

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 20 / Suplemento I / 2017

www.revistaseden.org

Comunicaciones del
XLII Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
Burgos, 9-11 de octubre de 2017

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



ENFERMERÍA **NEFROLÓGICA**

Volumen nº 20 / Suplemento I / 2017

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

Burgos, 9-11 de octubre de 2017

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
Hosp. U. Reina Sofía. Córdoba*
rodo.crespo@gmail.com

SUBDIRECTOR

José Luis Cobo Sánchez

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

EDITORES EJECUTIVOS

Antonio Ochando García

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

Ian Blanco Mavillard

Enfermero. Unidad de Hemodiálisis.
Hospital de Manacor.
Facultad de Enfermería y Fisiote-
rapia 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

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. Servicio de Nefrología
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*
emeleror@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 Universitario Virgen de la
Arrixaca. Murcia*
mparragad@gmail.com

Concepción Pereira Feijoo

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

Juan Francisco Pulido Pulido

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

Fernando Ramos Peña

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

Pedro Miguel Reinas André Pereira Baptista

Enfermero. Servicio de Nefrología
Hospital U. La Princesa
Madrid*
pedroreinas@gmail.com

M^a Jesús Rollan de la Sota

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

Isidro Sánchez Villar

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

Mercedes Tejuca Marengo

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

Antonio Torres Quintana

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

Filo Trocoli González

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

Esperanza Vélez Vélez

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

*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

M^a Isabel Catoni Salamanca

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

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 and Social Care
London South Bank University
U.K.
nicola.thomas@lsbu.ac.uk



DIRECTORA HONORÍFICA:

Dolores Andreu Pérez

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

JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

Presidenta: Alicia Gómez Gómez

Vicepresidenta: M^a Paz Ruíz Álvarez

Secretaria General: Laura Baena Ruiz

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:

Sara Monge Martín

Vocalía de Investigación: Maite Alonso Torres

Vocalía de Publicaciones: Francisco Cirera Segura

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:

Magdalena Gándara Revuelta

Colaboraciones Científicas:

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



Edita:

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica

Secretaría de redacción:

SEDEN

Calle de la Povedilla nº 13, Bajo izda
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 2017
Periodicidad: trimestral
Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,
Revista de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica y Actualmente
Enfermería Nefrológica

© Copyright 1998. SEDEN

Enfermería Nefrológica en versión electrónica es una revista Open Access, todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario o su institución. Los usuarios están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, de acuerdo con la definición BOAI de open access. La reutilización de los trabajos 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: Exce Comunicación
Impresión: Exce Comunicación

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.

Sumario

Editorial	9
Trabajos Premiados SEDEN 2017	10
Caso clínico: intoxicación aguda por Talio: hemodiálisis diaria de bajo flujo vs alto flujo	10
Evaluación de la introducción de la aguja supercath en una unidad de diálisis	11
Evaluación de necesidades paliativas en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	12
Fragilidad y estado nutricional en el pre-trasplante. ¿existe correlación?	13
La punción a favor de flujo en la medida del flujo del acceso con métodos dilucionales, ¿un sesgo asumible?	14
Comunicaciones Orales	15
Atención Integral	
¿Por qué y cómo se caen nuestros pacientes? Estudio descriptivo de caídas en una unidad de nefrología	15
Conocimientos de las enfermeras de una unidad de nefrología sobre instrucciones previa	16
Fortalezas y carencias del paciente renal crónico en la vida diaria	17
Poliquistosis renal autosómica dominante: repercusiones en la experiencia vital del paciente	18
Diálisis Peritoneal	
Análisis nutricional en diálisis peritoneal. Estudio multicéntrico	19
Disminución de ingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria (ICCR) tras la inclusión en diálisis peritoneal	20
Papel de enfermería en la colocación del catéter de diálisis peritoneal por punción en el servicio de nefrología	21
Uso de ácido fusídico y tobramicina como tratamiento profiláctico de las infecciones de orificio de catéter	22
Experiencia en diálisis peritoneal con carboximaltosa férrica intravenosa en el control de la anemia crónica	23
Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)	
Análisis del impacto de los valores personales en la elección del tratamiento sustitutivo renal	24
Evaluación de síntomas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.....	25
Factores a tener en cuenta en la evaluación del estado nutricional del paciente en una consulta de ERCA	26
Hemodiálisis	
¿Mejora la coagulación en la hemodiálisis el citrato frente al acetato?	27
Análisis de la punción de prótesis intravasculares recubiertas tras el rescate de la fístula arteriovenosa después de doce meses de experiencia	28
Análisis de los eventos adversos en una unidad de diálisis.....	29
Aportación de la ecografía a la exploración del acceso vascular realizada por enfermería	30
Calidad de vida relacionada con la salud del paciente con enfermedad renal crónica avanzada cinco y estado nutricional	31
Calidad del sueño y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis	32
Consulta de ayuda a la decisión. Análisis del perfil del paciente según el tratamiento renal sustitutivo elegido	33

Dolor crónico y estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal	34
El papel del flujo intraacceso en el seguimiento del acceso vascular	35
Efecto de la termoterapia sobre las punciones del acceso vascular interno para hemodiálisis	36
Estilos de afrontamiento en pacientes incidentes en diálisis peritoneal ambulatoria	37
Estudio de la eficacia del sellado del catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis con taurolidina versus heparina 1% en la prevención de la disfunción y la infección	38
Evaluación de la respuesta ferrocínica a dos formas de administración de hierro endovenoso en los pacientes en hemodiálisis crónica	39
Grado de conocimiento sobre el proceso de trasplante del paciente en hemodiálisis en lista de espera y nivel de ansiedad	40
Impacto de frecuencia de urgencias de una unidad extrahospitalaria	41
Impacto de las disfunciones de catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis: eficacia y coste	42
Impacto emocional del tratamiento de hemodiálisis en nuestros pacientes	43
Implantación del Quantiferón como nuevo método de despistaje de infección tuberculosa en pacientes de diálisis	44
Individualizando cuidados. La heparina como anticoagulante, pero... ¿para todos? Caso clínico: paciente con alteración inducida por heparina	45
La cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis. Análisis comparativo tras la implantación de medidas	46
La eficacia de la diálisis con ramas invertidas en el catéter venoso central tunelizado	47
Medición del flujo del acceso vascular mediante termodilución. Comparativa entre método validado y método invertido	48
Necesidad de intervención psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis	49
Nutrición e ingesta hídrica. ¿qué saben realmente los pacientes renales?	50
Primera experiencia en el uso de actividades recreativas intradiálisis	51
Relación entre flujo de la fístula arteriovenosa y las presiones arteriales y venosas según velocidad de bomba	52
Revisión bibliográfica de la producción científica enfermera en relación a la seguridad del paciente en hemodiálisis	53
Rol de enfermería en el abordaje del paciente inmigrante en hemodiálisis: perspectiva enfermera en un mundo globalizado	54
Seguridad en la transferencia/traslado de los pacientes hospitalizados renales	55
Técnicas continuas de depuración extrarrenal: dos métodos de anticoagulación	56
Utilidad del ecógrafo portátil en la sala de hemodiálisis para el cambio del tipo de acceso vascular permanente: de catéter venoso tunelizado a fístula arteriovenosa	57
Valoración de un registro de cuidados de enfermería durante la sesión de diálisis del paciente hospitalizado	58
Valoración del deterioro cognitivo. ¿Usamos esta herramienta?	59
Valoración del nivel de alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis	60

