirugía Vascular retira el CVT hasta yugular interna a nivel clavicular y realiza ligadura de yugular a ese nivel. Se realiza profilaxis farmacológica por el riesgo asociado de trombosis debido a la presencia de restos de catéter.

En 2016 se realiza trasplante renal de cadáver no funcionante tras infarto renal a los 3 meses postrasplante. Actualmente tiene 49 años y se encuentra en hemodiálisis hospitalaria dializándose desde hace dos años con un catéter permanente yugular izquierdo, sin complicaciones infecciosas ni de funcionamiento. Tiene solicitada y concedida la hemodiálisis domiciliaria, pendiente de entrenamiento.

Conclusiones:

El papel de la enfermería nefrológica es fundamental en casos tan especiales como este. El trabajo en equipo junto al nefrólogo, para un rápido diagnóstico y derivación pertinente, ponen de manifiesto la necesidad de crear equipos multidisciplinares para el control y seguimiento del AV de los pacientes en hemodiálisis.

Se evidencia la importancia de crear protocolos de seguimiento del catéter de hemodiálisis, así como recambios programados para evitar este tipo complicaciones que, aunque infrecuentes, suponen un riesgo añadido.

Canalización de FAV complicada en paciente obeso mediante dispositivo Vwing®

Isabel Molleda López, Elena Sosa Romero, Dacil Manchado Armas

Unidad de Diálisis. Hospital Dr. Molina Orosa. Las Palmas. España

Introducción:

El VWING® se emplea en procedimientos de hemodiálisis con fistula arteriovenosa (FAV) en los que se utiliza el método de acceso único para la inserción de la aguja. Está diseñado para facilitar la inserción de la aguja cuando:

- Se necesita mejorar el acceso.
- La FAV se encuentra muy profunda.
- No es posible una palpación adecuada.
- Existen intentos fallidos a repetición e infiltraciones.
- Segmento accesible corto.
- Se han agotado todos los sitios de acceso vascular.

Como consideración, la FAV debe tener una profundidad de hasta 15 mm y un diámetro de al menos 5 mm.

Objetivos:

Lograr una canalización exitosa de la FAV del paciente para poder retirar el CVT y así evitar las posibles complicaciones del uso del mismo.

Material y Método:

Previamente una enfermera se formó en la técnica de canalización con VWING®.

Descripción de caso:

Paciente con IMC:43,6 G3 y perímetro braquial:38 cm Posee (tras varios accesos vasculares fallidos) una FAV H-C izda con thrill + y soplo+. A los 4 meses de realización, ecograficamente se observa diámetro >8mm durante todo el tramo, no observándose estenosis pero con una profundidad del tramo venoso de 12 mm.

Se canaliza la rama arterial, pero debido a la reiterada dificultad para la canalización del acceso venoso se le coloca a la paciente un CVT yugular derecho.

Posteriormente se remite al paciente al servicio de radiología vascular, donde se le implantan sendos dispositivos

VWING® de 4h-9w distal y 10h-9w proximal.

Se realiza ecografía del acceso venoso donde se observa una profundidad del VWING® venoso a 8 mm (no palpable) y del VWING® arterial a 3 mm.

Se canaliza rama arterial ecoguiada sin incidencias con aguja biselada en las 7 primeras sesiones y continuando el resto de punciones con aguja roma N° 15. Tras dos semanas de intentos fallidos de canalizar tramo venoso por la recurrente extracción de coágulos (solo en una ocasión se logra canalizar el tramo venoso con ángulo de 75° y con compresión), se opta por utilizar de salida el CVC y de retorno la rama arterial de la FAV para intentar superficializar el tramo venoso durante 7 sesiones.

Transcurridas dichas sesiones, se realiza ecografía del acceso y se observa el VWING® venoso a 6 mm de profundidad. Se canaliza sin incidencias usando en las 6 primeras sesiones agujas biseladas N° 15 y continuando con agujas romas.

Resultados:

Mejor palpación del VWING® tras el uso de la FAV como retorno venoso.

Tras 15 sesiones de HD se logra la exitosa canalización de la FAVI con dispositivo VWING®.

Se utilizaron agujas biseladas N°15 para las 7 primeras punciones y agujas romas para las siguientes punciones.

Tiempo de hemostasia de 10 minutos.

La paciente refiere no tener dolor a la canalización de la FAV.

Conclusiones:

El uso del VWING® para la canalización del acceso venoso en paciente obeso ha sido determinante, así como el hecho de utilizar la FAV como retorno para superficializar el tramo venoso. Ha sido la misma enfermera la encargada de canalizar la FAV, por lo que creemos que es muy importante este hecho para la realización del túnel, y así el posterior éxito de la canalización de la FAV.

Proceso de atención enfermera ante la imposibilidad de manejar su estado de salud

Laura Infantes Gutiérrez, M^a del Carmen Domínguez Berruezo

Centro de Diálisis Axarquía. Málaga. España

Introducción:

Los tratamientos para la Insuficiencia Renal Crónica no logran recuperar plenamente la salud del paciente, por esto el personal de enfermería cumple un papel destacado, pudiendo aumentar la calidad de vida a través de los diagnósticos enfermos, marcándose objetivos y dirigiendo los cuidados necesarios para alcanzarlos.

Algunos estudios ya han señalado que los diagnósticos más comunes en este tipo de pacientes son los que afectan al estado Nutricional-Metabólico y Actividad-Ejercicio, seguidos de Autopercepción-Autoconcepto, Eliminación, Rol-Relaciones y Cognitivo-Perceptual.

La forma de abordarlos debe ser siempre individualizada, desde un enfoque holístico donde se debe valorar la salud, el entorno y el estilo de vida del paciente.

Objetivos:

Nuestro principal objetivo es orientar al paciente a tomar conciencia de que sus actividades diarias repercuten negativamente en su enfermedad, y al mismo tiempo fomentar buenos hábitos de salud para así mejorar su calidad vida.

Material y Método:

Estudio de caso. Utilizaremos el proceso de atención enfermera (PAE). Marcándonos como diagnóstico enfermero: "impotencia" relacionada con problemas personales que surgen a raíz de la enfermedad manifestado por el propio paciente al no poder controlar la dieta. Como criterio de resultado (NOC) tendremos la creencia sobre la salud, percepción de control (1702), concretamente el esfuerzo para conseguir información (170203) y las creencias de que las propias acciones

controlan los resultados sobre la salud (170205). Para conseguirlo nos basaremos en las siguientes actividades apoyo en toma de decisiones (2550) y establecimientos de objetivos comunes (4410).

Se ha empleado como material anexo para reforzar el trabajo con el paciente, dos aplicaciones móviles (APP), una como apoyo a los cuidados dietéticos del paciente y otra de seguimiento de análisis y resultados de sus hemodialis diarias. Además del material bibliográfico propio del programa de educación del paciente renal de nuestro centro.

Resultados:

En esta valoración enfermera hemos utilizado la tipología de los patrones funcionales de Marjory Gordon abordando un problema del estado Nutricional-Metabólico a través de estado de Autopercepción-autoconcepto y el de Rol-Relaciones.

Se observa una disminución de la ganancia de peso interdiálisis del 0,83% de su peso seco durante varias sesiones fijando rutinas y actividades diarias. Pero en el momento que se deja la parte activa del programa por parte de enfermería y debe continuar el paciente por si solo con el programa individualizado vuelve a aumentar la ganancia interdiálisis del 4,16% de su peso seco. Durante el PAE se consigue una disminución del peso seco del paciente de 4Kg, que no vuelve a recuperar.

Conclusiones:

Es evidente la importancia del cuidado y seguimiento individualizado de enfermería en el paciente renal crónico, dadas las características biopsicosociales de nuestros pacientes y al desgaste que el tratamiento prolongado hace en ellos.

¿Reconstrucción de PTFE VS canalización de un nuevo acceso vascular?

Laura Medina Mariscal, Belen Rojo Centeno, Elena Guerrero Rodríguez

FRIAT Centro Los Lauros. Madrid. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción:

La hemodialisis (HD) precisa de un acceso vascular, de elección entre catéter venoso central (CVC) o fistula arteriovenosa (FAVI) autóloga o protésica (PTFE), para su realización.

La FAVI protésica, consiste en un injerto subcutáneo superficial entre arteria y vena. No se sitúa entre las primeras opciones de acceso ya que favorece las complicaciones respecto a las FAVI autóloga: estenosis en anastomosis venosa, trombosis, infección y pseudoaneurismas.

Aunque actualmente debido al aumento de la media de edad e incidencia de enfermedades asociadas causantes del agotamiento del lecho vascular, cada vez son más habituales, estableciéndose su uso entre un 10-15 % de los accesos vasculares.

Su localización se encuentra preferentemente a nivel radio-basílico y húmero-basílico recto; y húmero-basílico y axilo-axilar en "loop".

Presentación al paciente:

Paciente de 74 años con insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangiosclerosis en tratamiento de HD desde Agosto de 1977.

- Transplantado renal en 1999.
- Reinicio en HD en 2008 portando CVC yugular.
- FAVI autóloga realizada en 1983, trombosada con resección de aneurisma.
- Implantación PTFE humero-axilar en Septiembre 2008.
- Reconstrucción de PTFE por trombosis en Octubre 2017: implante de endoprótesis.

Caso Clínico:

Se implanta stent recubierto autoexpandible sobre estenosis crítica anastomótica venosa y colocación de endoprótesis con exclusión del doble pseudoaneurisma presente, esperándose su reabsorción; realizado mediante una

pequeña disección transversal en la flexura del codo y bajo anestesia local.

Tras el procedimiento contamos de un espacio para canalización de ambas punciones de 4 centímetros, localizado en el tercio proximal del brazo, cercano a la flexura axilar.

Conclusiones:

Tras la intervención, el paciente recibe adecuadamente tratamiento a través de PTFE: KtVs medios de 1.6, flujos de sangre entre 350-400 ml/min, presiones de acceso dentro de los límites de seguridad (PV máxima 160 mmHg-PA mínima-200 mmHg) y no se observan alteraciones en la coagulación de ambos puntos de punción (7-10 min).

Tras el proceso de reconstrucción, la canalización de ambas agujas desempeña cierta complejidad, ya que el recorrido útil de la prótesis queda limitado a 4 centímetros, situándose además en la cara interna del brazo, próxima a axila, lo que dificulta el abordaje.

El malestar percibido por el paciente radica principalmente en el estrés que supone los problemas para la canalización del PTFE, aunque no experimenta molestias anormales en la punción ni durante la sesión, ni derivadas de la posición del brazo durante el tratamiento.

Debido a las dificultades observadas, una de las enfermeras veteranas de la Unidad se especializó en su canalización, realizando posteriormente labores de formación al resto del equipo para mejorar la precisión en las punciones, y minimizando así, el estrés causado tanto para el paciente como para la enfermera.

Por lo tanto, concluimos que el proceso de reconstrucción en contraposición a la canalización de un nuevo acceso vascular central fue acertado, puesto que el paciente sigue recibiendo tratamiento de forma adecuada, con buenas dosis de diálisis y mejorando su calidad de vida con respecto a la colocación de un CVC y las complicaciones derivadas de este.

Traspasso de diálisis peritoneal a hemodiálisis domiciliaria en paciente con riesgo de desarrollar peritonitis esclerosante encapsulante. Intervención enfermera

M^a Antonia Muñoz Viña, Lorena Blanco Monteso, Carmen Fernández Merayo

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España

Introducción:

La peritonitis esclerosante encapsulante consiste en inflamación crónica del peritoneo, intensa fibrosis y engrosamiento de la membrana peritoneal, convirtiéndola en tejido fibroso que acaba encapsulando las asas del intestino, formando un ovillo y produciendo obstrucción intestinal parcial o total.

De etiología desconocida, el factor de riesgo más significativo es la prolongación en el tiempo de la técnica peritoneal. Otros factores asociados son peritonitis, cirugía abdominal, fármacos betabloqueantes...

En ausencia de marcadores que permitan diagnóstico precoz, es necesario el traspasso a hemodiálisis en pacientes que aúnan factores predisponentes.

Caso Clínico:

Mujer de 51 años con enfermedad renal crónica secundaria a síndrome urémico hemolítico, que inicia tratamiento con hemodiálisis. Recibe trasplante renal cadavérico, con pérdida de función renal por recidiva a los seis meses. Reinicia hemodiálisis hasta comienzo en diálisis peritoneal.

Posteriormente, intervenciones quirúrgicas de herniorrafia umbilical y hernioplastia, hernia de Spiegel con herniación de ciego y eventroplastia preperitoneal entre otras. Último recambio de catéter peritoneal por laparotomía muy laborioso por adherencias en epiplón y gran plastón inflamatorio. De manera provisional, permanece en hemodiálisis durante siete meses hasta resolución de su patología abdominal, con episodios muy frecuentes de fibrilación auricular, algunos con respuesta ventricular rápida que precisaron cardioversión eléctrica y ablación de venas pulmonares. Actualmente a tratamiento con betabloqueantes.

Con 10 años en diálisis peritoneal y a tratamiento preventivo con "tamoxifeno" (potencial efecto antifibrótico) desde hace 3, se decide, a pesar de la eficacia de la técnica y la resistencia al cambio de la paciente, traspasso a hemodiálisis.

Valoración por dominios y clases según taxonomía NANDA. **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**

Síndrome de estrés del traslado (00114) relacionado con cambio de terapia, manifestado por:

Temor (00140) a descompensación de patología cardíaca que la paciente siempre ha relacionado con hemodiálisis y a abordaje de fistula arteriovenosa (buttonhole).

Inseguridad por falta de conocimientos.

Preocupación por el impacto que supondrá en su vida y la de su familia.

NOC

Adaptación al traslado (1311).

Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica (1847).

Calidad de vida (2000).

Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203).

Resiliencia familiar (2608).

Relación entre cuidador principal y paciente (2204)

NIC

Enseñanza (5618).

Apoyo emocional (5270).

Disminución del estrés por traslado (5350): asignación de un "compañero", evaluación de la alteración del estilo de vida, pérdida de terapia y adaptación al nuevo entorno.

Escucha activa (4920).

Presencia (5340).

Apoyo a la familia (7140).

INDICADORES

Demostró alto nivel de conocimientos.

Autocanalización acceso venoso con técnica buttonhole.

Canalización acceso arterial por marido con aguja bisel afilado.

Verbalizó mejoría en el estado de salud.

Conclusiones:

La peritonitis esclerosante encapsulante es una complicación de la diálisis peritoneal que hace necesario el cambio de terapia en algún momento de la enfermedad renal.

El miedo al cambio no debe prolongar la permanencia más allá de lo que se considera seguro.

La hemodiálisis domiciliaria es una buena opción para los pacientes que deciden una técnica en domicilio.

La intervención enfermera puede ser de gran ayuda en el proceso del cambio, sin alargar la permanencia en una terapia que ya no resulta la adecuada.

Uso del supercath en la creación del Buttonhole: de la negación a la superación

Gabriela Pérez Boix, María Rodrigo Valero, M^a Jesus Lidón Pérez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

La hemodiálisis domiciliaria (HDD) es una modalidad de terapia renal sustitutiva que no sólo se asocia a un aumento de la supervivencia respecto a la hemodiálisis (HD) estándar en centro, sino que permite mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente. Para su implementación es fundamental disponer de un acceso vascular de fácil manejo para los pacientes, siendo de elección la fístula arteriovenosa con punción mediante la técnica del ojal. Hay que tener presente que para muchos pacientes la punción es el momento más estresante del aprendizaje, lo que puede suponer una gran barrera en el entrenamiento de la HDD. Cuando estos pacientes consiguen la autopunción es cuando toman, literalmente, las riendas de su tratamiento.

Para implementar la técnica del ojal se necesita la realización de un túnel subcutáneo durante las primeras punciones, a fin de poder utilizar posteriormente agujas romas que facilitan la punción del acceso por parte del paciente. Sin embargo, en ocasiones, especialmente en pacientes con fistulas de larga evolución, no es posible la realización del túnel subcutáneo por pérdida del túnel entre cada diálisis. Presentamos un caso con imposibilidad de realizar el túnel subcutáneo mediante punción con aguja fenestrada standard de HD hasta que se decidió la utilización de un catéter fistula (Supercath®) 16G.

Valoración del caso:

Paciente, varón de 59 años diagnosticado de Glomerulonefritis membranosa familiar, con 3 trasplantes previos y permanencia en hemodiálisis (HD) durante los intervalos intertrasplante.

Tras el último rechazo retoma la HD; Dado el perfil del paciente, se le oferta la posibilidad de HDD.

Tras realizar la valoración enfermera por patrones funcionales de salud de Gordon, se propone un plan de cui-

dados enfermeros según taxonomía de la North American Nursing Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC), detectando al inicio, entre otros diagnósticos, fatiga y desesperanza relacionado con el reingreso en HD y a su vez disposición para mejorar los conocimientos para realizar sus cuidados en domicilio.

Durante el entrenamiento se añaden la ansiedad y temor ante la dificultad para la realización del túnel subcutáneo, mermando su iniciativa e implicación y mostrando pasividad ante la formación.

Intervención y Resultados:

El entrenamiento en HDD lo lleva a cabo enfermería adiestrada con monitor NxStage One, 5 días semanales con 2 días de descanso no consecutivo y duración de 2,5h.

Se canalizó la FAVn con catéter fistula (Supercath®) 16G mediante técnica estéril manteniéndolo durante 10 sesiones. Vigilancia y curas siguiendo protocolo de la Unidad y protocolo Bacteriemia Zero.

Tras la retirada del Supercath® se consigue la realización de un túnel subcutáneo canalizable fácilmente con agujas romas por parte del paciente y su alta a domicilio en 1 semana.

Conclusiones:

El desarrollo del túnel subcutáneo mediante el empleo del catéter fístula permitió la consecución del programa de formación en HDD del paciente permitiéndole el autocontrol de su miedo y ansiedad, un correcto desarrollo de sus conocimientos del procedimiento terapéutico y la aceptación de su estado de salud.

Estudio comparativo del lavado de manos convencional versus uso de solución hidroalcohólica durante la realización del intercambio peritoneal

María del Mar Baeza Valero, Antonia Gil Gil, Elena Gisbert Rosique

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante. España

Introducción:

La higiene de manos es un método sencillo, económico y eficaz con el que la tasa de infección se reduce considerablemente. Para la realización del procedimiento del intercambio peritoneal seguimos las recomendaciones y protocolos que marca la SEDEN para que los pacientes realicen el tratamiento en su domicilio con las máximas garantías.

Tras varios años de funcionamiento de la unidad y dada la evidencia científica de la que disponemos hoy que nos asegura que el lavado por fricción es tan efectivo como el lavado de manos con agua y jabón, en manos aparentemente limpias, decidimos sustituir el lavado de manos con agua y jabón previo a la manipulación de la bolsa por un lavado por fricción.

La finalidad de este cambio es disminuir el tiempo de los intercambios, garantizando la calidad del proceso y aumentando el confort del paciente.

Para ello realizamos un estudio comparativo de 4 años de duración que nos permitió averiguar que la solución hidroalcohólica era tan eficaz como el lavado de mano convencional.

Objetivos:

Comprobar la eficacia de 2 procedimientos de lavado de manos, "lavado de mano con agua y jabón versus desinfección hidroalcohólica", en el protocolo de realización del intercambio de peritoneal, en base a los resultados de ratios de peritonitis anuales.

Material y Método:

Realizamos un estudio observacional descriptivo de 4 años, en un periodo comprendido desde enero de 2014 hasta diciembre de 2017. En los 2 primeros años se sigue procedimiento de realización del intercambio que

incluye el lavado de manos con agua y jabón previo a la manipulación de la bolsa y en los 2 años siguientes (2016-2017) se sustituye el lavado de manos por una desinfección hidroalcohólica al 75%.

Incluimos todos los pacientes que inician diálisis en cada uno de los periodos con un total de 40 pacientes, 21 en el periodo 2014-2015 y 19 en 2016-2017.

En el primer periodo la media de edad es de 65 años, el 14% mujeres y el 38% de nacionalidad extranjera.

En el segundo la media de edad es de 58 años, el 36% mujeres y el 36% de nacionalidad extranjera.

Se recogen todas las peritonitis en hoja de recogida de datos Excel y se calcula el ratio de peritonitis paciente/año en ambos periodos. Para el cálculo de este ratio, se tienen en cuenta el tiempo desde que el paciente inicia la diálisis en casa hasta la baja en la técnica, descartando el tiempo de entrenamiento. Se excluyen las peritonitis catéter dependiente.

Resultados:

En el primer periodo se obtiene un ratio de peritonitis por paciente y año de 0,17.

En el segundo periodo el ratio de peritonitis por paciente y año ha sido de 0,18.

Conclusiones:

Aunque no hemos encontrado diferencias significativas en el ratio de peritonitis entre ambos procedimientos en los periodos estudiados, los pacientes se beneficiaron de un acortamiento del procedimiento, con una calidad que contempla ahora la disminución de los riesgos en el trayecto que realiza el paciente desde el baño al lugar del intercambio y mayor confort.

Intercambio único con icodextrina como pauta inicial de diálisis peritoneal incremental: experiencia de un centro

Débora Bonache Tur, Ángeles Mayordomo Sanz, M^a Pilar Sobrado Sobrado, Manel Vera Rivera, Raquel Ojeda López, Kelly Romero Baltodano

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción:

El inicio programado de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) permite en muchos casos ajustar el número de intercambios a la función renal residual (FRR) del paciente, sin necesidad de iniciar con una pauta convencional de DPCA de 4 permanencias. Se entiende por diálisis peritoneal incremental (DPI) el inicio en diálisis peritoneal DP con 3 o menos intercambios peritoneales diarios. Son varias las ventajas reportadas con la DPI: menor riesgo de peritonitis, mejor preservación de la membrana peritoneal al reducir la exposición a la glucosa, preservación de la FRR, menor carga de glucosa y menor interferencia en la vida diaria aumentando así la calidad de vida.

La posibilidad de incorporar la icodextrina en un esquema de DPI aporta un mejor control de la volemia por conseguir mayores tasas de ultrafiltración (UF) en intercambios largos, además del mantenimiento de la FRR.

El uso de icodextrina en forma de una única permanencia está extendido mayoritariamente en pacientes con síndrome cardiorrenal (SCR) en contexto de insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento médico convencional.

Sin embargo, en nuestra unidad, planteamos iniciar en el año 2015, la DPI con un intercambio único de icodextrina en pacientes incidentes sin SCR en los que, el filtrado glomerular de inicio lo permitía.

Objetivos:

Analizar la evolución de los pacientes sin SCR en tratamiento con diálisis peritoneal incremental con un sólo intercambio nocturno de icodextrina.

Material y Método:

Estudio retrospectivo, descriptivo, de los primeros 9 pacientes tratados en nuestro centro (entre los años 2015

y Marzo del 2018) con DPI con un sólo intercambio de icodextrina nocturna.

Se han analizado los siguientes parámetros: edad, sexo, causa de la enfermedad renal crónica (ERC), diabetes mellitus (DM), peso, tiempo en DP, filtrado glomerular (FG), bioimpedancia, diuresis residual y uso de diuréticos y/o hipotensores.

Además se han registrado el número y tipo de infecciones directamente relacionadas con la técnica: peritonitis e infección del orificio de salida del catéter de DP.

Los datos se han recogido al inicio tratamiento, al mes, a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento.

Resultados:

La muestra del estudio ha sido de 9 pacientes incidentes. Con una edad media de $66,4 \pm 11,4$. El 88,9% son hombres y el 11,1% mujeres. El FG de inicio fue de $15,6 \pm 2,8$ ml/min y la FRR de $2395,71 \pm 736,4$ ml/24h. El tiempo medio de permanencia en DPI es de $12,7 \pm 11,9$ meses.

Durante el tiempo de seguimiento 2 (22,2%) pacientes aumentaron el número de intercambios para aumentar la dosis de diálisis y 2 (22,2%) se trasplantaron de riñón de donante cadáver.

Al finalizar el estudio 4 pacientes (44,4%) continúan en DPI y un paciente ha recuperado la FRR.

El 88,9% de los pacientes no presentó episodios infecciosos directamente relacionados con la técnica y 1 caso presentó una infección del orificio de salida por S.Aureus.

Conclusiones:

La DPI con un único intercambio nocturno de icodextrina es una buena opción de inicio de tratamiento sustitutivo renal. Es una técnica eficaz, segura porque disminuye la manipulación del catéter, interfiere menos en la vida diaria del paciente y disminuye los costes sanitarios.

Nuevas tecnologías aplicadas a diálisis peritoneal

Isabel Montesinos Navarro, Encarnación Bellón Pérez, Cristina Pérez Jiménez, Nemesio-Manuel Martínez, Agustín Ortega Cerrato

Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España

Introducción:

El número de pacientes que inician un tratamiento sustitutivo renal se incrementa un 10% cada año. El tratamiento domiciliario renal ofrece una alternativa muy valiosa para los pacientes, en los que las nuevas tecnologías pueden aumentar más la viabilidad. Asimismo, este procedimiento permite ahorrar costes, tanto en recursos humanos, como materiales y de transporte sanitario.

Objetivos:

Valorar los parámetros de la Telemonitorización en el tratamiento de DPA-DPCA de pacientes con IRC en diálisis peritoneal, analizando:

1. Las modificaciones de los parámetros de la diálisis peritoneal a tiempo real.
2. La disminución de los desplazamientos del paciente y la familia.
3. La Detección de los problemas de forma anticipada y la forma de solucionarlos.
4. La seguridad y confianza al paciente.
5. La disminución del número de ingresos.

Material y Método:

Se ha realizado un seguimiento de los pacientes que han comenzado con cicladora de diálisis peritoneal automatizada mediante el volcado de los datos del tratamiento realizado a tiempo real.

Estudio observacional prospectivo a 5 meses, en el que se incluyeron 13 pacientes en DPA que iniciaron técnica con monitor estándar a los que se les cambió a monitor con software, tras un periodo de entrenamiento.

El método utilizado para el análisis constaba de 2 encuestas, una para el paciente y otra para el equipo de diálisis peritoneal.

Encuesta para el paciente:

1. El aprendizaje de la nueva cicladora fue dificultoso: Si/No
2. Se siente más seguro con la nueva cicladora: Si/No

3. Grado de confort con la nueva cicladora donde 1 es poco y 3 mucho.
4. Ha disminuido las visitas hospitalarias presenciales desde la puesta en marcha de su nueva cicladora: Si/No

Encuesta para el equipo de DP:

1. Problemas relacionados con la cicladora (ruido, calentamiento de la solución...)
2. Cambios en el tratamiento diálítico.
3. Cambios en el tratamiento farmacológico.
4. Ingresos y desplazamientos.

Resultados:

Encuesta pacientes:

1. El 100% contestó de forma negativa.
2. El 100% contestó de forma afirmativa.
3. El 75% contestó la variable 2 y el 25% la variable 3.
4. El 90% refirió una disminución de las visitas hospitalarias al CHUA.

Encuesta equipo DP:

1. Los principales problemas se han relacionado con el ruido y con los problemas de calentamiento de la solución, con un total de 8 incidencias.
2. Se realizaron 28 actuaciones en 7 pacientes con modificaciones del tratamiento.
3. No hubo ingresos relacionados con el cambio de la técnica.
4. Se redujo un 63% los desplazamientos.

Conclusiones:

1. El nivel de satisfacción de los pacientes con la nueva cicladora es bueno.
2. Ha mejorado el nivel de confianza con respecto a la técnica, aumentando el sentimiento de protección y seguridad.
3. Las nuevas tecnologías contribuyen a mejorar la atención sanitaria domiciliaria y la calidad de la misma, evitando desplazamientos costosos e innecesarios, optimizando el tiempo, tanto para los pacientes como para el personal sanitario.

Perfil de los pacientes con síndrome cardio-renal en diálisis peritoneal

Eva Barbero Narbona, Rosa María Luis Estévez, Elisabeth Tejeda Araez, Ana Marina Granados Martínez, Francesc Barbosa Puig, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El "síndrome cardio-renal" describe una variedad de situaciones clínicas en las que existe simultáneamente una patología renal y cardíaca. La descompensación de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) es frecuente y es un problema de salud creciente. Según el estudio PRICE, tienen una prevalencia del 6,8% en las personas mayores de 45 años, pero las cifras aumentan con la edad. Se calcula que representa la primera causa de ingreso hospitalario y tiene una importante tasa de morbimortalidad.

Los pacientes que presentan IC refractaria al tratamiento convencional son los enfermos en que la Diálisis Peritoneal (DP) puede ser una opción terapéutica útil.

Objetivos:

Como objetivo nos planteamos conocer el perfil y la evolución de los pacientes con el síndrome Cardio-Renal incluidos en el programa de DP.

Material y Método:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes en DP con síndrome Cardio-Renal. Los datos se recogieron a partir de la revisión de las historias clínicas. Se diseñó una base de datos para recoger la información, y se analizaron con el SPSS-25. Las variables incluidas fueron clínicas, bioquímicas, valoración de la autonomía y la sobrecarga del cuidador.

Resultados:

Entre 2012-18, iniciaron programa de DP por Insuficiencia Cardíaca Refractaria 16 pacientes (13 hombres y 3 mujeres). La mediana de edad fue de 75 años con un rango comprendido entre 63-85 años. Tienen

Diabetes Mellitus 68,8% (11), Hipertensión Arterial 75% (12) y Dislipemia 56,3% (9). El índice de Comorbilidad medio era de $8,3 \pm 2,1$. Según Barthel el 93,8% (15) eran dependientes antes de empezar y después el 56,3% (9). Para Lawton-Brody el 87,5% (14) eran dependientes y después el 50,0% (8). El Filtrado Glomerular medio basal era 24,1 (11-60 ml/min). El 43,8% (7) tenía Cardiopatía Isquémica y el 68,8% (11) Valvular. La mediana de la Fracción de Eyección era del 33% [22-64]. Antes de empezar con el tratamiento dialítico el 75% (12) presentaba clase funcional (CF) III-NYHA, el 12,5% (2) CFII-NYHA, y el 12,5% (2) CFIV-NYHA. Al año, el 18,8% (3) presentaba CFIII-NYHA y el 75% (12) CFII-NYHA. Tras 12 meses de realizar DP, el 50% (8) de los pacientes había presentado un descenso significativo en el número de ingresos comparándolo con los 12 meses previos. El 20% (3) tuvo que iniciar la técnica durante el ingreso de la colocación del catéter y antes de las 2 primeras semanas de cicatrización del mismo. El 81,2% (13) tiene una supervivencia mayor a 12 meses.

Conclusiones:

En conclusión, el inicio de la DP en los enfermos con IC refractaria contribuye a mejorar la clase funcional, disminuir los ingresos hospitalarios, aumentar la supervivencia, y en consecuencia influye positivamente sobre la calidad de vida, siendo pues, una herramienta terapéutica útil. Por otro lado, la situación de dependencia de los pacientes al inicio, comporta la necesidad de soporte para la realización de la técnica en todos ellos. Aunque la mayoría mejora su grado de autonomía, tan solo un 30% (6) puede asumir la técnica de manera independiente tras algunos meses. La medición de la sobrecarga del cuidador es necesaria, puesto que un tercio de los familiares implicados refirieron tener sobrecarga de tipo leve al inicio y por ello, creemos necesario la reevaluación periódica.

Riesgo de fractura ósea en diálisis: ¿valoración y prevención en hemodiálisis y diálisis peritoneal?

Sergi Aragó Sorrosal, Lida Rodas Marín, Ferrán Torres, Manel Vera Rivera, Ángeles Mayordomo Sanz, Vicenç Torregrosa Prats

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción:

La alteración óseo-mineral asociada a la enfermedad renal crónica (ERC) incrementa el deterioro de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal (TSR), y de quienes les rodean.

La incidencia de fracturas óseas (FO) es cuatro veces superior en estos pacientes; con estancias hospitalarias más largas, y una mortalidad hasta cuatro veces mayor que el resto de la población.

Algunos factores que aumentan este riesgo, son específicos de la ERC: alteraciones de marcadores bioquímicos -hormona paratiroidea, calcio, fósforo, vitamina D y fosfatasa alcalina-, y el trasplante renal.

Pacientes, habitualmente no tributarios a tratamientos de osteoporosis. Derivándose de ello, la importancia de identificar los que presenten mayor riesgo de FO. Hay pocas evidencias de dicho riesgo, en función del TSR.

Desarrollada en 2008, la herramienta FRAX, no validada para el paciente renal, predice la probabilidad de FO -cadera (FC) y osteoporótica-

Objetivos:

Determinar características demográficas, afectación ósea y riesgo de FO en pacientes de una unidad de diálisis.

Identificar el riesgo de FO de los pacientes en función del TSR, hemodiafiltración (HDF) o diálisis peritoneal (DP).

Evaluar las necesidades de los pacientes con riesgo de FO.

Material y Método:

Estudio observacional, transversal. Población a estudio: 63 pacientes.

Criterios de inclusión: tiempo en TSR ≥ 6 meses, edad entre 30 y 90 años, índice de masa corporal entre 15-37 kg/m².

Criterios de exclusión: enfermedad maligna ósea, inmovilidad, tratamiento para osteoporosis previo.

Las variables estudiadas incluyeron edad, sexo, tiempo

y tipo de TSR, actividad física. FRAX, Barthel, densitometría ósea: T-Score para osteoporosis y Trabecular bone score (TBS), riesgo de FO y daño en microarquitectura ósea (MO). Y valores séricos de marcadores bioquímicos.

Resultados:

Muestra de 27 pacientes en DP, y 27 en HDF: 75,9% hombres, edad 61,98 \pm 13,92 años. Índice de Charlson: 5,43 \pm 2,3. Barthel: 95 \pm 15,14. Meses en TSR: 34,00 (13,00, 53,00).

Con resultados similares de marcadores bioquímicos en ambos grupos.

Los pacientes en HDF presentaron mayor daño en MO, TBS_HDF: 1,18 \pm 0,16 vs TBS_DP: 1,2 \pm 0,17. Y mayor grado de osteoporosis, T-Score_HDF: -2,10 (-3,00, -1,50) vs T-Score_DP: -1,30 (-2,00, 1,05).

Aquéllos con peores valores de TBS ($\leq 1,2$) fueron de mayor edad, 68,3 \pm 10,6 años, que los de valores de TBS favorables ($> 1,35$), 47,1 \pm 8,7 años.

Los sujetos que realizaban ≥ 30 minutos/día de actividad física, consiguieron mejores resultados en osteoporosis, T-Score ≥ 30 minutos/día: -1,50 (-2,60, 0,93) vs T-Score ≥ 30 minutos/día: -2,05 (-2,80, -1,30). Sin cambios en el TBS ≥ 30 minutos/día: 1,20 \pm 0,16 vs TBS ≤ 30 minutos/día: 1,17 \pm 0,17.

El 80,4% de los pacientes independientes mostraron afectación en la MO.

El riesgo de FC fue mayor en HDF, TBS_FC: HDF 2,20 (0,80, 6,30) vs DP 0,50 (0,00, 2,70).

Discusión:

Los pacientes en HDF del presente estudio muestran un mayor grado de osteoporosis y riesgo de FO; a pesar de que en ambos grupos, el daño en la MO es alto, no relacionado con el nivel de dependencia, pero sí con la edad.

Aquéllos que realizan actividad física, presentan menor grado de osteoporosis, aunque el daño de la MO persiste.

Lo que conlleva a la adaptación de las unidades, el fomento de la actividad física y la prevención del riesgo de caídas.

Ultrafiltración parcial conseguida con diferente volumen intraperitoneal en pacientes en programa de diálisis peritoneal

Ana Dorado García, Lucila Fernández Arroyo, Carmen Gutiérrez Martín, Berta M^a Martín Alcón, Carmen Sánchez Fonseca, María Albina Bernárdez Lemus

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. Hospital General de Segovia. Segovia. Hospital Río Carrión. Palencia. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. España

Introducción:

El mantenimiento de un adecuado balance hidrosalino es esencial en los pacientes en programa de diálisis. Preservar la función renal residual y alcanzar una adecuada ultrafiltración es crucial en la prevención de la mortalidad cardiovascular, por esto es importante conocer las características del transporte de la membrana peritoneal y así alcanzar objetivos de aclaramiento y ultrafiltración

Objetivos:

Examinar la UF parcial a los 60 minutos durante un intercambio de cuatro horas de permanencia con glucosa hipertónica en pacientes en programa de diálisis peritoneal y evaluar si existen diferencias en la ultrafiltración al modificar el volumen intraperitoneal.

Material y Método:

Estudio multicéntrico, experimental, longitudinal y prospectivo que incluyó a 53 pacientes con más de dos meses en programa de diálisis peritoneal.

Se realizaron dos intercambios en días diferentes de 240 minutos de permanencia, variando exclusivamente el volumen de líquido de diálisis utilizado, 2000 cc y 1000 cc, siempre con idéntica concentración de glucosa. A los 60 minutos de terminar la infusión se realizó un drenaje completo cuantificándose la ultrafiltración conseguida por pesaje de la bolsa del efluente, de forma inmediata se infundió de nuevo ese líquido para continuar con el intercambio de forma habitual. Durante todo el tiempo de permanencia los pacientes permanecieron en decúbito.

Se recogieron variables demográficas, antropométricas, ultrafiltración a los 60 minutos y a los 240 minutos, presión intraperitoneal y concentración de glucosa en efluente.

Los valores se expresaron en porcentajes o medias, desviación estándar y rango, se consideró estadísticamente significativo $p \leq 0,05$, utilizando el paquete estadístico de Microsoft Office Excel.

Resultados:

Estudiamos a 53 pacientes, el 69% son hombres, con una edad media de $61,4 \pm 11,8$, un IMC DE $27,88 \pm 4,14$, con $22,67 \pm 22,26$ meses en diálisis.

La ultrafiltración (UF) parcial a los 60 minutos con un volumen de 2000ml fue de 422 ± 247 , el 20% ± 12 de la UF total que fue de 723 ± 705 , el DDO glucosa a los 240 minutos fue de $0,30 \pm 0,12$ y el incremento de la presión intraperitoneal con abdomen vacío fue de $4,68 \pm 2,45$.

Con un volumen de 1000ml la UF parcial fue de 300 ± 189 , el 30% ± 19 de la UF total que fue de 487 ± 259 , el DDO glucosa a los 240 minutos fue de $0,20 \pm 0,1$ y el incremento de presión intraperitoneal con abdomen vacío fue de $2,6 \pm 1,58$, en todas las variables la significación estadística estuvo por debajo del 0,004.

El 5,6% de los pacientes son bajos transportadores, 11,39% medio bajos, 43,3% medio altos y el 39,6% altos transportadores. La UF parcial en cada uno de los grupos se comporta igual que al comparar la totalidad de los pacientes, excepto en el grupo bajo transportado que se invierte y es mayor con un volumen de 2000 ml.

Conclusiones:

La UF parcial y total conseguida es mayor con un volumen intraperitoneal más alto pero el porcentaje de UF en la primera hora es mayor con volumen intraperitoneal más pequeño. Esto ocurre en todo tipo de transportadores a excepción los pacientes bajo transportadores que son capaces de mantener durante más tiempo el gradiente de concentración de glucosa durante todo el intercambio.

Urokinasa versus taurolidina como tratamiento para la erradicación del biofilm en el catéter de diálisis peritoneal

Antonia Concepción Gómez Castilla, Alejandro Forte Sayago, Estela Torres Reyes

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción:

Determinadas bacterias como los estafilococos coagulasa negativo han demostrado una gran capacidad para formar biopelícula en las prótesis, que en nuestro caso es el catéter peritoneal.

Esto condiciona que el índice de peritonitis recidivante esté ocasionando complicaciones en los pacientes de diálisis peritoneal que a pesar del tratamiento llegan a suponer en ocasiones la retirada del catéter y la pérdida del paciente para el tratamiento domiciliario.

Objetivos:

Analizar las diferencias en los resultados obtenidos entre los tratamientos U y T.

Conocer el agente responsable de los episodios de peritonitis recidivante.

Material y Método:

Hemos efectuado estudio observacional descriptivo retrospectivo, a 11 pacientes con peritonitis recidivante entre enero 2010 y diciembre de 2017, a los que se habían sometido a tratamiento para la erradicación de biofilm con UROKINASA (U) y TAURLOLIDINA (T) en los pacientes con peritonitis recidivante, ante la sospecha de formación de dicha biopelícula, para intentar la erradicación de la misma.

Controlamos las variables, edad, sexo, tiempo en diálisis, nº de recidivas, tipo de diálisis, agente infeccioso, evolución, niveles de vancomicina, infección de orificio/túnel (IOT) relacionado con la peritonitis y tratamiento utilizado para la erradicación del biofilm.

Resultados:

Hemos estudiado 6 pacientes que habían efectuado tratamiento T y 5 pacientes que habían efectuado tratamiento U, con una edad media de $67,27 \pm 13,82$ años y un tiempo en diálisis de $41,54 \pm 26,16$ meses, 9(81,8%) eran hombres y 2 (18,2%) eran mujeres.

La media de recidivas por peritonitis fue de 2,54, el 63,6% de los pacientes estaba en DPAC y el 36,4 en DPA, y no tuvimos ningún paciente con IOT relacionado con la peritonitis recidivante.

El 90,9% (10) de los pacientes estuvo en rango terapéutico en los niveles de vancomicina y 1 paciente (9,1%) no fueron medidos.

Con el tratamiento de Urokinasa se resolvió el 40% de los casos y con el tratamiento de taurolidina el 83,3%, con una X^2 mayor de 0,05 (0,137) todos ellos con peritonitis recidivante por estafilococo coagulasa negativo, presentando un único caso no resuelto que coincidió la producida por estafilococo áureo.

En nuestro caso la mayoría de las peritonitis recidivantes se produjo por estafilococo coagulasa negativo salvo una producida por bacillus que se resolvió con urokinasa y un estafilococo áureo, que pertenece al grupo no resuelto con taurolidina y que llevó a la retirada del catéter y el paciente tuvo que pasar a hemodiálisis.

Conclusiones:

En nuestro estudio, demostró mayor eficacia en la erradicación de la biopelícula el tratamiento con taurolidina, si bien consideramos que es cómodo en los pacientes en DPA, pero resulta complicado en los pacientes de DPAC debido a la necesidad de sellado durante 12 horas, que condiciona la disminución de diálisis en los días de uso de la taurolidina, necesitando el aumento de intercambios en los días de no uso para mantener los niveles de aclaramiento peritoneal semanal, sobre todo en pacientes anúricos. De todas formas habrá que tener en cuenta el seguimiento futuro debido al pequeño tamaño de la muestra que no permite clara evidencia.

Inmunidad adquirida tras la administración de la vacuna Fendrix frente a la vacuna Hbvaxpro 40 en pacientes con enfermedad renal crónica estadio IV en la consulta de prediálisis

María Micaela Salas Robles, Eva Burgos Romero, Rafael Barrios García, Juan Payán López, Francisca López Rodríguez

Agencia Sanitaria Publica Hospital Costa del Sol. Málaga. España

Introducción:

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica representan una población de alto riesgo en lo que respecta a las infecciones por virus de la Hepatitis B debido a una mayor exposición a productos sanguíneos y equipos de hemodiálisis. Se recomienda la vacunación contra el VHB para todos los pacientes crónicos susceptibles de hemodiálisis, con un control regular de los niveles de anticuerpos para asegurar que permanezcan por encima de 10UI/ml, cuyo valor define la seroprotección.

Objetivos:

El propósito de este estudio es evaluar la respuesta inmunitaria de la vacunación contra el VHB con la vacuna Fendrix (con adyuvante) y la vacuna HBvaxpro (sin adyuvante) en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en prediálisis en un período de 3 años.