Trasplante Renal

Análisis del grado de conocimiento sobre el trasplante renal de vivo emparentado del paciente en diálisis	61
Valoración del estado funcional de los pacientes que ingresan para trasplante renal y su evolución durante el primer mes	62

Comunicaciones Posters

63

Atención Integral

El síndrome de Burnout y el nivel de empatía en el enfermero de diálisis	63
--	----

Fallo renal neonatal por shock hipovolémico	64
Propuesta de mejora del entorno laboral de una unidad de diálisis basada en el modelo de hospitales magnéticos	65
Uso de tiosulfato tópico en el tratamiento de úlceras por calcifilaxis en paciente con enfermedad renal crónica avanzada	66
Valoración de un programa formativo en diálisis para la asignatura Practicum 2 de grado en enfermería	67

Diálisis Peritoneal

Caso clínico: catéter tenckhoff en un paciente de cinco meses	68
Caso clínico. Paciente con síndrome hepatorenal tratado con Diálisis Peritoneal	69
Clostridium cadaveris en peritonitis secundaria a perforación de diverticulitis sigmoidea	70
Diálisis peritoneal adaptada ante descompensaciones. A propósito de un caso	71
Evaluación de la educación recibida de un paciente o cuidador en diálisis peritoneal tras la optimización del aprendizaje	72
Exéresis de granuloma en orificio de salida con infección crónica: alternativa exitosa a retirada de catéter	73
Orificio de salida del catéter peritoneal: intervenciones claves de enfermería	74
Pacientes anúricos: diálisis peritoneal adaptada o cambio de técnica	75
Reentrenamiento peritoneal en grupo	76
Resultado de utilizar las herramientas de ayuda a la toma de decisiones en una consulta de ERCA	77
Tratamiento multidisciplinar en la Calcifilaxis en un paciente con IRC manteniendo su técnica de elección: la diálisis peritonea	78
Unidad de peritoneal, diez años de vida	79

Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

Análisis de la sobrecarga familiar en la consulta de ERCA utilizando cuestionario de ZARIT	80
Satisfacción del paciente como herramienta de medida en la consulta de ERCA	81

Hemodiálisis

¿Qué presencia de calcificaciones vasculares tienen nuestros pacientes de hemodiálisis?	82
Adherencia terapéutica como estándar de calidad enfermero	83
Albúmina sérica como indicador nutricional en pacientes en hemodiálisis	84
Análisis de la calidad asistencial percibida por el paciente atendido en el proceso previo al trasplante renal	85
Análisis y evaluación del cambio de protocolo de cura, conexión y desconexión en hemodiálisis pediátrica	86
Anticoagulación regional con citrato durante la técnica de plasmaféresis por filtración	87
Briefing. Herramienta para garantizar la seguridad del paciente	88
Caso clínico sobre el efecto de una intervención dietética en el estado nutricional de una paciente en hemodiálisis	89
Caso clínico: oclusión de tronco innominado venoso con resolución favorable en paciente en hemodiálisis	90
Comparación del kt/v analítico y el kt/v medido por los monitores B.Braun mediante adimea	91
Cuidados de enfermería en accesos vasculares protésicos de punción precoz: a propósito de un caso	92
Desde su comienzo a la actualidad. Hemodiálisis domiciliaria en nuestra unidad	93
Efectos adversos: por un cuidado seguro	94
Estudio de caso descriptivo: una comparativa en el tratamiento con distintas modalidades de depuración extracorpórea para la reducción de cadenas ligeras lambda, en un paciente con insuficiencia renal secundaria a mieloma múltiple	95
Estudio observacional retrospectivo de la cura de catéter tunelizado para hemodiálisis con povidona yodada o clorhexidina frente a prontosan solución	96
Evolución de dos casos de hiperoxaluria primaria	97
Fósforo oculto en la dieta	98

Gestión de residuos biosanitarios (GRBS). Una correcta segregación en un servicio de nefrología	99
Guía de evaluación de alumnos de enfermería en unidades de diálisis	100
HFR supra: papel esencial en la recuperación del riñón de mieloma. A propósito de un caso	101
Higiene y salud bucodental de pacientes en hemodiálisis.....	102
Implantación de catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) en una unidad de diálisis. Nuestra experiencia	103
Implantación del programa mochila para la mejora de la comunicación con los familiares de los pacientes en hemodiálisis	104
Importancia del BTM (monitor de temperatura sanguínea) como indicador del funcionamiento de las fistulas	105
Incidencia de bacteriemia relacionada con el sellado del catéter con antibiótico	106
Influencia de las nuevas tecnologías en la calidad de vida del paciente en hemodiálisis	107
La formación como estrategia de mejora de los cuidados de los catéteres tunelizados listado de verificación en la sesión de hemodiálisis.....	108
Listado de verificación en la sesión de hemodiálisis	109
Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en incidentes en hemodiálisis	110
Punción de fistulas arteriovenosas para hemodiálisis con angiocatéter: una alternativa válida a las punciones convencionales	111
Recolocación de catéter peritoneal por infección crónica del orificio de salida	112
Tratamiento con yodo radiactivo en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	113
Tratamiento intratúnel en un catéter tunelizado para hemodiálisis. A propósito de un caso	114
Utilidad de la bioimpedancia en el mantenimiento de pauta incremental (dos sesiones/semana) en hemodiálisis	115
Variabilidad en la práctica asistencial en unidades de diálisis. Proyecto piloto multicéntrico	116
 Trasplante Renal	
Biopsias renales: seguimiento y cuidados enfermeros	117
Caso clínico: "tumor pardo, ¿contraindicación para el trasplante renal?"	118
Evaluación de la perfusión hipotérmica pulsativa en un programa de trasplante renal con donante expandido	119
Incorporación de la terapia vibracional para mejorar la calidad de los cuidados en el paciente sometido a trasplante renal: programa de sonoterapia nocturna	120
La identificación de la medicación de alto riesgo en el manejo terapéutico del paciente sometido a trasplante renal durante el proceso hospitalario	121
Las recomendaciones metodológicas al alta hospitalaria y seguimiento en domicilio por riesgo de efectos de temperaturas elevadas a los pacientes sometidos a trasplante renal	122
Programa de seguimiento enfermero al paciente trasplantado renal: valoración inicial	123
 Casos Clínicos	
124	
Actuación de enfermería ante un paciente con infección aguda por el virus de la Hepatitis C en hemodiálisis a tratamiento con antivirales de acción directa	124
Casos clínicos: hemodiálisis en pacientes con mielomas múltiples con filtro FILTRYZER BK-2.1F de Palex®	125
Dieta vegetariana en un paciente con diálisis peritoneal: a propósito de un caso	126
Intervención de enfermería en hemodiálisis a propósito de un caso: paciente con mieloma múltiple. Desarrollo y costes	127
La visita domiciliaria como herramienta fundamental para solventar episodios de peritonitis recidivantes	128
Paciente joven en hemodiálisis con más de veinte accesos vasculares.....	129
 Criterios de valoración de trabajos científicos	
130	

Editorial

Estimados compañeros:

Os presentamos en este suplemento los resúmenes de los trabajos enviados al 42 Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, que celebramos en Burgos. Con él podéis haceros una idea del trabajo realizado en la preparación de nuestro encuentro anual que es fruto de la estrecha colaboración entre el Comité Organizador del Congreso, el Comité Científico del mismo y la Junta Directiva de la S.E.D.E.N.

Enfermeras de nefrología de toda España han tenido la oportunidad de exponer públicamente sus investigaciones, que aquí quedan reflejadas. 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.

En el programa científico contaremos con interesantes conferencias y mesas redondas, en la que participarán tanto ponentes nacionales como internacionales de gran prestigio y se tratarán temas de máxima actualidad para la Enfermería nefrológica. Además, podremos disfrutar de 59 comunicaciones orales y 62 posters que nos ilustrarán sobre los temas más diversos de todas las áreas de la nefrología. Hay, por tanto, un buen número de socios y congresistas que tienen concedida la palabra y la podrán usar en los días y horas que en el programa figuran.

Me gustaría aprovechar esta editorial para comentaros que hemos recibido un total de 183 trabajos de los que hemos tenido que rechazar un total de 62, lo que es un porcentaje muy alto. Esto se debe a que muchos de ellos no cumplían las normas de presentación, que se especifican tanto en la revista, como en la web de la sociedad. Os invitamos a pasaros por ella antes de enviar los trabajos para que podamos contar vuestra aportación y no tengamos que rechazarlas por motivos formales.

Como sociedad científica debemos velar por la calidad de las investigaciones que respaldamos y que están dirigidas a un foro altamente especializado, por lo que trabajos que no alcanzan un mínimo de calidad, interés o actualidad para nuestros socios también han sido rechazados. Entendemos que en muchas ocasiones los profesionales necesitan hacer méritos para las bolsas de trabajo, pero como sociedad científica, debemos exigir un mínimo de calidad a los trabajos que exponemos y que representan a nuestra sociedad.

Para solucionar estos problemas y como uno de los objetivos de esta junta, estamos organizando nuevos cursos y talleres de investigación, y escritura científica, para que todos nuestros socios se puedan formar e investigar con el rigor que nuestra profesión merece. En este Congreso os ofrecemos tres talleres, desde cómo empezar a investigar, como escribir los trabajos científicos y cómo realizar un póster. Espero que os sean de utilidad.

Solo nos falta deseáros que tengáis un buen viaje y estancia en Burgos, ciudad histórica, donde además de compartir conocimientos con otros compañeros, podréis disfrutar de un marco incomparable, de su gastronomía y de su oferta cultural.

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

Francisco Cirera Segura

Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Caso clínico: intoxicación aguda por Talio: hemodiálisis diaria de bajo flujo vs alto flujo

Nuria Gascó Coscojuela, Yaiza Martínez Delgado, Silvia Collado Nieto, Ernestina Junyent Iglesias, Julio Pascual Santos

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El Talio es un metal pesado (peso molecular: 204,38 Daltons), extremadamente tóxico utilizado en raticidas y pesticidas, siendo causa de intoxicaciones accidentales. Fue prohibido en 1965 en muchos países, entre ellos España, por ser incoloro, insípido e inodoro y haberse utilizado con fines homicidas.

La ingesta aguda produce síntomas gastrointestinales, neurológicos, alopecia y afectación del sistema nervioso central con daño neurológico permanente, pudiendo ser mortal.

Su eliminación completa puede tardar meses y es potencialmente letal con dosis > 6 - 8 mg/kg.

Existe un número limitado de casos tratados con hemodiálisis (HD). El grupo de trabajo "The Extracorporeal Treatments In Poisoning Workgroup" (EXTRIP) y las guías actuales no establecen diferencias entre pautas de diálisis.

Objetivos:

Describir el manejo en un caso de envenenamiento por Talio con intención homicida en una niña de 12 años, natural de Pakistán.

Comparar su depuración mediante hemodiálisis bajo flujo (LF-HD) y hemodiálisis de alto flujo (HF-HD) y evaluar las diferencias.

Descripción del Caso:

Niña de 30 kg, hospitalizada por vómitos agudos, dolor intenso en miembros inferiores, debilidad, hiperestesia, insomnio y ansiedad, tras ingesta oral de agua embotellada. Sus padres presentaron síntomas similares durante los meses anteriores, regresando a Pakistán y despertando la alarma.

Sospechando intento de intoxicación homicida, se solicitaron niveles de Talio, siendo su concentración sanguínea 182 mcg/L y urinaria 28800 mcg/L. El análisis del agua embotellada ingerida, mostró niveles de 11 g/L.

Se inició tratamiento con el antídoto específico azul de

Prusia y con manitol, furosemida, suplementos de potasio, laxantes y complejo de vitamínico B, para forzar la eliminación de Talio.

A pesar del tratamiento presentó empeoramiento neurológico progresivo con tetraparesia y disminución del nivel de conciencia requiriendo intubación y hemodiálisis.

La paciente presentó recuperación lenta pero progresiva, persistió debilidad muscular proximal y secuelas en ambas piernas.

Material y Método:

Se recogieron datos clínicos y de laboratorio, incluyendo niveles de talio sanguíneo medidos en la línea arterial y venosa del circuito de HD al inicio y al final de las sesiones, así como en el líquido de diálisis y niveles de Talio en orina / 24 h y comparamos el aclaramiento de Talio con las dos modalidades de HD.