Material y Método:

Estudio observacional analítico de tipo casos y controles en 104 pacientes de la consulta de prediálisis. Se han elegido dos muestras, de idéntico número de individuos; una de casos que serían los pacientes a los que se le administró la vacuna HBvaxpro 40 y otro grupo control a los que se administró vacuna Fendrix. Se llevará a cabo una comparación entre los distintos resultados de respuesta inmunitaria tras la administración del protocolo de vacunación y así poder llegar a la conclusión de cuál de las dos vacunas produce una mejor respuesta inmunitaria. La variable de resultado primaria es la respuesta inmunitaria de los pacientes con administración de vacuna Fendrix/ respuesta inmunitaria de los pacientes con administración de vacuna HBvaxpro 40.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con ERC en consulta de prediálisis
- No inmunizados frente al VHB

- Ambos sexos
- Edad comprendida entre 18-90 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con Hepatitis C
- Pacientes autoinmunizados
- Pacientes que se niegan a vacunarse
- Pacientes que presentar efectos adversos como dolor, inflamación.... y no terminan las 4 dosis de vacuna
- Pacientes en tratamiento conservador que no van a iniciar HD.

Resultados:

De los 52 pacientes vacunados con vacuna HBvaxpro, inmunizaron el 67,3%, no creando inmunidad el 32,6%. De los pacientes no inmunizados, 9 fueron revacunados con vacuna Fendrix, creando inmunidad el 77,7%, y un 22,2% no tuvieron respuesta inmunitaria. A 5 pacientes que no crearon inmunidad con vacuna HBvaxpro se les administró un booster de vacuna Fendrix, creando inmunidad el 80% de los pacientes.

Con respecto a la vacunación con Fendrix, de los 52 pacientes, el 82,6% crearon inmunidad, frente al 17,3% que no desarrolló respuesta inmunitaria.

Conclusiones:

Como conclusión, podríamos afirmar que la vacuna VHB adyuvada Fendrix tiene un buen perfil de seguridad con reacciones clínicamente aceptables similares a las vacunas de VHB como la HBvaxpro 40 y ha provocado una respuesta de anticuerpos más alta en pacientes de prediálisis. Por lo que confirmamos al igual que otros estudios llevados a cabo con anterioridad, que la administración de la vacuna Fendrix produce una seroprotección más rápida, mejorada y más prolongada en los pacientes de prediálisis de nuestro centro.

Importancia de la utilización de un protocolo de información/educación en la toma de decisión del tratamiento renal sustitutivo en la consulta ERCA de enfermería

Graciela Álvarez García, Ángel Nogueira Pérez, Guillermina Barril Cuadrado, Miguel Ángel Moral Caballero

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España

Introducción:

La consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) atiende a pacientes con un filtrado glomerular (FG) ≤ 30 ml/min/1,73 m².

La atención y el cuidado del paciente con ERCA, debe proporcionarse en el contexto de un equipo multidisciplinar con recursos humanos y materiales específicos

En la fase más avanzada de la enfermedad, cuando la FR (función renal) del paciente está comprometida y próxima al estadio 5 (Filtrado glomerular < 15 ml/min/1,73 m², o previamente según etiología y velocidad de progresión de la enfermedad renal), debemos dar información acerca de las opciones de Terapia Renal Sustitutiva (TRS).

La enfermera se encarga de informar, educar y preparar al paciente en este complicado proceso de toma de decisión. Diferentes estudios han demostrado los beneficios de un programa de educación en la toma de decisión del TRS:

- Mayor probabilidad de escoger una modalidad de auto-cuidado.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y reducción de la mortalidad y complicaciones asociadas a la entrada no programada en diálisis.

Objetivos:

1. Analizar resultados de las actividades educativas para la elección del TRS en la consulta ERCA.
2. Valorar los beneficios de implementar un protocolo de educación/información en la toma de decisión del TRS.

Material y Método:

Para el análisis de datos se realizó un estudio observacional-longitudinal-retrospectivo, a partir de los datos obtenidos de nuestro registro de educación/información en TRS vistos en la consulta de enfermería desde febrero de 2017 hasta febrero de 2018.

Se creó un protocolo de referencia en la consulta ERCA sobre el proceso de Información/Educación en TRS

Se adaptó el protocolo dando un enfoque individualizado, para que se adapte a las necesidades del paciente y hacerlo

partípe activamente en la toma de decisiones.

El material utilizado fueron las "Herramientas de ayuda a la toma de decisión compartida del TSR", que consisten en: visitas individualizadas y a demanda, DVD de modalidades, tarjetas de valores, cuestionarios y folletos informativos de diferentes procedencias, visitas a las unidades de las diferentes modalidades y reuniones grupales.

Resultados:

En el periodo establecido hemos informado/educado a 53 pacientes (32 hombres), 71 (r53-84) años.

El FG Medio (CKD-EPI) al inicio de la información/educación fue de 15,03 ml/min/1.73 m² (r14,02-20,30).

Hemos realizado 180 visitas educativas individualizadas. El 3% de los pacientes necesito una visita para decidir, el 57% una segunda, y el 40% una tercera.

La elección final en los 53 pacientes informados con el protocolo fue el siguiente:

- 38% Hemodialisis hospitalaria
- 11% Hemodialisis domiciliaria
- 42% Dialisis Peritoneal
- 3% Trasplante pre diálisis.
- 6% Tratamiento conservador.

Conclusiones:

Los resultados de esta consulta de enfermería después de un año de su implementación, ha reflejado un equilibrio de distribución de porcentajes en las técnicas de diálisis elegidas con un aumento en las técnicas domiciliarias y bajo porcentaje de la entrada no programada.

Estos datos nos demuestran la importancia de un sistema protocolizado por el equipo multidisciplinar de nefrología, y la importancia del trabajo coordinado, siendo claves las intervenciones de enfermería estructuradas y protocolizadas.

El proceso de información-educativo de elección es imprescindible para conseguir una toma de decisión libre y acorde con los valores de cada paciente, mejorando la calidad de vida y evitando las complicaciones de la entrada precipitada en diálisis.

Utilidad del índice de comorbilidad de Charlson y del índice de Barthel en la valoración a pacientes en las unidades de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)

Graciela Álvarez García, Ángel Nogueira Pérez, Miguel Ángel Moral Caballero, Guillermina Barril Cuadrado

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España

Introducción:

En las unidades ERCA cada vez se incluyen pacientes con mayor edad y mayor porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus lo que aumenta la comorbilidad.

La valoración de escalas de comorbilidad y de dependencia nos ayuda para adecuar el cuidado integral y en la toma de decisiones posteriores.

Objetivos:

Debido al valor pronóstico asociado a la comorbilidad en la ERCA, y a la necesidad de utilizar un instrumento con el objetivo de separar el efecto de ésta de otros factores pronósticos o intervenciones terapéuticas, se han creado diferentes índices de comorbilidad, entre los que destaca el índice de Charlson. Éste ha sido utilizado ampliamente como variable de ajuste en distintos modelos pronósticos, y su consistencia y validez han sido respaldadas por numerosos estudios

El índice de Barthel para valorar la dependencia. Ambos índices son fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, de aplicación sencilla

Material y Método:

Hemos valorado 122 pacientes de una unidad ERCA utilizando el índice de comorbilidad de Charlson y el índice de Barthel relacionándolos con la edad, sexo, presencia de diabetes mellitus y parámetros de nutrición (parámetros de composición corporal con bioimpedancia vectorial (BIVA), albúmina, pre albúmina, PCR y dinamometría derecha).

Resultados:

Se han valorado 122 pacientes de nuestra unidad ERCA, edad $71,16 \pm 11,89$ años, 62,7% son hombres y 34,1% mujeres.

XI.Charlson $6,62 \pm 1,66$, xI. Barthel $93,79 \pm 13,69$.

Se dividen en grupos según edad G1 ≥ 50 , G2 50, 1 a 70, G3 70,1 a 80 años y G4 > 80 , realizando para las dos esca-

las anova encontramos que no existe diferencia significativa en las medias (Anova) de I. Charlson según edad $p=0,370$ pero sí en el I.Barthel $p=0,000$.

Encontramos diferencia significativa entre las medias de las dos escalas según sexo 0,000 en Barthel no en I Charlson.

Así mismo encontramos diferencias significativas entre el grupo de DM frente al no diabético en el I. Charlson 0,043, no así en el I.Barthel 0,070.

Establecimos correlación de las escalas con parámetros nutricionales con el resultado siguiente.

Índice de Charlson:

Correlación directa significativa con: % Agua extracelular 0,000 y edad 0,000, BMI 0,027, Na/k 0,013, masa grasa 0,041, correlación inversa significativa con: % masa celular 0,000, % Agua intracelular 0,000, Angulo de fase 0,000, % masa muscular 0,000, mbasal 0,013, BCMI 0,017, pre albumina 0,027.

Índice de Barthel:

Correlación significativa directa con: Peso 0,0332, Ángulo de Fase 0,004, agua intracelular 0,012, ACT 0,009, AIC 0,001, % Masa muscular 0,041, BCMI 0,035, pre albumina 0,000, dinamometría derecha 0,000.Cr plasmática 0,048, Correlación significativa inversa con: edad 0,000, % agua extracelular 0,001, masa grasa 0,003, BMI 0,025, PCR 0,006 bicarbonato 0,024,VGS 0,02.

No encontramos correlación significativa en ninguna escala con CKD-EPI, nPNA (ingesta proteica), albúmina, ni escala malnutrición inflamación (MIS).

Conclusiones:

1. El índice de comorbilidad de Charlson y el Índice de Barthel ofrecen perfiles diferentes útiles en la valoración de comorbilidad y dependencia que son complementarias.
2. Apreciamos perfiles de correlación diferentes en el estudio de composición corporal y fuerza muscular que deben ser valorados para su prevención y tratamiento.
3. Son de práctica sencilla y deberían considerarse de rutina en la valoración de pacientes con ERC en unidades ERCA.

Análisis de la praxis enfermera en hemodiálisis: punción de la FAVI

Paula González Rodríguez, Nieves Cazorla Santana, Aranzazu Espino Ruiz, Elvira Monzón Jiménez, Mercedes Martínez Calero, Jesús Suárez Álamo

Club de Diálisis Dialsur. Las Palmas. Complejo Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas. Gran Canaria. España

Introducción:

Tras la publicación de la nueva guía clínica del acceso vascular para hemodiálisis (HD), del año 2016, realizamos este estudio para analizar si la práctica clínica habitual en la canulación de la fistula arteriovenosa interna (FAVI) se corresponde con sus recomendaciones, detectar carencias formativas, hábitos inadecuados adquiridos y definir nuevos protocolos de actuación.

Material y Método:

Estudio descriptivo realizado en dos unidades hospitalarias de HD pertenecientes a dos áreas de salud y cuatro centros satélite de HD. Se incluyeron 96 enfermeros de un total de 124 que trabajan en el sector. Para valorar el manejo de la FAVI por parte del personal, se utilizó un cuestionario genérico anónimo.

Resultados:

De los 96 enfermeros que completaron la encuesta, 62 son de los centros satélites, 23 de la unidad hospitalaria del área sur y 11 del área norte. Más del 63% de los encuestados superan los tres años de experiencia en HD.

Sólo un 68% se lava las manos siempre previa canalización y el 45%, siempre entre paciente y paciente. El desinfectante más usado por el 79% de los encuestados es la clorhexidina alcohólica. Se obtuvieron porcentajes muy similares respecto al tiempo de exposición del desinfectante, un 28/29% lo dejan actuar siempre/casi siempre al menos 2 minutos antes de iniciar la canulación.

El 85% comprueba siempre el funcionamiento de la FAVI previa punción, empleando el 75% como método

sólo la palpación. Respondiendo a la pregunta de si han puncionado FAVI trombosadas, un 34% de los enfermeros reconoció haberlo hecho en alguna ocasión.

Un 54% usa el compresor a veces. El 33% casi siempre. Un 52%, orienta la aguja arterial a favor de flujo con el bisel arriba, como recomienda la guía, un 32% lo hace a favor de flujo, bisel abajo. El 83% aún rota el bisel con la aguja ya insertada, en contra de la recomendación de la guía.

La técnica más habitual de punción es "en escalera", el 69% de los casos, y ante una complicación de esta, el 70% de los enfermeros avisa a un compañero, un 14% sigue intentando recanalizar, y otro 14% retira y vuelve a puncionar.

En cuanto a la hemostasia, ya finalizada la sesión, en el 60% de los casos los enfermeros encuestados emplean más de 10 minutos de hemostasia, y un 62% usa las pinzas a veces.

Conclusiones:

Existe una importante variabilidad en la práctica clínica, en el procedimiento de punción de FAVI, que no se corresponde con las nuevas recomendaciones.

Debemos incidir más en la asepsia y en la mejor forma de canalización de las FAVi para aumentar su supervivencia, según la evidencia.

Entre los múltiples factores relacionados con la buena o mala praxis de enfermería respecto al manejo de la FAVi, está el hábito consolidado y la falta de actualización en la evidencia científica actual.

Nuestra propuesta de mejora tras este estudio ha consistido en impartir formación reglada sobre la actualización de las nuevas guías y reevaluar su efectividad en seis meses.

Análisis de los protocolos del manejo enfermero del catéter venoso central tunelizado como acceso vascular para hemodiálisis de los hospitales de un área metropolitana

Cristopher Hernández Vásquez, Raúl Sevilla Valero

Cediat Aldaya. Valencia. España

Resumen:

La utilización del catéter venoso central tunelizado (CVCT) ha aumentado de forma progresiva en los últimos años, (siendo un acceso vascular (AAVV) indispensable en todos los Servicios de Nefrología), por su posibilidad de utilización inmediata después de su inserción y permitir un acceso definitivo en los pacientes con el lecho vascular agotado y/o otras circunstancias que imposibilitan la utilización y/o disponibilidad de otro AAVV. Sin embargo, un mayor número de complicaciones tanto trombóticas como infecciosas hacen aconsejable limitar su utilización, reservándola a personal de enfermería especializado y a unos protocolos actualizados.

Objetivos:

Este trabajo consiste en un estudio documental y de análisis cualitativo, con los siguientes objetivos:

- Analizar los diferentes protocolos del manejo enfermero del CVCT como AAVV para Hemodiálisis (HD) de los hospitales de un área metropolitana.
- Conocer si existe variabilidad entre los mismos.
- Valorar el estado actual de los protocolos.
- Comparar los protocolos con las recientes recomendaciones del Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV).

También como análisis complementario hemos comparado su estructura básica con la propuesta para la elaboración de protocolos y procedimientos del área sanitaria analizada.

Material y Método:

Para ello se ha realizado de forma absolutamente anónima un análisis de los mencionados protocolos en base a unas planillas predeterminadas y la realización de una entrevista semi estructurada con los responsables de enfermería de los Hospitales que han aceptado participar en el estudio, y que han sido todos excepto uno que no aceptó por proble-

mas administrativos ajenos al Servicio de Nefrología y a la Dirección Enfermera.

Resultados:

Los resultados más importantes han sido que el total de los hospitales analizados incluyen, e identifican en su protocolo los apartados de; títulos, equipo, material y procedimiento como parte estructural de su protocolo y destacando que ningún hospital, contempla los apartados de definición del proceso, bibliografía y criterios de evaluación de procedimientos.

En relación a las recomendaciones del manejo enfermero contempladas en el GEMAV, figuran implícitamente dentro de sus apartados, destacando que el Hospital 1 cumple una recomendación, Hospital 2 cumple 5 y Hospital 3, dos del total de las 7 nuevas recomendaciones que plantea el GEMAV sobre el manejo enfermero del catéter.

Conclusiones:

Tras el análisis de los protocolos se concluye que existe diversidad en la estructura de los mismos en los hospitales objetos de este estudio comparándolos con la estructura metodológica básica propuesta por el área sanitaria estudiada y que ninguno cumple todas las recomendaciones del GEMAV sobre el manejo enfermero del CVCT.

En nuestra opinión, si los protocolos incluyesen las recomendaciones del GEMAV mejoraría el manejo enfermero del CVCT, consideramos que la guía del GEMAV es sumamente útil para la actualización de los protocolos dado que sus recomendaciones se sustentan en bibliografía actualizada, lo que indudablemente incidiría en la mejora de la práctica clínica de las unidades de HD.

Hay que recordar que estas recomendaciones, a partir de su publicación y validación serán de referencia obligada y que en las mismas han participado tanto enfermeras expertas en el tema como la SEDEN de forma institucional.

Análisis del uso del acceso vascular periférico en la plasmacentrifugación

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El Recambio Plasmático Terapéutico (RP) es una técnica extracorpórea de depuración sanguínea, mediante la cual se realiza la extracción de un volumen variable de plasma del paciente y se sustituye por soluciones de reposición (plasma fresco y/o seroalbumina). Las técnicas principales del RPT son la separación por centrifugación y por filtración a través de una membrana.

El RPT por centrifugación habitualmente requiere flujos bajos de 50 ml/min.

La posibilidad de utilizar flujos bajos nos permite realizar el intercambio con accesos vasculares periféricos y prevenir riesgos asociados a los catéteres venosos centrales, como la bacteriemia, la trombosis o la coagulación.

El éxito terapéutico dependerá de la correcta valoración, colocación y mantenimiento de los accesos venosos por parte de enfermería.

Objetivos:

Analizar el uso del acceso vascular periférico en 93 sesiones de plasmacentrifugación.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Analizadas las complicaciones relacionadas con el acceso vascular periférico de las sesiones de plasmacentrifugación realizadas entre enero de 2017 y marzo de 2018.

Resultados:

Inclusión de 9 pacientes (6 mujeres y 3 hombres) tratados con plasmacentrifugación. En 7 casos se usó la centrifugación y 2 casos se usó la fotoaféresis. La media de edad fue de $50,66 \pm 15,34$ años. Estos pacientes realizaron un total de 93 sesiones con una mediana de 7 [P25 6; P75 10,5] sesiones por paciente. La etiología de enfermedad para estos pacientes fue: patología renal en 5 casos, patología neurológica en 3 casos y patología dermatológica en 1 caso.

De las 93 sesiones totales se encontraron problemas relacionados con la canalización de un acceso vascular periférico en el 52,69% (49 sesiones) de los casos. En 1 paciente (7 sesiones) se requirió la colocación de un catéter venoso central pediátrico por parte del médico responsable. En 1 paciente (4 sesiones) se requirió de la colocación de un catéter venoso medial por parte de la enfermera referente. En las 38 sesiones restantes, enfermería requirió de más de una punción para la colocación de un catéter venoso periférico. Pese a estas complicaciones, no se imposibilitó ninguna sesión.

Discusión y Conclusiones:

Debido a la alta tasa de complicaciones encontradas, relacionadas con el abordaje del acceso vascular periférico, concluimos que es necesario utilizar estrategias más eficientes como el estudio vascular ambulatorio del paciente antes de la primera sesión y el uso de la punción ecoguiada. Estas estrategias permitirán reducir la prevalencia de complicaciones y la preservación del capital venoso del paciente.

Buttonhole: una alternativa segura para fístulas arteriovenosas de difícil canalización

Alicia Lacasa Sánchez, María Teresa Plumed Juste, Antonio Gascón Mariño, Isabel Soriano Puertolas, Ester Gascón Fuertes, Almudena Acero Carrero

Hospital Obispo Polanco de Teruel. Teruel. España

Introducción:

La canalización de la fístula arteriovenosa es una parte crucial en el manejo del acceso vascular en los pacientes en hemodiálisis. De hecho, puede condicionar de forma significativa la supervivencia de la fístula. Se recomienda iniciar la punción de la fístula con la técnica de escalera. No obstante, en determinados pacientes con escaso desarrollo del acceso vascular se recurre a las punciones en área. El método buttonhole puede ser una alternativa de punción, ya que está prácticamente exento de las complicaciones habituales existentes en otras técnicas, como extravasaciones, hematomas y aneurismas. Es necesario un aprendizaje previo a la incorporación de esta técnica y un periodo de adaptación por parte de los profesionales, requiriendo implicación por parte de los mismos. En nuestra Unidad de hemodiálisis se comenzó la implantación del buttonhole en enero de 2017.

Objetivos:

Mostrar los primeros resultados de nuestra experiencia con el buttonhole.

Material y Método:

En los primeros 14 meses se han incluido 6 pacientes, 4 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 69,8 años (DE: 11,4). Fístula arteriovenosa radiocefálica en 4 casos y humerocefálica en 2 casos. Un paciente se dializaba 4 días por semana, tres se dializaban 3 días por semana, y dos se dializaban 2 días por semana. El tiempo con la fístula realizada al inicio de la técnica fue de 3-4 meses en tres casos, 11-15 meses en dos casos y 120 meses en un caso. Cuatro pacientes recibían antiagregantes plaquetarios. Los motivos de inclusión han sido fístulas arteriovenosas con reducida

área de punción en cuatro casos, dilatación aneurismática en un caso, miedo y ansiedad ante las punciones en un caso.

Una enfermera (supervisora) se formó en la técnica y desarrolló protocolo de creación de buttonhole, impartiendo posteriormente formación al resto del personal. En cada sesión se recogen todas las variables a analizar en una hoja de registro: presiones arterial y venosa intradiálisis, tiempo de hemostasia, valoración del dolor a la punción según escala de dolor EVA, signos de infección y aparición de aneurismas.

Resultados:

Para la creación del túnel de canalización han sido necesarias de 5 a 12 sesiones. El tiempo medio en la técnica de buttonhole fue de 8,7 meses (DE: 4,4).

Ningún paciente ha presentado complicaciones mayores. No se han producido infecciones. La percepción de dolor previa al buttonhole y tras su implantación ha disminuido de 7,5 (DE:1,5) a 1,2 (DE: 0,7) ($p=0,0001$). El tiempo de hemostasia postdiálisis se redujo de 4,64 minutos (DE: 0,86) previamente a la técnica de buttonhole a 3,38 (DE: 0,76) posteriormente a su utilización ($p=0,0009$). La paciente con fístula arteriovenosa aneurismática ha presentado evolución favorable.

Conclusiones:

La técnica de buttonhole es una alternativa segura para fístulas de difícil canalización, ya que permite disminuir la percepción de dolor y el desarrollo de dilataciones aneurismáticas. Los riesgos de la técnica se minimizan tras la transición a agujas romas. Para el desarrollo de esta técnica se requiere un personal de enfermería motivado.

Cuantificación de necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis

Rosa María Salas Muñoz, Antonio José Fernández Jiménez

Centro de Hemodiálisis Sierra Este Diálisis Andaluza. Sevilla. España

Introducción y Objetivos:

Numerosos trabajos sugieren relaciones entre enfermedades crónicas y trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión. Nos planteamos el objetivo de cuantificar la necesidad de atención psicológica de la población en hemodiálisis utilizando indicadores objetivos de ansiedad y depresión, así como la información extraída de entrevistas semi-estructuradas sobre las circunstancias personales del paciente.

Material y Método:

Estudio descriptivo de corte transversal con datos recogidos entre Octubre de 2016 y Marzo de 2018, a una muestra de 103 pacientes en hemodiálisis, con edad comprendida entre 26 y 80 años (42 mujeres y 62 hombres). Se aplicaron los cuestionarios:

- BDI - Fast Screen (Inventario de Depresión de Beck para pacientes médicos, 2011). Puntuaciones en cuatro tramos de depresión: 0-3 mínima, 4-8 leve, 9-12 moderada y 13-21 grave.
- STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, 2011). Puntuaciones en tres tramos de ansiedad: 1-4 baja, 5-7 moderada y 8-10 elevada.

La entrevista personal recogió información sobre:

- Datos biográficos.
- Situación actual bio-psico-social.
- Rasgos destacados psicológicos y comportamentales.
- Estrategias de afrontamiento y auto-apoyo.

También recogimos el tiempo que cada persona llevaba en diálisis.

Resultados:

Un 8,7% de la muestra presentó niveles de depresión grave, frente a una mayoría del 60,2% con niveles de depresión mínimos. Entre ambos resultados, encontramos al 23,3%

con niveles de depresión leves y a un 7,8% con depresión moderada.

Un 25,24% de la muestra presentaban ansiedad elevada, un 37,86% ansiedad moderada y un 36,89% baja ansiedad. Las entrevistas mostraron que en el 90% de los casos existía algún evento traumático o estresante a nivel psico-emocional, junto con escasas estrategias de afrontamiento.

Conclusiones:

No existen diferencias significativas en los niveles de depresión y ansiedad relacionadas con el sexo, edad o tiempo en diálisis. Si hallamos correlación positiva significativa entre los valores de ansiedad y depresión.

Como cabría suponer, encontramos más personas con niveles altos de ansiedad y depresión cuando comparamos nuestros resultados con los existentes en la literatura acerca de la población que no se dializa.

Sin embargo, resulta llamativo el elevado porcentaje de pacientes en hemodiálisis con niveles mínimos de ansiedad y depresión, sin que ello se acompañe de mejores herramientas de afrontamiento, ni de la ausencia de situaciones traumáticas/estresantes en sus vidas.

Al superponer nuestros datos con una curva gaussiana para población normal, observamos que hay más personas en hemodiálisis que entre la población normal con valores no sólo muy altos, sino también muy bajos de ansiedad.

Pensamos que la presencia de alexitimia (dificultad para comunicar y expresar los propios sentimientos) entre las personas en hemodiálisis podría explicar estos hallazgos. Dado que otros autores ya han relacionado este trastorno con otras enfermedades crónicas, nos proponemos realizar futuros estudios para arrojar más luz sobre esta hipótesis en hemodiálisis.

Este hecho es de interés para la enfermería nefrológica a la hora de detectar y derivar a aquellas personas en hemodiálisis que necesiten del apoyo psicológico, ya que no siempre se van a encontrar entre las más angustiadas o tristes, sino también entre aquellas aparentemente más indiferentes e impasibles.

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

Rubén Sierra Díaz, Cristina Mendías Benítez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

Actualmente nos encontramos con pacientes que para dializarse necesitan de un acceso vascular como es el catéter venoso central transitorio (CVCT). Una de nuestras funciones, es asistir al nefrólogo en la colocación de dichos catéteres y preparar al paciente tanto físicamente como proporcionándole educación para la salud para que la adaptación a esta nueva situación sea lo más factible posible tanto en su colocación inmediata como en sus cuidados a corto-medio plazo.

Objetivos:

Nuestros objetivos fueron identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes sometidos a colocación de CVCT que inician hemodiálisis y establecer intervenciones de enfermería (NIC) y Objetivos de Resultados (NOC).

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional longitudinal retrospectivo, basado en una muestra de 108 pacientes en el período comprendido entre julio y diciembre del 2017 que acudieron a nuestra unidad a la colocación de un CVCT para realización de hemodiálisis. Se incluyeron todos aquellos pacientes que tras la colocación del CVCT comenzaron diálisis por primera vez y cuyo estado físico y cognitivo permitió una entrevista de valoración tipo, justo antes de la colocación del catéter y a la semana siguiente.

Resultados:

De un total de 108 pacientes a los que se les colocó un CVCT para hemodiálisis, sólo 8 pacientes (7,40%) cumplieron los criterios de inclusión establecidos, destacando que el 37,5% eran portadores de CVCT en vena femoral y el 62,5% en vena yugular derecha. De la muestra objeto de

estudio el 80% eran hombres y el 20% mujeres.

Realizamos en primer lugar una valoración de su estado de salud (a través de los 11 patrones funcionales de salud de M. Gordon), estableciéndose a posteriori diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería (NIC) y criterios de resultados (NOC), utilizándose la Taxonomía NANDA (2015-2017) para su denominación y basándonos en la Guía editada por la SEDEN de "diagnósticos enfermeros del paciente en hemodiálisis".

El formato de valoración consta de 11 ítems, cada uno de los cuales tiene como objetivo evaluar un patrón de salud, utilizándose cuestionarios, índices, test y escalas como índice de barthel, Katz, Lawton, cuestionario de Oviedo, test de Pfeifer, Braden, Emina....

Los diagnósticos de enfermería detectados con mayor frecuencia en los pacientes que iniciaron hemodiálisis tras la colocación de un CVCT seguidos en nuestra unidad han sido:

- *00078 Gestión ineficaz de la salud (75%)
- *00085 Deterioro de la movilidad física (67%)
- *00124 Desesperanza (65%)
- *00126 Conocimientos deficientes (100%)
- *00161 Disposición para mejorar los conocimientos (50%)
- *00146 Ansiedad (97%)
- *00148 Temor (100%)
- *00004 Riesgo de infección (100%)
- *00046 Deterioro de la integridad cutánea (50%)
- *00213 Riesgo de traumatismo vascular (100%)
- *00132 Dolor agudo (90%)

Conclusiones:

Desde nuestra experiencia podemos concluir la importancia de la valoración y educación sanitaria por parte del personal de enfermería en pacientes que comienzan técnica de hemodiálisis tras la colocación de un CVCT, haciendo hincapié en la detección precoz de falta de información y aspectos que requieren una atención multidisciplinar.

Este conocimiento permite establecer planes de cuidados individualizados que respondan a las necesidades reales de los pacientes mediante intervenciones de enfermería (NIC) y Objetivos de Resultados (NOC).

Eficacia de las medidas correctoras para la disminución de los eventos adversos en una unidad de diálisis hospitalaria

Victoria Eugenia Gómez López, Carolina Muñoz Macías, Rafael Casas Cuesta, María Antonia Álvarez de Lara, Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Madrid. España

Introducción:

Los eventos adversos (EA) son fallos del proceso asistencial que pueden provocar un daño en el paciente y se definen como "daño no intencionado causado como consecuencia de la asistencia sanitaria". En nuestra Unidad de Hemodiálisis (HD), después de un primer análisis de los EA durante un periodo de estudio, se adoptaron una serie de medidas correctoras para disminuir estos EA, analizando el mismo periodo un año después, ya que el objetivo de todos los programas de seguridad del paciente, es disminuir los EA, haciendo más segura la estancia de los pacientes en los centros asistenciales.

Objetivos:

Evaluar la eficacia de las medidas correctoras en un plan de seguridad del paciente en HD para disminuir los EA durante las sesiones.

Material y Método:

Estudio retrospectivo y descriptivo consistente en un análisis estructurado, sistemático y exhaustivo del registro de HD de una unidad hospitalaria. Como método de evaluación se utilizó la metodología propia de nuestro centro (MIDEA -Medición de la Incidencia de EA-) basado en el método Global Trigger Tools.

Se revisaron todas las sesiones de HD de los meses de marzo, mayo y julio de 2016: 2.149 sesiones; y los mismos meses en 2017: 1948 sesiones. Se recogieron además datos demográficos y clínicos de los pacientes, el EA y su gravedad (severidad de los EA se categorizó según la NCC MERP).

Después del análisis de 2016, se implantaron las siguientes medidas correctoras, derivadas de los EA más frecuentes: revisión del procedimiento de anticoagulación

del circuito extracorpóreo, actualización del manejo de los accesos vasculares de acuerdo a las nuevas Guías y actualización del procedimiento ante las hipotensiones.

Resultados:

En el año 2016, se revisaron 10 sesiones/paciente. Número pacientes: 208 (35 agudos, 173 crónicos. Acceso vascular: FAVn 108, FAVp 9, CATtun 48, CATtra 45. Se detectaron un total de 255 EA (en el 11,8% de las sesiones). Los EA más frecuentes fueron: hipotensión 85, coagulación del circuito extracorpóreo 74 y problemas de la FAV 31; 222 EA fueron de gravedad E (no requirieron intervención) y 33 de gravedad F (requirieron intervención).

En el año 2017, se revisaron 7.5 sesiones/paciente número de pacientes 258 (32 agudos y 226 crónicos). Acceso vascular: FAVn 142, con CATtun 74 y CATtra 42. Se detectaron 155 EA (en el 7,9% de las sesiones). Los EA más frecuentes fueron hipotensión 60, coagulación del circuito extracorpóreo 36 y problemas de la FAV 30; 16 EA fueron de gravedad E (no requirieron intervención) y 139 de gravedad F (requirieron intervención).

Conclusiones:

Los EA disminuyeron en torno al 4% en 2017 (11,8% frente a 7,8%), aunque siguen siendo las hipotensiones, coagulaciones del circuito sanguíneo y los problemas derivados de la punción de la fístula fueron los EA más frecuentes, por lo que podemos considerar que las medidas correctoras están siendo eficaces: Sin embargo, la mayoría de los EA de 2017 requirieron intervención, al contrario que en 2016; y que pensamos que es debido a un desajuste en la revisión de 2016.

Eficacia y efectividad de las punciones ecoguiadas

Germán Parreño Alcolado, Ángela Dorado Moraleda, María Parreño Alcolado, María Bravo Herrero, Esther Arroyo Martínez, María Galván Barrilero

Asyter Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España

Introducción:

La experiencia nos indica que las primeras punciones en las FAV (fistula arterio-venosa), debido al escaso desarrollo del vaso y su inmadurez, suele presentar un reto para el personal de enfermería en las unidades de HD (hemodiálisis) por las complicaciones que acarrea una punción deficiente, provocando extravasaciones, trombos y la posible pérdida de la funcionalidad del nuevo acceso.

Objetivos:

Demostrar la eficacia, así como la efectividad de las punciones ecoguiadas.

Los beneficios que supone el uso del ecógrafo tanto para los pacientes como a nivel de gestión de recursos.

Material y Método:

Se ha realizado un estudio retrospectivo de las punciones eco-guiadas de un grupo de 45 pacientes con FAV autóloga o FAV protésica, desde la introducción del ecógrafo ULTRA-SONIX MEDICAL L14-5/38, con sonda recta de 25Hz en nuestra unidad en junio de 2016 hasta el 1 de enero de 2018.

Además, de formar de manera especializada al personal facultativo y de enfermería, en el uso y técnicas necesarias para el correcto desarrollo de esta práctica.

Resultados:

Del grupo de 45 pacientes a estudio, 40 pacientes cuentan con FAV autóloga como acceso vascular principal, dentro de estos pacientes: 20 de ellos portan FAV autóloga con primera punción ecoguiada (44,5%), 4 pacientes con FAV autóloga no puncionable pese al uso del ecógrafo (8,9%) debido a falta de desarrollo del acceso, 16 Pacientes con FAV con punción ecoguiada tras revisión por vascular (35,56%); y 5 pacientes con FAV protésica y primera punción ecoguiada (11,1%). De los 45 pacientes, tan solo en 6 de éstos (13,33%) sufrieron complicaciones en su acceso vascular pese al uso de la de punción ecoguiada con la consecuente pérdida del acceso por las siguientes causas: trombosis (50%), infección de FAV más trombosis (33,33%), fallo primario (16,66%) y pobre desarrollo FAV no susceptible a reparación (16,66%).

Conclusiones:

Dotar a los servicios de HD de un ecógrafo para realizar punciones supone un aumento de la eficacia, a la vez que disminuye los riesgos y complicaciones que nos encontramos en este tipo de accesos vasculares. Por otro lado, se ha demostrado que su aumenta la efectividad, optimizándose los recursos tanto materiales como humanos, alargando la vida de los accesos vasculares y como consecuencia, mejorando la calidad de vida de los pacientes portadores de FAV en tratamiento renal sustitutivo con HD.

Estado nutricional y composición corporal de pacientes en hemodiálisis según la bioimpedancia y la escala malnutrition inflammation score

Sònia Elvira Carrascal, Judit Bou Folgarolas, Laureano Pérez Oller, Emilia Chirveches Pérez, Emma Puigoriol Juvanteny, Rosa María Prat Canal

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

Objetivos:

Describir el estado nutricional y composición corporal de los pacientes en diálisis, de una unidad de Nefrología, según los resultados de Bioimpedancia (BCM) y Escala Malnutrition Inflammation Score (MIS), teniendo en cuenta si los pacientes habían recibido o no una intervención educativa dietética específica para aumentar la ingesta proteica. Analizar la relación existente entre las características sociodemográficas de los pacientes, técnica dialítica e indicadores nutricionales.

Material y Método:

Estudio transversal prospectivo. Se incluyeron pacientes diagnosticados de Enfermedad Renal Crónica sometidos a hemodiálisis durante el año 2017 y con un historial de tratamiento de más de 6 meses.

Se analizaron variables sociodemográficas (edad y género), técnica dialítica (HD: hemodiálisis y HDF: hemodiafiltración) y de estado nutricional y composición corporal de los pacientes en dos tiempos (1: inicio, 2: 6 meses) mediante la BCM, la escala MIS, el colesterol y albúmina (BCM1, BCM2, MIS1, MIS2, colesterol1, colesterol2, albúmina1, albúmina2).

Resultados:

Se analizaron 48 pacientes con una media de edad de $69,9 \pm 13,6$ años, 29(60,4%) eran hombres, 26(54,2%) realizaban HDF y 24(50%) del total de pacientes recibieron educación dietética.

Los valores medios de la BCM1 y BCM2 fueron respectivamente: LTI1-2 (Kg/m^2): $11,9 \pm 3,2$ y $12,1 \pm 2,9$ ($p=0,64$), FTI1-2 (Kg/m^2) $13,3 \pm 6,6$ y $13,1 \pm 6,4$ ($p=0,40$), AF1-2 $4,47 \pm 1,1$ y $4,53 \pm 1,0$ ($p=0,4$), BMI1-2: $26,0 \pm 5,4$ en ambos valores. Los del MIS1-2: $5,64 \pm 2,98$ y $6,4 \pm 3,06$ ($p=0,12$). Y colesterol1-2: $166 \pm 43,5$ y $161 \pm 41,2$ ($p=0,10$), albúmina1-2: $3,91 \pm 0,3$ y $3,74 \pm 0,3$ ($p=0,001$).

El AF1 de los pacientes que realizaron HD y HDF fueron $4,2 \pm 1,1$ y $4,6 \pm 1,1$ ($p=0,09$) respectivamente y el AF2 de los pacientes que realizaron HD y HDF fueron $4,3 \pm 1,1$ y $4,7 \pm 1,1$ ($p=0,05$).

El AF1-2 de los 24 pacientes que recibieron la intervención educativa fue: $4,45 \pm 0,89$ y $4,54 \pm 0,99$ ($p=0,24$), y de los que no la recibieron AF1-2: $4,56 \pm 1,27$ y $4,52 \pm 1,22$ ($p=0,67$). El MIS1-2 de los que sí la recibieron: $7,79 \pm 2,4$ y $7,33 \pm 3,5$ ($p=0,32$) y los valores de los restantes que no la recibieron de: $3,39 \pm 1,5$ y $5,4 \pm 2,4$ ($p=0,002$). Los valores de albúmina1-2: $4,0 \pm 0,3$ y $3,7 \pm 0,3$ ($p=0,002$) de los que no recibieron la intervención educativa.

El análisis de correlación entre los valores nutricionales, edad y género detectó la existencia de las siguientes correlaciones: edad/AF1 ($p=-0,576$; $p<0,001$), edad/AF2 ($p=-0,572$; $p<0,000$), mujeres/edad/AF2 ($p=-0,737$; $p=0,000$), mujeres/BMI2/MIS2 ($p=-0,487$; $p=0,03$), hombres/albumina1/MIS1 ($p=-0,425$; $p=0,02$), hombres/albumina2/MIS2 ($p=-0,369$; $p=0,04$), albumina1/LTI1 ($p=0,371$; $p=0,009$) y BMI2/MIS2 ($p=-0,356$; $p=0,013$). La correlación de los pacientes que no realizaron la intervención educativa fue de: MIS1/MIS2 ($p=-3,155$; $p=0,002$) y la de los que sí: MIS1/MIS2 ($p=-0,999$; $p=0,318$).

Conclusiones:

Según este estudio, los pacientes después de seis meses de tratamiento presentan valores más altos del MIS y de colesterol y albúmina más bajos. Los pacientes de más edad presentan riesgo de malnutrición (menor AF) con una correlación más fuerte en las mujeres y los hombres están mejor nutridos (óptimos resultados de albúmina y del MIS).

Los pacientes que realizan HDF presentan mejor estado nutricional (mayor AF) que los de HD.

Los pacientes que reciben una intervención nutricional educativa para aumentar la ingesta proteica presentan una mejoría de su estado nutricional (mejor resultado MIS, mayor LTI y AF).

Estudio de la eficacia de Taurolidina combinada con Urokinasa en catéteres disfuncionantes

Beatriz Liébana Pamos, Patricia Arribas Cobo, M^a Del Carmen Ortiz Delgado, Marian Bernabé Villena, Sonia Ruiz Almería, M^a Isabel Pérez Villar

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

En los últimos años se ha incrementado el porcentaje de pacientes portadores de catéter tunelizado (CT) como acceso vascular para hemodiálisis. Sus principales complicaciones son disfunción e infecciones, las cuales generan un aumento en las manipulaciones y suponen mayor riesgo de infección, uso de trombolíticos, empeoramiento de su funcionalidad, mayor morbimortalidad y disminución de eficacia dialítica. El sellado de los CT con distintas soluciones se ha utilizado tanto en la prevención como en el tratamiento de estas complicaciones, sin embargo, no existe la solución ideal.

En nuestra unidad el porcentaje de CT es elevado (32.89%). Utilizábamos como sellado previo al estudio, Heparina al 1% en CT normofuncionantes y Urokinasa 10.000UI en los disfuncionantes. Se introduce en la unidad TauroLock™- U25.000 (Taurolidina combinada con Urokinasa) y lo comenzamos a usar en aquellos CT disfuncionantes como sellado.

Objetivos:

Comparar el funcionamiento y complicaciones de los CT disfuncionantes con diferentes pautas de sellado, tras la utilización de TauroLock™-U25.000. Objetivos secundarios: conocer si existen diferencias en la eficacia dialítica y el coste económico del tratamiento farmacológico de las complicaciones generado en ambos periodos.

Material y Método:

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes portadores de CT disfuncionantes, en el que se analiza el funcionamiento, complicaciones, eficacia dialítica y coste económico de las dosis extra de Urokinasa. Periodo de estudio de ocho meses: cuatro con sellado previo y cuatro con sellado de TauroLock™- U25.000.

Se estudian variables clínicas de funcionamiento del CT, complicaciones (número de manipulaciones y dosis extra

de Urokinasa), de eficacia dialítica medida con dialisan- cia iónica mediante biosensor (OCM® y Diascan®) y gas- to de Urokinasa extra.

Definimos manipulaciones como el número de sesiones en las que se tiene que conectar el CT con ramas invertidas o que precisan intervención. La dosis de Urokinasa extra se refiere al número de sesiones que se ha tenido que administrar Urokinasa intraluminal por disfunción extrema. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS15. Las variables se muestran con medias, porcentajes y mediana. Se utilizó la t de Student para la comparación de medias.

Resultados:

Hemos encontrado significación estadística ($p=0,016$) en el flujo de sangre con respecto a los 2 periodos de sellado: 329,77 ml/min/339,94 ml/min.

La disminución del número de manipulaciones en el segundo periodo (233/163) es significativo ($p=0,033$), así como el menor uso de dosis extra de Urokinasa (52/17) ($p=0,006$).

En relación a la eficacia dialítica, la diferencia se hace significativamente favorable (2,04 litros) ($p=0,041$) al comparar la media del primer periodo con el primer mes de sellado con TauroLock™- U25.000.

El gasto en dosis extra de Urokinasa fue de 2600 € en el primer periodo y de 850 € en el segundo.

Conclusiones:

Encontramos una mejoría del funcionamiento del catéter, objetivado por el flujo sanguíneo, al igual que una mejora del KT en el primer mes de TauroLock™- U25.000.

Desde el punto de vista de enfermería hay una mejora significativa en la funcionalidad del catéter con un menor número de manipulaciones y uso de Urokinasa extra.

En la administración de Urokinasa intraluminal encontramos una diferencia de 1.750 € entre ambos periodos.

Estudio multicéntrico sobre la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis de las Islas Baleares

Senda Ramírez Sánchez, Lydia Ramírez Zafra, Catalina Amengual Tomas, María Antonia Bauzá Capella, Margalida March Amengual, Catalina Morla Miralles

Hospital Mateu Orfila. Baleares. Hospital Son Llàtzer. Baleares. Hospital Universitario Son Espases. Baleares. Hospital Comarcal de Inca. Baleares. Hospital de Manacor. Baleares. España. Hospital Can Misses. Baleares. Hospital Policlínica Miramar. Baleares. España

Introducción:

El incesante desarrollo de la medicina ha mejorado sustancialmente la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal crónica, aunque el concepto de calidad supera los aspectos puramente técnicos para incorporar aquellos relacionados con la calidad percibida por el usuario.