Resultados:

Hubo una mayor eliminación de talio con sesiones de LF-HD en comparación con HF-HD (3,1 mc/L vs 0,2 mcg/L). La purificación final fue más eficiente con LF-HD (reducción 57,2% vs 30,1%).

El aclaramiento de talio fue de 109 mL/min con LF-HD y 80 mL/min con HF-HD.

La semivida de eliminación durante HF-HD se duplicó frente a LF-HD (11,5 vs 4,9 h).

Evolución y Conclusión:

Se realizaron sesiones diarias de LF-HD y posteriormente HF-HD.

No se observaron diferencias en la excreción urinaria de Talio con ambas técnicas de diálisis.

En pacientes sin insuficiencia renal, con diuresis conservada, tanto la HD de bajo flujo diario como la HD de alto flujo constituyen un tratamiento eficaz y seguro para la depuración severa de Talio.

La intoxicación por Talio presenta una incidencia anecdótica en nuestro país.

Evaluación de la introducción de la aguja supercath en una unidad de diálisis

Montserrat Goy Marquès, Alicia Rey Miguel, Ramón Sans Lorman, Isabel Pérez García, Hilda Fernández Punset

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

En hemodiálisis el acceso vascular de elección es la fistula arteriovenosa nativa (FAVn); su punción y el calibre del material de punción utilizado son de vital importancia ya que de ello depende la supervivencia del acceso, la calidad de vida del paciente y la optimización de costes.

El objetivo del estudio es evaluar los efectos de la punción con el catéter-fistula Supercath AZ en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis, portadores de FAVn.

Estudio experimental cruzado unicéntrico, de 6 meses de duración, sobre una población de 21 pacientes en programa de hemodiálisis portadores de FAVn. Se les puncionó con agujas metálicas Diacan S durante 12 sesiones y con catéter-fistula Supercath AZ durante otras 12 sesiones consecutivas, en las mismas condiciones de tiempo y Qb para cada paciente, y registrando en cada sesión los valores de Kt, Qb real, Pv y Pa obtenidos en el monitor, así como la valoración subjetiva del dolor relacionado con la punción. Además, se registraron las extravasaciones y la prolongación del tiempo de hemostasia. A cada sujeto se le realizaron tres determinaciones del flujo del acceso vascular (Qa) mediante ecografía.

Población de estudio de 21 sujetos, con una media de edad de 66,3 años. Un 71,4% eran hombres. El 66,6% de la población era portadora de FAVn radial y el 32,58% restante de FAVn humeral.

La media de Kt obtenida con aguja metálica (AM) fue de 52,4 L y con catéter fistula (CF) fue de 53 L. La media en la valoración del dolor en la punción venosa con AM fue de 3,21 puntos y con CF fue de 3,15 puntos. En la valoración del dolor en la punción arterial la media con AM fue de 3,01 puntos y con CF fue de 3,06 puntos. La media del Qb real con AM fue de 381,3 ml/min y con CF fue de 379,13 ml/min. En cuanto a la medición del Qa, la media en la medición inicial fue de 1,33 L y en la medición final fue de 1,08 L. Sólo obtuvimos significación clínica y estadística en los valores de presión arterial (Pa) y presión venosa (Pv). La media de Pa con AM fue de -192,29 mmHg (Intervalo de confianza 95% (IC 95%): -189,1 a -195,4 mmHg), y con CF fue de -171,04 mmHg (IC 95%: -167,2 a -174,8). En la punción venosa la media de Pv con AM fue de 171,97 mmHg (IC 95%: 194,9 a 189,0) y con CF fue de 172,88 mmHg (IC 95%: 176,0 a 169,7).

Los resultados del estudio no permiten aceptar la hipótesis planteada ya que no muestran una mejora en los resultados analíticos. Sin embargo el cambio de AM por el CF, en igualdad de condiciones de Qb y tiempo, permite disminuir la Pa y Pv del sistema extracorpóreo sin disminuir la eficacia dialítica. En futuras investigaciones se podría estudiar si este hecho permitiría aumentar el Qb manteniendo valores aceptables de Pa y Pv, y entonces sí, obtener una mejora en la dosis de diálisis.

Evaluación de necesidades paliativas en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Ian Blanco Mavillard, Juan Pablo Leiva Santos, Gregorio Bolaños Herrezuelo, Catalina Jaime Riutort, Joana María Julia Móra, Miguel Ángel Rodríguez Calero

Hospital de Manacor. Baleares. España

Introducción:

Según La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada deben beneficiarse de los valores y principios de los Cuidados Paliativos. Estos aportan una atención necesaria que promueve una respuesta integral y coordinada del sistema sanitario respetando la autonomía y valores de los pacientes en situación de final de vida. En la actualidad, se identifica como un elemento fundamental conocer las necesidades de atención paliativa de los pacientes renales para el diseño de políticas sanitarias dirigidas a la cronicidad.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de necesidad de cuidados paliativos en la unidad de hemodiálisis de nuestro centro mediante el instrumento validado NECPAL CCOMSS-ICO e identificar la situación de complejidad en pacientes con necesidades paliativas usando la herramienta de IDC-Pal.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Se seleccionó como población de estudio a todos los pacientes de la unidad de hemodiálisis, excluyendo a todos los pacientes menores de 18 años. Tres enfermeras con formación en cuidados paliativos y en el uso de los cuestionarios NECPAL CCOMS-ICO y el IDC-Pal evaluaron de forma independiente a todos los pacientes de la unidad de crónicos de hemodiálisis. Las evaluaciones de los cuestionarios fueron realizadas entre los días 6 y

10 de Marzo. Las discrepancias se resolvieron consensuado el resultado final entre las tres profesionales. Se revisó la historia clínica para el análisis del perfil demográfico de los pacientes.

Resultados:

Se analizaron a 50 pacientes, 18 mujeres y 32 hombres, con una edad media de $68.24 \pm 14,137$. El perfil de paciente más frecuente en nuestra unidad fue aquel con un tiempo de permanencia en hemodiálisis de 48,8 meses de media $\pm 45,8$ meses. La enfermedad renal primaria y comorbilidad más prevalente fueron la nefropatía diabética (26%) y la hipertensión arterial (56%) respectivamente, con una mediana de 8 en el índice de Charlson. La terapia de sustitución renal más empleada fue la hemodiálisis estándar (54%) con un tiempo semanal de 12 horas (62%) realizada mediante catéter venoso central (58%). Se identificaron 20 pacientes con necesidad de atención paliativa (40%), de los cuales, 12 (60%) están incluidos actualmente en el programa de cuidados paliativos del centro. Respecto a la evaluación del IDC-Pal, se obtuvieron 19 pacientes en situación de complejidad y 1 en situación de no complejidad, de los cuales 12 pacientes (63,2%) utilizan recursos avanzados del sistema sanitario.

Conclusiones:

La prevalencia de necesidades paliativas complejas sugiere la necesidad de realizar evaluaciones periódicas en las unidades de hemodiálisis. Un enfoque asistencial multidisciplinar, que integra los cuidados paliativos podría dar respuesta a las necesidades identificadas.

Fragilidad y estado nutricional en el pre-trasplante. ¿existe correlación?

Maria Vera Casanova, Anna Bach Pascual, Aida Martínez Sáez, Yolanda Castillo Piña, Anna Faura Vendrell, Dolores Redondo Pachón

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La malnutrición en la enfermedad renal crónica se ha asociado con un aumento del riesgo de mortalidad y complicaciones. Sin embargo, el estado nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica en lista de espera de trasplante renal ha sido poco evaluado, así como la relación entre el estado nutricional de los pacientes y las escalas de fragilidad. Este conocimiento nos permitiría predecir complicaciones y desarrollar potenciales herramientas de actuación.

Objetivo:

Analizar el estado nutricional de una cohorte de pacientes en lista de espera de trasplante renal y su relación con la fragilidad.

Pacientes y Método:

Estudio prospectivo de los pacientes incluidos en lista de espera de trasplante renal desde septiembre de 2016 hasta Marzo de 2017. Utilizamos el Frailty Score definido por Fried, identificando a los pacientes como frágiles y no frágiles, y el Short Nutritional Assessment Questionnaire, predictivo de pérdida de peso en 6 meses, para valorar el estado nutricional. Además se recogieron parámetros antropométricos, analíticos y de bioimpedanciometría.

Resultados:

Se incluyeron 74 pacientes incluidos en el estudio, 8 (10.8%) eran frágiles. El grupo de pacientes frágiles

tenían mayor edad (66.1 años vs 60.1 años; $p=0.01$) y eran con más frecuencia mujeres (87.5% vs 39.4%, $p=0.01$). Cuando analizamos el estado nutricional, observamos que los pacientes frágiles presentaban mayor índice de masa corporal [$30,69\pm 5,18$ vs $26,92\pm 4,63$ kg/m^2 ; $p=0,03$], eran con más frecuencia diabéticos [62,5% vs 22,73%; $p=0,01$] y tenían peor Short Nutritional Assessment Questionnaire (57.14% vs 23%, $p=0.05$). La evaluación mediante bioimpedanciometría demostró que los pacientes frágiles tenían menos índice de tejido magro ($11,71\pm 2,12$ vs $13,80\pm 3,97$ kg/m^2 ; $p=0,07$) y mayor índice de tejido graso ($19,13\pm 5,72$ vs $12,04\pm 5,49$ kg/m^2 ; $p=0,02$) comparado con los pacientes no frágiles.

Conclusiones:

En nuestra lista de espera de trasplante renal, los pacientes frágiles son con frecuencia de edad avanzada y sexo femenino. En los pacientes con fragilidad es más frecuente la obesidad, la diabetes mellitus y presentan un peor estado nutricional. Motivo por el cual, debemos fomentar la actividad física en los pacientes en lista de espera de trasplante renal, ya que, se demuestra que tienen un índice de tejido magro inferior y mayor masa grasa. De la misma manera, durante el ingreso de los pacientes, se trabajará para mejorar el estado nutricional y funcional liberando dietas y fomentando la movilización precoz.

Con los resultados obtenidos del estudio de los pacientes frágiles, analizaremos la evolución en el pos trasplante para poder individualizar la trayectoria clínica ajustándola a las características de los pacientes frágiles.

La punción a favor de flujo en la medida del flujo del acceso con métodos dilucionales, ¿un sesgo asumible?

María Luz Sánchez Tocino, Antonio López González, Alberto Sánchez Martín, Silvia Villoria González, Vega Turrión Cabezas, María Gascón Colorado

FRIAT Las Encinas y El Castañar. Salamanca. España

Introducción:

La Termodilución (TD) y la Ultrasonografía Dilucional (UD) son, junto al Eco-Doppler (ED), métodos de segunda generación recomendados por las guías clínicas para la medición del flujo de acceso (Qa) de las fistulas arteriovenosas (FAV). Entre las exigencias técnicas de los métodos dilucionales está la punción de la aguja arterial a contraflujo, lo cual contradice a las últimas recomendaciones de canalización del acceso vascular que defienden la punción a favor de flujo.

Objetivo:

Cuantificar el error de medición generado por la punción a favor de flujo en la aplicación práctica de los métodos dilucionales y analizar su repercusión clínica en contraste con ED.

Material y Método:

Estudio transversal multicentro en pacientes portadores FAV. Se analizaron medidas de Qa con los métodos dilucionales (punción a favor y contraflujo) y con ED. Se utilizó el método Bland-Altman y el coeficiente de correlación intraclase (ICC) para el análisis de concordancia. El grado de acuerdo clínico y el contraste con ED se llevó a cabo a través del índice de Kappa (K).

Resultados:

37 FAV con tiempo medio de maduración de 34,77±30,10 meses. Se registraron un 11% de incidencias en punción a contraflujo. La media de Qa con arterial a contraflujo y a

favor de flujo fue 724,86±335,45 ml/min y 789,02±378,11 ml/min con TD y 769,68±390,96 ml/min y 781,87±369,68 ml/min con UD respectivamente. La punción a favor de flujo generó medidas que sobrestimaban a las de punción a contraflujo en un 65% de los casos con TD y del 59% con UD. El ICC fue 0,831 para TD y 0,724 para UD. Los límites de concordancia de Bland-Altman se estimaron en -484,30 ml/min y 612,62 ml/min para TD y -542,53 ml/min y 566,89 ml/min en UD. Gráficamente se observó una concordancia mayor con ambos métodos en flujos bajos y un aumento de la variabilidad a medida que se incrementaba el Qa. Desde el punto de vista clínico, el grado de acuerdo entre ambos modos de punción para catalogar a las FAV con flujo menor y mayor de 500ml/min fue del 95% (K=0,841) para TD y del 91% (K=0,760) para UD. En cuanto al contraste con ED, el grado de acuerdo para esta misma clasificación fue con TD del 86% (K=0,586) y 92% (K=0,720) y para UD del 78% (K=0,349) y 81% (K=0,400) para punción a contraflujo y a favor de flujo respectivamente.