Objetivos:

Conocer el grado de satisfacción (calidad percibida) en los pacientes de hemodiálisis en los centros de las Islas Baleares a estudio.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal multicéntrico voluntario y anónimo.

Criterios de inclusión:

- Habla castellana o bilingüe que conserve su facultad intelectual y mental para la comprensión del cuestionario, llevando más de un mes en el centro.
- Que tenga la mayoría de edad.
- De un total de 350 sujetos incluidos en el programa de HD se trabajó sobre una muestra de 225 sujetos, exclusión por los criterios descritos o por su negativa a participar.

Se proporcionó el cuestionario SERVQHOS modificado con escala Likert donde valoraron la calidad global percibida y los aspectos: estructura, personal y funcionamiento de la unidad. Por otro lado puntuaron según la importancia que tiene para ellos los 21 ítems que se valoran en el cuestionario. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA v. 10.1.

Resultados:

- La calidad de la asistencia sanitaria percibida por los pacientes es "mejor de lo que esperaba"

en un 80,8% y el nivel de satisfacción general de los cuidados sanitarios recibidos supone que el 97,21% manifiesta estar "muy satisfecho" o "satisfecho".

- El perfil del usuario más habitual los centros de HD en nuestra Comunidad autónoma es hombre con edad media de 66,95 años (d.e. 13,53 años), casado y jubilado.
- No se han encontrado diferencias significativas entre el grado de satisfacción y las características del paciente, centro o las propias de la diálisis. Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de todos los centros son bastantes similares.
- Los tres aspectos a los que se dan mayor importancia son "la disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita" (93,6%), "puntualidad de las sesiones de diálisis (93%) y "el trato personalizado que se da a los pacientes" (92,3%).
- La valoración media de los aspectos a estudio es del 86% ("mejor de lo que esperaba"), siendo los mejores puntuados "la disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita" (92%), "la apariencia (limpieza y uniforme) del personal" (91,8%) y "el trato personalizado que se da a los pacientes" (90,8%).

Conclusiones:

- El grado de satisfacción de los pacientes de HD de nuestra comunidad autónoma es de 4,04/5.
- Los dos aspectos a los que los pacientes dan mayor importancia coinciden con los dos mejor valorados.
- Como áreas de mejora se pueden destacar "la información que los médicos dan a los familiares" (4,151) y "la información de la enfermera relacionada con las actividades diarias" (4,156).

Evaluación del estado de ansiedad, depresión y calidad del sueño en pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis

Laura Giera Vives, Ana Rico González, Nora María Martínez Lucas, Marta María Chust Álvarez

Centro de hemodiálisis Asyter Cuenca. Cuenca. Centro de Hemodiálisis Ayter Albacete. Albacete. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España

Introducción:

Las personas con Insuficiencia Renal Crónica, sufren con más frecuencia que la población general estados de ansiedad y depresión.

Los problemas de sueño se consideran importantes en estos pacientes, ya que pueden generar estrés y afectar negativamente a su calidad de vida.

Para la evaluación del paciente con problemas de sueño, sería necesario, observar, además de los factores médicos, los psicológicos.

Objetivos:

Evaluar el estado de ansiedad, depresión y calidad del sueño en pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte trasversal, en nuestros pacientes con hemodiálisis. Se excluyeron los pacientes con trastornos sensitivos, cognitivos y/o psiquiátricos severos. Fueron incluidos un total de 25 pacientes, 15 hombres y 10 mujeres, con una edad media de 69,13 años (90-31) y una estancia media en hemodiálisis de 6.55 años (14,10-0,24).

Para evaluar la calidad del sueño utilizamos el Cuestionario Pittsburgh, para el nivel de ansiedad utilizamos el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI y para el nivel de depresión utilizamos la adaptación española del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, IDER.

Resultados:

El 80% de los pacientes presentan mala calidad del sueño. El 70% de los hombres presentan mala calidad del sueño frente a un 30% de las mujeres.

Respecto al estado de ansiedad, el 24% de los pacientes presentan ansiedad-estado y el 76% presentan ansiedad-rasgo de los cuales el 63% son hombres.

En cuanto al estado de depresión, el 80% de los pacientes presentan depresión-estado y el 92% presentan depresión-rasgo. La depresión es más frecuente en hombres (70%) que en mujeres (30%).

Los pacientes con más años en tratamiento en hemodiálisis presentan ansiedad-rasgo el 64,28% y el 71% presentan depresión y mala calidad del sueño.

Los pacientes con menos años en tratamiento en hemodiálisis, presentan ansiedad-rasgo el 90%, depresión el 81% y mala calidad del sueño el 64%.

Conclusiones:

Existe un mayor nivel de ansiedad, depresión y mala calidad de sueño en nuestros pacientes, siendo más destacable en los hombres.

Los pacientes que llevan menos años en tratamiento en hemodiálisis presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que los que llevan más años en tratamiento.

Existe mayor ansiedad-rasgo que ansiedad-estado, ya que los pacientes se encuentran en la mayoría de las ocasiones protegidos por el personal sanitario.

Evaluar la fiabilidad interobservador en instrumentos de valoración funcional en pacientes en hemodiálisis

Anna Junqué Jiménez, Ester Tomás Bernaveu, Yolanda Fernández Parra, Lola Andreu Peris, Eva Segura Ortí

Hospital Terrassa. Barcelona. España

Introducción:

Cada vez es más frecuente promocionar programas de ejercicio físico para los pacientes en hemodiálisis con el fin de favorecer su condición física y paliar algunos de los efectos negativos de la enfermedad renal, como la pérdida de masa muscular.

Se puede valorar la condición física de los pacientes y el resultado de dichos programas con diferentes pruebas funcionales. En general, la dinámica de las unidades de diálisis obliga a que sean diferentes profesionales los que valoren la situación del paciente. No obstante, la literatura no refleja estudios sobre el análisis de la fiabilidad de las valoraciones en términos de concordancia entre distintos observadores.

Objetivos:

Cuantificar la fiabilidad de la valoración de la capacidad funcional de pacientes en hemodiálisis cuando la realizan distintos observadores.

Material y Método:

Estudio observacional, aprobado por el comité de ética del hospital, sobre 30 pacientes en programa de hemodiálisis que realizaron una batería de pruebas funcionales en dos fases durante los meses de enero y febrero del 2018.

Inicialmente una enfermera formada y con experiencia en la toma de variables sobre condición física, realizó varias pruebas funcionales a los pacientes antes de la sesión de hemodiálisis. Una semana más tarde, otra enfermera con similar formación y experiencia, realizó la misma valoración. Los datos se recogieron en una base de tipo Excel para su posterior análisis en el programa SPSS (IBM SPSS Statistics 20) y se llevó al cabo el cálculo de coeficiente de correlación intraclase (ICC, con intervalo de confianza del 95%) modelo alfa, efec-

tos aleatorios de dos vías.

Las pruebas funcionales valoradas fueron las siguientes: 1. Short Physical Performance Battery (SPPB), que incluyó las pruebas Sit to Stand 5 (STS5) velocidad de la marcha en 4 metros y equilibrio en pies juntos, tandem y semitandem. 2. Equilibrio estático monopodal. 3. Timed Up and Go (TUG). 4. STS-10. 5. STS-60. 6. Fuerza de tríceps sural de ambos miembros inferiores. 7. 6 minutos marcha (6MWT) y 8. Dinamometría de la mano (HG) (con y sin apoyo de antebrazo).

Resultados:

El índice de correlación intraclase para la fiabilidad interobservador fue para el STS-5 0,779 (IC 95% 0,586-0,888); velocidad en 4 metros 0,820 (IC 95% 0,656-0,910); puntuación total SPPB 0,807 (IC 95% 0,633-0,903); STS-10 0,908 (IC 95% 0,817-0,955); STS-60 0,865 (IC 95% 0,736-0,933); 6MWT 0,897 (IC 95% 0,796-0,950); Equilibrio monopodal 0,925 (IC 95% 0,849-0,964); TUG 0,918 (IC 95% 0,834-0,960); Fuerza de tríceps sural derecho 0,702 (IC 95% 0,462-0,846); Fuerza de tríceps sural izquierdo 0,995 (IC 95% 0,990-0,998); HG derecha con apoyo 0,952 (IC 95% 0,902-0,977); HG izquierda con apoyo 0,897 (IC 95% 0,796-0,950); HG derecha sin apoyo 0,973 (IC 95% 0,944-0,987); HG izquierda con apoyo 0,964 (IC 95% 0,925-0,983).

Conclusiones:

La fiabilidad interobservador, en la mayoría de las pruebas es alta por lo que se puede aceptar que la valoración del estado funcional del paciente y de los resultados de los programas destinados a promocionar el ejercicio lo lleven cabo diferentes observadores experimentados lo que facilitaría el seguimiento de los pacientes.

Experiencia en una unidad de hemodiálisis de los primeros pacientes en hemodiálisis domiciliaria tratados con sistema Nxstage System One

Alicia Lacasa Sánchez, Antonio Gascón Mariño, Esther Gascón Fuertes, Beatriz Vilar Bonacasa, Ana Vicente Vicente, María Concepción Fuertes Jarque

Hospital Obispo Polanco. Teruel. España

Introducción:

NxStage System One (NxSSO) es el primer sistema de hemodiálisis (HD) realmente portátil autorizado específicamente por la Food and Drug Administration (FDA) para la HD domiciliaria (HDD). La introducción en España en marzo de 2014 del NxSSO ha incrementado el número de unidades de HDD. Los usuarios de este sistema reciben una formación durante 3-4 semanas en su centro hospitalario, y al finalizar la misma, son capaces de realizar el tratamiento en su domicilio de forma autónoma. Durante este periodo de entrenamiento, al paciente se le enseña todo lo necesario para poder realizar su terapia, desde el manejo básico del monitor, la gestión de posibles alarmas que se pudieran producir a lo largo del tratamiento hasta como solucionar posibles contratiempos técnicos o clínicos que pueden surgir durante la sesión de HD.

En nuestra unidad de HD se comenzó la implantación del NxSSO en octubre de 2015.

Objetivos:

Mostrar los primeros resultados de nuestra experiencia con el NxSSO.

Material y Método:

Estudio retrospectivo y descriptivo, en el que se incluyen tres pacientes en HDD tratados con NxSSO y seguidos durante un máximo de 5 meses.

Una enfermera se formó en la técnica y estaba acreditada para realizar la formación de los pacientes.

Resultados:

Desde octubre de 2015 a noviembre de 2017 se han formado a tres pacientes varones con edad media de 55 años (DE: 3,4). El tiempo previo en HD fue 36 meses (DE: 26,8). Los tres pacientes estaban en lista de espera de trasplante renal. Dos esperaban su segundo trasplante y uno su cuarto trasplante. En el momento de iniciar la formación los tres estaban en programa de HD en el hospital y acudían 3 veces por semana para sus sesiones. Los tres habían estado previamente en diálisis peritoneal. Dos disponían de fístula arteriovenosa y se les realizó buttonhole durante el periodo de formación, y el tercer paciente tenía un catéter tunelizado tipo Tesio. El periodo de tiempo necesario para la formación fue de 4 semanas en los tres casos. De los tres pacientes formados, dos de ellos salieron de la técnica al recibir un trasplante renal, y el tercer paciente se mantiene activo en NxSSO. La prescripción de diálisis a los tres pacientes fue de 5 sesiones semanales de 180 minutos cada sesión. Volumen de dializado: 30 litros por sesión. La fuente de dializado utilizado en los tres casos ha sido a través de preparación de dializado PureFlow. Los tres se dializaron sin anticoagulación. El tiempo medio de permanencia en la técnica fue de 4 meses (DE: 1,7). Ningún paciente ha presentado complicaciones en su domicilio.

Conclusiones:

En nuestra experiencia el sistema NxSSO permite una formación en 4 semanas de los pacientes que desean acceder a la HDD y los resultados clínicos y analíticos son adecuados a los parámetros de calidad de diálisis establecidos por las guías vigentes.

Fatiga posthemodiálisis: un síntoma por descubrir y tratar

M^a Concepción Pereira Feijoo

Centro FRIAT "Santa María". Ourense. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

La fatiga posthemodiálisis (FPD) es un síntoma relativamente frecuente en las unidades de hemodiálisis que es infradiagnosticado, infratratado y poco estudiado, aunque supone un reto, por la variabilidad de este síntoma. Su estudio junto con estrategias para su afrontamiento implicará un beneficio en el tratamiento de este síntoma. Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal, que determina la prevalencia y características del síntoma en nuestras unidades en pacientes sin deterioro cognitivo, y/o sin demencia previa. El estudio se realizó a 125 pacientes de 3 unidades de hemodiálisis. No se ha encontrado ningún marcador diagnóstico específico. Se analizaron datos sociodemográficos, variables relacionadas con la técnica dialítica, situación funcional (Performance Status de Karnofsky), estado de salud (Salud SF-36), variables relacionadas con el propio síntoma (situación de fatiga informado por los pacientes a través de una escala EVA, HAP: Human Activity Profile para valoración de la actividad física) relacionadas con la adhesión al tratamiento(autoinformación de adherencia, adherencia objetiva, Test de Morisky Green) además de valorar la comorbilidad (índice de Charlson), ansiedad y depresión (Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton: ESAS y Ansiedad y Depresión Hospitalaria: HADS) junto con la valoración nutricional a través del índice de Ulibarri. La prevalencia de FPD en nuestros pacientes es del 55% y su sintomatología más prevalente "cansancio generalizado", los datos analizados también nos muestran que aquellos pacientes con más compromiso social y activos tienen una recuperación tras la sesión de la hemodiálisis es más rápida refiriendo menos este síntoma o con menor intensidad. En el análisis uni-multivariante, la FPD se correlaciona significativamente con sintomatología depresiva y con el índice de comorbilidad. Como opciones terapéuticas posibles podríamos introducir modificaciones en el perfil de sodio en la sesión de hemodiálisis, ejercicio físico durante la sesión y esencialmente tratar su síndrome ansioso depresivo.

Grado de incumplimiento terapéutico en función del nivel de alfabetización en salud en pacientes en hemodiálisis

Raquel Pelayo Alonso, Patricia Martínez Álvarez, M^a José Cagigas Villoslada, José Luis Cobo Sánchez, Clara M^a Palacio Cornejo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

El paciente en hemodiálisis (HD) está sometido a un régimen terapéutico que incluye el seguimiento de la dieta prescrita, la restricción hídrica y una buena adherencia al tratamiento farmacológico, entre otros. La adherencia al régimen terapéutico contribuye a disminuir la aparición de complicaciones asociadas mejorando la morbimortalidad. El incumplimiento terapéutico (IT), o falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente de la práctica clínica, especialmente, en las patologías crónicas.

A la hora de proporcionar información a los pacientes, se debería tener en cuenta el conocimiento, habilidades y capacidades que tiene el paciente para cuidarse, en definitiva, conocer su grado de Alfabetización en Salud (AeS). La AeS tiene un impacto significativo sobre la salud de los individuos. Bajos niveles de AeS se relacionan con falta de actividad de autocuidados, errores en la toma de medicación y mayor dificultad para entender instrucciones, en definitiva, un mayor IT.

Objetivos:

Conocer el grado de IT en función del nivel de AeS de los pacientes sometidos a HD y valorar otros posibles factores implicados.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 34 pacientes, mayores de 18 años, sometidos a HD crónica desde hacía más de tres meses. El nivel de AeS se valoró mediante el cuestionario Health Literacy Survey-European Union que proporciona un índice general de AeS y tres subíndices secundarios: atención y cuidados de salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud. El IT se valoró mediante la ganancia de peso interdialítica (GPI) y valores de potasio, albúmina, fósforo,

proteínas y calcio sérico en los 3 meses previos a la valoración del nivel de AeS, estableciéndose como parámetros aceptables los recomendados en guías clínicas. Se excluyeron pacientes con situación clínica que impidiese la cumplimentación del cuestionario, deterioro cognitivo, mala comprensión del idioma y la negativa a participar en el estudio tras recibir la información pertinente. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de la historia clínica del paciente. Se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio. Para determinar la correlación entre el nivel de AeS, la edad y el sexo con el grado de IT se utilizaron los test de T de Student, Chi Cuadrado, ANOVA de un factor y U de Mann-Whitney.

Resultados:

Se estudiaron 34 pacientes, 59% hombres, con edad media de 65,29±16,70 años.

Los pacientes con nivel de AeS adecuada (≥ 34 puntos) presentaron menor IT que pacientes con AeS inadecuada en relación a GPI (78% vs 70%), potasio sérico (67% vs 56%), albúmina (83% vs 72%) pero mayor IT con el fósforo sérico (83,33% vs 51,44%) – $p < 0,05$ en todos los casos-. Las mujeres tienen peor IT que los hombres en cuanto al fósforo (73,33% vs 44,58%; $p = 0,037$). Por edad, los pacientes < 69 años (mediana) tienen mayor tasa de IT.

Conclusiones:

Según nuestros datos, los pacientes con mayor nivel de AeS tienen un menor grado de IT, a excepción del fósforo.

El fósforo es el parámetro, con menor tasa de adherencia al tratamiento.

Además de la AeS, la edad y el sexo son factores que también influyen en el cumplimiento del régimen terapéutico.

Impacto de un programa holístico, individualizado e interdisciplinar de educación del paciente renal en hemodiálisis

Nuria Núñez Nieto, Jesús Domínguez Bravo, Nieves María Rico Azuaga, Antonio Romero Alcántara, Cristina Sánchez Moreno

Centro de Diálisis de La Axarquía. Málaga. España

Introducción:

Diversos estudios corroboran la educación sanitaria como herramienta fundamental para cambiar hábitos de vida en nuestros pacientes. En el caso del paciente renal, debido a su comorbilidad y al desgaste emocional ocasionado por el tratamiento renal sustitutivo, nos encontramos ante una falta de adherencia terapéutica que provoca un deterioro de la persona a nivel biopsicosocial. Esto nos hace plantearnos la necesidad de un programa de educación del paciente renal en hemodiálisis.

Objetivos:

Incorporar a la práctica diaria enfermera un curso específico de educación sanitaria basado en la individualización de los cuidados y en un enfoque interdisciplinar para mejorar el conocimiento del autocuidado de nuestros pacientes.

Formar al personal de enfermería, e integrar a las auxiliares, aumentando su grado de confianza para llevar a cabo el programa con éxito.

Material y Método:

Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, llevado a cabo a lo largo de 24 meses (desde enero de 2016 a diciembre de 2017). Participan 16 formadoras, 11 Diplomadas en Enfermería y 5 Auxiliares. El programa se divide en dos fases:

Primera fase.

- Se pasan encuestas de evaluación Pre (enfermería).
- Temario Formación de formadoras
- Integración de las auxiliares.

Segunda fase.

- Encuestas Post (enfermería).
- Encuestas Pre (pacientes).
- Inicio del programa de Educación.
- Se introduce un cuidado individualizado e interdisciplinar del paciente, mediante la colaboración de la psicóloga y el nefrólogo (gestión de casos clínicos).
- Encuestas Post (pacientes).

Resultados:

Durante el período del estudio se evaluaron 35 pacientes, con un cuestionario inicial y otro posterior a la formación. Destaca que la mitad de los pacientes llevaban menos de 12 meses en diálisis. Realizaron el estudio 25 hombres (71,4%) y 10 mujeres (28,6%). Los temas impartidos fueron: importancia de tener información sobre hemodiálisis, conocimientos del riñón, la enfermedad renal crónica, vivir con diálisis, accesos vasculares, dieta-líquidos, resultados de laboratorio y medicación. Se observó una mejora significativa, destacando un aumento considerable en el conocimiento de los accesos vasculares (de un 54% del inicio, se pasó al 94% al final del estudio), resultados de laboratorio (del 43% al 83%), y en la ERC (del 60% al 91%). Además, la importancia de tener información había aumentado claramente. El método de aprendizaje preferido por los pacientes fue la formación individual. Para el 100% de los pacientes, nuestra iniciativa fue relevante. Participaron 9 formadoras en 2016, tras incorporar a las auxiliares, eran 16. El primer año finalizan el programa 9 pacientes, mientras que en 2017 lo finalizan 26. El grado de confianza del personal formador, tras su entrenamiento y la puesta en marcha del programa aumentó considerablemente, destacando en "resultados de laboratorio" y "medicación", por parte de las auxiliares de enfermería.

Conclusiones:

Un programa de educación sanitaria bien programado, se convierte en una herramienta potente para mejorar el autocuidado del paciente renal. Puede ser utilizado para hacer un abordaje integral e individualizado de los problemas que aparecen en nuestros pacientes. Enfermería, con una buena formación presenta las habilidades y la confianza necesarias para liderar la formación del paciente con éxito y ser un eslabón imprescindible del equipo interdisciplinar.

Impacto de una estrategia multimodal sobre el cuidado de los catéteres venosos periféricos en la preservación del árbol vascular de pacientes de una unidad de nefrología

José Luis Cobo Sánchez, Susana Moya Mier, Patricia González Setién, Faustino González Menéndez, Cristina Renedo González, Mercedes Lázaro Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

La literatura refiere que el desarrollo adecuado de las fístulas arteriovenosas (FAVI) está relacionado con el estado del árbol vascular y el uso previo de dispositivos de acceso venoso periférico. Es conocido que el daño de la pared de las venas por catéteres venosos previos está relacionado con estenosis y oclusión de las venas cefálica y basílica, dando lugar a FAVIs fallidas. El catéter venoso periférico (CVP) es el dispositivo más habitual entre los pacientes hospitalizados, por lo que un manejo adecuado de los mismos ayudará a la preservación del árbol vascular.

Objetivos:

Determinar el impacto de una estrategia multimodal para reducir las complicaciones relacionadas con el CVP en una unidad de hospitalización de Nefrología.

Material y Método:

Estudio cuasi-experimental pre-post intervención longitudinal, en una población de pacientes portadores de CVP en una unidad de hospitalización de nefrología de un hospital de referencia. La intervención consistió en la formación en una estrategia multimodal para el manejo de CVP basada en 5 medidas: elección adecuada del tipo de catéter, higiene de manos, uso de clorhexidina de base alcohólica >0,5% en la preparación de la piel, mantenimiento aséptico de los CVP y retirada de los CVP innecesarios. Para la implantación del proyecto se realizó una actividad formativa on-line de 10 horas de duración sobre el paquete de medidas. Para determinar el impacto se analizaron los registros informatizados de los CVP insertados en la unidad en los 3 meses previos a la actividad formativa (PRE), comparados con los 3 me-

ses posteriores (POST). Para el análisis de los registros se utilizó una herramienta de "business intelligence" (QlickView) y el paquete estadístico EPIDAT, realizándose un análisis descriptivo e inferencial.

Resultados:

Número de CVP estudiados: PRE 96, POST 120.
 Número de episodios con CVP: PRE 55, POST 58 (PRE 50% de los episodios ingresados en la unidad, POST 68,24%).
 Número medio de CVP por paciente: PRE 2,07 (mínimo 1, máximo 7), POST 1,75 (mínimo 1, máximo 6) (p=0,02).
 Tipo CVP: PRE 97% catéter corto, 3% íntima; POST 96% catéter corto, 4% íntima (p=NS).
 Calibre: PRE 18G 1%, 20G 18%, 22G 80%, 24G 1%; POST 20G 20%, 22G 80% (p=NS).
 Duración: PRE media 192h (rango 1 a 1428h), <7 días 26%; POST media 171h (rango 0-932h), <7 días 30% (p=NS).
 Causas de retirada: Alta/ no precisa PRE 41% vs POST 38% (p=NS), Flebitis PRE 27% vs POST 13% (p=NS).

Conclusiones:

La actividad formativa en la estrategia multimodal ha conseguido: reducir el número de flebitis asociadas al uso de CVP, disminuir el número de CVP por paciente, disminuir el uso de CVP de mayor calibre y disminuir el tiempo que permanecen insertados. Una estrategia multimodal sobre el manejo de los CVP puede ayudar a preservar el árbol vascular en pacientes nefrológicos.

Implicación de enfermería en el control de los pacientes en pauta de hemodiálisis incremental (dos sesiones a la semana). Experiencia de diez años

Esther García García, Sonia Mendoza Mendoza, Verónica Sánchez Rodrigo, Esther Fernández Vega, Cristina Pérez Ramos, Raquel Moya Malillos

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

La hemodiálisis incremental (HDI), con 2 sesiones a la semana, basada en la diuresis residual, es una práctica poco extendida. Para conservar la diuresis residual, entre otros aspectos, es crucial un adecuado control en la sesión de HD. Evitar episodios de hipotensión arterial y realizar un seguimiento estrecho del teórico peso seco, evitado tasas de ultrafiltración elevadas, son aspectos clave bajo el control de enfermería. En nuestra unidad la pauta de diálisis incremental ha sido una alternativa para nuestros pacientes desde su apertura, con especial vigilancia en las sesiones de HD por parte de enfermería. Desde Marzo-08 hasta Marzo-17, mostramos los resultados de su aplicación en nuestro hospital.

Material y Método:

De forma retrospectiva se ha realizado un estudio de todos los pacientes que se han iniciado en pauta incremental en nuestro centro. Para indicar HDI los pacientes debían presentar una diuresis residual de al menos 1000 ml/24 horas, encontrarse en una situación de estabilidad clínica. Se consideraron criterios de exclusión hiperpotasemia, una situación clínica inestable y mal cumplimiento dietético o médico. Durante la sesión de HD se tenía en consideración evitar tasas máximas de ultrafiltración, así como el control de TA para evitar hipotensión arterial. Cada dos meses era reevaluada la diuresis residual y la función renal residual.

Resultados:

49 pacientes han sido incluidos en técnica incremental, 21 de ellos no cumplieron al menos 6 meses en esta modalidad (10 requirieron pasar a 3 sesiones semanales por motivos clínicos, 8 por recuperación de función renal y 3 porque en el momento del estudio no habían cumplido al menos seis meses en técnica). El resto de los pacientes (28) cumplieron al menos seis meses en HDI, su edad media al inicio de TRS era de 63 ± 12 años. La permanencia media en TRS es de 24 ± 21 meses, rango: 74-6, con un tiempo medio en técnica incremental de 16 ± 18 meses, rango de 74-6 meses. La diuresis residual desciende en el primer año de 2030 ± 600 ml/día a 1300 ± 500 ($p<0,05$). El aclaramiento de urea también desciende de $5,7\pm 1,6$ ml/min a $3,4\pm 1,6$ ml/min al año ($p<0,05$). Las principales causas de conversión a HD de tres sesiones por semana fueron: por alteración en los parámetros analíticos, por episodios de sobrecarga de volumen, por mala tolerancia a las sesiones de HD, por mala adherencia terapéutica, así como por trasplante renal, solo un paciente falleció bajo esta pauta. El peso medio seco fue ajustándose a lo largo de los meses, basal 72 ± 14 , seis meses: $70,6\pm 14$ y al año: 64 ± 14 .

Conclusiones:

La HDI puede permitir preservar la función renal residual, especialmente durante el primer año. Esta modalidad de 2 sesiones de HD/semana puede ser una alternativa en un grupo seleccionado de pacientes. El control del peso seco y su vigilancia durante la sesión de HD son aspectos clave bajo la supervisión de enfermería.

Influencia del flujo del baño en los parámetros de calidad de la hemodiafiltración en línea postdilucional

Isabel Crehuet Rodríguez, Marta Ramírez Crehuet, Pilar Méndez Briso-Montiano, María Teresa Mulero San José

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

La hemodiafiltración en línea post-dilucional (HDFOL-pd) es una técnica sustitutiva renal en la cual una parte del líquido de diálisis se infunde, después del dializador, en la sangre del paciente (volumen de infusión (VI) o de sustitución). Algunos estudios han demostrado que aumenta un 30% la supervivencia.

Actualmente se considera que para conseguir una dosis de diálisis adecuada hay que tener en cuenta el KT, KT/V y también VI. KT: 40-45 litros (L) en mujeres y 45-50L en hombres; $KT/V \geq 1,3$ y VI: 20-22L son los valores a conseguir según los últimos estudios. En sus inicios esta técnica se hacía con flujos de diálisis (Qd) muy elevados (hasta 700-800 ml/min), posteriormente nuevas publicaciones afirmaban que elevar tanto el Qd no resultaba tan útil.

Ante esta dualidad, nos planteamos analizar las diferencias producidas en KT, KT/V y VI en HDFOL-pd utilizando inicialmente Qd de 600 ml/min y posteriormente de 500 ml/min.

Material y Método:

Estudio cuasi-experimental con medida antes y después. Se incluyeron todos los pacientes en programa de crónicos dializados con la técnica de HDFOL-pd en monitores Artis®.

Se estudiaron 440 sesiones de HDFOL-pd correspondientes a 22 pacientes (n=22) de los que 7 eran mujeres. Se realizaron 10 sesiones/paciente con Qd= 600 ml/min y 10 con Qd=500 ml/min.

Durante todo el estudio, se mantuvieron constantes en cada paciente: flujo de sangre (Qb) (320 ml/min-400 ml/min), tiempo de sesión (180 min-270 min), dializador de alta permeabilidad (4 Xevonta®, 3 Polyflux 210H®, 4 Fx80®, 3 Evodial 2.2® y 8 Revaclear-400®.), acceso vascular (AV): 11 fístulas arteriovenosas (FAV) nativas (6 radio-cefálicas, 3 húmero-cefálicas y 2 húmero-basílicas) y 11 catéteres tunelizados (6 en vena yugular derecha, 4 en izquierda y uno en femoral

derecha), calibre de las agujas y monitor de diálisis. Las mediciones relativas al VI, KT (medido por dialisancia iónica) y KT/V (V: volumen de distribución de urea medido por bioimpedancia eléctrica), se recogieron del monitor en cada sesión.

Las variables estudiadas fueron edad, tiempo de permanencia en HDFOL-pd, KT, KT/V y VI.

Se aplicó el programa estadístico SPSS 15.0. Las variables cuantitativas se expresaron como media, desviación estándar, mediana y rango. Las diferencias de medias se analizaron con la t de Student para muestras apareadas y la correlación entre variables con la r de Pearson.

Resultados:

La mediana de la edad fue de 79,5 años (rango 40-86), la media del tiempo en HDFOL-PD fue de $25,13 \pm 10,51$ meses.

Las medias con Qd a 600 ml/min y a 500 ml/min fueron respectivamente: KT: $45,5 \pm 9,4$ y $45,2 \pm 9,2$ litros ($p < 0,005$, sin repercusión clínica); KT/V: $1,52 \pm 0,33$ y $1,51 \pm 0,33$ y VI: $21,84 \pm 4,50$ y $21,94 \pm 4,51$ litros. En KT/V y VI no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:

Con Qd= 500 ml/min en HDFOL-pd, obtenemos los mismos valores de dosis de diálisis que con 600 ml/min. Esto permite ahorrar una considerable cantidad de agua, un bien cada vez más escaso (6 litros de agua ultrapura/hora sesión/paciente). Solamente durante la realización de este estudio se ahorraron más de 5000 litros de agua ultrapura.

La limitación del estudio se debe al tamaño muestral. Se necesitan más estudios, con mayores muestras, para corroborar esta hipótesis.

La optimización del flujo sanguíneo de diálisis se asocia a mejoría de la anemia en pacientes en hemodiálisis crónica

Mercedes Amigo Amigo, M^a del Pilar Herranz Copado, M^a Isabel Llorente Blanco, David Arroyo Rueda

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España

Introducción:

La enfermería nefrológica juega un papel fundamental en la optimización de la diálisis. Supervisa y modifica el flujo sanguíneo para acercarlo al máximo prescrito sin superar presiones de acceso potencialmente perjudiciales. Un mayor flujo permite más dosis de diálisis, lo que podría suponer mejoría en parámetros clínicos asociados a mejor pronóstico del paciente.

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre la variación en flujo y dosis de diálisis y algunos parámetros clínicos de importancia en una cohorte de pacientes en hemodiálisis.

Material y Método:

Estudio observacional longitudinal retrospectivo de una unidad hospitalaria de hemodiálisis. Se incluyeron aquellos pacientes >18 años con >3 meses en hemodiálisis crónica que tuvieran incluidas todas las variables de estudio en la base de datos de la unidad. Se recogió información basal y a los 6 meses, registrando la media de los valores del mes. Las variables recogidas incluyeron datos de filiación (edad, sexo), antropométricos (peso, presión arterial, frecuencia cardíaca,) analíticos (hemoglobina, ferritina, índice de saturación de transferrina o IST), de diálisis (técnica, dializador de bajo o alto flujo, flujo sanguíneo, recirculación, presión venosa, Kt/V y ultrafiltración) y el tratamiento semanal con eritropoyetina y hierro intravenoso. El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS. Dado el tamaño muestral, las variables se describen como mediana (rango intercuartílico) y los tests aplicados son no paramétricos.

Resultados:

Se incluyen 29 pacientes, 17 hombres (55,2%), con una mediana de 69 años (54,5, 80,5) y un porcentaje de diabéticos del 31%. El tiempo en diálisis fue de 17,0 meses (9,0, 39,5), con un 62,1% en hemodiálisis

convencional y el resto en hemodiafiltración online. El acceso vascular fue fistula o prótesis en 21 pacientes (72,4%) y catéter central en el resto. Presentaban hipertensión prediálisis 12 pacientes (41,4%). La mediana basal de las variables analíticas registradas fue: Hb 11,8 g/dL (11,3, 12,9), IST 20,4% (15,0, 25,9) ferritina 175,1 ng/L (77,5, 229,1). La dosis media semanal basal de eritropoyetina fue de 13000 UI (6000, 20250), estando en tratamiento con hierro intravenoso 25 pacientes (86,2%).

Se encontraron diferencias significativas entre los valores basales y a los 6 meses de las siguientes variables: Hb -0,4 g/dL (-1,9, +0,9), flujo +23,2 mL/min (+3,3, +42,3) y Kt/V +0,07 (-0,01, +0,19). El análisis bivalente muestra una variación diferente de hemoglobina entre sexos (mujeres -1,35±2,11 vs. hombres +0,29±1,77, p=0,040), con correlación con la variación del Kt/V (Spearman -0,44, p=0,017) y el tiempo en diálisis (Spearman -4,54, p=0,013).

Realizamos un modelo multivariante por regresión lineal para conocer aquellos factores que afectan de forma independiente a la variación de hemoglobina, y estos fueron el sexo ($\beta=-0,266$, p=0,010), el tiempo en diálisis ($\beta=-0,314$, p=0,004), el tipo de dializador ($\beta=-0,236$, p=0,023) y el valor de la hemoglobina basal ($\beta=-0,640$, p<0,001).

Conclusiones:

La anemia es una de las complicaciones de la enfermedad renal avanzada con mayor impacto en el paciente en hemodiálisis. Junto al tratamiento farmacológico, el papel de la enfermería nefrológica puede contribuir al mejor control de la anemia y mayor estabilidad de la hemoglobina, optimizando el flujo de sangre a lo largo de las sesiones.

Medida de la recirculación en pacientes tratados con hdf en línea pre y post-dilución: bajo flujo vs termo dilución (BTM®)

Claudia Palero Castello, M^a del Mar Cuenca Caballero, Verónica Vercher Narbona, María Carmen Soler Rodrigo, Leticia García Llano, Sonia Fernández Fandos

Hospital de Manises. Valencia. España

Introducción:

La recirculación de la sangre a nivel del acceso vascular puede reducir la eficacia de la hemodiálisis (HD). La ventaja de detectar de forma inmediata y precisa este problema contribuye a una mejora en la calidad del tratamiento y sobre todo ayudarnos a anticipar problemas en fístulas arterio-venosas. Los módulos BTM® integrados en monitores avanzados ofrecen la posibilidad de realizar medidas de recirculación de forma continuada a lo largo de la sesión. Los estudios realizados a este respecto son antiguos, en pacientes con HD convencional, muestra baja y monitores menos avanzados que los actuales, aunque sus resultados apuntaban a la fiabilidad de la medida con módulo BTM®. En este estudio se analiza la fiabilidad de la termodilución con módulo BTM® como medida de la recirculación en pacientes con tratamiento HDF On-Line pre y post dilución tomando como método control la medida de recirculación mediante Bajo Flujo.

Objetivos:

1. Evaluar la validez del método de medida de recirculación mediante termodilución (BTM®) monitores 5008-S Fresenius Medical Care® en pacientes con HDF On Line.
2. Comparar la validez del método termodilución para pacientes con On-Line pre dilución y post-dilución, siendo el método control medida de recirculación Bajo Flujo.

Material y Método:

Estudio transversal descriptivo. Población muestral n=35 pacientes con tratamiento HDF On Line, de los cuales npre=12 y npost=23; rango de edad entre 44 y

85 años; portadores de FAV autóloga (rango 124-16 meses); con Qb entre 350 - 450 ml/min y duración tratamiento 240 min. Calibre de agujas utilizadas 15 G y 14 G. Los monitores analizados fueron monitores modelo 5008-S Fresenius Medical Care®, provistos de módulo BTM®.

Se midió la recirculación del acceso vascular con módulo BTM® y con bajo flujo como método control en pacientes con Pre y Post dilución.

1. Método del bajo flujo: extracción a los 30 min. iniciada la HD de la línea arterial y venosa simultaneas y de la línea arterial a los 20-30 segundos de haber aminorado el flujo a 50 ml/min, considerando esta última como sangre venosa periférica.
2. Método termodilución: medición automática a los 30 min. Iniciada la HD del % de recirculación.

El análisis estadístico se realizará con programa SPSS 23,0, tomándose valores de significación estadística P<0,05.

Resultados y Conclusiones:

Los resultados confirman que los métodos BTM/Bajo Flujo están correlacionados. El método BTM en general posee una alta sensibilidad y especificidad en la prueba diagnóstica con valores similares al Bajo flujo. La técnica postdilución se modeliza significativamente obteniéndose elevados niveles de sensibilidad y especificidad. La técnica de predilución aunque con resultados favorables no hay evidencias estadísticas significativas que garanticen su equiparación con los resultados obtenidos con Bajo Flujo (relacionado probablemente con baja muestra).

Mieloma múltiple en tratamiento sustitutivo de diálisis con tres técnicas distintas (HDF, HFR, HD). Revisión bibliográfica

Rubén Sierra Díaz, Pedro Javier de los Reyes Borrero, Salvador Martínez Flores

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

El mieloma múltiple (MM) es un tipo de cáncer de la médula ósea, en el que existe una proliferación anormal de células plasmáticas produciendo más cadenas ligeras de las que son necesarias para crear las inmunoglobulinas completas.

La forma de afectación renal más frecuente en el Mieloma consiste en la formación de extensos cilindros tubulares (constituidos por las cadenas ligeras de las inmunoglobulinas), condicionando la patología como "Riñón del Mieloma" o "Nefropatía por cadenas ligeras".

En los casos que existen fallo renal secundario al depósito intratubular, la hemodiálisis y la plasmaféresis se presentan como una opción de tratamiento adyuvante para la eliminación de las cadenas ligeras, cuyo alto peso molecular, dificulta que sean eliminadas a través de la capacidad difusiva de la hemodiálisis convencional, haciéndose necesario el uso de terapias de diálisis algo más complejas, como:

- Hemodiálisis con dializadores o filtros de alto poro o high cut-off (HCO)
- Técnica dialítica HFR SUPRA: hemodiafiltración endógena que permite reinfundir al paciente el líquido ultrafiltrado, combinando procesos de difusión, convección y adsorción.
- Hemodiafiltración en línea: requiere membrana de alto flujo, con reposición del líquido de diálisis generado por el monitor.

Nuestro objetivo fue realizar una revisión bibliográfica retrospectiva de publicaciones que trataran sobre las diferentes técnicas dialíticas utilizadas para el tratamiento del "riñón de mieloma" así como de aquellas ventajas que puedan influir en la decisión de su elección.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica consultando

una serie de base de datos como fueron: PubMed, CuidenPlus, Cinahl, Scopus, y SciELO .

Se obtuvieron 33 artículos, de los que 26 resultaron elegibles por su temática. Se eliminaron 4 artículos duplicados y 7 artículos que no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente se seleccionaron 15 artículos (posteriores al 2010) para dar respuesta a los objetivos planteados.

De los artículos seleccionados:

- 5 hacían referencia a la hemodiálisis con dializadores high cut-off (HCO)
- 3 a la técnica de HFR supra.
- 1 a la Hemodiafiltración on-line.
- 1 a las tres técnicas dialíticas objeto de estudio.
- 5 a la comparación entre HFonline vs HFR.

Todos ellos en relación a su utilización en casos de IRA o IRC provocada por mieloma múltiple.

Pese a la escasez de artículos encontrados sobre las tres técnicas dialíticas empleadas en el tratamiento del riñón de mieloma, se concluye que todas ellas consiguen una mejora en la función renal de los pacientes con mieloma múltiple, siendo de elección reciente la HFR supra cuya ventaja fundamental frente a la diálisis con alto cut-off es el tiempo de tratamiento, la menor incidencia de procesos inflamatorios asociados a la infusión de líquidos de reposición (en la HFR este es endógeno) y la gran efectividad de la resina para retirar una enorme cantidad de cadenas ligeras del torrente sanguíneo.

Y frente a la HDF online mayor biocompatibilidad, mejorando los parámetros nutricionales y requiriendo menor intervención de enfermería tras generar menor cantidad de alarmas relacionadas con la hemoconcentración.

Prevalencia y factores asociados al desgaste laboral de los profesionales de enfermería en el área de hemodiálisis

Rubén Purriños Álvarez, Carmen Ornos Agra, María Veiga Rodríguez, Marta Martín Monsalve, Laura Recouso Prego, Luis Vieira Barbosa Lopes

Hospital Quirón. A Coruña. Hospital Quirón Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. España

Introducción:

El concepto de "burnout", es definido como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach).

El personal de enfermería de las unidades de hemodiálisis está expuesto al estrés y al desgaste profesional común a otras áreas e incluyen otros adicionales y específicos del área de trabajo. En lo referido a estos últimos se incluyen actividades intensas durante el inicio y la finalización de las sesiones de diálisis, intervenciones urgentes cuando surgen complicaciones potencialmente mortales, y; una confrontación repentina con pacientes que pueden generar conflictos verbales y/o físicos. A esto ha de sumarse la realización de técnicas de diálisis complejas, sofisticadas máquinas de HD, implementación de políticas y procedimientos de control de infecciones, mayor demanda de trabajo debido al creciente número de pacientes con ERC, escasez de profesionales con formación específica y la relación con el paciente y su familia. El estrés y el desgaste profesional repercuten tanto en la atención prestada como en un aumento de las tasas de absentismo laboral.

Objetivos:

Determinar la prevalencia de desgaste profesional en profesionales de enfermería en las Unidades de Hemodiálisis.

Metodología

- Tipo de estudio: Descriptivo.
- Período de estudio: octubre 2017 - marzo 2018.
- Mediciones: Datos sociodemográficos y datos obtenidos del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultados:

Características sociodemográficas:

Un 66,7% son mujeres frente a un 33,3% de varones. Un 66,7% solteras/os frente a un 4,8% de separadas/os y un 28,6% de casadas/os. El rango de edad predominante se encuentra entre 22 y 35 años (66,7%). La mayor parte de la muestra no tiene hijos (71,4%), frente a un 9,5% con 1 hijo y un 19% con 2 o más hijos. Un 76,2% de la muestra asocia su residencia al medio urbano, mientras que un 23,8% lo hace al medio rural. En lo referido al ámbito laboral, nos encontramos con un 71% de trabajadores indefinidos, frente a un 28,6% de eventuales. Un 71,4% de los trabajadores tienen una jornada laboral >35 horas. En cuanto a la experiencia profesional, encontramos una muestra bastante distribuida, con un 23,8% de >10 años, un 44,9% entre 0 y 5 años, y un 33,3% entre 5 y 10 años. En lo que se refiere al tiempo desempeñado el puesto actual, un 85% de la muestra presenta una continuidad de al menos 1 año. La relación con los médicos, así como con los demás miembros del equipo de enfermería resulto ser satisfactoria en ambos casos, con valores de satisfacción en torno al 80%. En lo referido al ámbito laboral encontramos un 76% de trabajadores en el ámbito peninsular, frente a un 23,8% del ámbito insular.