Conclusiones:

Existen múltiples estudios que comparan los distintos métodos de medición de Qa, sin embargo desconocemos cuál es la influencia de la dirección de las agujas en los resultados y su interpretación clínica. En nuestro análisis, la punción a favor de flujo presenta un sesgo no despreciable siendo mayor en flujos altos y no tan notable a flujos bajos. Clínicamente, el grado de concordancia con ambos métodos dilucionales en los distintos tipos de punción es bueno y nos permite clasificar las fistulas susceptibles de intervención vascular hasta alcanzar una concordancia aceptable con el método Gold Estándar (ED). Solo se encuentran incidencias en las punciones a contraflujo, por tanto, la opción de medición del Qa a favor de flujo se considera perfectamente apta.

¿Por qué y cómo se caen nuestros pacientes? Estudio descriptivo de caídas en una unidad de nefrología

Araceli Faraldo Cabana, Isabel Durán Muñoz, María Ibáñez Rebé, Daniel Muñoz Jiménez, Teresa Lope Andrea

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción:

Una caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento involuntario que precipita al individuo al suelo. Los factores de riesgo se incrementan al padecer una enfermedad renal. Conocer los motivos y circunstancias de las caídas es importante para mejorar la prevención. En el año 2008 se creó la Unidad Funcional de Riesgos con el compromiso de incrementar la seguridad del paciente y en el año 2013, se crea en cada unidad la figura del Responsable de Seguridad del Paciente para mejorar la valoración del riesgo, prevención y comunicación de caídas.

Dado que el riesgo de caída aumenta cuando lo hace el número de factores de riesgo, identificar el mayor número de éstos es una prioridad en el momento de la valoración. El objetivo de este estudio es describir las circunstancias que han rodeado la caída y los factores de riesgo que presentaba el paciente en el momento de caerse; los resultados obtenidos permitirán poner en práctica medidas preventivas específicas y orientadas al control de riesgos.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal de los pacientes que sufrieron una caída durante su estancia en la Unidad de Nefrología durante los años 2015 y 2016. La recogida de datos se realizó por la enfermera responsable en el momento de la caída en el registro de caídas validado en la institución. Las variables cualitativas se describieron con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumieron con media y desviación estándar (DE) o con mediana y rango inter-

cuartílico (RI), según su distribución. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se cayeron 19 pacientes (N=19) de los cuales 84.2% (16) eran hombres y 15.8% (3) mujeres, con una edad media de 72.5 años (42-90). Un 26.3% (5) sufrió una caída en los 6 meses anteriores, frente al 21.1% (4) que no; el resto, 52.6% (10) no lo recuerda. El nivel de conciencia era alerta en un 84.2% (16) frente al 15.8% (3) que estaba obnubilado. Las causas de la caída son múltiples, entre las que destacan: la pérdida de fuerza en un 47.4% (9), el deslizamiento en un 42.1% (8) y el delirium/cuadro confusional agudo en un 21.1% (4). De los 19 pacientes un 68.4% (13) padece déficit visual y/o auditivo y un 84.2% (16) debilidad muscular. Respecto a la medicación, son pacientes polimedicados ya que el 73.7% (14) consumen más de 5 fármacos. El 36.8% sufrió consecuencias derivadas de la caída tales como contusiones y heridas.

Conclusión:

Reconocer las circunstancias que rodearon las caídas producidas en la Unidad de Nefrología, así como los factores de riesgo que tenían asociados los pacientes, permite poner en práctica medidas de prevención que puedan traducirse en una reducción de las caídas, lo que a su vez deriva en una reducción de la carga de los cuidadores y un aumento de la calidad de vida de los pacientes.

Conocimientos de las enfermeras de una unidad de nefrología sobre instrucciones previas

Miguel Núñez Moral, Susana Díaz Coto, Pablo Martínez Cambior

Hospital Universitario Central de Asturias. Universidad de Oviedo. España. Dartmouth College. Estados Unidos

Introducción:

Las instrucciones previas (IP) o voluntades anticipadas, se empiezan a gestar en España, en 1997 en el congreso de bioética de Oviedo, legislándose por primera vez en Cataluña en 2001, actualmente están regladas en todo el país y poseemos un registro nacional común de IP.

Han pasado 20 años y aunque todos los estudios, indican que las IP les parecen muy útiles a pacientes y profesionales, su grado de utilización es bajo, apuntando la revisión bibliográfica como causa primordial, la falta de conocimientos sobre IP de los profesionales.

El objetivo principal de nuestro estudio, es saber los conocimientos y opinión de las enfermeras de nuestra unidad de nefrología en relación a las IP. El objetivo secundario, es conocer su opinión, en relación al proceso de morir de nuestros pacientes y la limitación del esfuerzo terapéutico.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado del 10 al 17 de Marzo de 2017, por medio de cuestionario, que incluye variables sociodemográficas, así como 11 preguntas sobre conocimiento de IP y 4 preguntas en relación a cuidados paliativos. Se utilizaron escalas de medida dicotómicas y de tipo Likert (valores de 0 a 10) Se incluyeron a todas las enfermeras que dieron su consentimiento por escrito, excluyendo a las que llevaban menos de 6 meses en la unidad, no trabajaron esa semana y las que elaboraron el cuestionario.

Las variables discretas se describen con frecuencias absolutas y relativas y las variables continuas mediante la media o mediana, en el caso de ser asimétricas. Utilizamos el programa estadístico R-Project.

Resultados:

Se obtuvieron 39 cuestionarios de 45 enfermeras, 35 eran mujeres con una edad media de 45.5 ± 10.99 . Un 69.2% trabajaba en diálisis, tiempo medio en nefrología 11.1 ± 11.8 , mediana 7.

El 56,4% de los encuestados, no conoce la ubicación de las IP en la historia clínica, el 84,6% desconoce su código de acceso para poder leerlas y autobareman sus conocimientos, de 0 a 10, con una puntuación media de 3.26 ± 2.63 .

Opinan que las IP son útiles para el paciente, 9.13 ± 1.23 y para su trabajo 9.29 ± 1.25 sobre 10.

¿Cree usted que los pacientes en situación final de vida que realizan diálisis, esta se suspende tarde? 0 (nunca) 10 (habitualmente), puntuación media 8.42 ± 1.58 .

¿Cree usted que sus pacientes se mueren más próximos a la obstinación terapéutica (0) o a una muerte digna (10)?, puntuación media 3.45 ± 1.91 .

Conclusión:

La encuesta revela falta de formación sobre las IP, más de la mitad de las enfermeras, no sabe donde están ubicadas y solo el 15% conoce el código de acceso. La autobaremación de conocimientos arroja una puntuación media de 3.26 sobre 10.

Nos preocupa, que el proceso de morir se situó cercano a la obstinación terapéutica (3.45) y que las terapias renales sustitutivas, se suspendan tarde habitualmente (8.42).

El cuestionario transmite la necesidad de formación en IP, y quizás señale que debemos mejorar los cuidados que prestamos, en situación final de vida.

Fortalezas y carencias del paciente renal crónico en la vida diaria

María Olga Vegas Prieto, Pablo González Pereira, Ana Yolanda Gómez Gutiérrez, M^a Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Al tratamiento de la enfermedad renal crónica solo recientemente se incorporaron los indicadores sociales en la valoración de la calidad de vida; concepto complejo por la multiplicidad de factores que lo determinan, elementos que la integran y efectos que produce en la vida de las personas con enfermedad renal.

Los Enfermeros somos testigos de la cotidianidad de los pacientes y podemos sugerir la incorporación de nuevos factores que revelen las fortalezas y carencias en el desempeño de la vida cotidiana, tales como la usabilidad de smatfones y aplicaciones informáticas. Un ejemplo: Smartphones, la tecnología de transmisión de datos está viviendo una eclosión en el campo profesional y existe gran interés por introducirla como instrumento para mejora de la calidad de vida de los pacientes crónicos sin un conocimiento de las dificultades o carencias que encontraría en su desarrollo.

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo propósito fue conocer el desempeño de los pacientes con enfermedad renal crónica referido a actividades básicas y emergentes en la vida diaria. El grupo de estudio lo constituyen todos los pacientes (34) atendidos en el hospital en un mes en diferentes tipos de tratamiento sustitutivo. La media de los pacientes tiene más de 50 años, siendo el 30% mayor de 70. El 30,2% padece discapacidad, más del 60% vive en pareja y la práctica totalidad en domicilio propio.

El método fue la entrevista, por la validez externa y la sencillez de su ejecución en personas con discapacidad. Como base se utilizó la versión española del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad 2.0 de la Or-

ganización Mundial de la Salud (OMS). WHODAS 2.0 modificado. Tuvieron carácter presencial con una duración de 45 minutos. Los entrevistados manifestaron su consentimiento. Se incluyeron como variables dependientes el desempeño expresado en actividades de alimentación, limpieza, compra, medicación, convivencia, hogar, desplazamientos, acceso al centro de salud, conocimientos cibernéticos, utilización de smarfones u ordenadores personales para el establecimiento de citas médicas, información o seguimiento de su tratamiento; soporte humano, acceso a recursos, seguridad. Como variables independientes el tipo de tratamiento. Como variables sociodemográficas edad, sexo y estado civil, número de personas con quien convive.

Los resultados muestran que más de la mitad manifiesta necesitar ayuda para realizar las actividades, que el cuidador principal es un familiar o ayuda externa remunerada. Solo el grupo de menor edad trabaja. En el 85,1 de los casos necesitan ayuda para establecer las citas sanitarias y otros trámites telefónicamente. Aunque la totalidad tiene teléfono y el 57% ordenador solo tiene acceso a internet el 45,5%. El 42,3 no usan herramientas cibernéticas. El 43% tiene dificultad para desplazarse al centro de salud, no tiene medio de transporte. Tiene ayuda externa el 33% de los enfermos entrevistados. Más del 48% desconoce el modo de solicitar ayuda social, el 48% carece de ayuda y manifiesta necesitarla para limpieza, compra y preparación de alimentos. El 33,3% manifiesta que sus recursos económicos le resultan insuficientes. La totalidad identifica a la enfermera como fuente de información y recursos. El 72% se siente seguro en su vida cotidiana.

Poliquistosis renal autosómica dominante: repercusiones en la experiencia vital del paciente

Marta Beatriz Luque Llaosa, Amaranta Fuenmayor Díaz, Ana María Matamala Gastón, Esther Franquet Barnils

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

Introducción:

La Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PQRAD) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente, y constituye la tercera causa de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en la edad adulta.

La PQRAD es causada por la mutación de dos genes distintos (PK1 y PK2) y representa el 90% de todos los casos de poliquistosis renal. Se caracteriza por el desarrollo progresivo de quistes renales bilaterales y puede ir asociada a poliquistosis hepática, HTA, aneurismas intracraneales y anomalías valvulares.

Objetivo:

Conocer y comprender la experiencia vital de las personas con PQRAD y las repercusiones sentidas en todos los ámbitos de su vida cotidiana, desde una perspectiva bio-psico-social y espiritual, para ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.

Material y Método:

Estudio cualitativo basado en el paradigma metodológico de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss y en el paradigma constructivista.

Participantes: pacientes diagnosticados de PQRAD que se controlan en nuestro Centro y que se encontraban en fase previa al inicio de terapia renal sustitutiva. El tamaño de la muestra se determinó por el criterio de saturación de la información.

Técnica: Grupo Focal. Se realizaron dos grupos de una media de dos horas de duración, con la presencia de un moderador y dos observadores. Se grabaron en cinta de audio.

Aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica y todos los participantes dieron su Consentimiento Informado por escrito.

Resultados:

Aparecen cinco grandes categorías conceptuales: vivencia/mecanismos de afrontamiento, repercusiones del factor hereditario, síntomas físicos y calidad de vida, perspectivas de futuro y expectativas del entorno sanitario.

A nivel interno, existe una percepción de enfermedad grave pero sin compromiso vital por la existencia de tratamientos sustitutivos. La principal causa de limitación en la vida diaria es el dolor crónico, especialmente en la poliquistosis hepato-renal. La PQRAD se percibe como una enfermedad minoritaria.

Los mecanismos de afrontamiento abarcan aceptación/negación de la enfermedad mientras es asintomática. Se le otorga importancia a vivir el presente, y la búsqueda de información presenta ciclos variables de búsqueda y evitación, y una duplicidad de las fuentes entre médico e Internet.

Destaca la necesidad de autocuidados y un estilo de vida saludable.

A nivel externo, el afrontamiento contempla silenciar/ocultar la enfermedad así como normalizarla, tanto a nivel familiar y social como laboral (temor a perder el puesto). El factor hereditario no supone un obstáculo en la decisión de procrear. Repercute en la preocupación por el futuro de los hijos y la búsqueda de tratamientos.

Los síntomas que condicionan la calidad de vida son principalmente el dolor y el cansancio.

La diálisis produce reacciones de aceptación y rechazo. Existe un conflicto en el trasplante de vivo y un temor respecto al doble trasplante hepato-renal. La posibilidad de un fármaco que frene la progresión es percibida con esperanza y escepticismo al mismo tiempo.

En cuanto al entorno sanitario, emerge un sentimiento de soledad y la necesidad de escucha y orientación desde una atención multidisciplinar que destaca el rol del profesional de enfermería.

Análisis nutricional en diálisis peritoneal. Estudio multicéntrico

Eva Barbero Narbona, Ángeles Montoya Ariza, M^a Josefa Oliete Mathieux

Hospital del Mar. Barcelona. España

La desnutrición es un problema clínico frecuente en diálisis peritoneal, afecta aproximadamente 18-56% según la población estudiada.