Por último, basándonos en el cuestionario Maslach Burnout Inventory concluimos que, en nuestra muestra, existe el síndrome de Burnout con un grado medio, con valores medios-altos en cada una de las escalas definitivas. Resultan significativos los valores de despersonalización (50% de la muestra) y baja realización personal (rondando el 40%).

Repercusiones del tratamiento psicoterapéutico sobre indicadores psico-somáticos en el paciente renal en hemodiálisis

Rosa María Salas Muñoz, Antonio José Fernández Jiménez

Centro de Hemodiálisis Sierra Este Diálisis Andaluza. Sevilla. España

Introducción y objetivos:

La implicación de relaciones psico-somáticas en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades ha sido un tema de interés en las últimas décadas. No existen estudios que apoyen esta hipótesis en relación con la enfermedad renal crónica y su tratamiento. En este trabajo nos proponemos comprobar si los efectos del tratamiento psicoterapéutico de las personas en hemodiálisis quedan reflejados no sólo por indicadores objetivos de ansiedad y depresión, sino también por otros parámetros fisiológicos registrados.

Material y Método:

Estudio descriptivo longitudinal con datos recogidos entre Octubre de 2016 y Marzo de 2018, a un grupo de 39 personas de 26 a 80 años (21 mujeres y 18 hombres), seleccionadas para recibir tratamiento psicológico a partir de una muestra de 103 pacientes de hemodiálisis que habían realizado previamente una entrevista personal y los siguientes cuestionarios:

- BDI - Fast Screen (Inventario de Depresión de Beck para pacientes médicos, 2011). Puntuaciones en cuatro tramos de depresión: 0-3 mínima, 4-8 leve, 9-12 moderada y 13-21 grave.
- STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spie-lberger, 2011). Puntuaciones en tres tramos de ansiedad: 1-4 baja, 5-7 moderada y 8-10 elevada.

Durante la psicoterapia, se registraron los siguientes parámetros fisiológicos:

- Peso Seco
- Ganancia hídrica
- Tensión arterial
- Frecuencia cardiaca

Tras el tratamiento, volvieron a aplicarse los dos cuestionarios antes mencionados.

Resultados:

En el 100% de los casos se detectó algún evento traumático o estresante a nivel psico-emocional, junto con escasas estra-

tegias de afrontamiento.

Los datos pre-tratamiento mostraron:

- Depresión: 17,9% grave, 12,8% moderada, 23,1 % leve y 46,2% mínima.
- Ansiedad: 33,3% elevada, 46,2% moderada y 20,5% baja.

Los resultados post-tratamiento fueron:

- Depresión: 5,1% grave, 10,3% moderada, 61,5% leve y 23,1% mínima.
- Ansiedad: 17,9% elevada, 51,3% moderada y 30,8% baja.

De las variables fisiológicas estudiadas, la única que mostró un comportamiento relacionado con el tratamiento psicológico fue la ganancia hídrica, que describió una tendencia lineal descendiente en un 61,5% de casos.

Conclusiones:

Aunque el número de personas con ansiedad y depresión elevada disminuyó tras las sesiones de psicoterapia, en algunos casos se produjo un ligero aumento de los niveles de ansiedad y depresión desde valores mínimos a moderados. Esto apuntaría a que, gracias al tratamiento psicológico, la persona toma más conciencia y se hace más sensible ante su situación y sus propios sentimientos.

Así mismo, queda apoyada la hipótesis de que el tratamiento psicológico tiene repercusiones en el paciente renal a nivel somático, representadas principalmente por una medida tan vinculada a la diálisis como es la ganancia hídrica, que tiende a descender a medida que hay una mejoría en el plano emocional.

Para el personal de enfermería nefrológica, la detección de datos elevados de ganancia hídrica en el paciente renal podría suponer una llamada de atención sobre una necesidad de atención psicológica, convirtiéndose este indicador en un referente somático relacionado con el bienestar emocional de la persona en hemodiálisis. Estos hallazgos confirmarían la importancia de integrar la atención psicológica como parte del tratamiento multidisciplinar del paciente renal.

Simuladores para el entrenamiento en la punción ecoguiada del acceso vascular. Revisión de la literatura

Alberto Sánchez Martín, Verónica Martín Guerrero, Gema Palacios García, Violeta Hernández de Arribas

Fundación Hospital de Jove. Gijón. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción:

Un acceso vascular (AV) es condición indispensable para realizar una óptima sesión de hemodiálisis. La fistula arteriovenosa (FAV) nativa es el AV de primera elección. La ecografía es una herramienta que ayuda a valorar el estado de la FAV y su punción. Los primeros pasos con el ecógrafo precisan de conocimientos teóricos y requieren una correcta curva de aprendizaje. Las recomendaciones internacionales sobre el AV guiado por ultrasonido sugieren incluir técnicas de simulación en el entrenamiento de la punción ecoguiada. Los simuladores de punción permiten un entrenamiento del profesional para aprender o perfeccionar sus habilidades en relación a la canulación en un entorno controlado y con posibilidades de ensayo-error ilimitadas.

Objetivos:

- Identificar los simuladores de punción para el entrenamiento de la punción ecoguiada del AV en hemodiálisis para enfermería.
- Analizar los diferentes tipos de simuladores existentes: comparar los distintos materiales que los componen y su coste.
- Valorar las recomendaciones del uso de simuladores para el entrenamiento en la punción ecoguiada del AV para enfermería nefrológica.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda sistematizada usando lenguaje natural en las principales bases de datos: Pubmed/Medline, Cinahl, Scopus, Cochrane Library plus, Scielo, Cuiden y en publicaciones complementarias.

Se incluyeron estudios en los que se analizaran la punción ecoguiada a través de simuladores tanto comerciales como de fabricación casera. Debido a la falta de publicaciones específicas en AV para hemodiálisis se amplió la búsqueda para cualquier tipo de punción en vasos ecoguiada.

Resultados:

Se seleccionaron 12 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Se clasificaron según el tipo de AV, el material de composición, las recomendaciones y valoraciones de los autores. En cuanto a las características propias de los simuladores se analizaron: disponibilidad, coste, reutilizable, mantenimiento, duración, retroalimentación táctil, sensación de canulación, visibilidad y cicatrices. Los simuladores de fabricación casera están realizados en distintos materiales: silicona, gelatina/agar hueco o con drenaje, modelo animal y con productos cárnicos. Realizando un análisis por las variables de estudios obtenemos que los de mayor coste son los comerciales. Los más utilizados son los derivados de las gelatina y los productos cárnicos. Como ventajas detectadas de estos resaltan la facilidad de elaboración y la visibilidad ecografía. Como mayor desventaja, la falta de sensibilidad a la palpación y una vida corta.

Conclusiones:

- No se han identificado artículos específicos para el entrenamiento de la punción ecoguiada del AV en hemodiálisis para enfermería.
- Se identifican simuladores de punción comerciales y gran variedad de simuladores caseros, teniendo estos últimos un auge en los últimos años para la práctica de identificación y punción. Destacan en la literatura los derivados de gelatina/agar, productos cárnicos y silicona.
- Dadas escasas investigaciones sobre el tema y la ausencia de artículos que determinen la satisfacción, tanto del docente como del discente en relación a las prácticas simuladas, se sugiere introducir encuestas de satisfacción en las actividades dirigidas a la práctica con simuladores para determinar su eficacia.

Validación de métodos simplificados para medida del flujo del acceso con termodilución, optimizar tiempo y seguridad

M^a Luz Sánchez Tocino, Antonio López González, Silvia Villoria González, M^a Isabel González Sánchez, Mónica García Macías, Alicia González Horna

Centros FRIAT Las Encinas. Salamanca, El Castañar. Salamanca y Los Llanos. Madrid. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. España

Introducción:

Garantizar la seguridad del paciente, así como optimizar la eficiencia de las unidades de hemodiálisis es fundamental para proporcionar una atención de calidad. Para ello, es imprescindible la revisión y adaptación de técnicas y procedimientos siendo, uno de ellos, la determinación del flujo de acceso (QA) de la fístula arteriovenosa (FAV) por Termodilución (TD).

Objetivos:

Validar dos métodos simplificados de medida del QA con TD, un método abreviado (MA) y un método inverso (MI), a través del análisis de la variabilidad generada y su concordancia clínica con respecto al método de referencia descrito por el fabricante (MR). El objetivo secundario fue evaluar el tiempo empleado para la determinación del QA y su repercusión sobre la eficacia dialítica (KT).

Material y Método:

Estudio observacional trasversal sobre 117 FAV. Se realizaron 2 mediciones consecutivas de QA por TD, aplicando al cálculo matemático el valor medio de dos medidas de recirculación con líneas en posición correcta (RN) y una única medida con líneas invertidas (Rx) obtenidos en este orden (MR). Otra medición abreviada, con un sólo registro de RN y Rx con la misma secuencia temporal (MA) y una última, también abreviada, en la que se evita una inversión de líneas en el procedimiento, comenzando la sesión con líneas invertidas para obtener primero la Rx y posteriormente un único valor de RN (MI). Para el estudio de la concordancia se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (ICC), el método Bland-Altman y el índice de Kappa de Cohen (K).

Resultados:

El QA medio para MR fue 858,77+448,88 ml/min frente 882,11+464,12 ml/min ($p=0,139$) de MA y 862,89+482,97 ml/min ($p=0,925$) de MI. El método Bland-Altman evidenció muy buena concordancia para QA inferiores a 700 ml/min, empeorando a medida que aumenta el flujo. La diferencia relativa entre las mediciones con MR (variabilidad intramétodo) fue 12,12+44,92%, la variabilidad intermétodo fue 6,65+29,10% ($p=0,678$) respecto MA y 2,60+26,24% ($p=0,217$) respecto MI. El ICC fue 0,907 (95% IC: 0,866-0,935) entre medidas del MR, 0,939 (95% IC: 0,912-0,957) entre MR y MA y 0,946 (95% IC: 0,922-0,962) entre MR y MI. El grado de acuerdo del MR para identificar QA menores de 500 ml/min obtuvo una fuerza de concordancia buena ($K=0,694$) con MA y muy buena ($K=0,834$) con MI. El tiempo empleado al utilizar MR fue 67,10+13,33 minutos, que disminuye significativamente en MA y MI hasta 47,47+11,11 minutos ($p=0,000$) y 48,91+10,37 minutos ($p=0,000$) respectivamente. El KT fue 45,12+6,80 litros para MR, no evidenciándose mejoría para MA con 44,79+9,83 litros ($p=0,201$) ni MI con 45,70+7,68 litros ($p=0,946$).

Conclusiones:

La medida de QA con los métodos simplificados no es equivalente al método de referencia dado que la variabilidad aumenta a medida que aumenta el flujo, pero la variabilidad intermétodo observada tiene un comportamiento imprevisible y similar a la variabilidad intramétodo, que igualmente deberemos tener en cuenta al interpretar medidas de seguimiento. Clínicamente todos los métodos identifican FAV susceptibles de otra valoración pues el grado de acuerdo a flujos inferiores de 500 ml/m es bueno. Los métodos simplificados aunque no mejoran la eficacia, son una buena alternativa para disminuir el tiempo invertido en la medición y por tanto las cargas de trabajo para enfermería, minimizando además los posibles efectos adversos derivados del procedimiento.

Valoración del sistema Adimea en la medición continua del Kt/v en hemodiálisis

María Teresa Belmonte Ruiz, María Isabel Bolos Contador, Sandra Cabeza Leyva, Ángela Casas Parra, Néstor Yesid Rodríguez Chitiva, Néstor Gabriel Toapanta Gaibor

BBraun Avitum Servicios Renales S.A. Centro de diálisis Martorell. Barcelona. España

El sistema Adimea utiliza el principio de la espectroscopia por luz ultravioleta para determinar de manera continua la reducción de la concentración molar de urea en el líquido de dializado. Las partículas contenidas en el dializado que son removidas del plasma durante la diálisis absorben la luz que es medida por un sensor, este cambio en la concentración es usado para calcular el aclaramiento de urea (K). Introduciendo el peso del paciente el sistema calcula el KtV. Durante su uso en el centro de diálisis, hemos observado variaciones en las curvas y determinaciones finales de KtV medidas con Adimea por lo que se propuso un estudio clínico observacional retrospectivo para valorar dichas variaciones. Se revisaron 10006 sesiones de diálisis de 68 pacientes prevalentes en el centro en el año 2017, 42 hombres, edad media 71,6 años (39-87 años), FAVI 70,6%, catéter 19,1% PTFE 7,4%. La mayoría de pacientes reciben tratamiento con Hemodiafiltración OnLine post dilución 52%, HDF OnLine pre 38%, HD alto flujo 4,5% y HD bajo flujo 4,5%. La media anual de KtV medida por Adimea fue de 1,45+/-0,17 y la media de KtVe medido por urea en muestra de sangre extraída antes y después de la sesión de diálisis usando la ecuación de Daugirdas fue 1,61+/-0,21. En 37 sesiones se observaron KtV elevados medidos con Adimea asociados al uso

de paracetamol con una media de 2,43. En 5 sesiones asociadas al uso de NaCl con un KtV medio 2,45. En 10 sesiones se observó una elevación de este parámetro, media 3,29 al realizar lavados con solución salina 0,9% durante la sesión.

La urea con un peso molecular (PM) de 60 Da, tiene un PM similar al NaCl (58 Da) por lo que es plausible que el uso de NaCl 20% que se hace en el centro con los pacientes que presentan hipotensión o el uso de bolos de solución salina altere la medición de la reducción de urea que hace el sistema Adimea. Caso similar puede ocurrir con el uso de paracetamol (151 Da). El sistema Adimea ofrece la ventaja de la medición continuada del KtV vigilando este parámetro de manera individual y en cada sesión de diálisis.

Es importante vigilar aquellas medicaciones que pueden alterar el KtV medido por espectroscopia de cara a la valoración de dosis de diálisis diaria. Puede ser útil en la clínica valorar la media mensual de KtV descartando las sesiones en que dicho parámetro se vea alterado por el uso de algunas medicaciones.

Estudio comparativo de los parámetros del dolor y de la ansiedad de los pacientes renales trasplantados con injerto de donante cadáver y de donante vivo

Adriana Patricia Mejía Díaz, María Pilar Cardona Blasco, Nuria Fornós Barreras, Ana Isabel Alicarte Gracia, Alberto Villamoro Ordozgoti, Amalia Ibeas Oliver

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción:

El estudio del cuidado del paciente receptor de donante cadáver y vivo se realizó por una serie de inquietudes fundamentadas en la experiencia del cuidado de enfermería directo a pacientes trasplantados, en el cual se observó que las personas sometidas a este tipo de procedimiento quirúrgico manejaban un nivel de ansiedad y dolor importante; planteando identificar posibles diferencias en cuanto a los parámetros de dolor y ansiedad en los pacientes trasplantados de injerto donante vivo y cadáver y las variables posiblemente relacionadas con los parámetros del dolor y ansiedad estudiados en la muestra.

Material y Método:

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo. Muestreo no probabilístico consecutivo; 61 pacientes renales trasplantados con injerto de donante vivo y cadáver desde el 1 de enero al 31 de agosto del 2016. Instrumentos: escala verbal numérica del dolor del dolor, encuesta hospitalaria de la ansiedad y depresión, base de datos y entrevista pre ingreso.

Análisis de datos:

Análisis de varianza, chi cuadrado pruebas t, análisis de correlación de Pearson y pruebas no paramétricas para variables con una distribución no normal la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, Prueba exacta de Fischer, intervalo de confianza del 95% considerando que la diferencia era significativa cuando el error fuese menor o igual del 5%.

Resultados:

En cuanto al nivel máximo de ansiedad y nivel máximo de dolor se contrastó a través de la prueba estadística Chi cuadrado con las siguientes variables: socio demografías, clínico asistenciales y complicaciones postoperatoria con respecto a un margen de error de $0,05 >$ no existe asociación estadísticamente significativa. Por otra parte; el nivel máximo de dolor con los días de estancia hospitalaria coeficiente de correlación de Spearman con un P valor $<0,050$ la correlación es directamente proporcional. La relación de los días de dolor del paciente trasplantados con la edad es negativa y fuerte con un significancia del $0,035 < 0,050$.

Conclusiones:

Se evidencia una inexistencia de unas posibles diferencias en cuanto a la superioridad de los parámetros de dolor y ansiedad con respecto al tipo de pacientes trasplantados de donante vivo y cadáver, a su vez tampoco existe relación de las variables con los parámetros de dolor; es decir no se cumple el criterio planteado en la hipótesis del trabajo, lo que deja claro, que realmente se hace necesario la investigación científica, para corroborar a través de hechos científicos la percepción que en la práctica diaria de enfermería hacen suponer una serie de eventos emocionales en paciente trasplantado renal. Por otra parte, los días de dolor influyen con respecto a la edad; es decir que el umbral del dolor está asociado en mayor proporción con la población joven trasplantada lo que sugiere mayores días de hospitalización y un manejo más estricto de la analgesia convencional pautada independientemente de la analgesia en bomba de perfusión continua pautada desde quirófano, para proporcionar bienestar.

Estudio cualitativo sobre los donantes de riñón vivos

Sofía Ferrero Hidalgo, Natalia Almendros Valera, Rebeca Cañada Álvarez, Maria Vicenta Ruiz Carbonell

Hospital Germans Universitar Trias i Pujol. Barcelona. España

Introducción:

Estudio cualitativo, que tiene como principal objetivo, conocer de primera mano los motivos que empujan a una persona a donar un riñón.

Entrevista estructurada, con las mismas preguntas, la misma formulación, el mismo orden, mismo estímulo para todos, libertad de respuestas y con preguntas abiertas. La entrevista en profundidad, sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio de preguntas y respuestas. La finalidad es proporcionar la máxima información al entrevistador, sin olvidar que toda conversación posee su propio equilibrio de revelación y ocultamiento de pensamientos e intenciones.

Este estudio, es una conversación provocada por el entrevistador, dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación, que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo, guiada por el investigador sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación.

Objetivos:

- Miedos que surgen una vez tomada la decisión de donar.
- Entender el grado de altruismo del donante.
- Consecuencias de quedarse con un riñón.
- Diseño del guión de la conducción de la entrevista: Dos fases.
- Entrevista cara a cara con el donante de forma privada.
- Llamada de teléfono tres meses después.
- Variable: sexo, edad, parentesco, nacionalidad, estudios.

Análisis de la entrevista:

Se trata de 18 pacientes. Elementos narrativos de las vivencias de los donantes. Se inicia la conversación con una pregunta que será el eje de toda la entrevista: ¿Cómo se planteó la donación? Se van desgranando

uno a uno, los sentimientos, miedos, deseos, alivio, apoyos familiares, negaciones etc. Por los que ha pasado el donante. Presiones si las ha habido y todo un conjunto de acontecimientos que se precipitan sobre la familia, cuando uno de sus miembros está enfermo.

Aspectos legales: Organización Mundial de la Salud:

Principio rector 3 "subraya que la donación sea auténtica y se tome con conocimiento de causa, para lo cual es necesario disponer de información completa, objetiva y pertinente. Excluir a las personas vulnerables que sean incapaces de satisfacer los requisitos que comporta un consentimiento voluntario e informado".

Conclusiones:

En un mundo deshumanizado, la vida no es tomada en consideración, todo fluye a una velocidad de vértigo, nos encontramos en los hospitales, donde, con la implantación de la informática, nos hemos alejado de la cabecera del paciente, ya no hay tiempo. Nos desalienta pensar que se pierdan los aspectos humanísticos que durante tanto tiempo han sido la fuerza vital de la enfermería.

Los aspectos técnicos superan a los aspectos sociales, por lo que se hace evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería, que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo. En esta situación actual, al desarrollar nuestro estudio, nos ha llenado de optimismo descubrir un intenso amor por la familia, la generosidad sin límites, y un altruismo inmenso que está llevado a familiares sanos dar un órgano para curar a su familiar enfermo. Ver como se agarran a la esperanza de que con su donación toda la familia vuelva a la normalidad y sentirse parte importante de ese éxito.

Evolución del donante postnefrectomía en trasplante renal de donante vivo

Abel Basilio Ruiz López, María Isabel Díaz Jurado, María Luisa Gallego Español, Susana Asensio Flores, Antonio Fernández Pérez, Sarah Cuadrado Tena

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal de donante vivo (TRDV), es la terapia renal sustitutiva de elección para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en prediálisis o programa de diálisis. Se acortan los plazos de espera en lista y por tanto, mejora sus condiciones de salud pre TR. El número de pacientes en lista de espera ha aumentado significativamente en los últimos años.

En relación al receptor, los controles están claramente protocolizados. A nivel de enfermería se realiza seguimiento y educación sanitaria con demostrada eficacia en su evolución. Al donante renal se le practica un seguimiento ambulatorio al alta para detectar de forma precoz posibles complicaciones derivadas de la cirugía o de su status como persona monorrena.

Objetivos:

Principal

- Valorar la evolución clínica del donante post trasplante renal de donante vivo.

Secundarios

- Detectar situaciones de empeoramiento o mejora clínica respecto a la situación pre trasplante.
- Determinar si existe una relación causa efecto en estos cambios, relacionados con una posible intervención enfermera.

Material y Método:

- Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, longitudinal.
- Se seleccionaron todos aquellos donantes en TRDV en nuestro hospital durante los años 2010 a 2015, que acudieron a controles periódicos en CCEE.

Resultados:

N=140 trasplantes de donante vivo durante los años 2010 a 2015.

En relación a las características basales pre nefrectomía:

- N=118; Proteinuria (Sí): 29%
- N=138; HTA (Sí): 15%
- N=139; Obesidad (Sí): 29%
- N=139; IMC (media): 26,8%
- N=138; Creatinina mg/dl (media): 0,8
- N=125; Filtrado glomerular (media): 91,5%

Complicaciones o muerte perioperatorias= 0%

Durante el primer año post nefrectomía:

- N= 17; Proteinuria (Sí): 15,2%
- N=123, HTA (Sí)=7%
- N=120, IMC (media)=26,9%
- N=121, Creatinina mg/dl (media)=1,1mg/dl
- N=121, Filtrado glomerular (media)= 58,7%

Evolución del filtrado glomerular (media) durante 6 años:

- 3 meses, N=128; 60,2%
- 2 años, N=88; 59,9%
- 4 años, N=55; 60,8%
- 6 años, N=21; 61,3%

Conclusiones:

A nivel basal, algunos donantes presentaron cifras de HTA, obesidad o proteinuria, circunstancia que no contraindicó la donación.

El primer año post nefrectomía se observó una disminución del número de pacientes con cifras de HTA, proteinuria, obesidad e IMC. Esto podría deberse al seguimiento y control que recibe el donante en las visitas ambulatorias.

No existe una enfermera referente para el seguimiento del donante renal. Futuras estudios podrían destinarse a valorar si una intervención enfermera tanto pre como post quirúrgica podría mejorar las cifras de los resultados actuales. Existe un aumento de los niveles de Creatinina sérica y una disminución del filtrado glomerular durante el primer año. Esta situación es fisiológica y se debe a la disminución del número de glomérulos en el organismo secundaria a la nefrectomía pero a largo plazo, 6 años, se produce un aumento en relación a los valores del primer año post nefrectomía.

Los resultados objetivan que la opción de TRDV, es la mejor opción para el receptor, y en el caso del donante, no se afecta de forma significativa su estado de salud.

Experiencia del donante en el proceso del trasplante renal de donante vivo (TRDV)

Maribel Díaz Jurado, Luisa Gallego Español, María Jovani Palau, Sheila Oliva Romero, Abel Basilio Ruiz López, Susana Asensio Flores

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal de donante vivo, es la mejor opción de tratamiento de la insuficiencia renal crónica en estadio V. Permite obtener mejores resultados que en el caso del donante cadáver, dada la óptima calidad de vida que presenta el receptor, así como, el menor tiempo de isquemia fría a que está sometido el órgano.

La salud del donante a largo plazo no se ve afectada por el hecho de la donación y el tiempo de supervivencia del injerto es mayor en el paciente receptor. Aun así, existen pocos estudios que evalúen la experiencia del donante vivo, respecto a los cuidados recibidos.

En nuestro hospital, de tercer nivel, se inició el programa de Trasplante Renal de Donante Vivo (TRDV) en el año 2000.

Objetivos:

Objetivo principal:

Conocer la experiencia del donante respecto a los cuidados recibidos durante el proceso de la donación.

Objetivos secundarios:

Identificar la percepción que recibe el donante durante el proceso de TRDV en el periodo de enero del 2017 a marzo del 2018.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo realizado desde enero del año 2017 hasta abril del 2018 en el área de Nefro-Urología en un hospital de tercer nivel.

Se incluyeron todos los donantes de vivo que tras el estudio previo eran candidatos a la donación.

Se ha creado un cuestionario Ad-hoc, donde la variable principal es la percepción del donante vivo sobre los cuidados percibidos.

Resultados:

En nuestro hospital, desde el año 2000, fecha de inicio del programa de TRDV, se han realizado 275 trasplantes.

Se han incluido en el período del estudio 30 pacientes, sometidos a nefrectomía, para la donación.

El perfil del donante de nuestro estudio es:

- Sexo:
 - 19 mujeres
 - 11 hombres.
- Edad:
 - 30-39 años: 1
 - 40-49 años: 8
 - 50-59 años: 9
 - 60-69 años: 11
 - 70-79 años: 1
- Relación:
 - Padre-- 1
 - Madre—5
 - Hermano —4
 - Hermana—4
 - Esposo-- 5
 - Esposa—10
 - Otros (primo)—1•

La media de estancia hospitalaria ha sido: 3,17 días.

Con los resultados del análisis de la encuesta, identificamos necesidades del donante que requieren intervenciones enfermeras para la obtención de unos mejores cuidados.

Conclusiones:

El seguimiento al donante por parte de enfermería en todas las etapas del proceso garantiza la detección precoz de complicaciones y el manejo de los síntomas.

La detección de la percepción del donante respecto a los cuidados recibidos permitirá definir nuevas actuaciones enfermeras relacionadas con el cuidado del donante, que permitirá elaborar una guía informativa.

Elaboración de una guía para el donante renal, que se le facilitará una vez confirmada la donación.

Es necesario futuros estudios que confirmen el impacto de la aplicación de esta guía del proceso de TRDV.

Inmunoadsorción: análisis de los resultados en una unidad de hemodiálisis hospitalaria

Débora Bonache Tur, Kelly Romero Baltodano, Marta Quintela Martínez, M^a Pilar Sobrado Sobrado, Carina Caamaño Lado, Alba Luz Montoya Echeverry

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal (TR) es la mejor opción terapéutica para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. La introducción de diferentes técnicas de aféresis ha permitido realizar trasplantes con incompatibilidad del grupo sanguíneo (ABOi) de forma segura y con una supervivencia del injerto comparable a los TR del mismo grupo. También ha permitido realizar el tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos que puede limitar en gran medida la supervivencia del injerto.

El tratamiento con inmunoadsorción no selectiva (IAD) fue introducido en nuestro centro con el objetivo de permitir la desensibilización previa a un TR ABOi y el tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos (RMA).

Objetivos:

Analizar los resultados de una nueva técnica extra-corpórea, la inmunoadsorción, en una unidad de hemodiálisis de un centro hospitalario de tercer nivel.

Material y Método:

Estudio retrospectivo, descriptivo, de los primeros 18 pacientes tratados en nuestro centro con IAD (entre los años 2012 y 2017) en las indicaciones de acondicionamiento del trasplante ABOi y tratamiento de rechazo humoral.

En los casos de ABOi se utilizó un protocolo de acondicionamiento basado en inmunoadsorción (con número de sesiones necesarias hasta conseguir títulos de isoaglutininas <4/4 pre-trasplante), mientras que en los casos de rechazo se realizaron 5 sesiones de IAD. En ambos casos se completó el tratamiento con el uso de anticuerpo monoclonal anti-CD20 (Rituximab) y reposición con inmunoglobulina policlonal inespecífica (IGIV).

El protocolo inmunosupresor se adaptó de forma individual en cada receptor.

Resultados

Durante un periodo de 5 años se han analizado un total de 126 sesiones de IAD en 18 pacientes. En el 47,6% de los casos para el tratamiento del RMA y en el 52,4% restante para desensibilización previa al TR ABOi.

La edad media de los pacientes acondicionados para TR ABOi fue de $45,3 \pm 12,7$ años. El 14,3% fueron mujeres y el 85,7% hombres. Se realizaron una media de $8,3 \pm 0,49$ sesiones de IAD previas al TR y en el 57,1% se complementaron 2 sesiones posteriores. El tratamiento concomitante fue con Rituximab e inmunoglobulinas, requiriendo el 42,9% la realización de recambios plasmáticos (RCP). Actualmente, el 100% de los pacientes mantienen el injerto funcionando con un nivel medio de creatinina (Cr) plasmática de $1,5 \pm 0,59$ mg/dl. Los pacientes en tratamiento de RMA tenían una edad media de $51,2 \pm 14,9$ años. El 27,3% fueron mujeres y el 72,7% hombres. Se realizaron una media de $5,5 \pm 1,6$ sesiones de IA. El tratamiento concomitante fue con RTX e IGIV, requiriendo el 27,3% la realización de RCP. Actualmente, el 81,8% de los pacientes mantienen el injerto funcionando con un nivel medio de Cr plasmática de $2,2 \pm 1,3$ mg/dl.

Conclusiones:

La técnica de IAD se ha establecido de forma segura como parte del tratamiento de acondicionamiento en el TR ABOi y el RMA. El trasplante renal de donante vivo ABOi tras la desensibilización fue posible en el 100% de los pacientes. Por otro lado, los pacientes con RMA (especialmente agudos) tuvieron una adecuada respuesta al tratamiento, manteniendo actualmente la funcionalidad del injerto en el 81,8% de los casos.

La adaptación a la IAD por parte de enfermería de la unidad de hemodiálisis ha sido excelente.

Nivel de satisfacción percibida por el paciente intervenido de trasplante renal durante su estancia en la unidad de agudos

Verónica Martín Guerrero, Elena Martín García, Violeta Hernández de Arribas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción:

En los últimos años el trasplante renal se ha posicionado como el mejor tratamiento de la insuficiencia renal crónica en cuanto a supervivencia, calidad de vida, complicaciones y coste-beneficio frente a la diálisis. Son varios los estudios que aseguran que los pacientes y familiares que reciben una adecuada preparación, apoyo emocional y educación durante el proceso, lograrán una mayor supervivencia y calidad de vida postrasplante.

Objetivos:

Evaluar el nivel de satisfacción percibido por el paciente trasplantado renal durante su estancia en la Unidad de Agudos. Conocer el nivel de la calidad de cuidados e identificar los principales factores de estrés durante la estancia en nuestra Unidad.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal observacional. Realizado durante los meses de febrero a junio de 2018 a los pacientes trasplantados renales con postoperatorio en la Unidad de Agudos; participaron 20 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se autodiseño una escala para conocer la satisfacción y factores de estrés del paciente, compuesta por la encuesta validada Calidad de cuidados de enfermería (CUCACE) y una modificación de la Haemodialysis Stressor (HSS); finalmente elaboramos un instrumento de 45 ítems. Las encuestas fueron autocumplimentadas por los paciente una vez eran dados de alta a la planta de Nefrología.

Resultados:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. En relación a la edad la mediana fue $54,5 \pm 11,12$. En relación al tiempo en hemodiálisis 10 (50%) llevaban entre 1 y 3 años y 6 (30%) llevaban menos de un año; en cuanto al tiempo en lista de espera 10 (50%) llevaban menos de un año y 2 (10%) llevaban más de tres años.

En relación a la opinión del cuidado según la dimensión: su experiencia en los cuidados de las enfermeras, todos los ítems obtuvieron una puntuación superior al 70% una puntuación alta según esta escala. Las mayores puntuaciones fueron las relacionadas con la información, trato y ambiente; siendo lo peor valorado la iluminación nocturna y la falta de intimidad.

En relación a la calidad de cuidados según la dimensión de satisfacción: su opinión sobre la atención de las enfermeras, todos los ítems estuvieron por encima del 74% y los más positivos por encima del 90% destacando la amabilidad, trato y capacitación. Siendo lo peor valorado la cantidad de libertad.

En el listado de factores de estrés, obtienen puntuaciones mayores el miedo a las complicaciones, la falta de autonomía, el dolor, no tener diuresis inmediata y el fallo del trasplante.

Conclusiones:

La calidad de los cuidados enfermeros percibidos obtiene una buena satisfacción coincidiendo con los resultados encontrados en la bibliografía. Destacando que todos los pacientes valoraron la acogida a la unidad y la atención recibida por parte de enfermería como muy buena o excelente. En contrapunto destacamos lo peor valorado las barreras arquitectónicas de la unidad. En relación con los factores de estrés con mayor puntuación, queremos realizar actividades educativas en la consulta de pretrasplante para disminuir dichos factores y con ello aumentar la satisfacción y la calidad de los cuidados.

Trasplante renal cruzado. Manejo y gestión de los cuidados de enfermería

María Teresa Alonso Torres, Maite López Guerrero, Esther Franquet Barnils, Esther Sanz Izquierdo, Carmen Mirada Ariet, Ana Palomino Martínez

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

Introducción:

El Trasplante Renal es el mejor tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica en cuanto a supervivencia, calidad de vida, menores complicaciones y mejor relación coste beneficio frente a otros tratamientos como hemodiálisis y diálisis peritoneal. En 2009, la Organización Nacional de Trasplante, impulsó y coordinó el programa de Trasplante Renal Cruzado (TRC) incluyendo, por primera vez, la figura del donante altruista. Los profesionales de enfermería, eje fundamental del sistema sanitario, intervienen activamente en la gestión, coordinación, planificación y seguimiento de los cuidados de enfermería durante el proceso asistencial del programa.

Objetivos:

Describir y evaluar el procedimiento asistencial de enfermería en el proceso del trasplante renal en cadena y cruzado.

Material y Método:

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. La población fueron todos los TRC llevados a cabo en España. En el estudio se incluyeron todos los receptores y donantes mayores de edad que intervinieron en el programa de TRC desde el año 2011 hasta 2017 en un Centro hospitalario. La muestra estuvo compuesta por 8 cadenas y 13 trasplantes renales cruzados. Se recogieron datos sociodemográficos, clínico-asistenciales, complicaciones post-quirúrgicas y taxonomía de enfermería (NANDA NIC y NOC).

Conclusiones:

El Centro inició el programa TRC en 2011, hasta diciembre del 2017 se realizaron 2154 Trasplantes Renales, de ellos 22% Trasplantes Renales Vivos (entre ellos,

8 Trasplantes Renales cadena y 13 cruzados). El número total de participantes fueron 100, de ellos 51% del Centro, 25 donantes (2 donantes altruistas) y 26 receptores. Edad media: 52,2 años (rango: 32-74) donante y 48,4 años (rango: 29-72) receptor. Según género: 53,85% varones (22 hombres: 11 donantes y 11 receptores) y 46,15% mujeres (29 mujeres: 14 donantes y 15 receptoras). La relación entre ellos: 16 parejas no emparentadas y 9 emparentadas. Estancia media hospitalaria post-quirúrgica: 9,92 días el receptor y 5 días el donante. El 30,76% trasplante anticipado y el resto, tiempo medio en diálisis: 18,6 meses. El 100% de las parejas relacionadas compartieron habitación. Se crearon 2 documentos asistenciales multidisciplinares para asegurar y preservar la identificación y la comunicación entre los propios participantes. Se identificaron los patrones funcionales de Marjory Gordon y se diseñó un plan de cuidados individualizado encaminado al mantenimiento del patrón de eliminación, seleccionando los diagnósticos, NIC y NOC principales del donante y receptor (0146 ansiedad, 00126 déficit de conocimientos y 0004 riesgo de infección...). Cuidados de enfermería pre-quirúrgicos: enema, trasquilado y espirómetro incentivo a todos. Cuidados post-quirúrgicos: media de retirada sonda vesical 7 días, retirada grapas 13,78 días, se confeccionaron y cumplieron los circuitos asistenciales elaborados y el 100% respetó la confidencialidad de los participantes. Ningún receptor se mantuvo en aislamiento post-quirúrgico, acontecimientos adversos: 0% caídas, 1,9% error medicación y 34,6% complicaciones. En el programa intervinieron 10 centros hospitalarios nacionales. Tanto donante y receptor mantuvieron estable la función renal post cirugía al mes, 4 meses, 1 año y a los 2 años.

Conclusiones:

La complejidad de los procesos asistenciales en el programa de trasplante renal cruzado requiere de una coordinación y comunicación entre el equipo que garantice una gestión asistencial única e integral.

Desarrollo de un informe internacional de continuidad de cuidados (IICC) en enfermería nefrológica

Cristina Medías Benítez, Juan Luis Chaín de la Bastida, María Chaín Ramos

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

La cultura de Globalización ha tenido un gran aumento en las últimas décadas. El desplazamiento de un paciente con Insuficiencia Renal con tratamiento de Hemodiálisis siempre ha provocado un elevado temor y/o ansiedad por la preocupación de como se manejarán con su tratamiento en el centro de destino/vacaciones.

Dicho concepto se magnifica más cuando el desplazamiento es a un país donde se usa un idioma distinto al del paciente.

Durante un año tuvimos la oportunidad de desarrollar nuestra labor de enfermeras nefrológicas en un país de habla inglesa. Estuvimos destinados en la unidad de HD de un hospital de tercer nivel.

La frecuencia con la que nuestros pacientes viajaban a España, unido al interés y preocupación que nos mostraron, nos animó al desarrollo de un plan de continuidad de cuidados estandarizados, adaptado a cada paciente y con la novedad de realizarlo de modo bilingüe. Dicha actividad, gracias al enfermero responsable de investigación y protocolos, se implantó dentro de los procedimientos del servicio, responsabilizándonos de asegurar su desarrollo.

Objetivos:

- Implantación de un formato de comunicación, Informe Internacional de Continuidad de Cuidados (IICC), entre enfermeros de diferentes países y habla.
- Valorar el grado de satisfacción de nuestros pacientes, así como del personal de enfermería del país destino para con esta "nueva" herramienta.

Material y Método:

Es un trabajo descriptivo, cualitativo y retrospectivo. De los 96 pacientes que tenemos en la unidad, 3 pacientes de habla inglesa solicitan vacaciones en un centro de terapia sustitutiva de hemodiálisis en España.

Se valora mediante una entrevista estructurada su estado de ánimo, a través de la escala Brief EVEA, con la intención de poder valorar el grado de ansiedad, alegría, tristeza y depresión.

Se elabora un IICC con los datos de filiación, enfermera referente, contacto y, de modo más ampliado, esquema, acceso vascular y complicaciones e incidencias intradiálisis. Dicho informe se elaboraba tanto en español como en Inglés. Además, se acompaña de un tríptico a modo de resumen del mismo, en ambos idiomas, en formato A4.

Este tríptico se acompaña de escala de satisfacción final, a modo de evaluación, para rellenar por la enfermera de destino, así como por el paciente al regresar de sus vacaciones.

Una entrevista informal tras el regreso del paciente para valorar sus impresiones y poder detectar posibles mejoras para el formato. También se volvía a pasar la escala Brief EVEA.

Resultados:

Los resultados recogidos mostraron una amplia satisfacción de los pacientes, basados en la escala numérica de los trípticos, tanto de los pacientes como del personal de enfermería referente del centro de destino. Nos encontramos con un pleno en las escala de 1 (valor de máxima satisfacción) en todos los resultados.

Respecto a las escalas Brief EVEA, se aprecia una disminución de ansiedad y tristeza-depresión así como un mantenimiento del nivel de alegría.

Conclusiones:

Como conclusión/discusión cabe destacar la valoración de nuestro Servicio Nefrológico, que considero como muy adecuado la implantación del registro. A su vez, en el IICC, solicitábamos otro informe que mantuviera dicha continuidad de los cuidados.

Diálisis y sexualidad

Carmen Solís Domínguez, Mónica Martín Cano, Sandra Victoria Báez Arroyo

Centro de Diálisis de Málaga. Málaga. España

Introducción:

Según la OMS la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social que requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones placenteras y seguras. Cuando los riñones se ven afectados en la insuficiencia renal crónica, aparecen alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal. Estas influyen negativamente en el desempeño sexual provocando una disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, infertilidad, dispareunia, hipomenorrea, entre otros. Paralelamente brotan alteraciones psicológicas; baja autoestima, inseguridad, ansiedad y estrés. Los trastornos de disfunción sexual no son infrecuentes en las personas con IRC, afectando aproximadamente al 40% de nuestros pacientes. Es competencia enfermera su abordaje ya que es una necesidad básica, una realidad biopsicosocial. Educando al paciente en aspectos de sexualidad y estableciendo una relación de confianza, se conseguirá brindar cuidados integrales y de calidad.

Objetivos:

Como objetivo, se plantea analizar el comportamiento sexual de los pacientes en hemodiálisis.

Material y Método:

Se hizo una revisión bibliográfica de estudios publicados en los últimos 8 años en SCIELO, CINHAL y S.E.N. Como criterios de selección se incluyeron solo aquellos artículos que hacían referencia al ámbito español/portugués, por sus similitudes socioculturales, para obtener resultados aplicables al contexto clínico. Tras la búsqueda se analizaron 3 artículos que tras su evaluación con CASPe mostraban evidencia científica.

Resultados:

Muñoz-García concluye en su estudio que el 56,25% de los varones y el 31,8% de las mujeres han disminuido el deseo sexual desde que están en hemodiálisis, relacionando el factor psicológico en el 37,5% de los casos como el factor causante. La disminución de la libido afecta más a las mujeres que a los varones.

En el estudio de Farias de Queiloz, un 28,7% de los pacientes presentaban disfunción sexual la cual se asoció con sexo y estado civil. En esta perspectiva, se destaca que el 62,9% de los investigados estaban en una relación conyugal y un 52,2% eran del sexo masculino. Otro problema adaptativo que se correlacionó con el sexo fue el dolor crónico, que puede estar relacionado con la osteoartritis renal por el desequilibrio calcio-fósforo.

Por otro lado, en el estudio Acevedo y colaboradores, se diagnosticó disfunción sexual en el 67,9% de las mujeres y en el 44,8% de los varones. En el análisis multivariante los parámetros nutricionales permanecieron asociados de manera independiente con la disfunción sexual en mujeres; en los varones los principales determinantes fueron el aumento de la concentración de calcio y la disminución de la testosterona. En los análisis de regresión logística, el riesgo de disfunción sexual en la población global estaba asociado a niveles menores de albúmina (OR=6,94).

Conclusiones:

Entre las causas orgánicas se encuentran problemas neurológicos, endocrinos, farmacológicos e hipertensión fundamentalmente y entre las psicológicas, pérdida de autoestima, estética y ansiedad.

La comunicación, la terapia, la estimulación sexual y la ayuda farmacológica son las principales acciones a adoptar cuando se presenta el problema, por lo que se hace imprescindible su identificación así como su abordaje desde el cuidado enfermero.

Evaluación pre y post intervención del grado de cumplimentación del registro de enfermería al ingreso

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La valoración enfermera es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes y forma la base del plan de cuidados de enfermería.

Constituye una herramienta esencial para identificar las alteraciones en la persona y así poder elaborar diagnósticos de enfermería, siendo este el punto de partida para realizar un adecuado plan de cuidados.

Objetivos:

Analizar la cumplimentación del registro de valoración enfermera al ingreso y compararlo post intervención.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Analizadas 120 valoraciones de ingreso de forma aleatoria, en dos periodos: 60 valoraciones entre junio y julio de 2016 (valoración pre-intervención) y 60 valoraciones entre noviembre y diciembre de 2017 (valoración pos-intervención).

Las valoraciones de ingreso de nuestro centro están configuradas por 96 ítems que conforman los 11 patrones funcionales de salud de M.Gordon. Para categorizar los datos se consideró una cumplimentación superior del 60% como buena o aceptable en cada uno de los ítems.

Entre las dos observaciones se realizó una intervención: sesión formativa a cargo de personal de enfermería, fuera del horario laboral y dirigida a todas las enfermeras del servicio. Se presentaron los resultados obtenidos en la primera valoración y se debatió la necesidad e importancia de cumplimentar la totalidad de los ítems.

Post intervención, se revaloraron 60 nuevas entrevistas, para comparar si la intervención había sido efectiva y había aumentado el grado de cumplimentación.

Para el análisis se utilizó la prueba "T de Student" para muestras relacionadas mediante el paquete estadístico IBM-SPSSv23.

Resultados:

En las primeras 60 entrevistas analizadas 57 ítems (59,38%) fueron cumplimentados por encima del 60%. Los 39 ítems restantes (40,62%) se cumplimentaron por debajo del 60%. Analizando la totalidad por grupos de patrones, 4 patrones funcionales de salud fueron cumplimentados por debajo del 60% (percepción de la salud, nutricional/metabólico, eliminación y sexualidad/reproducción). En las 60 entrevistas post-intervención, fueron cumplimentados correctamente 64 ítems (66,66%). Los 32 ítems restantes (33,33%) no fueron cumplimentados. En su totalidad, 1 patrón fue cumplimentado por debajo del 60% (nutricional/metabólico).

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos pre y post intervención de las variables "si cumplimentación" y "no cumplimentación" ($p < 0,001$; $p = 0,012$).

Discusión y Conclusiones:

Los resultados obtenidos muestran que el nivel de cumplimiento ha aumentado con significación estadística, entre las valoraciones analizadas pre y post intervención.

Podemos concluir que la intervención llevada a cabo ha sido efectiva, aunque los resultados obtenidos distan del 100% de cumplimiento.

Nos planteamos estrategias de mejora, como realizar intervenciones formativas periódicas para incrementar el cumplimiento de la valoración al ingreso, hacer partícipes al personal a la hora de plantear medidas para solucionar el déficit de registro y analizar si los ítems no registrados son fundamentales para el posterior cuidado del paciente, ya que al ser una valoración estandarizada, es posible que las enfermeras valoren que algunos ítems no son procedentes.

Necesidades y recursos en pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD)

M^a Paz Ruiz Álvarez, M^a José Santana Valeros, Ana Isabel Castillo Plaza, Carmen Parejo Fernández, Filo Trocoli González, Helena García Llana

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción:

La PQRAD es una enfermedad renal crónica y es responsable del 10% de los casos de insuficiencia renal terminal. La participación y los grupos de apoyo entre iguales son mecanismos que mejoran el bienestar, evitando complicaciones y retrasando el avance de la enfermedad. Estas estrategias educativas se contemplan dentro del Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Objetivos:

El objetivo de este estudio es implementar la puesta en marcha piloto de la Escuela de Pacientes con PQRAD.

Material y Método:

Diseño mixto. Estudio piloto en cuatro fases: (1) focus group: pacientes con PQRAD y cuidadores; (2) Selección de los pacientes expertos: perfil; (3) Elaboración de los contenidos del programa (dos sesiones de 4 horas); (4) Pilotaje del programa (N=33). Las medidas fueron aplicadas después de cada una de las sesiones educativas. Se administraron unos cuestionarios ad-hoc para detectar las necesidades de los pacientes y una medida de satisfacción con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos.

Resultados:

El 78.3% refirió conocer el tratamiento farmacológico de reciente incorporación al mercado. Aunque no ocurre lo mismo con los efectos secundarios los cuales solo son conocidos por el 63.3%. Un 36% refiere no haber tenido la oportunidad de discutir este nuevo tratamiento con su nefrólogo de referencia, y al 100% de la muestra hubiera deseado hacerlo. Se identificaron las cinco principales preocupaciones sobre el tratamiento farmacológico (ie. adhesión y complicaciones hepáticas) y las principales necesidades de información (ie. afrontamiento e impacto familiar).

Conclusiones:

Existen necesidades de información referentes al tratamiento oral y al afrontamiento de la PQRAD que no están cubiertas. Es necesario un abordaje de la enfermedad desde un modelo interdisciplinar, centrado en el paciente y en la promoción de su autonomía.

Prevención de la enfermedad renal crónica en la población general

M^a Eugenia Pons Raventos, Ana Rebollo Rubio, Celia Martí García

Fresenius Medical Care Services Andalucía. S.A. Málaga. Unidad de Gestión Clínica de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Salud. Málaga. España

La Enfermedad Renal Crónica es un importante problema de salud pública que afecta cada vez más a la población debido entre otras causas al envejecimiento de la misma y a ciertos factores de riesgo, muchos de ellos modificables como el tabaquismo, la obesidad o patologías previas como enfermedades cardiovasculares y diabetes. Todo ello está propiciando un aumento del número de enfermos renales a nivel mundial, siendo su resultado final el tratamiento renal sustitutivo, el trasplante renal o incluso la muerte. En este escenario la prevención resulta crucial. Por ello nos planteamos como objetivo de estudio hacer una revisión de la evidencia científica más reciente sobre factores de riesgo que son modificables para el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica en la población general.

Según la literatura consultada los mayores esfuerzos deben ir encaminados a la prevención de la hipertensión, la diabetes y la obesidad. Los cambios apropiados del estilo de vida, piedra angular para la prevención de la hipertensión, que han demostrado ser capaces de reducir la tensión arterial y por lo tanto recomendados, son: restricción de la sal a 5-6 g/día, moderación del consumo de alcohol, alto consumo de verduras y frutas y productos lácteos bajos en grasa, fibra soluble, granos enteros y proteínas de origen vegetal, mantenimiento de un peso corporal saludable, 150 minutos de ejercicio aeróbico moderado a la semana combinado con tres sesiones de ejercicios de resistencia, en sujetos sin riesgo de hiperpotasemia se recomienda aumentar la ingesta dietética de potasio, no se recomienda suplementar la dieta con calcio y magnesio, control del estrés y eliminar el consumo de tabaco. Según estudios recientes, el

riesgo de desarrollar una Enfermedad Renal Crónica disminuye con el tiempo transcurrido después de dejar de fumar o aumenta con la exposición acumulada.

Con respecto a la diabetes, su control debe ser temprano, efectivo y sostenido en el tiempo para prevenir complicaciones crónicas. Si la enfermedad ya ha sido instaurada, las medidas preventivas para evitar el daño renal incluyen el mantenimiento de la tensión arterial y la glucemia dentro de los límites deseados, la adherencia al tratamiento, control del sobrepeso y exámenes médicos frecuentes y pruebas de la función renal de forma anual. El Finnish Diabetes Risk Score es, probablemente, una de las herramientas más eficaces para prevenir la diabetes. Se trata de un instrumento sencillo, útil y válido para detectar riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y de identificar personas con diabetes no conocidos.

En la prevención de la Enfermedad Renal Crónica no podemos olvidar la nefrotoxicidad inducida por medicamentos ya que puede, en algunos casos, conducir al desarrollo de la enfermedad. Una mención particular requiere los antiinflamatorios no esteroideos. Su uso generalizado hace que sean una de las causas más comunes de lesión renal inducida por fármacos, pudiendo dar lugar a una variedad de complicaciones renales. Por último, cabe recomendar disminuir la ingesta de comida rápida y alimentos procesados, ricos en aditivos fosfatados, ya que un consumo elevado puede dañar la salud de las personas con función renal normal.

Rol participativo y satisfacción percibida por el paciente

Inmaculada Hernández Peña, Begoña Rincón Reviriego, Javier Rubies Asensio, María Dolores Echániz Unamuno, Carlos López Colás

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Introducción:

La satisfacción del paciente debe ser un indicador relevante a tener en cuenta en los planes de calidad de las unidades de diálisis.

Las encuestas de satisfacción constituyen una herramienta esencial para conocer los aspectos que determinan la calidad percibida por los pacientes, permitiéndonos diseñar acciones de mejora y ofreciendo a los pacientes la oportunidad de adoptar un rol más participativo.

Objetivos:

Determinar el grado de satisfacción percibida de los pacientes en nuestra unidad de diálisis (HD y DP).
Identificar acciones de mejora.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en enero de 2018 en nuestra unidad de diálisis.

El cuestionario utilizado fue una versión modificada y reducida (12 ítems) del SERVQHOS.

Los pacientes participaron de forma voluntaria y anónima.

Resultados:

Se recogieron 48 encuestas (40 HD y 8 DP)

Datos según tratamiento renal sustitutivo (TRS):

En HD: Hombres: 65,15% Mujeres: 36,85. Edad media: 57,31 años. Nivel de estudios: Sin estudios: 23,68%; estudios primarios: 47,36%; estudios secundarios: 18,42% y estudios superiores: 10,52%.

Datos DP: Hombres: 50%. Edad media: 60,5 años. Nivel de estudios: Estudios primarios: 62,5%; estudios secundarios: 37,5%.

Los resultados obtenidos tras la encuesta en cada ítem de satisfacción, según TRS:

HD: Se consideran bien informados: 84,03%. Valoración del personal: 90,05%. Satisfacción con infraestructura unidad HD: 35,13%. Satisfacción global: Nada satisfecho: 5,13; Satisfecho: 64,10%; Muy satisfecho: 30,77%.

DP: Se consideran bien informados: 90,62%. Valoración del personal: 100%. Satisfacción con infraestructura unidad DP: 100%. Satisfacción global: Muy satisfecho: 100%.

Conclusiones:

En los últimos años, el número de pacientes en programa de DP ha aumentado debido a la participación del propio paciente en la elección del TRS, por la utilización de las herramientas de ayuda a la toma de decisiones. Esto puede justificar que la satisfacción percibida sea mayor en DP rozando el 100%.

En HD el nivel de satisfacción de los pacientes en relación al personal ha sido elevado; sobre todo con el ítem relacionado con el personal; otros como la infraestructura de la unidad está por debajo.

Un 45% de ellos realizaron sugerencias como rotación de turnos de diálisis y realización de gimnasia pasiva durante la sesión, cambio de camas por sillones. También existen comentarios negativos sobre el transporte sanitario que sigue siendo una asignatura pendiente en los servicios de HD.

Creemos que sería beneficioso realizar este tipo de cuestionarios de forma protocolizada adaptando los mismos a cada tipo de TRS ya que la problemática en HD es diferente. De esta forma podríamos realizar una evaluación continuada de la unidad a través de la satisfacción percibida del paciente e intentando así mejorar la calidad de la asistencia de los mismos.

Valoración del riesgo de caídas de pacientes hospitalizados. Seguridad del paciente

Gloria García Gallardo, Eva Barbero Narbona, Rosario Castillo Rosa, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Según la Real Academia Española (RAE), la caída es la acción y efecto de caer o caerse y según la OMS las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

El informe de la OMS dice que las caídas (37,3 mill caídas/año), son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería, y la Seguridad del Paciente uno de los temas de mayor preocupación.

Objetivos:

Analizar las caídas de los pacientes hospitalizados, identificar puntos de mejora y medidas preventivas.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo de las caídas de los pacientes ingresados en la unidad durante el 2017. Se registraron los datos en un Excel y posteriormente se analizaron con el SSPS-25.

Las variables incluidas fueron servicio del paciente ingresado, turno de enfermería, género, edad, escala de riesgo de caídas Downton (lugar, acción realizada, movilidad, deficiencias sensoriales, medidas preventivas, tratamiento médico, lesiones, persona que presencia la caída, tipo de calzado, motivo, condiciones ambientales...).

Resultados:

En nuestra unidad, 16 pacientes sufrieron caídas durante la hospitalización. La mediana de edad era de 75,9 años, de los cuales 14 hombres y 2 mujeres. El 43,7% (7) sucedió durante el turno mañana, el 31,2% (5) por la noche y el 25% (4) por la tarde. El 37,5% (6) pertenecen a Nefrología, 50% (8) a Cirugía Vasculat, 6,2% (1) a Urología y 6,2% (1) a

Digestivo. La escala de riesgo de caídas Downton muestra que el 93,75% (12) de los pacientes tenían riesgo, según los ítems valorados.

- El 68,75% (11) se produjeron en la habitación, 18,75% (3) en el lavabo, y un 12,5% (2) en otro lugar.
- Tras el incidente el 81,25% (13) avisa al médico, el 12,50% (2) no lo hace y un 6,25% (1) no registra la acción.
- En el 100% de los casos llevaban las medidas preventivas establecidas.
- El 62,50% (10) de las caídas no fueron presenciadas.
- El 50% (8) de ellas no tuvo lesión y el resto registro pequeños hematomas, heridas leves y contusiones.
- Los motivos fueron el 50% (8) de origen desconocido, el 31,25% (5) por pérdida de equilibrio, el 12,50% (2) fue un resbalón y el 6,25% (1) tropezó.

Conclusiones:

Más de la mitad de los pacientes que ingresan presentaban un riesgo alto de caída. Las caídas se producen principalmente entre el turno de mañana y el de noche. El hecho que los pacientes reciban las visitas por la tarde podría explicar la disminución de las caídas.

Los pacientes que no avisan para pedir ayuda cuando se levantan y pueden tropezar o resbalar, ya que observamos que a menudo van descalzos, los dotaremos de calcetines antideslizantes.

También nos planteamos la realización de un tríptico informativo que recogerá todas aquellas recomendaciones que deben seguir los usuarios y se dará en el momento del ingreso a pacientes y familiares.

Caso clínico: diálisis peritoneal: comienzo de forma aguda en la unidad, presentación de complicaciones

Irene Sánchez Albarrán, Cristina Arce Pomposo, Cristina Mohedano Ruiz

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción:

La diálisis peritoneal (DP) es una técnica que utiliza como filtro la membrana peritoneal. Para que la depuración de la sangre pueda llevarse a cabo, se introduce a través de un catéter un líquido especial (líquido de diálisis) que se recambia periódicamente.

El propio paciente manipulará el catéter peritoneal, bien para colocarse las bolsas de solución de diálisis o para conectarse a una cicladora.

La asepsia es fundamental, para disminuir el riesgo de peritonitis.

La DP en la mayoría de los centros se ofrece como una técnica programada, que requiere un tiempo de educación, curación del sitio de salida y con un inicio pautado. Pero cada vez son más los nefrólogos que optan por la diálisis peritoneal como técnica de inicio de manera urgente.

Se define como inicio urgente, iniciar la terapia antes de las 2 semanas de colocado el catéter. Siempre individualizando la pauta según las características de cada paciente.

Esta tendencia aumenta de manera eficiente la utilización de la terapia de DP en pacientes nuevos que comienzan diálisis, respeta la elección de técnica del paciente y evita canalización de accesos vasculares.

Objetivos:

Descripción de caso clínico de un paciente con enfermedad renal crónica que no estaba en seguimiento por la unidad ERCA, ingresa por urgencias con enfermedad en estadio V.

Material y Método:

Se analiza el seguimiento del paciente desde que comenzó de forma aguda la diálisis peritoneal hasta la actualidad viendo las complicaciones que han ido surgiendo.

Varón de 42 años que ingresa en planta de nefrología por ERC con eFG 9 mil/min, con datos de cronicidad. Se comentan técnicas y se decanta por DP.

Se programa colocación del catéter y se decide inicio de DP urgente por derrame pericárdico severo y Uremia.

Se inicia técnica con diálisis peritoneal automatizada con volúmenes bajos en la unidad de Peritoneal.

Una vez pasada su fase más aguda, el paciente fue formado mientras se hacía su diálisis peritoneal automatizada. Por problemas de logística de la unidad, la formación fue realizada por varias enfermeras.

Durante su seguimiento en la técnica, el paciente ha presentado varios episodios de peritonitis.

Por sospecha de biofilm, se realiza protocolo de urokina y se reentrena con lo que se consiguió revertir el problema.

Resultados:

Los problemas de sobrecarga de volumen y la uremia se resolvieron adecuadamente con el inicio de la diálisis peritoneal, sin necesidad de pasar a Hemodialisis.

Los episodios de peritonitis se podría deber a un entrenamiento no adecuado, y realizado por varias enfermeras.

Conclusiones:

La experiencia de comenzar directamente con la peritoneal fue satisfactoria, a pesar de todas las complicaciones surgidas dada la buena adaptación actual al tratamiento y calidad de vida del paciente. Con un adecuado reentrenamiento se pueden solucionar fallos que el paciente acaba cometiendo en el día a día.

Se han visto cosas a mejorar logísticamente para futuros casos.

Caso clínico: paciente con fallo precoz del injerto, complicaciones mecánicas del catéter peritoneal tras cirugías

Irene Sánchez Albarrán, Ana Portoles Gómez, Elena Lombardo Aragoneses, Dolores Piña Simón

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción:

El fallo de trasplante renal (TxR) con transferencia a diálisis es una situación cada vez más frecuente. Según el último registro en el 2015 el fracaso del TxR con vuelta a diálisis representa un 2,3 %.

Son pocos los estudios que comparan la supervivencia de los pacientes con fallo de injerto que inician Diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HD), pero no se han encontrado diferencias en la supervivencia del paciente o la técnica.

A pesar de ello es mayor el porcentaje de los pacientes que vuelven a HD. Tal vez se deba a la escasa implantación de programas de DP, la necesidad de diálisis urgente y factores propios del paciente, como el cansancio y la falta de ánimo para el autocuidado.

Es importante recordar que la relación entre la DP y el trasplante renal debe ser bidireccional

La trombosis completa de la vena del injerto renal es una complicación importante en el período postrasplante, con una incidencia que oscila entre el 0,3-6,1%. Se presenta en la mayoría de los casos en forma temprana (primeras 2 semanas), y su tratamiento de elección es el quirúrgico; sin embargo, puede ocurrir tardíamente y en este caso el manejo ideal aún no está claro.

Objetivos:

Análisis de caso clínico, paciente de 50 años en programa de DP, se trasplanta en nuestro hospital trasplantador de referencia.

A las 24 horas del TxR se realiza trasplantectomía por trombosis venosa del injerto. Después de un mes de evolución vuelve a nuestro hospital en programa de hemodiálisis crónica y con problemas mecánicos del catéter peritoneal.

Material y Método:

Debido a las cirugías abdominales, precisa descanso peritoneal y es transferido a hemodiálisis mediante catéter yugular permanente, en él mismo hospital donde se realizó el trasplante.

El paciente una vez dado el alta, se realiza él mismo los lavados del catéter peritoneal.

A la llegada a nuestra unidad le programamos los lavados en la consulta de peritoneal, donde apreciamos que el catéter infunde, pero drena con dificultad.

Se realiza placa de Abdomen y comprobamos el desplazamiento del catéter hacia hipocondrio derecho, se pautan enemas+laxantes sin éxito.

Se intenta maniobra alpha junto a radiología vascular, que no es efectiva.

Finalmente se recoloca el catéter mediante laparoscopia.

Posterior a ello tuvimos que realizar protocolo de Urokinasa por abundante fibrina en el catéter, con adecuado resultado.

Resultados:

El paciente finalmente tiene el catéter peritoneal permeable, después de un reentrenamiento el paciente ha comenzado de nuevo a dializarse en su domicilio con diálisis peritoneal.

Conclusiones:

Es vital el seguimiento del catéter peritoneal por parte de enfermería de la Unidad de diálisis peritoneal para evitar complicaciones.

Caso clínico: seguridad/protección: dehiscencia en DP

M^a Milagros del Río Lafuente, Cristina Rubio Esteve

Hospital Germans Universitar Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción:

La dehiscencia de la herida quirúrgica ocurre cuando parte o toda la herida se abre. Se puede abrir si no cicatriza completamente o puede cicatrizar y luego abrirse nuevamente al cabo de 1 semana después de la cirugía. Los factores de riesgo para padecer esta lesión, con defecto en la producción de colágeno son: diabetes, obesidad, mala técnica de sutura y trauma postquirúrgico. Los síntomas que pueden aparecer son: sangrado, dolor, inflamación, apertura espontánea de la herida; y cursar como infección subaguda derivada de una mala técnica aséptica, por el tipo de sutura, o en algún caso por el Vicryl R que genera la presencia de bacterias que al degradarse provocan la dehiscencia. Otros factores: mala nutrición, suturas ajustadas, fumar, infección de la herida en área quirúrgica, y aumento de la presión intraabdominal.

El diagnóstico se alcanza con cultivos de la herida y tejidos circundantes, y examen de sangre para detección de infección sistémica.

Su tratamiento se establece por protocolo con la administración de antibiótico, curas sistematizadas de la herida, y en algunos casos con intervención quirúrgica.

Pacientes y Método:

Presentamos 2 casos de dehiscencia en el entorno de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en 2 pacientes portadores de catéter peritoneal Tenckhoff, en una mujer de 81 años, con MRP no filiada, HTA y proteinuria; y un hombre de 69 años, con MRP ICC y DMII.

Referenciamos 4 diagnósticos enfermeros, mediante la Guía de Diagnósticos Enfermeros, interrelacionados NANDA-NOC-NIC, validada por SEDEN.

Análisis de los casos:

El 6/11/2018 se colocaron en quirófano 2 catéteres de diálisis peritoneal Tenckhoff por punción percutánea,

tipo recto, swan-neck, con 2 cuffs. La primera colocación fue la ♀ (portadora nasal de Staphylococcus Aureus (SA)) y la segunda la del ♂ (no portador nasal). Durante las 5 semanas posteriores a la colocación se realizó cura quirúrgica, sin incidencias. El 18/12/2017 aparece en ambos pacientes dehiscencia de herida quirúrgica.

Siguiendo las pautas de curas obtuvimos un cierre completo y sin infección de orificio de salida (IOS) por proximidad, ni ninguna otra complicación asociada. La pauta seguida en ambos casos fue: curas estrictas y estériles cada 48h en la Unidad de Diálisis Peritoneal (UDP), basadas en la limpieza superficial de la herida primeramente con suero fisiológico, y seguido de una instilación del 20% de povidona yodada en solución de suero fisiológico, gasa insinuada, y oclusión de la herida con apósito, más tratamiento oral antibiótico.

Seguidamente se realizaba la cura estéril del orificio de salida de catéter, con oclusión del orificio, por separado.

Conclusiones:

La resolución de ambos casos fue a la par, y positiva. La inexistencia anteriormente de esta complicación, nos hacía temer por la continuidad de catéter, pero la buena gestión del protocolo establecido, nos ha dado seguridad en la asistencia de estas complicaciones que aunque muy poco frecuentes, si son presentes.

Caso clínico: trasplante renal en bloque de donante pediátrico a receptor adulto

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal (TR) se describe como la mejor opción de tratamiento para pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Actualmente existe un aumento en la prevalencia de la ERC, incrementando la lista de espera para TR, por lo que se han adoptado nuevas estrategias como aceptar donantes de criterios expandidos (edad avanzada, donantes en asistolia), ya que los pacientes se benefician en términos de supervivencia al ser comparados con los pacientes en diálisis que se encuentran en lista de espera y que no logran ser trasplantados, o el uso de donantes pediátricos.

La implantación de riñones pediátricos en receptores adultos ha sido tradicionalmente controvertido, debido a la dificultad de la técnica quirúrgica (alta tasa de complicaciones vasculares y urológicas) y a una peor supervivencia del injerto (mayor incidencia de rechazo o síndrome de hiperfiltración).

Objetivos:

Presentar nuestra experiencia en el primer caso de trasplante renal en bloque de donante pediátrico a receptor adulto.

Descripción del caso:

Paciente de 45 años con ERC en programa de HD desde hace 23 meses a través de Fístula Arteriovenosa Nativa (FAVn). Presenta diuresis residual de 2 litros e Hipertensión Arterial como antecedentes destacables.

Se realiza trasplante de dos riñones pediátricos en bloque con una isquemia fría de 16,5 horas. Características del donante: 1 año, 10 Kg, 83 cm, sin antecedentes de interés. No presentó ninguna complicación postoperatoria, y presentó diuresis inmediata y descenso de creatinina desde el día +1. Las ecografías y renogramas realizados durante el ingreso mostraron una perfusión correcta de los injertos. La terapia inmunosupresora fue de bajo riesgo inmunológico y se realizó anticoagulación profiláctica para prevenir el riesgo de trombosis.

El paciente fue dado de alta a los 8 días y actualmente, tras 19 meses, presenta buen estado general y resultados analíticos óptimos.

Conclusiones:

Los trasplantes renales en bloque pediátrico suponen una alternativa válida en el trasplante renal del adulto. A pesar del alto riesgo de complicaciones, en este caso no se han detectado, ya que al doblar la masa nefronal, se disminuye la hiperfiltración compensatoria.

La incorporación de este tipo de trasplante permite aumentar la actividad trasplantadora y disminuir así las listas de espera, mejorando la supervivencia y calidad de vida del paciente con ERC.

Desensibilización de trasplante renal de donante vivo ABO incompatible mediante inmunoadsorción

Ana Calleja Baeza, Yessica Advíncula Pomacaja, Ana Vasco Gómez, María Dolores Redondo Pachón, M^a del Carmen Raya Hinojosa, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal (TR) es el mejor tratamiento para los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada porque proporciona mejor supervivencia, mejor calidad y menores costes comparados con diálisis. El trasplante renal de donante vivo prediálisis es la opción que ofrece mejores resultados en supervivencia del paciente y del injerto.

El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible (ABOi) es una oportunidad con buenos resultados a corto y largo plazo para parejas incompatibles

Objetivos:

Describir nuestra experiencia de desensibilización en trasplante renal ABOi con títulos elevados de hemaglutininas (HG) mediante técnica de inmunoadsorción (IA).

Material y Método:

Descriptivo retrospectivo mediante la revisión de la historia clínica y registros de enfermería informatizados. El protocolo de tratamiento desensibilizador para trasplante ABOi se realiza mediante la administración pretrasplante de Rituximab®, sesiones de recambios plasmáticos, gammaglobulina policlonal y tratamiento inmunosupresor. Se realiza la técnica de IA con columnas de Glycosorb® en los casos en que los títulos de HG IgG son superiores a 1:128 con el fin de conseguir títulos pretrasplante de HG IgG < 1:8.

Caso clínico 1:

Mujer de 32 años con enfermedad renal crónica secundaria síndrome nefrótico no filiado en estadio V (FGe pre-TR 12 ml/min). Tras realizar los estudios oportunos de donante y receptora se aceptan para trasplante ABOi grupo sanguíneo donante A/grupo sanguíneo receptora O. con título de HG pretratamiento IgG 1:128.

Se realizaron tres sesiones de IA pretrasplante los días -5,-3,-1. Los títulos de HG pretrasplante fueron IgG 1:4. Sin necesitar ninguna sesión de IA más. La paciente presentó función renal inmediata alcanzando una función renal óptima con creatina 1,1 mg/dl; que mantiene estable.

Caso clínico 2:

Varón de 44 años con enfermedad renal crónica secundaria a reflujo ureterovesical en estadio V (FGe pretrasplante 10 ml/min). Tras realizar los estudios oportunos de donante y receptora se aceptan para trasplante ABOi grupo sanguíneo donante A/grupo sanguíneo receptor O con título de HG pretratamiento IgM 1:128 e IgG 1:256. Se realizaron cinco sesiones de IA pretrasplante los días -7, -5, -3, -1 y el mismo día del trasplante. Los títulos de HG tras el tratamiento y pretrasplante fueron IgG 1:4 e IgM 1:8. sin necesitar ninguna sesión de IA más. El paciente presentó función renal inmediata alcanzando una función renal óptima con creatina estable en 1,4 mg/dl.

Ninguno de los pacientes presentó complicaciones asociadas a la técnica. Se realizó monitorización estrecha de HG pre y postratamiento con IA.

Conclusiones:

La técnica mediante inmunoadsorción es segura y eficaz como parte del tratamiento desensibilizador para trasplante renal de donante vivo ABO incompatible con títulos de hemaglutininas elevados. Es muy bien tolerada por el paciente.

Se debe realizar por personal de enfermería preparado y con experiencia en técnicas aferéticas para poder solventar cualquier tipo de complicación durante las sesiones; es imprescindible la coordinación con el banco de sangre para la monitorización de la eficacia del tratamiento desensibilizador para llevar a cabo el trasplante con resultados óptimos.

Dialisis peritoneal como terapia de rescate de pacientes en hemodiálisis con problemática de acceso vascular: a propósito de un caso

María Susana Velo Facal, María Lucía Canedo Romero, Domingo Carlos Álvarez Blanco, María Luz Lago Vazquez, Rafael Alonso Valente

Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. España

Introducción:

El uso de la diálisis peritoneal (DP) como tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), en especial como opción de inicio del Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), mejora los resultados de supervivencia y supone un importante ahorro del gasto sanitario. En algunos casos la DP se aplica como "terapia de rescate" en pacientes con problemas cardio-circulatorios que inducen inestabilidad hemodinámica o en los que han fracasado múltiples accesos vasculares para hemodiálisis (HD) siendo en muchos de estos casos preciso realizar un tratamiento "no planificado" adaptado a las circunstancias clínicas del paciente en cada momento, lo que condiciona un aumento en la morbi-mortalidad y un descenso en la supervivencia en la técnica.

Son pocos los trabajos en la literatura dirigidos a estudiar la supervivencia y las complicaciones de estos pacientes.

Objetivos:

Presentar el curso evolutivo de un paciente de nuestra unidad de HD que debido a los múltiples accesos vasculares y las complicaciones asociadas a ellos fue preciso su transferencia a DP a pesar de ser un paciente con múltiples complicaciones para dicha técnica (anuria, obesidad, colonización rectal por bacilo resistente, paresia parcial de mano izquierda).

Caso clínico:

Paciente varón de 54 años con ERC secundaria a glomerulonefritis rápidamente progresiva. Inicio de hemodiálisis (HD) el 18-7-2015. Peso: 111 Kg, Talla: 165 cm, IMC: 40,77. 17 accesos vasculares (catéteres temporales, catéteres tunelizados, prótesis vasculares) entre julio del 2015 y noviembre del 2017 por lo que se decide transferencia a diálisis peritoneal. Entrenamiento y tratamiento

con diálisis peritoneal automática (DPA) debido a la alta dosis de diálisis necesaria (anúrico, Talla: 165 cm, Peso: 99,2 Kg, IMC: 36,36), alta el 22-11-2017. Fuga subcutánea el 01-12-2017 que obliga a transferencia temporal a HD (Catéter temporal en yugular interna izquierda) hasta el 3 de enero de 2018 en que pasa a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Recidiva de fuga subcutánea el 19-02-2018, ingreso y por agotamiento de accesos vasculares se ensaya DPA a bajos volúmenes iniciales con aumento progresivo de los mismos según respuesta clínica y analítica. Buenas ultrafiltraciones y adecuación. Alta el 08-03-2018 con diálisis peritoneal nocturna intermitente (DPNI) (Tiempo total 10 horas 50 minutos, volumen total 11,900 ml), día seco. Tras cinco semanas de tratamiento se cambia a día húmedo con icodextrina. Hasta ahora no recidiva de fuga ni otras complicaciones relacionadas con aumento de la presión intraperitoneal. Buenas ultrafiltraciones y adecuación. Buena calidad de vida del paciente.

Conclusiones:

La transferencia de pacientes de hemodiálisis a diálisis peritoneal es poco frecuente y existe poca literatura al respecto.

Los pacientes que se transfieren tienen una comorbilidad y una tasa de complicaciones asociadas mayor que el paciente de inicio.

En cualquier caso, determinados pacientes con problemática de acceso vascular y no candidatos a trasplante renal pueden beneficiarse de esta técnica, idealmente como terapia de inicio pero también como "terapia de rescate", mejorando su calidad de vida; inclusive en casos extremos como el que presentamos.

Efectividad de los apósitos de nylon plata en pacientes portadores de catéteres de diálisis

Ana Dorado García, Alicia Quintano Pintado

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

Las infecciones asociadas a los catéteres utilizados tanto para hemodiálisis como para diálisis peritoneal (DP) constituyen una de las causas de morbimortalidad más importante en pacientes que precisan un tratamiento sustitutivo renal permanente.

La plata es un producto conocido y utilizado como agente antimicrobiano desde la antigüedad y no presenta resistencias conocida; el mecanismo de acción para la destrucción de patógenos actúa a tres niveles: interferencia con los grupos tiol en las enzimas respiratorias, inactivación del ADN en la división celular bacteriana y provocando daño en la pared bacteriana. Es eficaz frente a todas las bacterias, tanto Gram negativas como Gram positivas, hongos y levaduras.

Los apósitos de nylon plata contienen hasta 100 veces más plata que los apósitos convencionales liberando plata iónica durante siete días

Objetivos:

Conocer el efecto de los apósitos de nylon plata en pacientes portadores de catéter para diálisis con signos de infección o colonización en el orificio de inserción del catéter.

Material y Método:

Durante dos meses aplicamos el apósito de nylon plata a todos los orificios de salida del catéter para diálisis peritoneal en los que objetivamos algún signo de infección, colonización y/o costras.

Se realizó una cura húmeda con suero fisiológico al 0,9% y aplicación del apósito de nylon plata alrede-

edor del orificio de salida con apósito oclusivo, con una frecuencia entre cinco y siete días. En ningún caso los pacientes realizaron ellos mismos la cura de forma ambulatoria y se les recomendó mantener el apósito seco. El seguimiento de la evolución fue siempre por el mismo equipo de enfermería que también obtuvo fotografías en cada cura para comprobar la evolución de la misma.

Resultados:

Incluimos a un total de 5 pacientes, cuatro hombres y una mujer, con una edad media de $61,2 \pm 15,5$ años y un tiempo de $32 \pm 30,9$ meses en diálisis peritoneal (DP). La frecuencia de las curas fue cada $6,57 \pm 1,27$ días de media, rango (5,9), en cuatro de los casos presentaban costra más eritema y en dos además existía exudado, en uno de ellos observamos eritema y exudado sin costra. En dos de los casos el resultado del cultivo fue positivo a *S. Epidermidis*, uno *S. Aureus*, en otro el cultivo fue negativo y en el último caso no se recogió muestra. En un caso hubo que suspender las curas por reacción inflamatoria a causa del contacto con el apósito, que mejoró de forma notable después de retirar el disco de plata. En el resto de los pacientes la evolución fue buena, con resultado de orificio en buen estado al cabo de $11,25 \pm 3,68$ días.

Conclusiones:

El apósito de nylon plata ha sido eficaz en el control de la colonización e infección de los orificios de los pacientes en diálisis peritoneal, con una buena evolución en un periodo razonable y sin necesidad de tratamiento antibiótico tópico o sistémico.

Gestación a término con éxito en paciente nigeriana con enfermedad renal crónica en nuestra unidad de HD

María Dolores Medina López, María Adelaida Martín Carrasco

Fresenius Medical Care Services Andalucía. S.A. Centro de Diálisis Sevilla San Carlos. Sevilla. España

La gestación a término en un centro periférico de Hemodiálisis es un proceso poco frecuente y no ausente de riesgos.

Muchas son las complicaciones, maternas y fetales, que pueden llevar al fracaso del embarazo. Incluso hasta no hace mucho tiempo se desaconsejaba la gestación en mujeres con enfermedad renal crónica.

A lo largo de los años se han ido documentando cada vez mayor porcentaje de gestaciones en mujeres en programa de hemodiálisis.

El aumento del Kt/V y con ello la mejora de la calidad de la hemodiálisis y la corrección de la anemia son posiblemente el motivo del aumento de la fertilidad en mujeres en edad fértil.

Presentamos el caso de una gestación a término en una paciente nigeriana de 33 años en nuestra Unidad de Hemodiálisis en la que el seguimiento de las pautas establecidas condujo a un éxito en el desarrollo de la gestación y ausencia de complicaciones durante la misma.

Se aumentó la dosis de hemodiálisis a cinco sesiones semanales de 200 minutos de duración, que nos permitió un mejor manejo de la volemia para evitar hipotensiones, menor restricción en la ingesta de líquidos y mejor observación de la paciente por parte del equipo de enfermería.

Se efectuaron mediciones de hemoglobina semanales para controlar la anemia. Dependiendo de los valores obtenidos se administraba la dosis de Eritropoyetina requerida. Iniciamos tratamiento con 1amp de Fosfato Monosódico en cada sesión de Hd en bomba de perfusión. Seguimos administrando Hierro y Calcitriol según prescripción médica.

Nuestro papel principal por parte de enfermería, fue la observación y valoración diaria de la gestante.

A través de la tensión arterial, el BCM (Body Composition Monitor), una medición de bioimpedancia para la valoración del estado de nutrición e hidratación, y la observación de posibles edemas, valoramos el estado de general de la paciente, dándole consejos sobre la ingesta diaria y haciendo principal mención en el aumento de la ingesta de proteínas y fósforo. Las proteínas como elemento principal para la formación de nuevas estructuras corporales en la madre (placenta, mayor volumen sanguíneo, pechos, útero) y para la formación y el crecimiento del feto y el fósforo de gran importancia para el desarrollo del cerebro y necesario para la formación de los huesos y los dientes del feto.

Otro punto que tuvimos en cuenta enfermería fue el apoyo psicológico y la ayuda postparto. Nuestra paciente se encontraba alojada en un hogar de acogida y con pocos recursos económicos. El equipo de enfermería le ayudó después del nacimiento del bebé comprándole ropa, leche y regalándole otro tipo de artículos para el bebé, como un carrito, una cuna, etc.

Elaboramos un diagnóstico de enfermería basándonos en la taxonomía NANDA, NIC y NOC para poder efectuar una atención personalizada de la mamá después de establecer los patrones funcionales según M. Gordon.

Como feliz desenlace podemos decir, que la paciente fue trasplantada a finales del año pasado.

Hemorragia renal espontánea: síndrome de Wunderlich. Un caso clínico

Pablo González Pereira, María Olga Vegas Prieto, Ana Yolanda Gómez Gutiérrez, Vicente Pérez Díaz, M^a Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

Introducción:

El síndrome de Wunderlich consiste en el desarrollo de una hemorragia renal espontánea sin causa aparente, de origen no traumático, en el espacio subcapsular y/o perinefrico. Fue descrito por Carl Reinhold August Wunderlich en 1856. Clínicamente se presenta con dolor agudo en el flanco, a menudo masa palpable en dicha región y shock hipovolémico.

Caso Clínico:

Varón de 64 años, con aparición de proteína monoclonal o proteína M en sangre (gammapatía monoclonal) que presentó enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a glomerulonefritis nodular por depósitos de cadenas ligeras. Inició diálisis peritoneal (DP) en febrero de 2007. En 2010, mientras limpiaba una piscina presentó dolor lumbar, umbilical, hipotensión, disminución de diuresis y anemia con Hemoglobina (Hb) a 8,5 g/dl. En ecografía abdominal se apreció hematoma renal izquierdo de 13 cm. En TAC se confirmó dicho diagnóstico, apreciando en riñón contralateral múltiples quistes de pequeño tamaño ya conocidos, característicos de la enfermedad renal quística adquirida. Las pruebas complementarias realizadas (coagulación, anticoagulante lúpico) resultaron negativas. El cuadro remitió con tratamiento conservador, viéndose la reabsorción progresiva del hematoma.

En 2011 nuevamente mientras realizaba tareas domésticas presenta dolor intenso en flanco derecho, mal estado general, vómitos, hipotensión y disminución de Hb hasta 7,9 g/dl. El drenaje peritoneal, presentó posteriormente color rosado. En ecografía se apreció un hematoma de 17 cm en riñón derecho, confirmado con TAC, observándose además hallazgos compatibles con Enfermedad renal quística (ERQA) en riñón izquierdo. De nuevo las pruebas complementarias fueron negativas. El manejo conservador fue nuevamente efectivo.

Discusión:

El síndrome de Wunderlich se asocia a una lesión tumoral benigna, o maligna, así como a lesiones de tipo vascular, infecciones, alteración permanente cualitativa o cuantitativamente anormal de la sangre, en particular de sus elementos formes (discrasia sanguínea) o terapia anticoagulante. En pacientes con ERC la mayoría de los casos se asocian a ERQA y en un porcentaje menor a poliquistosis renal o amiloidosis. La mayor parte de los casos descritos en ERC aparecen en pacientes en hemodiálisis crónica, estando la hemorragia facilitada por el uso de anticoagulación.

En DP hay descrito un número inferior de casos, siempre asociados a ERQA. Los casos que presentan hemorragia bilateral son excepcionales. La sintomatología incluye dolor lumbar, masa palpable y signos de hemorragia interna, acompañada o no de hematuria. En DP puede presentar además hemoperitoneo. Las pruebas de imagen son imprescindibles para llegar al diagnóstico de este síndrome. El tratamiento conservador es de primera elección en la mayoría de casos, salvo aquellos más complicados que pueden precisar embolización transarterial o cirugía abierta.

Los síndromes difíciles requieren un plan de cuidados individualizados que incluya vigilancia del hematoma, toma de constante, patrón de reposo-actividad, y asegurar un entorno seguro y adecuado a las características del paciente como prevención de posibles caídas que puedan agravar el cuadro.

Agradecimiento:

Al Dr. Vicente Pérez Díaz, nefrólogo; cuya perspicacia clínica, talento docente y generosidad sigue siendo la referencia de tantos.

Humanización del cuidado en paciente pediátrico renal con síndrome hemolítico urémico. ¿Y los padres?

Juan Luis Chaín de la Bastida, Cristina Mendías Benítez, María Chaín Ramos

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Cork University Hospital. Irlanda

El proceso de Humanizar la asistencia está tomando mayor relevancia en los últimos años tanto en España como en Iberoamérica.

Dicho concepto adquiere una dimensión especial en Pediatría, ya que, unido a la fragilidad que puede presentar el paciente, encontramos una vinculación Cuidadores Primarios-Paciente de un gran componente emocional afectivo y, por tanto, de mayor repercusión en ambas partes.

Por otro lado, El Síndrome hemolítico urémico (SHU) se define por la presencia de insuficiencia renal aguda, trombopenia y anemia hemolítica microangiopática, presentes en intensidad variable. Su incidencia oscila según países entre 1 y 10 por 100.000 menores de 5 años, siendo causa frecuente de insuficiencia renal aguda en esta edad. La mortalidad del SHU en la fase aguda es alta (3-5%) por lo que el tratamiento debe instaurarse precozmente.

Desgraciadamente, existe muy escasa bibliografía no tanto de la humanización en Pediatría como de la labor de enfermería bajo este enfoque en niños con SHU.

En este trabajo describimos el caso de dos hermanos mellizos, de 10 meses de edad, que cursaron con SHU y una IRA como consecuencia de ello. Puntualmente requirieron terapia renal sustitutiva (TRS).

En este caso nos planteamos los siguientes objetivos:

- Identificar y valorar el tipo de afrontamiento por parte de Cuidadores Primarios en situaciones de alto estrés.
- Realizar intervenciones encaminadas a mejorar el confort tanto de cuidadores primarios como pacientes.
- Facilitar la disminución del nivel de estrés en el niño y en su familia durante su hospitalización mediante la creación de un ambiente terapéutico adecuado.
- Valorar la intervención enfermera sobre los cuidadores primarios para obtener resultados sobre los pacientes.

Para ello se aplicó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit a los padres, tanto al inicio del proceso como al final (con esta última se buscaba analizar los resultados de las actividades propuestas).

A través de la entrevista personal e informal y de la observación se detectaron también que tipo de actividades intervendrían adecuadamente en una mejor respuesta y colaboración de los padres.

La aplicación de la metodología enfermera mediante un plan de cuidados estandarizado basado en metodología NANDA, centrados en los diagnósticos agrupados en los dominios 7 y 9 resumidos a continuación:

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES.

Clase 1. Roles de cuidador:

- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)
- Riesgo de deterioro parental (00057)

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS. Destacando:

Clase 2. Respuestas de afrontamiento:

- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).
- Ansiedad (00146).
- Estrés por sobrecarga (00177).
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) — NUEVO.
- Disposición para mejorar la resiliencia (00212)
- Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211)
- Temor (00148).

Como resultado se consiguió una mejora en cada problema identificado, así como en la Escala de Sobrecarga del Cuidador realizada a modo de evaluación final.

Peritonitis por listeria monocytogenes en pacientes en diálisis peritoneal a propósito de un caso

Benito García Yolanda, M^a José Oliete Mathieux, Mercedes Prats Valencia, Ramón Font Font, Paula Mejía Navas, Alberto Martínez Vea

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España

La listeria monocytogenes es un patógeno transmitido por los alimentos que puede causar infecciones sistémicas graves como meningitis, septicemia y endocarditis. La mayoría de los casos en humanos se pueden atribuir a alimentos contaminados como leche, otros productos lácteos y carne. En pacientes en diálisis peritoneal, la listeria monocytogenes es un agente causal muy infrecuente.

Presentamos el caso de un paciente de 72 años en tratamiento con CAPD, por insuficiencia cardíaca congestiva por cuadro clínico consistente en alteración del nivel de conciencia. Se orientó inicialmente como secundario a hiponatremia, sodio 126mmol/L, causada por tratamiento crónico con diuréticos y pases de diálisis peritoneal con extraneal, se realizó ajuste de tratamiento y corrección de la hiponatremia sin mejoría de la clínica. Dada la persistencia del cuadro clínico neurológico, se decidió descartar proceso infeccioso subyacente, diagnosticándose de peritonitis secundaria a listeria monocytogenes, se realizó punción lumbar y TAC craneal que descartaron afectación del sistema nervioso central, y ecocardiograma transtorácico sin evidencia de compromiso cardíaco.

Se hizo tratamiento con vancomicina intraperitoneal y profilaxis secundaria con cotrimoxazol oral durante 4 semanas, presentando adecuada evolución clínica y resolución de cuadro neurológico.

Nuestro caso destaca la presentación clínica atípica de peritonitis infecciosa secundaria a Listeria Monocytogenes sin afectación del sistema nervioso central. Que presentó adecuada evolución clínica neurológica con tratamiento intraperitoneal con vancomicina.

Proceso enfermero en paciente en tratamiento conservador de la consulta ERCA

Inmaculada Jiménez Cantizano, Andrés Moreno Rodríguez, Inmaculada Gil Barrera, Ana María García Alcaraz

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

Introducción:

El manejo renal conservador (MRC) no es «la ausencia de Terapia Renal Sustitutiva (TRS)», sino una alternativa a la misma para pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) muy seleccionados.

La valoración integral debe incorporar índices fiables y reproducibles de las áreas funcional, cognitiva, emocional y social de comorbilidad, calidad de vida y valoración sintomática del paciente. Todo ello para elaborar un plan de cuidados, ejecutarlo y evaluarlo en colaboración con el paciente y familia.

Objetivos:

- Potenciar la autonomía del paciente.
- Conservar la función renal.
- Optimizar la calidad de vida del paciente.
- Implicar al paciente, a su familia en el proceso de enfermedad.
- Asegurar una continuidad asistencial (AT especializada-At. Primaria).

Datos del paciente y Valoración:

Varón de 86 años de edad. Viudo, tiene tres hijas. Vive sólo pero cuenta con el apoyo de una de ellas para la realización de algunas ABVD.

AP: NO RAM, Monorreno Izquierdo, HTA, DM II (ADO), IAM en 2010 con 2 Stent.

EA: ERC estadio 5 secundaria a HTA, En MRC.

Í. Barthel: 85, dependencia leve.

Í. Charlson de 5 (Comorbilidad elevada).

T. Pfeiffer con 2 errores, sin deterioro cognitivo.

Fase Diagnóstica:

PROBLEMA DE AUTONOMÍA: Higiene personal con suplencia parcial por su cuidadora.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN: El paciente duerme sólo en casa y precisa del servicio de teleasistencia.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: METODOLOGÍA NANDA,NIC,NOC: ANSIEDAD (00146) R/C falta de conocimientos manifestado verbalmente. Criterios de resultados: Autocontrol de la ansiedad. Indicadores: Controla la respuesta de ansiedad. Escala Likert (EL) 1. Intervenciones de enfermería: Disminución de la ansiedad. Apoyo emocional.

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126): R/C mala interpretación de la información, poca familiaridad con los recursos para obtener la información y m/p por las dudas que presenta a cerca de la enfermedad.

Criterios de resultados: Conocimiento: procedimientos terapéuticos.

Indicadores: Descripción del procedimiento terapéutico. Explicación del propósito del procedimiento. Descripción de la administración correcta de la medicación. (EL 1)

Intervenciones de enfermería: Educación sanitaria, Enseñanza: procedimiento/ tratamiento. Enseñanza: Medicamentos prescritos. Enseñanza dieta prescrita. Facilitar el aprendizaje. **DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD (00162) M/P** la receptividad ante la realización de cambios para mejorar su salud, complejidad del tratamiento y déficit de conocimiento.

Criterios de resultado: Autocontrol de la enfermedad Conocimiento manejo de la enfermedad

Indicadores: Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito Estrategias para prevenir complicaciones.

Intervenciones de Enfermería: Orientación en el Sistema Sanitario. Identificación de Riesgos.

Ejecución: Programamos tres visitas educativas para trabajar los problemas enfermeros detectados, con el obstáculo que supone trabajar desde una consulta hospitalaria, sin poder valorar la situación del paciente en su domicilio. La enfermera gestora de casos gestionó el servicio de teleasistencia.

Evaluación y Conclusiones:

A partir de la segunda consulta el paciente controla la respuesta de la ansiedad, (EL 4).

Su hija y él verbalizan un conocimiento extenso, (EL 5) de la dieta y conocimiento sustancial, (EL 4) con respecto a la medicación.

La enfermera gestora de casos gestionó el servicio de teleasistencia.

Actualmente presenta una función renal estable y refiere buena calidad de vida.

Según la evidencia en los pacientes mayores de 80 años y elevada comorbilidad, no hay mayor supervivencia con la diálisis, con respecto a los que reciben un tratamiento conservador.

Riesgo de la pesca en un trapiantado renal en tratamiento con sintrom. Caso clínico

Sandra Romero Escobar, Beatriz Domínguez Fernández, Rocío Solares Elías

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

El género *Aeromonas* está formado por bacilos gramnegativos cuyo hábitat natural es el agua dulce o salada (lagos, ríos, embalses y estuarios) y el suelo húmedo.

Las aeromonas se dividen en 2 grandes grupos: móviles y no móviles. Dentro de este grupo se describen más de 21 subespecies, de las cuales la *Aeromona Veronii* es una de las principales causantes de infección en el hombre.

El cuadro clínico más frecuente de este tipo de aeromona es la infección de la piel y partes blandas: desde celulitis hasta la mionecrosis, que es la forma clínica de mayor gravedad.

La infección se produce normalmente en las extremidades, después de una lesión por traumatismo y con el antecedente de haber estado en contacto con agua o en un medio marino.

La evolución suele ser favorable y localizada en pacientes no inmunodeprimidos.

Objetivos:

- Mostrar la evolución y manejo de una celulitis necrotizante producida por una infección por *Aeromona Veronii* en un trasplantado renal tras un traumatismo en miembro inferior izquierdo y posterior contacto con agua dulce estancada.

Material y Método:

Para empezar hicimos una búsqueda bibliográfica acerca de la *Aeromona Veronii* a través de bases de datos que incluían PubMed, Cochrane Library, Embase... para conocer epidemiología, patogenia, tratamiento...

A continuación presentamos el caso clínico de un paciente trasplantado de donante vivo, que ingresa trasladado desde su casa a urgencias por cuadro de fiebre sin foco,

en tratamiento con sintrom, que a las pocas horas de estancia en planta cursa con la aparición en ambas piernas de flictenas con contenido hemático y aumento del INR en sangre y cuya evolución en posteriores días da una celulitis y ulceración de ambas piernas. Precisando posteriormente doble cirugía: primero para desbridamiento quirúrgico y finalmente para injertos autólogos de piel. Hacemos valoración inicial y planteamos pauta de curas.

Resultados:

La evolución de los miembros inferiores pasan por muchos estadios durante los 54 días de ingreso en nuestra unidad. Posteriormente fue trasladado para seguir evolución con cirugía plástica y finalmente es dado de alta. A día de hoy, después de 115 días, aún sigue con curas domiciliarias en Atención Primaria. Con parte de las úlceras ya epitelizadas y otras en fase de granulación con tamaño reducido.

Conclusiones:

La infección de la piel y los tejidos blandos por el género *Aeromonas* es poco frecuente en la práctica clínica y existen muy pocos casos evidenciados en la bibliografía estudiada. La evolución clínica y el pronóstico de estas infecciones varían mucho de acuerdo con el estado inmunológico de los pacientes, comprometido en los trasplantados renales. El tratamiento quirúrgico ya sea la limpieza, la exéresis, el drenaje o el desbridamiento puede ser necesario en mayor o menor medida, pudiendo llegar inclusive a la amputación del miembro en los casos más graves. Por todo esto es importante conocer la existencia de este tipo de infección en pacientes inmunocomprometidos.

Estudio piloto: depresión: diálisis peritoneal versus trasplante renal

Cristina Rubio Esteve, M^a Milagros del Río Lafuente, Cristina Barrabés Cortés

Hospital Germans Universitari Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción:

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal crónica, aun así es poco diagnosticada y puede pasar desapercibida. La escucha activa y la empatía son herramientas que los profesionales sanitarios pueden usar para mejorar esta condición.

Objetivos:

Identificar la aparición de depresión en un grupo de pacientes con trasplante renal que previamente estaban en tratamiento de diálisis peritoneal.

Material y Método:

Estudio piloto, observacional, prospectivo. Se incluyó una muestra de 5 pacientes en el periodo comprendido entre septiembre de 2013 a febrero de 2018. Después de solicitar el consentimiento al paciente se recogieron variables clínicas y se administraron los tests de Hamilton y Goldberg antes y después del trasplante.

Resultados:

Población: n=5 pacientes, hay 3 ♀ y 2 ♂. Con una recogida de datos, actualmente de 5 pacientes. (100%) La edad media de las ♀ en 2013 era de 36±11,35 años, y de los ♂ de 62,5±0,5 años. ERP en ♂: GN IgA 100%, ERP en ♀: Nefropatía diabética 33,3%, LES 33,3% y GN proliferativa mesangial 33,3%. Técnica elegida: DP: en ♂ 50% CAPD/APD y en ♀ 100% APD.

Pacientes autónomos 100% ♀/♂. El tiempo en DP oscila entre un mínimo de 12 y máximo de 52 meses. El tiempo en trasplante entre 12 y máximo de 36 meses.

Goldberg: Puntuación mín. PRE =5,00-max.31, (media:18,4)

Puntuación mín.POST=0,00-max 15 (media:7,4)

% depresión PRE=80% manifiestan depresión, 20% no depresión

% depresión POST=40% manifiestan depresión, 60% no depresión (p=0,036)

Hamilton: Puntuación mín. PRE =0,00-max.19, (media: 9,6)

Puntuación mín.POST=1,00-max 12 (media:5,6)

% depresión PRE=60% manifiestan depresión, 40% no depresión

% depresión POST=40% manifiestan depresión, 60% no depresión (p=0,054)

Conclusiones:

El estado anímico de los pacientes, corresponde con las puntuaciones obtenidas en los dos tests y en los redactados.

Pre tratamiento vemos:

1. Dejar de hacer cosas que antes hacían por la incomodidad física que supone la enfermedad.
2. Pérdida de autonomía.
3. Inseguridad o evitación de la intimidad con sus parejas o con personas de sexo opuesto.

Estas tres variables implican un duelo que supone un cambio en el estado anímico que explica el proceso depresivo.

Post tratamiento aparecen variables de recuperación:

1. Realizan otra vez actividades que antes no hacían por la incomodidad física que les suponía la enfermedad.
2. Recuperan autonomía.
3. Aumento de la seguridad en la intimidad con sus parejas o con personas de sexo opuesto.

Esto supone una recuperación de la vida anterior a la enfermedad, y genera una mejoría en el estado anímico. Teniendo en cuenta el pequeño número de muestra, los resultados son alentadores para ampliar el estudio, y seguir utilizando ambas escalas, ya que se observa una reducción en la puntuación media comparando la medición inicial con la final, tímidamente significativa, ligada a la N.

Facilidad en el aprendizaje de APD tras inicio de técnica en CAPD

María del Mar Blázquez Rodríguez, Ana Luque Hernández, Ester Salillas Adot, Alex Andújar Asensio

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

Existen dos tipos de Diálisis Peritoneal: la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (CAPD) y la Automatizada Diálisis Peritoneal (APD). Ambas técnicas serán enseñadas de forma hospitalaria antes de iniciarse de forma domiciliaria.

CAPD: En esta técnica, enseñaremos al paciente a realizarse los recambios peritoneales así como a curarse, y a manejar ciertas complicaciones. Ésta será su primera toma de contacto con la D.P, ya que en nuestro centro creemos que primero tienen que dominar esta técnica antes de iniciar la APD.

APD: Éste tipo de D.P requiere una máquina, la cual realizará los recambios mientras el paciente duerme. El entrenamiento de ésta técnica irá dirigido a conocer la máquina, conexión y desconexión, así como alarmas y complicaciones derivadas de esta técnica.

Objetivos:

Los objetivos de este estudio son:

- Evidenciar la facilidad de aprendizaje de APD tras haber iniciado primero CAPD.
- Mostrar las diferencias entre ambas técnicas en el aprendizaje.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes afectos de IRCT que inician tratamiento con diálisis peritoneal, en modalidad de CAPD y posteriormente APD.

La muestra fue de 60 pacientes con IRC incluidos en programa de D.P. De los 60 pacientes: 42 hombres y 18 mujer, con una media de edad de 63,92 años y durante el período comprendido entre enero del 2016 a enero del 2018.

El método que seguimos fue el siguiente:

Tras colocación del catéter peritoneal, acuden a nuestra

unidad dos días por semana para realizar lavados peritoneales y cura del orificio peritoneal y HQ.

Pasado el primer mes y si no hay contraindicaciones iniciamos entreno de CAPD. (las sesiones de entreno son de tres días por semana). La media de aprendizaje es de 5 sesiones.

Cuando llevan un mes de CAPD les citamos para realizar prueba de Kt/V y TEP (test de equilibrio peritoneal), y en función de los resultados iniciamos el entrenamiento de APD.

Nuevamente las sesiones de entreno son de tres días por semana. Ahora la media de aprendizaje es de 3 sesiones.

Resultados:

La facilidad con que los pacientes asimilaban los conocimientos de la máquina tras haber realizado un entreno previo de CAPD, se ven claramente en la disminución de sesiones necesarias, así como en la facilidad que refiere verbalmente el paciente.

Durante el período de enero de 2016 a enero de 2018, se han incluido a 60 pacientes afectos de IRC que iniciaban programa de diálisis peritoneal.

De los 60 pacientes que siguieron el proceso de CAPD y después APD, 43 de ellos realizan APD frente a 17 que realizan CAPD, de los cuales 4 pacientes han rechazado el aprendizaje de APD.

Conclusiones:

Al centrarnos sólo en el aprendizaje de la cicladora (APD), disminuyen los conocimientos a adquirir, ya que el número de conceptos básicos de asepsia, cura del orificio, teoría, líquidos, etc ya están asimilados, ayudando de este modo a una mejor comprensión de la técnica.

Aunque creemos que nuestra muestra es pequeña, los resultados obtenidos son satisfactorios.

Impacto de la implantación de un programa reglado de educación en pacientes ERCA

Cristobal Lorente Méndez, Juana Heredia Fernández, Matilde Soto Sánchez, Aranzazu Martínez Martínez, Natividad Martínez Jiménez, Ana María López Velasco

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. España

Introducción:

El Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS, tiene como objetivo general garantizar una buena atención al paciente con ERC y empoderarlo en la toma de decisiones sobre su tratamiento renal. Según el Registro Español de Enfermos Renales en el año 2012, el 80% de los pacientes incidentes en TSR lo hicieron mediante HD, 16,4% DP y poco más del 3,5% iniciaron TSR directamente.

Recientes trabajos han aportado sólidos argumentos sobre el impacto de la atención del enfermo crónico para el sistema sanitario y han propuesto medidas concretas para el abordaje de la ERC y la necesidad de promover la DP.

Objetivos:

Evaluar el impacto de las herramientas de ayuda en la toma de decisiones (HATD) implantadas en la C. ERCA de Enfermería durante los años 2015, 2016 y 2017 y aumentar un 25% el uso de DP en pacientes incidentes.

Material y Método:

Estudio descriptivo, de corte transversal de los pacientes incidentes de nuestras dos áreas de salud desde enero 2015 a diciembre 2017.

Para el análisis estadístico de los datos el programa SPSS 15.0 para Windows.

Resultados:

Población atendida 400.000 habitantes. Pacientes incidentes 158 (56 en 2015, 49 en 2016 y 53 en 2017) Modalidad tratamiento. - En 2015: 42 (75%) eligieron HD y 14 (25%) DP. - En 2016: 40 (81,6%) eligieron

HD y 9 (18,4%) DP. - En 2017: 40 (75,5%) eligieron HD y 13 (24,5%) DP.

Información/Educación. - En 2015 fueron educados 7 (12,5%), informados 35 (62,5%) y no educados/no informados 14 (25%). - En 2016, fueron educados 21 (42,9%), informados 26 (53,1%) y no educados/no informados 2 (4%). - En 2017 fueron educados 38 (71,7%), informados 12 (22,6%) y no educados/no informados 3 (5,7%) (Problemas con el idioma, problema social y por traslado de otro centro con FAVI).

Incidencia con/sin contradicción médica (CM) para diálisis peritoneal. - En 2015: 15 (26,8%) presentaban CM, 41 (73,2%) no presentaban CM. 27 (65,9%) eligieron HD y 14 (34,1%) DP. - En 2016: 20 (40,8%) presentaban CM y 29 (59,2%) no presentaban CM, siendo 20 (69,0%) los que eligieron HD y 9 (31%) DP. En 2017: 14 (26,4%) presentaban CM y 39 (73,6%) no presentaban CM siendo 26 (66,7%) los que eligieron HD y 13 (33,3%) DP.

Filtrado Glomerular al inicio de educación del TRS fue en 2015 de 19,8, 2016 de 19,5 y 2017 de 19,1.

Hicimos seguimiento del tiempo entre derivación a consulta ERCA y fecha primera diálisis a pacientes conocidos, procedencia de los pacientes desconocidos, tipo acceso en primera diálisis pacientes conocidos/desconocidos y educación/información de los pacientes desconocidos.

Conclusiones:

Los pacientes empoderados cobran autonomía en la toma de decisiones logrando ejercer control sobre sus vidas y decidir sobre el tratamiento más adecuado

Objetivos a medio plazo:

1. Aumentar un 90% los pacientes incidentes seguidos en Consulta ERCA.
2. Disminuir un 20% los pacientes incidentes informados.
3. Los no educados/informados pasen a ser 0 y un 30% elija DP de inicio.

Importancia de los cuidados enfermeros en la supervivencia del catéter peritoneal

Anna Luque Hernández, María del Mar Blázquez Rodríguez, Esther Salillas Adot, Alex Andujar Asensio, José Luque Álvarez

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

El catéter peritoneal es la vía de acceso para la realización de la diálisis peritoneal en pacientes afectos de IRC grado V.

Será de gran importancia la elección del catéter adecuado, la técnica de implantación, así como los cuidados de enfermería previos y posteriores a su implantación.

En este estudio lo que pretendemos es demostrar la importancia de los cuidados enfermeros pre y post colocación del catéter peritoneal, valorando la longevidad y funcionamiento de éste.

Objetivos:

- Prevenir la aparición de complicaciones precoces y tardías tras la implantación de un catéter peritoneal.
- Supervivencia del catéter en un 80% de los casos al año de la implantación.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes a los que se implanta un catéter peritoneal, en los que valoraremos si han sufrido algún tipo de complicación precoz o tardía y la supervivencia de dicho catéter al año de ser instaurado.

La muestra fue de 46 pacientes: 31 hombres y 15 mujeres, con una media de edad de 62,91 años y durante el período comprendido entre Enero del 2016 a Marzo del 2017.

La información que proporcionaremos al paciente será respecto a:

- Días previos a la implantación catéter peritoneal.
- Día anterior a la implantación.
- Día de la implantación.
- Cuidados postimplantación del catéter.
- Recomendaciones al alta.

Resultados:

Durante el período de enero de 2016 a marzo de 2017, se implantaron 46 nuevos catéteres, realizando seguimiento durante los 12 meses siguientes a la instauración de cada uno de ellos.

De los pacientes incluidos en este estudio la media de edad era de 62,91 años, con edades comprendidas entre los 26 y 92 años, un 67,4 % del cuál eran hombres y un 32,6 % mujeres.

Se ha evaluado la supervivencia de los catéteres al año de su implantación:

- 42 seguían funcionantes al año de su implantación, es decir el 91,3%.
- 4 no fueron funcionantes: 2 de ellos tuvieron que cambiar definitivamente de técnica por problemas abdominales y los otros 2: uno por extrusión a los 6 meses, provocada por estiramiento accidental y el otro por mal posicionamiento al mes de iniciar la terapia en el domicilio.

Además queremos aportar que otros 14 pacientes abandonaron la terapia: 8 por trasplante renal, 2 por comunicación peritoneal, 1 por falta de soporte familiar y 3 por fallecimiento (causas no relacionadas con la terapia).

Conclusiones:

Los cuidados que se realizan en nuestro hospital anteriores y posteriores a la implantación de catéteres peritoneales, es satisfactoria ya que según las guías SEN sobre cuidados en la implantación de nuevos catéteres, se considera óptimo que al año el 80% de los catéteres implantados sean funcionantes, siendo en nuestro caso bastante superior encontrándose en el 91,3%.

Aún con estos resultados, seguiremos trabajando día a día para mejorar nuestros resultados.

Programa de entrenamiento al cuidador del niño en diálisis peritoneal

Carmen Martínez Rubio, María Ángeles Coyo Montero, Laura Núñez Rodrigo, Cristina Bonet Otero, Antoni Tormo Esparza, Teresa Eixarch Lanaspá

Hospital Vall D'Hebrón. Barcelona. España

Introducción:

La diálisis peritoneal es un tratamiento sustitutivo de la función renal que se realiza habitualmente en el domicilio, por lo que es necesario un programa de entrenamiento previo que capacite al cuidador principal a realizar el tratamiento y solucionar los problemas más frecuentes que se puedan presentar durante el mismo.

El enfermero/a desempeña un papel fundamental en el seguimiento de estos pacientes realizando funciones de educación sanitaria, entrenamiento a las familias prestando apoyo psicológico y favoreciendo la aceptación a la diálisis, mitigando los miedos que aparecen por la realización de la técnica en casa.

En nuestra unidad los pacientes inician la técnica ingresos, con cicladora nocturna(DPA). Posteriormente y dependiendo de diferentes factores, como situación geográfica, habilidades personales y predisposición personal, se entrena al cuidador en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

La enfermera referente de DP de nuestra unidad está en contacto con la familia vía telefónica durante su estancia en casa.

Justificación:

Nuestra unidad recibe pacientes de diferentes comunidades autónomas, por ello se requiere ingreso hospitalario hasta la realización de la técnica con éxito y con la certeza que la familia está preparada para realizarla en el domicilio con las máximas garantías.

La justificación de este programa consiste en la preparación del cuidador que ha de realizar la técnica de D.P. en el domicilio familiar, optimizando con éste el cuidado integral y el bienestar del niño durante el tiempo que se prolongue el tratamiento y así minimizamos la estancia hospitalaria favoreciendo el vínculo dentro del núcleo familiar.

Objetivos:

Capacitar al cuidador principal de los conocimientos teórico-prácticos de la técnica D.P:

- Cura y mantenimiento del orificio de salida del catéter de DP.
- Montaje y conexión-desconexión a cicladora.
- Montaje y conexión-desconexión de DPCA.
- Saber identificar posibles problemas y resolverlos.

Disminuir la ansiedad/temor frente a la realización de la técnica en su domicilio.

Material y Método:

Revisión bibliográfica.

Sesiones de manera estandarizada para realizar el entrenamiento de forma gradual con el fin de ir evaluando la capacitación de la familia en cada una de ellas.

Primeros montajes en la unidad con la supervisión de la enfermera referente en DP.

La duración del tiempo en las sesiones viene determinada por las características de cada familia.

Valoración y visita al domicilio.

Resultados:

Disminución de complicaciones tales como peritonitis, infección del orificio.

Disminución de los ingresos hospitalarios

Disminución del abandono de la técnica.

Mejora de la calidad de vida del niño y la familia.

Conclusiones:

Con el programa de entrenamiento al cuidador principal del paciente pediátrico en DP, conseguimos la normalización de la vida cotidiana del niño y su familia dentro de su entorno. Evitamos ingresos en el hospital capacitando a los cuidadores a identificar posibles problemas y como solucionarlos. Una buena educación sanitaria y formación al cuidador del paciente pediátrico de forma individualizada es fundamental para el éxito y desarrollo de la técnica.

Influencia de la consulta ERCA de enfermería en la elección de diálisis peritoneal como opción terapéutica

Francisca Medero Rubio, Manuela Pérez Márquez, María Giuliana Parreño Rodríguez, María Auxiliadora Gómez Pacheco, José Manuel Santos Sánchez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción:

La atención y el cuidado del paciente con ERCA debe proporcionarse en el contexto de un equipo multidisciplinar, es imprescindible que las consultas de ERCA dispongan de una consulta de enfermería nefrológica. Uno de los aspectos que contempla la creación de dicha consulta es el aumento de la elección de la diálisis peritoneal (DP) por parte de los pacientes, por mejora en el proceso informativo y educativo para la elección del TRS, permitiendo reducir los costes sanitarios y aumentar las sostenibilidad del tratamiento.

En nuestra Unidad se instauró la consulta ERCA de enfermería en 2017.

Objetivos:

Comprobar la elección de la modalidad terapéutica domiciliaria (DP) desde la creación de la consulta ERCA de enfermería.

Material y Método:

Estudio observacional prospectivo. Se incluyen 82 pacientes con ERCA que reciben información de TRS durante el año 2017.

Se registra en una Hoja Excel los pacientes que reciben información sobre TRS, edad, sexo, número de visitas, opción de TRS, procedencia y resultado final en técnica de elección.

Se expresa como media la variable cuantitativa (edad) y como proporción las variables cualitativas (opción de TRS y procedencia).

Resultados:

Durante el año 2017 recibieron información y educación sobre opciones de TRS en la consulta de enfermería 82

pacientes, con un rango de edad comprendido entre 33-88 años y edad media de 65 años. El 59,75% corresponde a hombres y el 40,24% a mujeres.

No precisó ningún paciente más de tres visitas educativas, eligiendo DP 43 pacientes de n=82 (52,44%). El 37,21% (16) se decidió por DP en la primera visita, el 60,47% (26) lo hizo en la segunda visita y el 1,18% (1) en la tercera consulta.

La edad media de los pacientes que se decidieron por DP en la primera educación fue de 57,75 años.

La elección de TRS en la primera educación se corresponde con el 19,51% de pacientes que eligen DP, el 10,98% eligen HD, el 64,63% se muestran indecisos y en el 4,88% se considera que la elección de DP no es viable.

En la segunda educación el 59,09% se decide por la modalidad de DP, el 38,64% lo hace por HD y el 2,27% continúa indeciso.

El 95,12% procede de ERCA y el 4,87% de HD.

Al final del estudio, 10 pacientes están incluidos en programas de DP, 9 han comenzado con HD, 1 paciente opta por tratamiento conservador, se registran 2 éxitos y 1 trasplante renal anticipado.

Conclusiones:

La elección de los pacientes en entornos de libre elección terapéutica según las experiencias publicadas, se encuentra en torno al 50% de los pacientes que eligen DP. Consideramos que un año es poco tiempo para ver la evolución, aún así, detectamos que con la implementación de la consulta ERCA de enfermería, nuestros pacientes se deciden por esta modalidad como primera opción en porcentajes similares a los estudios publicados.

De la teoría a la práctica: eficacia de un programa de educación nutricional (PEN) individualizado en consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)

Almudena Pérez Torrez, M^a Elena González García, Filo Trocoli González, Ascensión González Garcías, Helena García Llana, Rafael Selgas Gutiérrez

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción:

La prevalencia de desgaste proteico energético (DPE) en pacientes sin diálisis se encuentra poco estudiada y oscila entre el 11-19%, el consejo dietético individualizado y la suplementación nutricional oral (SNO), son las primeras medidas a considerar para su tratamiento, pero pocos estudios la evalúan en pacientes con Enfermedad Renal Crónica sin diálisis.

Objetivos:

Comparar la eficacia de un programa de educación nutricional (PEN) frente a un PEN y SNO, en un colectivo de pacientes con ERCA (ERC 4-5 no D), en relación al estado nutricional medido por criterios de DPE.

Pacientes y Método:

Estudio longitudinal de 6 meses de duración, se incluyeron 128 pacientes que realizaron un PEN, 96 realizaron el PEN y 32 realizaron el PEN+SNO, Se pautó SNO aquellos pacientes que no cubrían requerimientos nutricionales con ingesta oral. Se realizó evaluación nutricional mediante: criterios de DPE, registro dietético de 3 días, parámetros antropométricos y bioimpedancia vectorial (BIVA), tanto al inicio como al final del PEN.

Resultados:

El estado nutricional mejoró de manera significativa en los dos grupos, sin encontrar diferencias entre ellos; PEN (19,2% vs 5,2% $p<0,05$) y PEN+SNO (50% vs 28,1% $p<0,05$). En el grupo de SNO+PEN, aumentó la prealbúmina; PEN+SNO (26,0±5,6 mg/dl vs 30,0±4,4 mg/dl $p<0,05$) y PEN (31,1±6,4 mg/dl vs 32,1±6,2 mg/dl $p<0,05$), y la albúmina en el grupo de PEN (3,6±0,4 g/dl vs 3,8±0,3 g/dl $p<0,05$); grupo PEN+SNO (3,3±0,5 g/dl vs 3,5±0,5 g/dl), la función renal medida por aclaramiento de creatinina se mantuvo constante, PEN+SNO;(16,8±4,1 ml/min vs 18,9±6,2 ml/min) PEN; (17,6±3,8 l/min vs 19,5±6,5 ml/min). En el grupo SNO+PEN, aumentaron el índice de masa corporal (IMC) (24,5±5,4 kg/m² vs 24,7±4,6 kg/m² $p<0,05$) y la masa grasa (27,7±12,5 % vs 30,8±11,9% $p<0,05$) con disminución del agua extracelular corporal y aumento del agua intracelular. En el grupo que solo recibió el PEN, disminuyó el IMC (28,8±4,4 kg/m² vs 28,0±4,0 kg/m² $p<0,05$) y aumento la masa muscular (38,5±7,6% vs 40,4±7,5% $p<0,05$).

Conclusiones:

La SNO acompañada de un PEN individualizado, es una herramienta efectiva para el tratamiento y prevención del DPE en este colectivo de pacientes.

Identificación de áreas de intervención a través del análisis del perfil del paciente que inicia consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada

Antonio López González, Teresa Pérez López, Lorena Díaz Rodríguez, Carmen Bermúdez Liste, Lidia Portela Rico

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. España

Introducción:

La consulta de enfermería de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) constituye un escenario profesional complejo, siendo conveniente, conocer las características de estos pacientes para dar respuesta a sus necesidades. Por tanto, el objetivo de este estudio es describir el perfil del paciente que inicia consulta ERCA de enfermería con el fin de identificar prioridades de actuación.

Material y Método:

Estudio transversal descriptivo sobre 461 pacientes que iniciaron consulta ERCA de enfermería entre julio de 2015 y abril de 2018 en un hospital público.

Se recogieron las variables edad, sexo, nivel de estudios, situación familia, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), índice de masa corporal (IMC), Índice de Charlson (IC), grado de dependencia, cumplimiento farmacoterapéutico (Test Hermes) y parámetros analíticos.

Para el análisis comparativo de las variables cuantitativas se utilizó la t de Student, la prueba de U de Mann-Whitney y ANOVA de un factor según proceda. En las variables categóricas se utilizó la prueba χ^2 .

Resultados:

El 62% de los pacientes analizados fueron hombres y 38% mujeres. La edad media fue de $69,50 \pm 13,01$ años, sin evidenciarse diferencias según el sexo ($p=0,321$). El 70% iniciaron consulta en Estadio IV. El filtrado glomerular medio al inicio fue de $19,82 \pm 5,58$ ml/min/1,73 m², sin diferencias en función del sexo ($p=0,550$) ni rangos de edad ($p=0,770$). La nefropatía diabética fue la principal causa de la enfermedad renal, tanto en hombres como mujeres y en todos los rangos de edad. El IC medio fue de $7,56 \pm 2,04$ siendo la comorbilidad cardiovascular

la más frecuente. Las mujeres ($p=0,090$) y los mayores de 80 años ($p=0,000$) eran los más dependientes. El 94% de los pacientes eran incumplidores siendo el olvido de la toma la causa más común.

El porcentaje sin estudios es mayor en las mujeres ($p=0,002$). El 81% de los pacientes acudió acompañado. La pareja, en un 76%, era el cuidador principal. Son los hombres ($p=0,005$) y los menores de 60 años ($p=0,003$) los que suelen acudir sin acompañante. La proporción de pacientes en los que se ha detectado el diagnóstico de enfermedad Temor es mayor en los pacientes que acuden solos ($p=0,039$).

El IMC medio fue $28,67 \pm 5,48$, rango de sobrepeso. El 73% de los pacientes tenía sobrepeso u obesidad, sobre todo en el rango de edad 61 a 80 años ($p=0,000$). El 61% tenía una TAS mayor de 140 mmHg y un 21% una TAS mayor de 85 mmHg.

El valor medio de Hematocrito fue $34,87 \pm 4,96$ g/dl, Hemoglobina fue $11,24 \pm 1,68$ g/dl, Ácido Úrico fue $7,55 \pm 1,81$ mg/dl, Potasio fue $4,85 \pm 0,59$ mg/dl, Fósforo fue $4,35 \pm 0,99$ mg/dl, Glucosa fue $118,77 \pm 57,98$ mg/dl, Colesterol fue $168,58 \pm 39,80$ mg/dl y Triglicéridos fue $150,25 \pm 88,12$ mg/dl. Solo el colesterol está influenciado por la variable sexo siendo mayor en hombres ($p=0,029$). El fósforo y el ácido úrico son los parámetros con mayor fuera de rango.

Conclusiones:

El conocimiento del perfil del paciente que inicia consulta ERCA de Enfermería es fundamental para el diseño de intervenciones. Atendiendo a nuestros resultados, la mejora del cumplimiento terapéutico, la optimización del manejo del estado nutricional e hipertensión arterial, así como, el abordaje del impacto emocional que genera el enfrentarse a la propia enfermedad crónica especialmente en pacientes sin apoyo familiar, han de ser objetivos primordiales.

Estrategias enfermeras para el entrenamiento de la punción con la técnica del ojal en situaciones especiales

González Molina Julián, Ana M^a Madrid Gómez, Carme Moreno Aliaga, Clara Ángeles Olcina Molina, Trinidad Momblanch Amoros, Anna Mireia Martí Monros

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España

La disponibilidad del monitor (NxStage®) diseñado para Hemodiálisis Domiciliaria (HDD), ha contribuido a ampliar el perfil de pacientes que pueden beneficiarse de la HDD.

Caso 1:

Adulto remitido a nuestra Unidad al solicitar HDD, después de fallo de Diálisis Peritoneal. Presenta Fistula Arterio-Venosa (FAV) radio-cefálica derecha, por lo que cuando le indicamos auto-puncionarse manifiesta imposibilidad al ser diestro absoluto y no tener ninguna habilidad con la mano izquierda.

Manifiesta intención de abandonar el entrenamiento de HDD, le convencemos de que no lo haga y diseñamos la siguiente estrategia:

- Búsqueda bibliográfica sobre estimulación del miembro no dominante, que no aporte información válida: Toda la documentación hacía referencia a: Deportistas, estimulación con realidad virtual y electro-estimulación en ICTUS y/o hemipléjicos, estimulación neurológica en pediatría.
- Sesión clínica con Fisioterapia: se nos indicó que la forma más eficaz de estimular la habilidad en brazo/mano no dominante era el cepillado de dientes varias veces al día: actividad fácil de realizar, implica movimientos específicos, no produce fatiga y se realiza en domicilio sin supervisión.
- Entrenamiento. Durante las primeras 2 semanas realizamos el túnel BH y las primeras punciones con aguja roma (enfermera HDD), y nos aseguramos de que el paciente estaba implementando la recomendación de fisioterapia. En la tercera semana le preguntamos al paciente si se sentía en condiciones de iniciar las punciones y nos dijo que sí, a partir de lo cual empezó la auto-punción y tres semanas después se trasladó al domicilio.

Caso 2:

Adulto diestro que se traslada a nuestro Hospital después de 1 año en HD diagnóstico: Nefroangioesclerosis hipertensiva y diabética, obesidad mórbida (cirugía bariátrica) y hemiparesia derecha y FAV radio-cefálica derecha.

A partir de la experiencia expuesta en el CASO 1 entrenamos al paciente y en la tercera semana fue capaz de auto-puncionarse con la mano no dominante y de volver a escribir y cumplimentar la gráfica de tratamiento.

Caso 3:

Adulto de nuestro programa de HDD que después de un año presenta trombosis parcial de la vena por lo que hay que cambiar zonas de punción y realización de nuevos túneles para BH.

Sin problemas con el retorno que se punciona como es habitual: dirección anterógrada pero con la toma tuvimos que recurrir a la dirección retrograda, lo que desde el primer día supuso un problema para el paciente: no era capaz de sujetar ni direccionar adecuadamente la aguja, estrategia:

- Preparamos lo que podría ser un "brazo falso" con un segmento de línea, indicamos al paciente que en el domicilio lo pegara al reposabrazos del sillón y practicara primero con aguja biselada y después con roma, durante el re-entrenamiento y formación del nuevo túnel, resultado evidente que la práctica mejoraba su habilidad. En la segunda semana el paciente fue capaz de puncionarse y en la tercera fue trasladado al domicilio donde se punciona de forma satisfactoria.

Conclusiones:

El análisis individualizado de los problemas y la consulta con otros profesionales contribuyen a la resolución de los problemas también en HDD.

Análisis de la opinión enfermera sobre el uso de herramientas para la valoración holística de pacientes en hemodiálisis

Nuria Urbón Peláez, Noelia Olmedo Moreno, Ana Ángeles Rico González, Francisco Luis Sánchez Izquierdo

Centro de hemodiálisis Asyter Albacete. Albacete. España

Introducción:

Los pacientes en programa de hemodiálisis ven afectadas, en mayor o menor medida, todas las áreas de su vida. Su enfermedad les obliga a reajustarse continuamente a nivel individual, familiar y social. Por ello, es importante establecer controles nutricionales, psicológicos y sociales, para solucionar los posibles conflictos que aparecerán en el proceso de dicha enfermedad.

La valoración enfermera del paciente en sus diferentes ámbitos, es el primer paso para poder evaluar sus necesidades de manera holística. Para ello, es necesario contar con herramientas con las que poder detectar alteraciones en las que pueda precisar ayuda de otros profesionales.

Objetivos:

Analizar la importancia que da el personal de enfermería al estado emocional, nutricional y social de los pacientes en hemodiálisis. Describir el uso de herramientas para la valoración de estos aspectos en su trabajo, así como las horas de formación recibidas sobre el tema.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal a los profesionales de enfermería de seis centros periféricos de hemodiálisis, a los cuales se les distribuyó un cuestionario ad hoc, anónimo y autoaplicado. En éste, se recogían datos demográficos, y se valoró: la importancia durante su trabajo del aspecto emocional, nutricional y social del paciente; si usaban herramientas de valoración de dichos aspectos en el día a día y sobre su nivel de formación acerca del tema.

Se utilizaron medias y porcentajes de frecuencia para analizar los resultados.

Resultados:

De 65 encuestas entregadas, se recogieron 49 (TR 81,5%). El 81,6% fueron mujeres, la edad media de los encuestados fue de 30 años ($dE\pm 5,3$) y la media de experiencia en hemodiálisis de 8 años ($dE\pm 5,4$).

Destacaron los siguientes resultados en una escala de 1 a 5: los encuestados puntuaron de media un 4,8 en lo referente a importancia que dan al aspecto nutricional, un 4,5 en el ámbito emocional y un 3,7 en el social. La media de puntuación sobre como percibieron de adecuada su formación en el ítem nutricional fue de un 3,2, el aspecto emocional un 2,5 y el social un 2,3.

En cuanto a las horas de formación, un 96,2% refirió tener alguna hora de aprendizaje en aspectos nutricionales, un 75,5% en el aspecto emocional y un 31,9% en el aspecto social.

Para las valoraciones nutricionales, un 77,4% refirió conocer herramientas y un 54,7% las usaba. En el ámbito emocional, un 43,4% conocía herramientas y un 15,1% las usaba habitualmente. Con respecto al ámbito social, un 22,6% dijo conocer herramientas y un 13,2% usarlas.

Conclusiones:

Los aspectos nutricionales y emocionales fueron los percibidos como más importantes por los profesionales de enfermería.

Los profesionales de enfermería encuestados consideraron tener unos conocimientos deficientes o no adecuados en el aspecto social.

Análisis de la población diabética en programa de hemodiálisis

M^a del Carmen Domínguez Berruezo, Laura Infantes Gutiérrez

Centro de Diálisis Diaverum La Axarquía. Málaga. España

Introducción:

La diabetes en España afecta a 6 millones de personas, es la responsable de 25.000 muertes al año, del 16% de ceguera y del 70% de amputaciones de MMII no traumáticas.

El 24% de los pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo (Hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante) lo hace como consecuencia de la nefropatía diabética.

Objetivos:

Analizar diferentes variables de los pacientes diabéticos de 4 centros de diálisis periféricos.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, de cohortes, multicéntrico en pacientes de Hemodiálisis, de los 351 pacientes de nuestras clínicas el porcentaje de pacientes diabéticos es de 41,88% (147 pacientes) y el 22,79% (80 pacientes) la diabetes es la causa principal de la ERC. Recogemos datos mediante entrevista directa sobre el estilo de vida (actividad física, dieta, tabaquismo) y conocimientos sobre cuidados diabéticos (prevención y tratamiento de hipoglucemias, controles, antidiabéticos y cuidado de los pies) y los analizamos.

Resultados:

Se incluyeron un total de 147 pacientes, de ellos 91 eran varones y 56 mujeres, con una edad media de 70,67 años. Un 21,08% realiza actividad física diariamente, mientras que el 53,06% no realiza ningún tipo de ejercicio. Sólo el 14,96% son fumadores.

El 27,21% de los pacientes diabéticos toman Antidiabéticos orales, y el 60,54% son insulino dependientes, el resto no precisan ningún tratamiento antidiabético. De ellos, el 20,54% no se realiza ningún control de glucemia, y el 62,32% se realizan 1 a 3 controles diarios.

El 30,13% acude a consulta de pie diabético, 3 de ellos al Hospital de referencia y el 69,86% no han acudido nunca a esta consulta, de hecho, 4 no lo precisan, porque tienen amputados los MMII.

Resaltar que el 55,48% siguen una dieta adecuada incluyendo 5 comidas diarias. Y que el 67,80% saben reconocer una Hipoglucemia y el tratamiento que deben seguir.

Conclusiones:

Valoramos el déficit de conocimientos del cuidado diabético y la necesidad de educación sanitaria sobre los parámetros recogidos.

Análisis del grado de dependencia de los pacientes en programa de hemodiafiltración on-line

Elena Liset Cahuancama Solano, Sergi Aragó Sorrosal, Marta Quintela Martínez, Miquel Gómez Umbert, María Fuste Vidal, Eva Elias Sanz

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción:

La población con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en tratamiento de hemodiafiltración on-line (HDF-OL) es cada vez de edad más avanzada; lo que implica una mayor comorbilidad, grado de dependencia y necesidad de cuidados de enfermería. La ratio paciente/profesional (enfermería y técnicos auxiliares) suele diferir de un centro periférico a un hospital terciario.

Objetivos:

Objetivo general:

- Identificar el grado de dependencia de los pacientes en programa de HDF-OL de un hospital de tercer nivel y su centro periférico.

Objetivos específicos:

- Valorar la correlación entre test Delta e Índice de comorbilidad de Charlson (ICC).
- Comparar el nivel de dependencia entre la sala de diálisis de un hospital de tercer nivel y su centro periférico.
- Comparar el nivel de dependencia entre el turno diurno y el turno nocturno.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal con 116 pacientes (32% mujeres) en programa HDF-OL. Criterios de selección: > 1 mes en tratamiento en HDF-OL y >18 años, que firmaron su consentimiento informado. El estudio fue realizado en febrero de 2018 incluyendo a todos los pacientes en tratamiento de HDF-OL.

Se utilizó el test Delta; consta de una escala principal (dependencia) y dos subescalas independientes (deficiencia física y psíquica), sus ítems se puntúan de 0 a 3, de menor a mayor severidad.

Se diseñó un registro específico que incluyeron las varia-

bles: centro, turno de diálisis, tiempo en HDF-OL, variables sociodemográficas, IMC; y resultados del ICC y del test Delta.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19 y un modelo de regresión lineal para la asociación del ICC con el test Delta.

Resultados:

Se incluyeron 116 pacientes con edad media de 58 años; 58% son jubilados y 86% viven acompañados, presentaron un ICC medio de $6,14 \pm 0,27$ y Delta medio de $5,89 \pm 0,76$.

El test Delta y el ICC mostró a mayor puntuación en el ICC, mayor grado de dependencia en el test Delta (correlación bivariada $p < 0,01$, coeficiente de Spearman $\rho = 0,531$), presentando mayor puntuación en el test Delta y en el ICC los pacientes del centro periférico (ICC periférico = $6,88 \pm 0,35$ vs. ICC hospital = $5,09 \pm 0,37$, $p < 0,01$, Delta periférico = $7,25 \pm 1,03$ vs. Delta hospital = $3,96 \pm 1,041$, $p < 0,05$). También se objetivó diferencias entre el turno diurno y el turno nocturno del hospital (Delta diurno = $5,27 \pm 1,61$ vs. Delta nocturno = $1,83 \pm 0,57$, $p = 0,052$, ICC diurno = $6,17 \pm 0,41$ vs. ICC nocturno = $3,33 \pm 0,47$, $p < 0,01$), siendo el nocturno el de menos personas dependientes.

Discusión:

En nuestro servicio de diálisis se atienden a pacientes con un alto nivel de dependencia. Existen diferencias en el nivel de dependencia entre los pacientes del hospital y los del centro periférico, también entre el turno diurno y nocturno. Disponiendo de parámetros objetivos para valorar su grado de dependencia y comorbilidad se sugiere el desarrollo de una herramienta de valoración común para el establecimiento de las ratios paciente/profesional.

Comorbilidad y empoderamiento del paciente asociado a los cuidados de la Fístula Arterio-venosa madura

Ester Arroyo Martínez, Carolina Nava Redondo, María Parreño Alcolado, Germán Parreño Alcolado, María Bravo Herrero, Ángela Dorado Moraleda

Asyter Alcazar de San Juan. Ciudad Real. España

Introducción:

Hoy en día la Fístula Arterio-Venosa (FAV) autóloga se considera la mejor opción de acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.

La vida y funcionamiento adecuado del AV depende en gran medida de la participación activa del paciente y del personal sanitario.

Objetivos:

Determinar que, la influencia de unos buenos cuidados enfermeros en el desarrollo y mantenimiento de un buen AV conlleva a una hemodiálisis eficaz y disminuye la morbimortalidad asociada.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, Pubmed y Scielo seleccionándose aquellos artículos publicados entre 2006 y 2016.

Se consultó las publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería nefrológica (SEDEN), así como la Guía de Práctica Clínica de Accesos Vasculares para Hemodiálisis de la SEDEN 2017 y la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis (Edición 2017) de la Sociedad Española de Nefrología.

Resultados:

Se ha encontrado relación significativa entre los autocuidados de la FAV y la formación adecuada del paciente, para contribuir a un buen funcionamiento, prolongar su

permeabilidad y adquirir los hábitos necesarios que le permitan detectar, evitar y prevenir las complicaciones.

Destacamos, la importancia del empoderamiento del paciente como un factor fundamental y determinante para lograr y mantener un AV en condiciones óptimas, cobra gran importancia el papel de la enfermería.

Se ha comprobado que, a consecuencia de las complicaciones como trombosis, estenosis e infecciones del AV, existe una mayor morbilidad en HD, y representan las principales causas de ingresos hospitalarios relacionadas con el AV, lo que eleva considerablemente los costes.

Está demostrado que la colocación del CVC previo a la realización de la FAV en estos pacientes supone casi el doble de riesgo de presentar disfunción de ese futuro AV. La vida a largo plazo del AV va a depender del diagnóstico precoz y de los cuidados.

Conclusiones:

La aplicación de cuidados enfermeros y adiestramiento de los pacientes para el empoderamiento constituyen un gran reto para los profesionales y conllevará a disminuir la morbimortalidad asociada, e influirá positivamente en la mejor calidad de las sesiones de HD.

Según los resultados obtenidos llegamos a la conclusión, coincidiendo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología publicadas en la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis 2017, de la importancia de la realización de la FAV con una antelación de 6 meses (en caso de las nativas) y de entre 3-6 meses (en caso de las protésicas) además de los criterios según el filtrado glomerular (FG) y de la rapidez de la evolución de la enfermedad renal crónica.

Creemos que es importante fomentar en cada unidad de HD un seguimiento de los AV a través de un sistema de vigilancia y monitorización (exploración física y Eco Doppler).

Conocimiento de los pacientes con enfermedad renal crónica sobre voluntades anticipadas

Silvia Montserrat García, Olga Sobrado Sobrado, Rosa María Luis Estévez, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que produce una pérdida de la función renal.

Gracias a los nuevos avances tecnológicos en el ámbito sanitario, las expectativas de vida de los pacientes aumentan, siendo más longevos y con más comorbilidades asociadas.

Debido a la situación de salud, los pacientes pueden sentirse vulnerables o excluidos de la toma de decisiones. Las leyes tratan de proteger sus derechos, a través del Documento de Voluntades anticipadas (DVA).

Los pacientes no siempre tienen la oportunidad de hablar con el personal sanitario sobre el fin del tratamiento sustitutivo, ya sea por prejuicios, cultura, miedos.... no es un tema habitual en las salas de diálisis y a veces puede ser considerado un tema tabú.

Objetivos:

Determinar el conocimiento de los pacientes en diálisis sobre las voluntades anticipadas, si las tienen y si tienen asignado un representante.

Material y Método:

Se realiza un estudio descriptivo transversal, durante el mes de marzo de 2018.

Se ha elaborado un cuestionario sobre las voluntades anticipadas, para evaluar los conocimientos sobre ellas, si poseen unas y si tienen asignado un representante.

Incluimos a todos los pacientes en programa de hemodiálisis de nuestro centro, que sean capaces de contestar la encuesta.

Excluimos a los pacientes que no quisieran participar, con barrera idiomática o con alteraciones neurológicas (disartria, alzheimer, ICTUS..)

Resultados:

Se analizaron un total de 37 pacientes, con una media de edad de 65 años y de media 58 meses en diálisis.

El 5,4% de los pacientes ha realizado un documento de voluntades anticipadas y el 75,67% no sabría dónde acudir para realizarlo.

Sin tener realizado el documento, el 54,05% tiene un representante asignado. De éstos el 40% ha hablado con su representante de cómo actuar según la situación.

El 73% de los pacientes tienen conocimiento sobre el desarrollo de su enfermedad y el 67,5% considera que participa en la toma de decisiones.

El 62,1% de los pacientes refieren no recibir la información adecuada sobre el final de la vida y el 16,2% no cree importante poseer un documento de voluntades anticipadas.

El 62,1% prefiere que la información la proporcione su nefrólogo frente al 10,8% que cree que debería ser enfermería.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes no saben que es el documento de voluntades anticipadas, ni donde hacerlo.

A pesar de esto, la mitad de ellos tiene un representante asignado sin ser oficial y consideran importante un documento donde plasmar sus deseos.

Durante las entrevistas hemos podido observar, que tanto pacientes como profesionales, muestran cierta reticencia a hablar sobre éste tema. Poner carteles informativos, hacer jornadas o algún tipo de formación, facilitaría poder hablar libremente sobre ello.

Educación y formación: impacto sobre el cumplimiento del quelante de fósforo

Myriam Vicario Marquiegui, Francisco José López Sánchez, Judith Madarieta Juaristi, Xavier Pérez Saenz Azkunaga, Patricia Alejandre Malda, Jennifer Sánchez Jiménez

Clínica Dialbilbo. Vizcaya. España

Introducción:

Los pacientes con ERC en fase terminal deben someterse a tratamientos crónicos no curativos y la toma de numerosos fármacos, con grande coste tanto a nivel físico, psicológico, social como económico. En hemodiálisis, la falta de adherencia al tratamiento constituye un problema recurrente y provoca resultados desfavorables en términos de calidad de vida, aumento de la morbi-mortalidad y costes de salud. En nuestra unidad, los medicamentos con más datos de poca adherencia son los quelantes de fósforo (P), con la consecuente dificultad para controlar los niveles del mismo.

Objetivos:

Evaluar como varía la adherencia al tratamiento quelante de fósforo, a través de la medición de los niveles de fósforo y PTH, mediante dos métodos: Por una parte, aumentando el grado de información sobre la medicación por parte del equipo médico y, por otra parte, realizando un programa educacional por parte de enfermería.

Material y Método:

Estudio cuasi-experimental unicéntrico longitudinal retrospectivo (estudio de intervención "antes y después") realizado entre Junio 2017 y Enero 2018. Se incluyeron 38 pacientes, 11 mujeres y 27 hombres, con edad media de 70,68±14,06. Los criterios de inclusión fueron: llevar más de 3 meses en diálisis, estar tratamiento con cualquier quelante y ser mayores de edad. En junio 2017, comenzamos el periodo formativo con una duración de 4 meses: consistió en aumentar la información sobre el medicamento y un programa educacional por parte de enfermería. En Octubre 2017, damos un periodo de descanso de formación y educación durante 4 meses. Se analizan los niveles de fósforo + PTH al comien-

zo y final de cada etapa, así como al final del estudio. Se recogieron datos sobre los motivos de no adherencia. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuantílico en función de si seguían una distribución normal o no. Se compararon mediante los test estadísticos t-student o la Wilcoxon para variables relacionadas. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante el test de MacNemar.

Resultados:

Al comienzo del estudio (julio 2017) se objetivan unos niveles de P de 4,62±1,12 y unos niveles de PTH de 410,5 (258,75-856,25). Tras realizar el periodo formativo de 4 meses, se analizan nuevamente estos parámetros objetivando un claro descenso de los niveles: P 4,24±1,19 y PTH 392 (194,5-639,5). Finalmente, durante el periodo de descanso formativo de los 4 meses siguientes, se continua percibiendo los efectos beneficiosos del periodo educacional y formativo, con niveles aún más bajos: P 3,97 ± 1,01 (disminución estadísticamente significativa de los niveles de fósforo P=0,021) y PTH 366 (212-774).

Conclusiones:

En este estudio de intervención "antes y después", se demuestra el impacto positivo del aumento de información y formación sobre el tratamiento por parte del equipo médico y enfermería sobre el control adecuado de los niveles de P y PTH. Dicha acción formativa, perdura en el tiempo mejorando el control del hiperparatiroidismo secundario y la hiperfosfatemia, con la espera mejora del pronóstico vital.

Ejercicio físico en el usuario en hemodiálisis

Miriam González Ruiz, Marta Meneu Oset, Jesús Galera Fernández, Joaquín José Castelló Benavent, Manuel José Pinazo Llobet

Nefrovall. S.L. Castellon. Universitat Jaume I. Castellón. España

Introducción:

Numerosos estudios previos evidencian el beneficio de implantar programas de ejercicio físico (E.F.) durante la sesión de hemodiálisis (HD), pero pocos analizan la predisposición y adherencia. Inicialmente se realizará un estudio descriptivo de nuestro centro, donde se valore la actividad física y la percepción de los usuarios sobre ejercicio físico en hemodiálisis. Tras un año de implementación del programa de E.F. adaptado, se analizarán sus opiniones y la adherencia al ejercicio tanto en el centro como en domicilio.

Objetivos:

Objetivo principal. Valorar la percepción de los usuarios con enfermedad renal crónica (ERC) sobre la realización de E.F. durante las sesiones de HD para su posterior implantación.

Objetivo secundario. Conocer si el usuario con ERC considera que realiza E.F. domiciliario.

Material y Método:

Se planteó un estudio observacional descriptivo transversal. Tras mostrar a los usuarios un vídeo sobre E.F. en HD, se les pasó un cuestionario heteroadministrado ad hoc a aquellos que firmaron el consentimiento informado y no presentaban deterioro cognitivo (muestreo de conveniencia). Seguidamente, un fisioterapeuta ejecutó un programa de ejercicios de movilidad articular activa y potenciación muscular. Los profesionales sanitarios

posteriormente, se encargaron de repetir los ejercicios y registraron su realización durante un año. El análisis e interpretación de los datos recogidos en el cuestionario se realizó con el programa informático Microsoft Excel mediante porcentajes.

Resultados:

75 usuarios fueron encuestados de los 83 presentes en el centro. La muestra estuvo formada por 29 mujeres y 46 hombres. El 33% de la muestra consideró que no realizaba ningún tipo de E.F., mientras que el 67% sí alegaba realizarlo, de los cuales el 39% alegó practicarlo a diario y el 28% algún día a la semana. Tras la visualización del vídeo tan sólo el 13% de la muestra consideró el E.F. no útil ni práctico, frente al 87% que deseó incorporarlo. Un 44% en las sesiones de HD y el 43% en el centro y en domicilio.

Conclusiones:

Aunque el 67% de los usuarios consideraron que realizaban E.F., tras la visualización del vídeo el 87% consideró buena idea incorporarlo, por lo tanto, concluimos que un 20% de los pacientes que no realizaba E.F. deseaban realizarlo. Dados los resultados obtenidos, se inició el programa de E.F. lo que esperábamos conllevarse también, a realizar cambios en la rutina de actividades domiciliarias.

Estudio de prevalencia de la coagulación del circuito extracorpóreo con filtros de muy alta permeabilidad y de carbono en el riñón del mieloma

Virginia Pérez Quintanilla, Eva Hortigüela Cámara, M^a José Díez Mayor

Complejo Asistencial de Burgos. Burgos. Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. España

Introducción:

El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad caracterizada por la proliferación clonal de células plasmáticas y la presencia de una paraproteína en el suero, orina o en ambas.

En un 50% de los casos el fracaso renal está presente en el momento del diagnóstico y, a menudo, es la forma de presentación de la enfermedad.

La causa más frecuente de fracaso renal agudo (FRA) es la producción excesiva de cadenas ligeras libres (CLL), que ocasiona una nefropatía por cilindros, conocida como riñón del mieloma. El objetivo del tratamiento del riñón del mieloma es reducir la producción de CLL y, por tanto, la exposición del riñón a ellas.

Una de las complicaciones de la hemodiálisis es la coagulación en el circuito extracorpóreo. Para disminuir su incidencia es necesaria una adecuada pauta de anticoagulación farmacológica.

Objetivos:

Conocer la prevalencia de la coagulación del circuito extracorpóreo con filtros de muy alta permeabilidad y de carbono en sesiones de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal asociada a mieloma múltiple.

Material y Método:

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron siete pacientes con FRA asociada a MM que recibieron tratamiento con filtros de alta permeabilidad (HCO) o filtro de carbono con un total de 98 y 17 sesiones respectivamente.

Recogimos las siguientes variables: anticoagulación, lavados programados, estado del sistema/dializador al finalizar la sesión y actuaciones requeridas.

La pauta de anticoagulación utilizada en los filtros de carbono es estándar siguiendo el criterio de 1/2mg/Kg de heparina sódica al inicio de la sesión y 10mg/h hasta finalizarla. En el caso de los filtros HCO se comienza la sesión con una pauta entre 10 y 15mg/h de heparina sódica y posteriormente se ajustan las dosis según criterio médico.

El análisis de los datos se realiza mediante el software estadístico IBM SPSS 19 con un intervalo de confianza del 95%. Previamente se recogieron y trataron los datos con Microsoft Office Excel 2010.

Resultados:

En las sesiones con filtros HCO el sistema se coaguló en un 9,18% de ocasiones y en un 88,88% de estas sesiones presentaba pauta de heparina sódica y en un 11,11% además de la pauta de anticoagulante se realizaron lavados programados. Las soluciones adoptadas fueron: en el 44,44% de los sistemas coagulados, fue necesario la finalización de la sesión y ajustar la dosis de heparina para las sesiones siguientes, en un 22,22% cambiamos el sistema, en un 22,22% se requirió finalizar la sesión y en un 11,11% restante precisó un cambio de rama venosa aunque finalmente se finalizó la sesión por coagulación del dializador y se subió la dosis de anticoagulación para las siguientes sesiones.

En las sesiones con filtros de Carbono obtuvimos un porcentaje del 17,64% de sistemas coagulados, de los cuales al 100% se le administró anticoagulación y en todos ellos se requirió la finalización de la sesión.

Conclusiones:

La prevalencia de coagulación del sistema fue mayor en las sesiones con filtro de carbono aún siendo más cortas y con un margen de actuación limitado.

Evaluación de la implementación de un listado de verificación de seguridad en la primera hemodiálisis

Ana Isabel Aguilera Flórez, María Blanco Álvarez, Israel Robles del Río, M^a de los Ángeles Morán Centeno, Margarita de Vega de la Red, Rosa M^a Carnero García

Complejo Asistencial de León. León. España

La seguridad del paciente es un punto clave en la calidad asistencial. La hemodiálisis es un procedimiento complejo e invasivo que no está exento de riesgos. Su entorno presenta amenazas potenciales para la seguridad del paciente, especialmente en las unidades de agudos donde los pacientes son más vulnerables y la organización más compleja. La OMS, pone de manifiesto la necesidad de mejorar la seguridad mediante el uso de listas de verificación. El objetivo de este trabajo fue diseñar, implementar y evaluar una lista de verificación de seguridad clínica (check list) en el proceso de la primera hemodialisis en la Unidad de Agudos.

Estudio prospectivo. Los datos se obtuvieron de los registros de enfermería de la historia clínica y se recogieron en una hoja de Excel. Los datos cuantitativos se expresaron como porcentajes y los cualitativos como frecuencias.

Para crear el check list se formó un grupo de trabajo multidisciplinar con participación de enfermera/os y nefrólogo/as. Se diseñó un borrador que aprobó el resto del equipo, iniciando su implantación el 28 de marzo de 2017. La validación se ha realizado al año de seguimiento.

El check list recoge una serie de ítems que los profesionales médicos y de enfermería tienen que comprobar en las distintas fases de la hemodiálisis: pre, intra, y post- hemodiálisis. No se inicia la sesión si no están cumplimentados los ítems pre-hemodiálisis. La firma de la enfermera y nefrólogo que realizan la validación, tiene que figurar en el documento. Se valoran distintos aspectos de seguridad como son: serología, alergias, acceso vascular, pauta de tratamiento, heparinización, medicación, hemostasia, sellado, entre otros.

Se realizó en la primera hemodiálisis de pacientes agudos y crónicos que iniciaron diálisis y a los crónicos procedentes de otros centros.

Se han realizado 206 check list (n=206), el 87,4% estaban correctamente rellenos y al 12,6% le faltaba alguna de las dos firmas. No se ha registrado ningún efecto adverso relacionado con la primera hemodiálisis.

El cuestionario de evaluación fue relleno por 16 enfermera/os (50% fijas y 50% temporales) y 6 nefrólogos, el 59,1% tenían más de 5 años de experiencia. El grado de satisfacción fue bueno para el 82%, les pareció útil al 77,35%, el tiempo empleado en relleno fue aceptable en el 90,9% y la terminología comprensible para el 95,4%. Aporta seguridad al 68,2% y modificarían algún ítem el 54,5%. El 77,3% lo recomendaría a otras unidades.

Transcurrido un año desde la puesta en marcha del check list, parece que tiene una buena aceptación, la mayoría de los profesionales opinan que aporta seguridad y que en relleno no se emplea demasiado tiempo, si bien la mitad de los profesionales de enfermería eliminarían algún ítem. El siguiente paso será proceder a la revisión del documento, para conseguir la total satisfacción de todos los profesionales, siguiendo el ciclo de mejora continua y poder avanzar hacia la excelencia.

La implementación de listas de verificación para hemodiálisis es factible en la práctica clínica habitual y pueden representar una solución para mejorar la cultura de seguridad en las unidades.

Evolución de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis en el periodo de cuatro años

Nuria Urbón Peláez, Noelia Olmedo Moreno, Francisco Luis Sánchez Izquierdo, Ana Ángeles Rico González

Centro de Hemodiálisis Asyter Albacete. Albacete. España

Introducción:

La presencia de ansiedad y depresión no es en sí misma, un síntoma de trastorno mental, aunque puede considerarse anómalo cuando su intensidad y duración es desproporcionada al estímulo que la desencadena.

En las personas que están en diálisis, la ansiedad suele estar muy presente debido a la continua incertidumbre en la que viven. La aparición del síndrome depresivo está influida por vivencias de pérdidas importantes para la persona, como es el deterioro de la salud, las complicaciones orgánicas irreversibles y las pérdidas afectivas. Es fundamental que el personal sanitario se centre también en el estado emocional del paciente en hemodiálisis y no sólo en ofrecer el mejor tratamiento técnico posible. De esta forma, se podrá tolerar el estrés y adaptarse a las necesidades propias de la enfermedad, mejorando el estado bio-psico-social del paciente.

Objetivos:

Describir el estado emocional de los pacientes en hemodiálisis (HD), por medio de los cuestionarios STAI (ansiedad) e IDER (depresión), a largo del periodo 2015-2018.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo en 41 pacientes en programa de HD. Para conocer los niveles de ansiedad (estado y rasgo) se utilizó el cuestionario STAI (Spielberger C.D.) y para la depresión (estado y rasgo) el cuestionario IDER. Los datos fueron recabados anualmente por dos enfermeras y la psicóloga de la unidad durante el periodo 2015-2018. Se excluyeron pacientes con alteraciones cognitivas y en tratamiento psiquiátrico.

Para estudiar la relación entre las variables cualitativas se utilizó la chi-cuadrado de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Se realizó un análisis estadístico con el programa Statgraphics Centurion XVI (StatPoint Technologies, Inc., Virginia, USA).

Resultados:

Las medias para la ansiedad estado (AE) y para la ansiedad rasgo (AR) se mantuvieron o incrementaron durante todo el periodo 2015-2018, pasando la AE de 5,66 a 5,98 y la AR de 6,22 a 6,73.

En cuanto a los valores de la depresión estado (DE) y la depresión rasgo (DR) se mantuvieron o disminuyeron a lo largo del mismo periodo, pasando la DE de 74,02 a 72,68 y la DR de 81,46 a 76,41.

Los varones presentaron puntuaciones más altas que las mujeres en los valores de AE ($p=0,0039$) y AR ($p=0,0000$). Sin embargo, en el grupo de mayores de 78 años la media de AE es la misma para ambos género (5,9).

Para la DE, no se encontraron resultados significativos en cuanto a la edad, mientras que el género masculino manifestó mayor DE que las mujeres, con un resultado significativo ($p=0,0203$).

Los hombres presentaron una mayor puntuación en DR, si bien no apareció significación estadística entre la puntuación DR y, tampoco, para la edad ni para el género.

Conclusiones:

Los hombres presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión en todos los grupos de edad.

Los niveles de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres son más similares en el grupo de edad de mayores de 78 años que en el resto.

Fragilidad y supervivencia asociada en pacientes incidentes en hemodiálisis mayores de sesenta y nueve años

Victoria Gómez Fernández, Amparo García Jiménez, Pedro Fernández Pallarés, Aurora López Montes

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España

Introducción:

La definición de fragilidad surge por la necesidad de tener un elemento que describa la situación de los adultos mayores abarcando de forma más amplia los simples indicadores de mortalidad, comorbilidad y dificultad para realizar actividades de la vida diaria, llegando a ser una de las mejores formas de evaluar su estado de salud al proporcionar datos objetivos que pueden indicar deterioro o mejoría de éste en el futuro.

Se ha encontrado una importante asociación entre fragilidad y enfermedades crónicas, siendo además un factor de riesgo independiente para muerte y hospitalización. La prevalencia de fragilidad en el anciano con insuficiencia renal crónica se estima en un 14%, llegando al 40-70% en ancianos en diálisis.

Objetivos:

Detectar al paciente frágil de entre los incidentes en hemodiálisis en el periodo estudiado y ver la supervivencia asociada.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo-longitudinal. Población: Pacientes incidentes en hemodiálisis. Muestra: Pacientes mayores de 69 años que inician hemodiálisis entre 2012-2016. Criterios exclusión: No consentimiento informado, trasplantados, enfermedad tumoral y/o infecciosa activa, hemodiálisis anteriormente. Variables: Índice de fragilidad de Fried que comprende los siguientes criterios: pérdida involuntaria de peso, agotamiento, lentitud al caminar, debilidad muscular o fuerza de prensión disminuida y bajo nivel de actividad física. Índice de Charlson. Análisis estadístico: paquete informático PASW Statistics 18.

Resultados:

117 pacientes, edad media 78,05 años (DE 4,08, rango 70-86 años), 75 hombres (63,6%) y 43 mujeres (36,4%).

Encontramos 63 pacientes frágiles (53,8%), presentando mayor fragilidad en el grupo de las mujeres.

Respecto a la comorbilidad, el índice de comorbilidad de Charlson ajustado a edad fue de 8.16 puntos (D.E 1,93 puntos, rango 5-15), la mayoría de los pacientes eran hipertensos (95%), 37,3% tenían dislipemia, 46,6% eran diabéticos, el 27,1% tenían cardiopatía isquémica, el 21,2% de los pacientes fueron EPOC, 11% de los pacientes habían presentado un accidente cerebrovascular previo y 18,6% estaban diagnosticados previo a su entrada de una neoplasia.

Conclusiones:

Los datos encontrados en nuestro estudio se corresponden con los vistos en la literatura consultada, estando por encima del 50%.

La supervivencia disminuye de forma importante en los primeros tres años en el grupo de frágiles frente al resto, estabilizándose en ambos grupos en los dos años siguientes. Se objetiva una supervivencia inferior en los pacientes frágiles.

La comorbilidad asociada se encuentra en valores similares a los encontrados en otros estudios.

Implicaciones para la práctica: La detección del anciano frágil facilita un mejor seguimiento del paciente con más probabilidad de evolución tórpida en diálisis y permite adoptar medidas preventivas encaminadas a evitar complicaciones asociadas a la técnica e incluso plantear necesidad de tratamientos conservadores de manera más objetiva.

Hemodiálisis: cómo llega el paciente a esta nueva etapa de su enfermedad

Luz del Carmen Cabrera Castro, Almudena García Jiménez, Isabel Moreno Díaz

Centro de Diálisis de Málaga. Málaga. España

A nuestro Centro llegan numerosos pacientes con enfermedad Renal Crónica a realizarse un Acceso Vascular, siendo ésta la primera vez que tienen contacto con un centro de diálisis. En este primer acercamiento con el personal de enfermería de diálisis se valora entre otros aspectos, la implementación de un acceso. El personal de enfermería ha detectado que estos pacientes tienen muchas incertidumbres sobre el proceso y que plantean un gran número de preguntas al respecto que ya se creían resueltas. El objetivo de este trabajo es detectar las dudas y necesidades que tienen los pacientes que llegan a realizarse un Acceso Vascular para solventarlas antes de su entrada en Hemodiálisis. Para ello, se recogió información mediante un cuestionario. Todos habían pasado por pre-diálisis. Los resultados mostraron que un alto porcentaje de los pacientes encuestados no tenía ningún conocimiento de la hemodiálisis, al igual que

tampoco conocía lo que era un acceso vascular y más de la mitad no sabía que debía mantener una dieta diferente al comienzo de su tratamiento. El desconocimiento de estos pacientes fue muy alto, aunque previamente habían pasado por consulta ERCA. Se plantea un seguimiento en diferentes sesiones por parte del personal de diálisis que los atenderá en el tratamiento, dando toda la información que demanden, además de un mayor y mejor conocimiento sobre el centro y el personal que los conducirá en este proceso para que puedan afrontarlo con naturalidad.

En base a los resultados obtenidos se detecta la necesidad de establecer una consulta de enfermería en el centro con el mismo personal que tratará a los pacientes en la hemodiálisis.

Implementación y cumplimiento de un listado de verificación en tres unidades de hemodiálisis

M^a Concepción Pereira Feijoo

Centros FRIAT Ourense. Ourense. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción:

En las unidades de hemodiálisis, por el uso de tecnología, por las características de los pacientes, actitudes incorrectas, exceso de confianza, se detectan efectos adversos (EA) siendo necesaria una cultura de seguridad junto un seguimiento continuo para detectar cualquier incidencia previniendo su aparición, siendo los Checklist/Listas de verificación (CL) un medio sencillo con bajo coste.

Objetivos:

Diseño e implantación del uso de un CL, específicamente diseñado y adaptado a nuestro medio, valorando su cumplimentación, la detección de prácticas no correctas y la valoración del personal de enfermería.

Material y Método:

Para la elaboración del CL se recopilaron todos los procesos, procedimientos y los posibles riesgos que abarcaban nuestra actividad, constituyéndose un grupo de trabajo, de enfermeros encargados de clasificar y encuadrar en los distintos procesos definidos, las actividades que abarcarían toda nuestra actividad por turno de diálisis y por paciente. El grado de acuerdo entre los procedimientos teóricos y los realizados en la práctica asistencial se alcanzó por técnica Delphi. La implantación no estuvo exenta de dificultades pues algunos compañeros sintieron que esta verificación y posterior análisis cuestionaba su profesionalidad, por lo que antes de implantar se realizó un pilotaje, resolviendo dudas, designando un profesional responsable de su ejecución, llevando a cabo un plan formativo y de entrenamiento del uso del CL, hasta que su correcta cumplimentación se convirtió

en una actividad rutinaria. El listado se componía de 5 partes: 1-Preparación de la técnica, 2-Conexión, 3-Proceso intraHemodiálisis, 4-Proceso Desconexión, 5-Finalización de turno. Se realizó un estudio observacional de corte transversal, considerándose observación a cada formulario completado por paciente, siendo defectuosas si no hubo adherencia (proporción de observaciones con defecto) o no cumplimentación. El estudio abarcó 1 año después de la implementación del CL, valorándose 5029 CL, valorándose la satisfacción de enfermería respecto a este CL.

Se realizó un CL sencillo, adaptado a nuestra actividad. El cumplimiento fue de un 79%. Los procesos de menor cumplimiento fueron: higiene de manos correcta 35%, doble CL en la administración de medicación 32% y no respetar el tiempo de acción previo al uso de los anti-sépticos 27%. Referente a la correcta cumplimentación, el 16% de los CL tenían 2 o más campos sin completar, el 84% restante presentaban el 100% de los campos completos, siendo el que menos se ha cumplimentado con un 27% la comprobación previa de la pauta antes del montaje del monitor. El 65% del personal consideró el CL necesario y un 38,75%, que había evitado algún EA. Respecto al grado de satisfacción global, se sentía satisfecho con el CL en un 92% de los trabajadores con menos de 3 años de experiencia frente al 11% del personal con más de 3 años de experiencia.

Conclusiones:

El CL demostró ser una herramienta válida mejorando la adherencia a la práctica asistencial de la enfermería, detección de EA, y con una valoración positiva del personal. Tras la implantación se revisa periódicamente su actualización y correcta aplicación.

La elección del sellado del catéter venoso central de hemodiálisis, ¿reduce la incidencia de bacteriemia asociada al catéter? Una revisión comparativa entre heparina y citrato

Mateu Nadal Servera, Ester Sánchez Marimón

Hospital Fundación Son Llätzer. Baleares. España

Introducción y Objetivos:

La bacteriemia asociada al catéter (BA-CVC) es el principal evento adverso y la segunda causa de mortalidad en el paciente en hemodiálisis (HD), tras la cardiopatía. Ante el uso extendido y habitual de la heparina como fármaco anticoagulante de sellado del catéter de HD, no exenta de riesgos hemorrágicos, el citrato se presenta como una alternativa con propiedades antimicrobianas. El objetivo de esta revisión crítica de la literatura es comparar qué anticoagulante, heparina o citrato, presenta menor incidencia de BA-CVC en HD.

Material y Método:

Estudio de investigación secundaria, basado en una revisión crítica de la literatura.

1. Definición de la estrategia de búsqueda, consulta de descriptores en los tesauros DeCS y MeSH y determinación de la operación booleana "Central Venous Catheters" AND ("Heparin" OR "Citrates") AND ("Catheter-Related Infections" OR "Renal Dialysis").
2. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL, LILACS, IME, Ibecs, LILACS, CUIDEN y Cochrane Library, aplicación de límites de búsqueda de publicación en los últimos 12 años (2005-2018), idiomas Inglés, Castellano, Portugués y Francés, y estudios cuantitativos y secundarios. Obtención de 286 documentos.
3. Lectura crítica tras eliminación de duplicados y aplicación de criterios de inclusión de estudios con uso de citrato o heparina, determinación de la concentración de anticoagulante y datos sobre incidencia de BA-CVC. Selección de 15 documentos.

Resultados y Discusión:

Los estudios a revisión crítica incluyen 2 meta-análisis, 1 revisión sistemática, 6 ensayos clínicos y 6 cohortes.

Se aportan datos sobre BA-CVC evidenciada analítica y clínicamente, y soluciones anticoagulantes variables en tipología y concentración.

Entre los estudios, algunos indican que la incidencia de BA-CVC es menor en el uso de citrato 30% o 46,7% respecto al uso de heparina 5%^{2,4-6}. Sin embargo, estudios altamente transferibles, tipo meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado, indican que la incidencia de BA-CVC es menor en el uso de citrato 4% o 30% respecto a la heparina 1,5% o 5%⁷⁻⁹. Únicamente un ensayo clínico ¹⁰ indica menor incidencia de BA-CVC en el uso de heparina 5%, mientras que los restantes no indican diferencias en la incidencia de BA-CVC entre ambos anticoagulantes.

En cuanto a la combinación de anticoagulante, los estudios se centran cada vez más en la asociación de éste con antibióticos como profilaxis efectiva de la BA-CVC. El uso comparado de citrato y heparina con antibióticos tipo gentamicina muestra resultados variables y no-concluyentes entre los estudios revisados, aunque en líneas generales la asociación antibiótica presenta menor incidencia de BA-CVC.

Conclusiones:

Los resultados más relevantes y actuales disponibles presentan variabilidad en concentraciones de anticoagulante e incidencia de BA-CVC, que dificulta concluir recomendaciones para la práctica clínica en el sellado del catéter de hemodiálisis. Son necesarios más estudios experimentales con concentraciones de sellado consensuadas. Su asociación con antibióticos requiere alta individualización dada la comorbilidad y la resistencia antibiótica. Todo ello, apunta que las medidas de esterilidad y asepsia en el manejo y la cura del catéter de hemodiálisis podrían tomar un papel relevante, más que la solución de sellado.

Lesión medular y hemodiálisis: elección del acceso ideal

Covadonga Díaz García, Engracia Martínez Rodríguez, Ana María Mon Rodríguez, Alejandra Méndez González

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España

Introducción:

En hemodiálisis, el acceso vascular es la herramienta imprescindible para realizar el tratamiento renal sustitutivo, y por tanto, vital para la supervivencia del paciente.

La morbi-mortalidad en el programa de hemodiálisis está directamente relacionada con el tipo de acceso vascular, multiplicándose por cuatro el riesgo de complicaciones infecciosas cuando se usa el catéter venoso central en lugar de la fístula al inicio del programa.

La elección del acceso ideal puede ser compleja en pacientes parapléjicos por lesión medular. Definimos la lesión medular como una patología de etiología variable de la función motora, sensitiva y/o autónoma. Supone una grave discapacidad debido a sus limitaciones físicas y a las complicaciones médicas que presenta.

Los pacientes parapléjicos emplean los miembros superiores para realizar la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, cambiar de posición o desplazarse en silla. Además, presentan una serie de características intrínsecas que se deben tener en cuenta a la hora de elegir el acceso vascular, como son:

-Espasticidad, definida como trastorno motor caracterizado por el incremento de los reflejos tónicos con aumento del tono muscular que afectan a tronco y miembros.

-Hipotensión arterial por la respuesta simpática alterada asociada al éstasis venoso en miembros inferiores y la disminución de la actividad muscular que reduce el retorno venoso. También tienen mayor riesgo de hipotensión ortostática.

Objetivos:

Plantear una disyuntiva en la elección del acceso vascular más adecuado en personas con lesión medular.

Material y Método:

Es un estudio descriptivo basado en la evidencia clínica y la revisión bibliográfica

Resultados:

Por un lado, y aunque las guías de práctica clínica recomiendan a las fístulas arterio-venosas como accesos de primera elección, éstas pueden mermar la calidad de vida en personas con lesión medular, limitando el movimiento del miembro portador por temor a perjudicar el acceso vascular. Así mismo, las complicaciones que pueden aparecer a lo largo de la vida útil de la fístula (síndrome de robo, edemas, infecciones, trombosis...), dificultan la funcionalidad de los miembros superiores interfiriendo las actividades cotidianas y aumentando los obstáculos. Durante las sesiones de hemodiálisis, pueden aparecer espasmos musculares en el brazo que pueden provocar salidas accidentales de las agujas o la rotura del acceso por extravasación, generando hematomas que lesionan el endotelio vascular. Además, los episodios de hipotensión influyen negativamente en la vida útil de las fístulas.

Por otro lado, los catéteres venosos centrales tunelizados aumentan el riesgo de complicaciones graves, comprometiendo la vida de los enfermos renales. Presentan una mayor tasa de infección, siendo los causantes de la mayor parte de las bacteriemias en diálisis, multiplicando por diez el riesgo. Aumentan la mortalidad entre un 5 y un 10% en relación a las fístulas e incrementan el riesgo de hospitalización y el coste médico.

Conclusiones:

La elección del acceso vascular en este tipo de pacientes debe de ser individualizada, teniendo en cuenta las características propias, nivel de independencia, capacidades motoras, existencia de espasmos, comorbilidades asociadas y elección personal.

Monitorización de las fístulas arteriovenosas por ecografía doppler en un centro de diálisis concertado

Omar R. Lafuente Covarrubias, Lidia Gómez Lojo, Rosa María Álvarez Pedrouso, Rodrigo Sánchez Villar, María Vallega Melgares

Centro de diálisis Diaverum Santiago de Compostela. A Coruña. España

Introducción:

La ecografía doppler (ED) es un método de segunda generación para la monitorización de las FAV. Las guías Españolas de Acceso vascular recomiendan valorar la disminución del flujo de la FAV (QA<500 ml/min), reducción de la luz del trayecto vascular en más de un 50%, aumento en la velocidad pico (ratio>2) y el diámetro residual de la luz (si es <2 mm).

Objetivos:

Queremos determinar los beneficios del uso de ecógrafo doppler por parte del personal de enfermería en un centro concertado de diálisis, que cuenta con recursos y personal más limitado que un Hospital.

Material y Método:

Estudio descriptivo y observacional. Primero, formación del personal, médicos y enfermeras, en ecografía doppler de FAV. Posteriormente, se realiza una ED basal (Ecógrafo SonoSite M-Turbo®), pre diálisis, a todas las FAV del centro de diálisis según recomienda la Guía Española de Acceso vascular. Todas las FAV incidentes, tras cumplir con los criterios de maduración, se han canalizado de forma eco-guiada. Se crea una base de datos en Excel y se realiza el análisis estadístico con el software SPSS®.

Resultados:

En total se exploran las FAV de 59 pacientes, 72,9% hombres; edad media de 68 años (39-86). Tiempo medio en diálisis 50 meses (3 meses-22,5 años). Tiempo de

vida media de las FAV 48,8 meses (DS 51,1; 27 días-19 años). FAV nativas 94,9% (Radiocefálicas 56%, Humerocefálicas 38,6% y Humero-basílica 1,8%) y protésicas 3,4% (1 Loop humero-cefálico y 1 prótesis humero-axilar) % FAV radiocefálicas, QA medio 1409,4 ml/min (DS 889,8; rango 283-4115); QA>500 ml/min: 92,8%; QA<500 ml/min: 7,2%. QB medio 398 ml/min (DS 36; rango 300-500). El 100% de las FAV con Kt/v>1,4. Hallazgos ecográficos: 8 (14%) FAV con una estenosis mayor al 50% en el trayecto venoso pero sin un diámetro residual menor a 2 mm y un ratio de velocidad pico < 2; dilataciones aneurismáticas 60% (2 FAV con trombosis parcial y 2 de ellas con trombosis severa) con trombosis parcial a nivel de una dilatación aneurismática. 8 FAV incidentes, punción eco guiada en las primeras punciones, previa confirmación de la maduración de la FAV por exploración física y a través de los criterios ecográficos de maduración; tiempo medio desde la creación de la FAV hasta la punción 36 días (rango 29-56 días) 2 FAV con extravasación venosa a pesar de la punción eco-guiada.

Conclusiones:

La ED se ha convertido en una herramienta imprescindible para el manejo correcto de las FAV. Es muy importante la formación del personal de enfermería. La puesta en marcha de un protocolo de monitorización por ecografía doppler permite el seguimiento de las FAV incidentes a través de criterios de maduración medibles y reproducibles, mejorando la confianza por parte del paciente y del personal de enfermería y se pueden detectar problemas estructurales a nivel de las FAV como ser estenosis y trombosis parciales. Es factible el uso de un ecógrafo doppler en la unidad de diálisis concertada y permite disminuir las complicaciones de punciones difíciles o de FAVs NUEVAS.

Nic [6530] manejo de la inmunización/vacunación en pacientes en hemodiálisis

Alicia Quintano Pintado, Ana Dorado García, Ángel Jiménez Maldonado, Daniel Alonso Gamarra, Ana Isabel Santamaría Sánchez, Estíbaliz Revuelta Villán

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

Las vacunas son el principal logro de la investigación biomédica y una de las principales causas de la mejora de la salud y la calidad de vida del ser humano.

La vacunación contra enfermedades infecciosas constituye uno de los tratamientos preventivos que más vidas ha salvado en las últimas décadas y tiene especial relevancia en el grupo de pacientes inmunodeprimidos.

Con la vacunación no sólo se protege a la persona que se vacuna, sino también al entorno que convive con esta persona, ya que reduce la probabilidad de entrar en contacto con el germen, es lo que se conoce como inmunidad de grupo.

Los pacientes renales y especialmente los que reciben tratamiento con hemodiálisis, se caracterizan por un descenso de la inmunidad asociado a su enfermedad crónica, motivo por el que son una población especialmente sensible a la captación para su vacunación.

Objetivos:

Objetivo general:

- Aumentar la seguridad de nuestros pacientes frente a infecciones prevenibles.

Objetivos específicos:

- Cuantificar la cobertura de vacunación de nuestros pacientes en hemodiálisis.
- Actualizar el rol de enfermería en la estrategia de vacunación.

Material y Método:

Estudio descriptivo de diseño transversal.

Población a estudio: todos los pacientes en programa de hemodiálisis adscritos a nuestra unidad de diálisis. N=61.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años en tratamiento en hemodiálisis.

VARIABLES EMPLEADAS: sociodemográficas, las vacunas

aplicadas frente a hepatitis B, neumococo y gripe (Fendrix, Neumo 23, prevenar 13, gripe según campaña).

Se realizó un programa de intervención enfermera basado en el diagnóstico enfermero NANDA: Riesgo de infección, con la NIC [6530] Manejo de la inmunización/vacunación en hemodiálisis. NOC [1900] CONDUCTAS DE VACUNACIÓN [190001] Reconoce el riesgo de enfermedad sin vacunación. [190007] Reconoce la necesidad de comunicar cualquier reacción adversa. Se actualizaron conocimientos del personal de enfermería sobre vacunación y sobre nuevo protocolo de vacunación a seguir en la unidad de diálisis, así como seguimiento de reacciones adversas o efectos secundarios derivados de la vacunación.

Resultados:

Se realiza análisis descriptivo, frecuencias y porcentajes.

La cobertura de vacunación previa era de un 48,6%.

El estado de vacunación de los pacientes en hemodiálisis a los que se les oferta vacunación en el propio servicio de hemodiálisis ha aumentado a un 98,36% sólo existe un paciente que haya rechazado la vacunación. Se realiza análisis de Anticuerpos HBs a todos los pacientes según protocolo para verificar cifra de AchBs >10 mUI/ml. Seguimiento de efectos secundarios: siendo de un 13,11% leve enrojecimiento o inflamación local. No ha existido reacciones adversas graves.

Conclusiones:

La intervención de enfermería con taxonomía NANDA, NOC, NIC es efectiva para aumentar la tasa de vacunación frente a enfermedades prevenibles, aumentando la seguridad de nuestros pacientes.

Establecer un protocolo de actuación enfermera en la misma unidad de diálisis incrementa la adherencia y la inmunidad de dichos pacientes, el seguimiento de reacciones adversas y la pauta de vacunación.

Ortostatismo en pacientes prevalentes en hemodiálisis

José Francisco Rodríguez Puertas, Inmaculada Caro Rodríguez, Rocío Valeriana Fernández Palenzuela, María Adoración Martín Gómez, María Dolores Ojeda Ramírez, Sonia García Hita

Hospital de Ponente. Almería. España

Introducción:

El ortostatismo es una caída de la presión arterial sanguínea como consecuencia de una posición en bipedestación durante un tiempo prolongado o de después de haber estado sentada o acostada. Apenas existen estudios que midan el ortostatismo en pacientes en Hemodiálisis (HD), cada vez más añosos.

El ortostatismo es propio de la arterioesclerosis avanzada, estando presente en gran porcentaje de nuestra población anciana con múltiples factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Existe una prueba muy sencilla de gran utilidad para el diagnóstico de esta arteriosclerosis llamada Índice brazo-tobillo (IBT).

Objetivos:

Descripción de la presión arterial (PA) ortostática en pacientes sometidos a terapia sustitutiva renal con HD en relación con la sesión de diálisis/sobrecarga hídrica y la relación con el estado vascular.

Material y Método:

Estudio transversal descriptivo de 60 pacientes de una unidad de HD. Ortostatismo postHD medida inmediatamente antes de la desconexión en sedestación, inmediatamente tras desconexión e incorporación a bipedestación y tras 3 minutos de mantenimiento en bipedestación. Se definió ortostatismo como el descenso

de PAS>20mmHg y/o PAD>10mmHg al pasar de sedestación a bipedestación. El IBT se midió durante la sesión de HD.

Resultados:

De los 60 pacientes sometidos a HD en la unidad, 67% eran hombres, 16% de inmigrantes, en su mayoría norteafricanos) de 65 años de edad media. El 33% de los pacientes eran diabéticos.

La PAS/PAD media de nuestros pacientes justo antes de la desconexión, en sedestación/supino es de 123/65 mmHg, justo tras la desconexión en bipedestación 120/67 mmHg, y a los 3-5' post-desconexión en bipedestación: 125/69 mmHg. Sólo 12/60 pacientes (20%) presentaron ortostatismo según la definición usada. La edad media de estos era de 69,41 años. La ganancia media del global de los pacientes fue de 2,13 kg (de los que presentaron ortostatismo: 1,83 kg). El ITB medio global fue de 1.17 (DS:0,35); el de los pacientes que presentaron ortostatismo fue de 1,16. Un 18,3% presentaron enfermedad arterial por este índice.

Conclusiones:

El porcentaje de pacientes que presentan ortostatismo en nuestra unidad de hemodiálisis es similar al de la población anciana >80 años (1), y concuerda también con la media del IBT de nuestros pacientes (de nuevo similar al de otras poblaciones en HD).

Perfil hipertensivo en pacientes prevalentes en hemodiálisis

Inmaculada Caro Rodríguez, José Francisco Rodríguez Puertas, Sonia García Hita, Rocío Valeriana Fernández Palenzuela, María Adoración Martín Gómez, María Dolores Ojeda Ramírez

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

La principal causa de mortalidad de los pacientes en diálisis es la cardiovascular, siendo la hipertensión arterial (HTA), además, la primera etiología de muerte en el mundo desarrollado. Un adecuado control de la HTA es imprescindible para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a ella.

La gran mayoría de los pacientes nefrópatas presentan HTA, y en el caso de Hemodiálisis (HD), depende, en gran medida, de la sobrecarga hídrica. La presión arterial diurna en este tipo de pacientes no está bien establecida, variando en gran medida según la comorbilidad individual.

Objetivos:

Descripción del perfil hipertensivo en pacientes sometidos a terapia sustitutiva renal con HD.

Material y Método:

Se realizó un estudio transversal descriptivo (septiembre 2016) de 60 pacientes de una unidad sometidos a terapia de HD. El perfil hipertensivo fue medido por MAPA 48h y comparado con las medidas prediálisis.

Resultados:

De los 60 pacientes en hemodiálisis, 67% hombres, 16% de inmigrantes, (en su mayoría norteafricanos).

Edad media 65 años, 27/60 pacientes tienen más de 70 años.

La PA prediálisis medida de nuestros pacientes fue de 131/70 mmHg. El promedio de PA en el Holter de 48h fue de 122/66 mmHg, con una FC de 74 lpm. El patrón circadiano fue, para la PAS: dipper en el 13% de los pacientes, non dipper en 51,9%, riser en el 33,3% de los casos y el 1,9% Dipper extremo; para la PAD: dipper en el 35,2% de los pacientes, non dipper en 29,6%, riser en el 33,3 % de los casos y el 1,9% restante Dipper extremo.

El índice de correlación de Pearson entre la PAS preHD y la PAS promedio del Holter 48h es 0,57 y la PAD de 0,78, y el de PAS/PAD predesconexión y PAS/PAD del Holter de 0,89 y 0,91, respectivamente. La media de la PP fue 48,99 mmHg siendo mayor de 50 mmHg en un 45% de los pacientes.

Un 56,6% de los pacientes (34/60) tomaban medicación antiHTA, de los cuales 16 tomaban 1 fármaco, 9 tomaban 2, 5 tomaban 3, 3 tomaban 4 y 1 paciente tomaba 5 fármacos.

Conclusiones:

La presión arterial prediálisis y predesconexión media de nuestros pacientes se mueve en los rangos de seguridad cardiovascular generales, aunque no existen claras recomendaciones en nuestro grupo de población. Ambas presentan, además, buena correlación con el Holter de PA, pero la mejor correlación con el Holter de 48h. es la medida predesconexión. El patrón circadiano es en su mayoría, non dipper o riser, lo que define un mayor riesgo cardiovascular.

Plan de identificación segura del paciente ambulatorio en una unidad de hemodiálisis

Maria Ruiz Carbonell, Elisabet Marcos Ballesteros, Daniela Tatan Tatan, Elisabet Saiz Pérez

Hospital Germans Universitar Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción:

Según el estudio ENEAS, un 8,4% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles padece efectos adversos (EA), de los cuales el 37,4% están relacionados con la medicación y el 7,6% con los cuidados. Según los datos obtenidos del proyecto SENECA, 12 de los 33 hospitales evaluados (36,4%) no disponían de un sistema de identificación inequívoca y en 13 hospitales (39;4%) no existía un protocolo de identificación.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones...

En el servicio de hemodiálisis consideramos necesario mejorar la identificación de los pacientes a través de un sistema alternativo a la "pulsera identificativa" y adaptado a las necesidades del paciente.

Objetivos:

Diseñar e implementar un plan de identificación segura de los pacientes que acuden en régimen ambulatorio a la Unidad de Hemodiálisis de nuestro centro asistencial, los cuales representan el 60% del total asistidos en nuestro centro.

Material y Método:

A través de la enfermera referente de calidad de la unidad se seleccionó el método que cumpliera los requisitos de identificación de la normativa ISO 9001/2015 y que, a su vez, tuviera el menor coste de desarrollo e implantación. La propuesta fue valorada por el Comité de Calidad del Servicio. Una vez obtenida la valoración positiva se hizo una prueba piloto durante los meses de noviembre de 2016 a enero de 2017. De los resultados de la prueba piloto se

modificaron aquellos aspectos susceptibles de mejora. La implementación se desarrolló durante los meses de enero-febrero de 2017, con dos controles de observación: uno a diario por el personal de sala y uno cada dos meses de forma aleatoria mediante la enfermera referente de la unidad.

El plan de identificación segura de los pacientes va dirigido a:

- Participantes: pacientes crónicos domiciliarios incluidos en el programa de hemodiálisis.
- Profesionales sanitarios y no sanitarios que en algún momento atienden al paciente.

Resultados:

El método escogido para la identificación fue la tarjeta identificativa, definida como dispositivo de material plástico que se coloca en el paciente en un lugar visible en la que figuran los datos identificativos inequívocos del propio paciente además de realizar proceso de verificación verbal. Al finalizar el control en enero de 2018, 7 pacientes abandonaron el estudio, 4 por ser trasplantados, 2 por éxitus y 1 por cambio de domicilio.

Conclusiones:

A tres meses desde la implementación, según los cálculos estadísticos el cumplimiento del plan ha sido satisfactorio, consiguiendo un 75% de identificaciones. Además, los pacientes se han implicado y colaborado activamente llegando a conseguir el 100% en ocasiones.

Tener al paciente identificado nos puede ayudar a prevenir errores que no se limitan únicamente al entorno controlado de la Unidad de Hemodiálisis. También se previenen posibles complicaciones de aquellos que han sido trasladados a otra unidad.

Presentación de guía práctica para la punción ecoguiada-ecoasistida de FAVIS

Elia Braojos López, M^a Jesús Martínez Martínez Velasco, M^a Ángeles Gálvez Velasco

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España

Introducción:

La fístula arterio-venosa nativa es el acceso de elección en la mayoría de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis. Su uso tanto en pacientes incidentes como prevalentes se asocia a una mayor supervivencia y una menor tasa de hospitalización (1-3).

Sin embargo la frecuencia de fallo primario (imposibilidad de canulación de un acceso nuevo) generalmente por trombosis o fallo de maduración llega a situarse entre un 15%-40% (4). Los pacientes que requieren múltiples intentos de canulación o que presentan hematomas, refieren insatisfacción y su preferencia por el uso de catéter como acceso vascular (6). Por ello en estos pacientes debemos optimizar la técnica de punción con el método de punción guiada por ultrasonidos, para minimizar el daño de la FAVI y mejorar el pronóstico en paciente con accesos dificultosos.

Con la presentación de esta guía queremos proporcionar conocimientos y destrezas para la correcta utilización del ecógrafo en la punción de las FAVI.

Material y Método:

Material: ecógrafo doppler-color portátil.

Método: presentación de una guía práctica para la punción eco guiada of-line y on-line.

Resultados:

Guía práctica para la punción ecoguiada of-line: El acceso vascular se dibuja sobre la piel, identificando áreas lo largo de la vena a puncionar, nos facilita la punción.

1. Aplicar gel. Exploración en modo longitudinal, la transversal también se puede utilizar dependiendo de la destreza del explorador.
2. No presionar con el transductor, distorsiona el calibre del vaso y el cálculo de la profundidad del mismo.
3. La muesca del transductor corresponde al lado izquierdo de la imagen en pantalla.

4. Oriente la guía de aguja en la sonda directamente sobre el acceso vascular.
5. Marque la piel con puntos usando un rotulador en el lugar donde se sitúa la vena.
6. Continúe con la sonda de ultrasonidos en todo el trayecto de la vena y marque con puntos a lo largo de todo el acceso.
7. Tome una foto del acceso dibujado en la piel.

Guía práctica para la punción eco guiada on-line:

La técnica de punción puede ser realizada con un solo operador, que se encarga de la sonda y de la aguja, y la técnica de dos operadores, uno manejando la sonda el otro realiza la punción.

1. Evalúe el vaso a puncionar, distancia a la piel, dirección de la vena, calibre...
2. Determine el sitio de entrada para la canulación y posicionamiento de la sonda.
3. Esterilice el área de punción
4. Coloque el compresor.
5. Aplique clorhexidina a la sonda ecográfica.
6. Compruebe el transductor y la muesca. No presione.
7. Mantenga la sonda alineada con la aguja mientras mueve la sonda hacia atrás para ver la aguja.
8. Mantenga la aguja dentro del plano de ultrasonido, re direccionando la aguja si la trayectoria de la punta no alcanza el centro del acceso.
9. Baje el ángulo de la aguja y continúe avanzando la aguja.
10. Fije la aguja.

Conclusiones:

Esta guía debe ser reconocido como el estándar para hacer frente al acceso vascular difícil para la diálisis.

Prevalencia consumo de tabaco en pacientes de hemodiálisis

Aranzazu Espino Ruiz, Paula González Rodríguez, M^a Nieves Cazorla Santana, Carolina del Carmen Santana Jiménez, Yurena Rodríguez Hernández, Lourdes Betancort González

Club de Diálisis Dialsur. Las Palmas. España

Introducción:

El tabaco es una de las principales amenazas en salud pública causante de una alta mortalidad en población general. En Hemodiálisis (HD), siendo la enfermedad cardiovascular la principal causa de muerte, la suma de la propia enfermedad renal crónica (ERC) con otros factores de riesgo, como el tabaquismo, aumentan la morbi-mortalidad de los pacientes.

Material y Método:

Estudio descriptivo realizado en cuatro Centros Satélite de Hemodiálisis, donde se incluyeron un total de 587 pacientes. Para la valoración del hábito tabáquico, dependencia y motivación para dejar de fumar se utilizaron los cuestionarios validados de Glover, Fagerstrom y Richmond.

Resultados:

De los 587 pacientes prevalentes en HD, el 61% (359) nunca han fumado, el 30% (177) son exfumadores y el 9% (51) son fumadores activos.

De los 51 fumadores, el 86% son hombres, el 69% son mayores de 51 años. El 27% son diabéticos (24 pacientes), siendo la etiología de la enfermedad de base en el 25% Nefropatía Diabética (ND), el 20% Glomerulonefritis (GMN), el 10% Poliquistosis renal del adulto (PQRDA) y el 20% presentan una nefropatía no filiada.

Respecto a la edad de inicio, 25 pacientes, el 49% de la muestra comenzaron a fumar antes de los 15 años; 15 pacientes, el 29% lo hicieron entre los 15-20 años; 10 pacientes, 20%, entre los 20-30 años y tan sólo 1 paciente lo hizo entre los 30-40 años.

El 24% de la muestra (12) nunca han intentado aban-

donar el hábito tabáquico, 35 pacientes (68%) lo han intentado entre 1-5 veces, y 4 pacientes (8%) lo han intentado más de 10 veces.

El 16% de los fumadores (8) han sido diagnosticados de EPOC, prevalencia similar a la descrita en población general.

Aplicando el Test de Glover el 14% muestra una alta dependencia psicológica, el 33% una dependencia moderada y en el 53% la dependencia es leve. Por categorías en la mayoría de la población fumadora la dependencia gestual es leve (84%), siendo más relevante la dependencia social, moderada en el 41%.

Respecto a la dependencia física a la nicotina medida por el Test de Fagerstrom, el 43% muestran una dependencia moderada y el 53% baja.

La motivación para dejar de fumar medida por el test de Richmond muestra que el 45% de los pacientes tienen una motivación moderada-alta, frente al 55% con motivación baja.

Conclusiones:

Una vez analizados los datos, podemos observar que la prevalencia del tabaquismo en nuestro medio es del 9%, siendo significativamente menor a la reportada en poblaciones similares.

La mitad de los pacientes fumadores comenzaron muy tempranamente con su hábito, antes de los 15 años.

La dependencia psicológica del tabaco, especialmente la dependencia social, tiene el mismo peso que la dependencia física a la nicotina.

El 76% de los fumadores ha intentado en alguna ocasión dejar de fumar, presentando hasta en el 45% de ellos una motivación moderada-alta.

Por todo ello, planteamos en la escuela de pacientes instaurada en nuestros centros, motivar y apoyar de manera multidisciplinar a los pacientes prevalentes para que abandonen el hábito tabáquico.

Procedencia y acceso vascular inicial en pacientes mayores de sesenta y nueve años que inician tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis

Victoria Gómez Fernández, Amparo García Jiménez, Pedro Fernández Pallarés, Aurora López Montes

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España

Introducción:

En el año 2010 la incidencia de entrada en diálisis en España fue de 119 pacientes por millón de población para la población general que aumenta a 774 pacientes/millón de población para mayores de 65 años y a 414 pacientes/millón población para mayores de 75 años.

En nuestra unidad de hemodiálisis los pacientes mayores de 70 años representan el 62,5%, en diálisis peritoneal representan el 24% y en consulta de prediálisis el 49%. Una buena previsión del inicio de hemodiálisis, conlleva tener un acceso vascular definitivo en condiciones de uso, una programación en fecha y lugar y una formación e información adecuadas al paciente. Todo ello llevará aparejado un menor coste sociosanitario, menor comorbilidad y una tranquilidad y confort para el usuario así como una disminución de las complicaciones asociadas a un inicio no programado.

Objetivos:

Valorar si la previsión de inicio de tratamiento renal sustitutivo en Hemodiálisis es la adecuada en pacientes mayores de 69 años, a través de la procedencia y acceso vascular que presentan en ese momento.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo-longitudinal. Población: Pacientes incidentes en hemodiálisis. Muestra: Pacientes mayores de 69 años que inician hemodiálisis entre 2012-2016. Criterios exclusión: No consentimiento informado, trasplantados, enfermedad tumoral y/o infecciosa activa, hemodiálisis anteriormente. Variables: demográficas (edad y sexo). Inicio programado, no programado; consulta ERCA. Acceso vascular: catéter temporal o permanente, tipo de fístula.

Análisis estadístico: paquete informático PASW Statistics 18.

Resultados:

117 pacientes, edad media 78,05 años (DE 4,08, rango 70-86 años), 75 hombres (63,6%) y 43 mujeres (36,4%) 86 pacientes (73%) estaban en seguimiento en consultas de ERCA. El inicio no programado de diálisis ocurrió en 56 pacientes (47,5%) estando ingresados en el momento del inicio en técnica 50 pacientes (42,4%).

17 (14,4%) pacientes inician tratamiento a través de un catéter temporal, 41 (34,7%) con un catéter permanente y el resto con un acceso vascular: 18 (15,3%) fístulas radiocefálicas, 33 (28%) humerocefálicas y 9 (7,6%) fístulas protésicas.

Conclusiones:

Los datos revelan una buena planificación en relación al acceso vascular, ya que la mayoría de los pacientes inician técnica con un acceso definitivo (sólo un 14,4% lo hacen a través de un catéter temporal). La mayoría presenta una FAV bien protésica o autóloga lo que indica también una buena previsión dentro de las consultas prediálisis, que acaparan el origen de la mayoría de los pacientes que inician técnica.

En cuanto al inicio no programado, un 47,5% es un dato para reflexionar que indica que en este aspecto hay todavía trabajo que hacer.

Podemos concluir que el nivel de previsión y anticipación en bastante bueno en nuestra unidad a la luz de los datos, si bien es conveniente continuar trabajando para disminuir el porcentaje de inicio no programado y de ingresos ad hoc.

Riesgo cardiovascular en pacientes prevalentes en hemodiálisis

María Adoración Martín Gómez, Inmaculada Caro Rodríguez, María Dolores Ojeda Ramírez, Sonia García Hita, José Francisco Rodríguez Puertas, Rocío Valeriana Fernández Palenzuela

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema de salud pública a nivel mundial y cada año se registra un incremento de su prevalencia. Además, existe una importante relación entre la IRC y la enfermedad cardiovascular resultando ser la primera causa de muerte en estos pacientes. La gran mayoría de los pacientes nefrópatas presentan HTA, así como otros tantos factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Objetivos:

Descripción de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) así como las lesiones de órgano diana (LOD) en los pacientes de nuestra unidad de Hemodiálisis (HD) para medir su estado cardiovascular.

Material y Método:

Estudio transversal descriptivo de 60 pacientes estables de una unidad de HD.

FRCV: diabetes, hiperfosforemia, hiperparatiroidismo secundario en los 12 meses previos al MAPA.

Se mide como LOD: cardiaca (HVI-hipertrofia ventricular izquierda, disfunción ventricular) mediante Ecografía Doppler, oftalmológica (retinopatía) mediante fondo de ojo o retinografía, enfermedad arterial periférica-EAP, mediante dispositivo Doppler (IBT).

Resultados:

60 pacientes en tratamiento con HD de los cuales el 67% eran hombres, 16% de inmigrantes (en su mayoría norteafricanos).

FRCV: 37% son diabéticos, 59/60 pacientes presentaban Hiperparatiroidismo secundario, la media de fósforo (P) fue de 4,38 mg/dl (DE 0,95), un 33,3% (20/60) presentaban P mayor de 4,5 mg/dl (diana actual según últimas guías KDOQUI), y la PTHi media de 274 pg/ml (DE 0,97).

LOD: un 80% de pacientes con HVI, un 27% descenso de fracción de eyección (FE<60%). Un 10,3% de pacientes presentaban Retinopatía HTA (38% no tenían realizado FO y otro 10,3% presentaban retinopatía diabética). Un 18,3% de pacientes (11/60), presentaban IBT<1, siendo la media de 1,17 (DE 0,35). Un 18,3% presentaban EAP por este índice.

Conclusiones:

Los pacientes de nuestra unidad de diálisis presentan FRCV elevados como la DM y el Hiperparatiroidismo secundario, pero con un buen control del P, uno de los principales determinantes vasculares de los pacientes en hemodiálisis. Un elevado porcentaje presenta lesión cardiaca, que conlleva a elevado riesgo de IAM. Definimos su estado cardiovascular global como lo esperable para esta población (a tener en cuenta la posible limitación por calcificaciones arteriales-pacientes DM y con Hiperparatiroidismo).

Soporte al estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis

M^a Concepción Pereira Feijoo, Mónica Pereira García

Centros FRIAT Ourense. Ourense. Hospital Jiménez Díaz. Madrid. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

El objetivo del presente trabajo fue revisar los aspectos dietéticos/nutricionales de nuestras unidades, enfatizando en la información/estándares necesarios a proporcionar, el seguimiento de las evaluaciones realizadas por parte del personal de enfermería, la satisfacción de los pacientes anterior y posterior a la intervención y analizar la implantación de la valoración puesta en marcha. Estudio observacional descriptivo y transversal, participando 136 pacientes de 4 unidades de hemodiálisis a través de entrevistas semiestructuradas individuales, en caso de pacientes dependientes y/o institucionalizados con su cuidador. Variables a estudio: pacientes con diagnóstico de su EN, diagnósticos de enfermería y evaluación de satisfacción a los 3 meses de la puesta en marcha del soporte instaurado.

Los diagnósticos de enfermería (DdE) alteración de la nutrición (tanto por exceso como por defecto) y exceso de volumen de líquido estuvieron presentes en el 68% de los pacientes. Más del 62% de las historias clínicas revisadas no tenían un diagnóstico de EN a pesar de que el 23% de estos pacientes estaban con suplementación oral intradiálisis, un 51% de estos pacientes indican que no reciben información suficiente, un 6% que es deficiente y que se reduce a una simple entrega de indicaciones y un 43% indican que no hay seguimiento de la misma. Tras la puesta en marcha de la intervención la satisfacción de los pacientes sube varios puntos referen-

te al trato, seguimiento y a la información recibida, resaltando que ha sido adecuada a sus necesidades.

Los resultados muestran que el abordaje de este tema a través de las metodologías y enfoques cualitativos puede ayudarnos a afrontar más eficazmente el desafío que representa el afrontamiento de la alteración del EN de pacientes sometidos a hemodiálisis, personalizando las intervenciones, en función de los factores y las características individuales de los pacientes, teniéndose en consideración, aspectos socioeconómicos y laborales, mejorando la información que transmite el personal de enfermería, la calidad y la actualización de la misma en cuanto a pautas y recomendaciones, frecuencia, el seguimiento y su relación con el paciente/cuidador, promoviendo la participación del paciente siempre que sea posible, motivando la adherencia nutricional y por supuesto incluyendo el estado nutricional como diagnóstico a tener en cuenta en nuestros pacientes, siendo las estrategias de reforzamiento y la regularidad del seguimiento del paciente fundamentales. Desde la realización del presente trabajo se instaura una valoración nutricional realizada por la enfermería de nuestras unidades y que queda registrada en la aplicación informática utilizada en el seguimiento de las sesiones de hemodiálisis.

Valoración de la calidad de vida de los pacientes en una unidad de hemodiálisis

Lourdes Guardiola Belmonte, Fernando Hadad Arrascue, Míriam López Ales, Amparo Ibor Soler, Silvia Jiménez Olivares, Marina Lucas Cánovas

Clínica de Hemodiálisis RTS Murcia VII. Murcia. España

Introducción:

El estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) adquiere cada vez más importancia en nuestra práctica diaria. Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) sometidos a Hemodiálisis (HD) tienen mermada esta calidad de vida, no sólo por el tratamiento en sí, sino por lo que éste conlleva en los aspectos físico, psíquico y social.

Objetivos:

Conocer la percepción de los pacientes en cuanto a CVRS en una unidad de Hemodiálisis.

Material y Método:

Ciento cincuenta pacientes en HD fueron invitados a participar en este estudio transversal y descriptivo. Se evaluó la CVRS mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life" (KDQOL™-36), que valora la influencia de la enfermedad renal sobre aspectos como esfuerzos físicos o problemas emocionales y sociales. Además, valora la importancia que la persona da a las limitaciones que supone la enfermedad, como son el tiempo, la dieta, o los síntomas asociados al tratamiento.

Resultados:

Ciento y uno pacientes culminaron el cuestionario con éxito. Sesenta y ocho fueron varones con edad promedio de 67,5 años y 33 fueron mujeres con edad promedio de 67,8 años. En los hombres, el tiempo promedio con enfermedad renal crónica (ERC) fue 11 años y 5,41 años en HD. En mujeres, 10 años desde el diagnóstico de ERC y 4,51 años en HD. El 45,6%

de los hombres y el 57,6% de las mujeres estuvieron en la técnica hemodiafiltración en línea (HDF-OL); y el 54,4% de los hombres y 42,4% de las mujeres en HD de alto flujo. Respecto al estado físico, en las mujeres se halló mayor limitación física 78,7% vs. hombres 55,9% ($p=0,02$), mayor incapacidad para trabajar en mujeres 78,8% vs. hombres 51,5% ($p=0,01$) y mayor dolor crónico en mujeres 84,8% vs. hombres 58,8% ($p=0,01$). Respecto al estado de ánimo, mayor sensación de agotamiento en mujeres 90,9% vs. hombres 70,6% ($p=0,04$) y mayor estado depresivo en mujeres 66,7% vs. hombres 42,6% ($p=0,03$). Dependiendo del grupo etario, se halló que les molesta ser dependientes a los pacientes menores de 65 años con un 54,5% en comparación a los comprendidos entre 65-75 años con 30,3% vs. mayores de 75 años con un 31,4% ($p<0,05$). Asimismo, hallamos que los pacientes con mayores problemas sexuales son los más jóvenes, menores de 65 años, con un 63,6% ($p<0,05$). La limitación a esfuerzos es llamativamente menor en el grupo etario menor de 65 años con un 18,2% ($p=0,01$).

Conclusiones:

Pese a que nuestra muestra a estudio refleja características similares entre mujeres y hombres, podemos concluir que las mujeres en HD tienen mayor sensación de cansancio, mayor estado depresivo y limitación física, en probable relación a otras labores que realizan especialmente en casa y responsabilidades con la familia. Los pacientes más jóvenes tienen mayores problemas sexuales, pero se sienten menos limitados a esfuerzos físicos de la vida diaria.

Se pretende realizar una segunda fase de este estudio en la que, con métodos educativos y de apoyo psicológico, podamos mejorar la CVRS de nuestros pacientes.

Valoración de la situación funcional y cognitiva en pacientes incidentes en hemodiálisis mayores de sesenta y nueve años y tras un año de tratamiento

Victoria Gómez Fernández, Amparo García Jiménez, Pedro Fernández Pallarés, Aurora López Montes

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España

Introducción:

En los pacientes con insuficiencia renal crónica, se insiste normalmente en el control y manejo de la comorbilidad asociada, especialmente aquella relacionada con riesgo cardiovascular, quedando en segundo plano su situación física y cognitiva.

Diversos estudios muestran que tanto el estado funcional como cognitivo del paciente, son aspectos fundamentales que determinan su calidad de vida y son fuertes predictores de supervivencia. La población geriátrica que inicia tratamiento con hemodiálisis no es una excepción a ello.

Objetivos:

Valorar la situación funcional y cognitiva de los pacientes incidentes en hemodiálisis y su evolución tras un año de tratamiento en términos de autonomía, depresión, capacidad funcional y deterioro cognitivo.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo-longitudinal. Población: Pacientes incidentes en hemodiálisis. Muestra: Pacientes mayores de 69 años que inician hemodiálisis entre 2012-2016. Criterios exclusión: No consentimiento informado, trasplantados, enfermedad tumoral y/o infecciosa activa, hemodiálisis anteriormente. Variables: nivel de independencia para actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), capacidad funcional, capacidad cognitiva. Fuentes: Índice de Barthel, índice de Lawton y Brody, test de Yesavage, mini examen cognoscitivo de Lobo y Short Physical Performance Battery (SPPB). Valoración al inicio de hemodiálisis y a los 12 meses.

Análisis estadístico: paquete informático PASW Statistics 18.

Resultados:

117 pacientes, edad media 78,05 años (DE 4,08, rango 70-86 años), 75 hombres (63,6%) y 43 mujeres (36,4%)

Inicio del tratamiento: Barthel: 87,56 (DE 17,66), Lawton: 5,65 (DE 2,24), escala de depresión de Yesavage: 8,07 (DE 5,8), SPPB: 5,89 (DE 3,74) y Mini examen cognoscitivo: 25,13 (DE 4,32).

A los 12 meses: Barthel desciende levemente de manera no significativa (85,06; DE 20,96), el índice de Lawton y Brody empeora de manera significativa (4,50; DE 2,50, p 0,00), el índice de Yesavage mejora de forma significativa (7; DE 5,69, p0,037), el SPPB desciende de forma no significativa (5,22; DE 3,61) y el Mini examen cognoscitivo se mantiene igual (25,81; DE 3,67).

Conclusiones:

Los pacientes incidentes en hemodiálisis con más de 69 años presentan al inicio de la técnica un nivel de independencia tanto para actividades básicas como instrumentales elevado. También presentan moderada limitación según el SPPB. Muestran riesgo de depresión y están en el punto de corte que indica riesgo de demencia. Es decir, nos encontramos con un paciente con una situación física y cognitiva bastante aceptable.

No se observan grandes diferencias en los resultados obtenidos al año excepto en las actividades instrumentales que empeoran, quizá relacionado con la fatiga asociada a la técnica, desplazamientos y temor a estropear acceso vascular, ya que tanto en Barthel como en SPPB no hay prácticamente diferencia. La escala de Yesavage mejora, quizá por un mejor conocimiento de su enfermedad y situación, poder preguntar y aclarar dudas y una atención continuada que no existía anteriormente.

Implicaciones para la práctica: La realización de test habituales en la práctica clínica de la Geriátrica incorporados a la valoración del paciente anciano en hemodiálisis, nos ayuda enfocar mejor el tratamiento y planificar cuidados más adecuados.

Beneficio de la perfusión hipotérmica pulsativa en programa de trasplante renal con donante añoso

Estefanía Iglesias González

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal es la mejor opción para los pacientes añosos con enfermedad renal terminal aunque esta no suele considerarse incluyéndose en lista de espera solo entre el 1,5 y 3,4% de los mayores de 70 años por sus comorbilidades, complejidad quirúrgica y riesgo de complicaciones. La búsqueda de alternativas, como mejoras quirúrgicas y de preservación, ha permitido el uso de riñones de donantes añosos. 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, el donante subóptimo o añoso.

En España los donantes con criterios expandidos son los más frecuentes, sin embargo, existe una alta tasa de desestimación orgánica y poca información sobre la evolución a largo plazo de los donantes mayores dado que los riñones jóvenes se asignan a receptores jóvenes.

Objetivos:

- Evaluar las complicaciones que presentan los pacientes trasplantados renales ≥ 70 años con dos tipos de preservación diferentes (estática fría o perfusión hipotérmica pulsátil).
- Dar a conocer la preservación renal pulsativa.
- Exponer nuestra experiencia inicial en su uso.

Material y Método:

- Estudio observacional retrospectivo 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 posttrasplante y el dispositivo de almacenamiento o de preservación pulsátil.

- Otras variables que se recogieron: edad y patologías asociadas del donante.

Resultados:

Entre mayo 2010 y diciembre 2012 se realizaron 100 trasplantes renales de donante cadáver con criterios expandidos, de los cuales, 76 procedieron de donantes ≥ 70 años. Un total de 32 de estos injertos fueron preservados en preservación estática y 44 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 en la estancia media hospitalaria y una disminución, a la mitad, de la necesidad de hemodiálisis y del número de sesiones postrasplante.

Conclusiones:

Desde 2011 más de la mitad de los donantes tienen más de 60 años, cerca de la tercera parte supera los 70 y casi un 10% los 80, registrándose el máximo histórico con un donante renal de 90 años.

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 añosos 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.

Incorporación de las pautas de vacunación en el protocolo de recomendaciones al alta hospitalaria del paciente sometido a trasplante renal

Olga Caballero Rubio, Sara Suárez González, Nuria Sánchez Flores, Trinidad López Sánchez, M^a Luz Amoedo Cabrera

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

El aumento de trasplantes en los últimos quince años y la mayor supervivencia de los pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor requieren medidas de prevención de infecciones, justificado en estos pacientes por la disminución de defensas inmunológicas asociada a su enfermedad de base y al tratamiento inmunosupresor que reciben para evitar el rechazo del órgano trasplantado. El adecuado empleo de la vacunación constituye una herramienta preventiva de la que debemos informar (según la evidencia científica) al paciente trasplantado cuando se va de alta al domicilio que recibe a menudo poca o ninguna información sobre este aspecto y que debe conocer para protegerse y reforzar su sistema inmunitario.

Objetivos:

Incluir las pautas actualizadas de vacunación según calendario autonómico dentro de las recomendaciones al alta del proceso hospitalario.

Elaborar díptico informativo sobre recomendaciones específicas de vacunación, al alta del proceso hospitalario en el paciente trasplantado renal.

Material y Método:

- DISEÑO: Pautas en díptico de recomendaciones.
- POBLACIÓN DIANA: Pacientes adultos sometidos a trasplante renal (subproceso de alta hospitalaria: programa educativo).
- Estrategia de elaboración de las recomendaciones:
 - Búsqueda bibliográfica de cada recomendación: webexploraevidencias :guías de práctica clínica.
 - Lectura crítica de las publicaciones encontradas (Revisión por pares)
 - Revisión del listado de recomendaciones con la literatura encontrada y asignación del nivel de evidencia mediante la clasificación GRADE.

- Pilotaje con población diana, edición final con lenguaje sencillo adaptado a pacientes.

Resultados:

- Elaboración de díptico sobre pautas de vacunación en paciente sometido a trasplante de órgano sólido, con diferentes apartados en los que se informará de tipos de vacunas recomendadas, número de dosis, indicaciones y contraindicaciones e información general.
- Edición e inclusión de las pautas dentro de las recomendaciones generales, según criterios de idoneidad, sencillas y con lenguaje comprensible que incluyen: pautas recomendadas, a evitar o retrasar, signos de alarmas y qué hacer/dónde acudir en caso de complicaciones así como las pautas para familiares, otros convivientes o contextos de vivienda, animales de compañía y viajes al extranjero.
- Entrega al paciente/cuidador por escrito y con explicación verbal previa.

Conclusiones:

La enseñanza de recomendaciones específicas sobre vacunación (NIC 6530: Manejo de la inmunización/vacunación) en pacientes que van a recibir o han recibido un trasplante de órgano sólido constituye una medida eficaz, y efectiva para poder prevenir infecciones y enfermedades contagiosas que afectan a la morbimortalidad y supervivencia del injerto.

La educación sanitaria con herramientas informativas como puede ser un díptico entregado al alta hospitalaria es fundamental para el aprendizaje del paciente/familia y necesarios para que realicen autocuidados más seguros (como criterio imprescindible de calidad).

Incorporación metodológica de las rondas de seguridad nocturnas para garantizar la seguridad del paciente trasplantado renal en el proceso hospitalario

Trinidad López Sánchez, Marta Pérez Doctor, M^a Luz Amoedo Cabrera, Auxiliadora Luque Cremades

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

Los problemas de comunicación y de organización profesional son un factor causal evitable en la producción de eventos adversos asistenciales causantes de variabilidad en la práctica clínica con consecuencias clínicas que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Los cuidados nocturnos aparte de la administración de los tratamientos prescritos, conllevan unos riesgos inherentes y otros relacionados con la comodidad, el confort o errores humanos profesionales responsables del sueño interrumpido y bienestar del paciente con consecuencias sobre la falta de descanso y bienestar más prevalente en periodos de vacaciones o incorporación de nuevos profesionales.

Siguiendo la metodología de las "rondas de seguridad" como ya lo hacía Florence Nightingale conocida como "la dama de la lámpara" por su costumbre de controlar el estado nocturno de los pacientes proponemos esta herramienta de mejora

Objetivos:

General: Garantizar la seguridad del paciente durante el período nocturno.

Específico: instaurar un programa normalizado de rondas de seguridad nocturnas (con pautas de organización del trabajo y checklist de verificación).

Material y Método:

Población diana: pacientes sometidos a trasplante renal en proceso hospitalario.

Profesionales: enfermeros y Técnicos en cuidados auxiliares TCAE

Diseño: procedimiento de cuidados normalizado.

Búsquedas bibliográficas(Estudio Eneas 2005, Estrategias para la Seguridad del Paciente, www.seguridaddelpaciente.es.

Análisis de las taxonomías NANDA: dominios, clases conceptos diagnósticos CD y selección diagnósticos aprobados DEA.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 1: Reposo/sueño. CD: patrón del sueño. DEA:00095 deterioro del patrón del sueño. 00096: Deprivación del sueño.

Dominio 12 Confort. Clase I: Confort físico. DEA: 00132dolor agudo/00133 crónico. Clase II Confort ambiental o comodidad en el propio entorno DEA: Aislamiento/Soledad.

Dominio 11: Seguridad/protección: Clase 1: Infección DEA 0004: riesgo de infección. Clase 2 Lesión física: lesión o daño corporal: selección: Mucosa oral, Caídas, Integridad cutánea, limpieza de las vías aéreas.

Reuniones de enfermeros/TCAE con experiencia profesional (evidencia interna) >10 años, formación básica acreditada en gestión de riesgos (observatorio para la seguridad): análisis de ciclos de mejora continua de calidad PDCA, discusión, consenso y edición final.

Resultados:

- Edición del procedimiento "rondas de seguridad nocturna" accesible a través de la intranet superados los criterios de idoneidad que incluye:
- Pautas para mejorar la organización del trabajo en equipo: agrupación de tareas, información al paciente del objeto de estas rondas,etc..
- Check-list a cumplimentar cada noche con actividades independientes seleccionadas de las NICS: 6480 Manejo ambiental: confort (cama, luz, temperatura,aseo...). 1850 Fomentar el sueño. 5380: Potenciación de la seguridad. 5820: Disminución de la ansiedad. 5340:Presencia. 4920: Escucha activa. 737 Manejo del dolor: relajación simple. 6550: Protección contra infecciones. 6490 Prevención caídas.
- Convocatoria de una sesión clínica de difusión e inclusión en la acogida a nuevos profesionales.
- Opinión profesional unánime sobre utilidad y escasa o nula sobrecarga para los cuidados.

Conclusiones:

Incorporar las rondas nocturnas permite detectar prácticas inseguras de riesgo que perjudican el descanso y otros eventos adversos, normaliza el trabajo en equipo con liderazgo enfermero y garantiza la continuidad y fomento de la cultura profesional no punitiva encaminada a la gestión de unos cuidados más seguros como criterio de calidad imprescindible en nuestro sistema sanitario.

La formación en el uso adecuado de los antimicrobianos y precauciones para prevenir las infecciones por bacterias resistentes en el paciente sometido a trasplante renal

Trinidad López Sánchez, Marta Pérez Doctor, Demelsa Carmona Santos, M^a Luz Amoedo Cabrera, Susana Fuentes Racero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

El uso de los antibióticos constituye uno de los hitos más trascendentes haciendo posible avances médicos inimaginables como las cirugías complejas, la quimioterapia y los trasplantes de órganos. Sin embargo, su uso indiscriminado e inadecuado es un factor clave en la aparición de las resistencias bacterianas y el agotamiento de su eficacia con frecuentes infecciones por bacterias resistentes de las que contamos con alta prevalencia en los pacientes sometidos a trasplante renal con perfil de vulnerabilidad relacionado con su enfermedad de base, frecuente comorbilidad asociada, accesos vasculares y el tratamiento inmunosupresor. Como responsables de la gestión de cuidados y administración de la medicación, los enfermeros queremos difundir la importancia de la formación actualizada en las estrategias de optimización del uso de antimicrobianos junto con el resto de precauciones que permita tomar conciencia de este grave problema de salud pública con graves consecuencias: sobre la morbimortalidad con infecciones graves, reacciones adversas, resistencias bacterianas y aumento del gasto sanitario.

Objetivos:

Objetivos generales

- Reducir la de infecciones por bacterias resistentes. (sensibles a un solo antimicrobiano y las causadas por bacterias pan-resistentes o resistentes a todos los antimicrobianos conocidos).

Objetivos específicos:

- Conocer los conceptos clave y los errores frecuentes en el uso de antimicrobianos, las resistencias y el agotamiento de los antibióticos para lograr una optimización adecuada.
- Reconocer las precauciones necesarias concretas (estándar y extendidas) para prevenir y controlar las infecciones.

Material y Método:

- Diseño: unidad didáctica a impartir por sesión clínica.
- Población diana: enfermeros gestores de cuidados al paciente en proceso hospitalario de trasplante renal (PTRH).
- Evidencia interna: enfermeros con experiencia superior a 10 años en el manejo/procedimientos en

trasplantados y formación acreditada en gestión de riesgos.

Resultados:

- Cronograma de sesiones clínicas de enfermería bibliográficas sobre prevención de infecciones y uso de antimicrobianos (extensible a todo personal sanitario en contacto) con selección de contenidos focalizados en estos pacientes:
 - Síndrome febril sin focalidad. Neumonía adquirida otras infecciones respiratorias. Infecciones urinarias: cistitis, pielonefritis. Infecciones intraabdominales. Infecciones dentales y del área ORL. Infecciones de piel y partes blandas
- Lista de los principales errores: tratamiento empírico, tratamiento dirigido y los perioperatorios.
- Conceptos claves equivocados sobre la inocuidad o falsas creencias de la necesidad inminente y abundante de antimicrobianos ante la mínima sospecha de infección
 - Precauciones estándar I: higiene de manos, equipo de protección individual (EPI), limpieza del entorno. PE II: Higiene respiratoria y manejo de la tos.
 - Precauciones extendidas: por gotas, aéreas y de contacto.
 - Aislamiento protector: tratamiento del aire.
 - Limpieza ambiental y de material clínico de preparación y administración
 - Bundles de medidas preventivas en los procedimientos: cateterización venosa, prevención infección sitio quirúrgico y sondaje vesical (vías de entrada/protocolos Zero).

Conclusiones:

Las difusión y acciones formativas actualizadas sobre el uso de antimicrobianos a los enfermeros responsables de su manejo y administración ayuda a la toma de conciencia y conforma un área de mejora en la prevención de las infecciones resistentes relacionado con la seguridad/protección del paciente sometido a trasplante renal.

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.

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).

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.

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.

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")

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 21 Suplemento nº 2 2018