La valoración nutricional parece realizarse con diferentes Material y Métodos, con esa hipótesis nos planteamos el estudio.

El objetivo fue analizar y valorar las diferentes Material y Métodos que se utilizan para conocer el estado nutricional, y ver qué porcentaje de pacientes están desnutridos.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. Incluimos variables generales y para valoración nutricional (tales como datos clínicos, bioquímicos, recomendaciones dietéticas, y otras herramientas empleadas).

Se diseñó una base de datos para recoger la información y las variables fueron analizadas mediante el SPSS versión 22.

El tamaño de la muestra fue de 193 pacientes/10 hospitales. La mediana de edad fue 68 [22, 92] años, siendo hombres 65,8% (127) y diabéticos el 41,7% (65). Han estado ingresados en los últimos 3 meses el 20,2% (32). Realizaban Diálisis peritoneal cíclica ambulatoria (DPCA) el 39,4% (76) y Diálisis peritoneal automática (DPA) 60,6% (117). La mediana de permanencia es de 18 [3, 92] meses. El 78,8% (152) eligieron DP como tratamiento de primera elección y empezaron terapia con filtrado glomerular (FG) < 14, el 73% (141). El 83% (155) mantenía función renal residual (FRR) > 300 ml. El 77,2% (149) de los pacientes tienen

KTV>1,7. La membrana peritoneal es mayoritariamente, HA 46,6% (90) y LA 28,5% (55). Y se contabilizó un episodio de Peritonitis en el 9,3% (18).

De los resultados obtenidos en la valoración nutricional, vemos que:

- El 31% de los pacientes estudiados presentaban niveles de albúmina $\leq 3,4$ g/l. Ésto se relacionó con los primeros meses en terapia y con el ingreso hospitalario.
- El nivel de potasio se mantiene controlado con el tratamiento dialítico y con recomendaciones educativas y en pocos casos se emplea medicación.
- El fósforo es el elemento más difícil de controlar, a pesar de realizar todas las medidas conocidas dietéticas y la utilización de medicación. Los niveles altos se relacionan con la técnica automática (DPA), FRR < 300 y el género masculino.
- La utilización de varias herramientas conjuntamente como la bioimpedancia, el cuestionario SNAQ, la medida de la actividad física o el grado de autonomía, nos ayudan en el control calórico de nuestros pacientes. Diferenciando si el mantenimiento del componente corporal graso es por ingesta del paciente, por las soluciones de diálisis o por déficit de actividad.
- Los pacientes con mayor pérdida muscular tienen mayor pérdida de peso, suelen ser pacientes con mayor grado de dependencia y por tanto, menor actividad física.

Disminución de ingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria (ICCr) tras la inclusión en diálisis peritoneal

Anna Luque Hernández, Mar Blázquez Rodríguez, Esther Salillas Adot, Alex Andujar Asensio

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Disminución de ingresos hospitalarios en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Refractaria (ICCr) tras la inclusión en Diálisis Peritoneal.

- Insuficiencia Cardíaca estadio III-IV.
- FG < 60 ml/min.
- Consentimiento informado firmado y aprobado por el Comité ético.

Introducción:

En 1949, Schneierson propuso que la diálisis peritoneal (DP) podría ser útil en el tratamiento de pacientes con IC refractaria. La Insuficiencia Cardíaca es una causa creciente de morbi-mortalidad y una de las primeras causas de hospitalización en países desarrollados.

En la actualidad, diversos estudios han demostrado un efecto notablemente beneficioso en el tratamiento de la ICCr con DP. El uso de la DP para el tratamiento de la IC refractaria se asocia a una mejoría de la clase funcional, disminución de las tasas de hospitalización, mejoría de la supervivencia y de la calidad de vida, siendo además coste-eficiente.

Objetivo:

El objetivo de este estudio es, demostrar la disminución de ingresos hospitalarios en pacientes afectados de ICCr tras la inclusión en D.P.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes afectados de ICCr en los que valoraremos el número de ingresos hospitalarios relacionados con la ICCr, post inclusión en D.P. con respecto al año previo a la inclusión.

La muestra fue de ocho pacientes con ICCr incluidos en programa de D.P. De los 8 pacientes: 7 hombres y una mujer, con una media de edad de 63 años y durante el período comprendido entre enero del 2013 a enero del 2017.

Como criterios de inclusión:

- Adultos > 18 años.

Resultados:

Durante el período de enero de 2013 a enero de 2017, se han incluido a 8 pacientes afectados de ICCr con los criterios de inclusión mencionados en programa de diálisis peritoneal.

De los pacientes incluidos en este estudio la media de edad era de 63,75 años, un 87,5% del cuál eran hombres y tan solo un 12,5% mujeres. El promedio de tiempo en terapia de D.P fue de 16,12 meses.

Se han evaluado los ingresos hospitalarios de los 8 pacientes (en relación al año previo a la inclusión en D.P), siendo el resultado una reducción de la media de 12 ingresos en un año por paciente a 0,75 ingresos por paciente. Disminuyendo el 93,75% de ingresos.

De los 8 pacientes, desde el inicio de nuestro estudio, el primer paciente se incluyó el 21/01/2013 y el último el 24/01/2017. De los 8 pacientes fallecieron tres de ellos: uno al mes de iniciado el estudio, otro a los 9 meses y el último tras 20 meses de terapia. Los tres pacientes fallecieron por motivos relacionados con la IC.

Conclusión:

Tras iniciar la terapia con D.P. el número de ingresos en el año posterior a la inclusión a D.P mejoró notablemente, llegando a menos de un ingreso por paciente y año.

Aunque creemos que nuestra muestra es pequeña, los resultados obtenidos son satisfactorios. En nuestro hospital se sigue trabajando la D.P como tratamiento de ayuda a la ICCr, en el que cada vez es mayor el número de pacientes incluidos.

Papel de enfermería en la colocación del catéter de diálisis peritoneal por punción en el servicio de nefrología

Estefania Rojas Serna, Concepción Blasco Cabañas, María José Gordo García, Dolors Marquina Parra, Esther Ponz Clemente, Carmen Moya Mejía

Corporación Sanitaria Parc Taulí. Barcelona. España

Introducción:

La Colocación del Catéter de diálisis peritoneal por Punción (CCP) vs laparoscopia permite reducir costes y tiempo de lista de espera de quirófano y aumenta la autonomía del programa de Diálisis Peritoneal (DP). La CCP se lleva a cabo por el nefrólogo y el equipo de enfermería de DP. El papel de enfermería es fundamental en la realización del procedimiento y en la obtención de buenos resultados.

Objetivo:

- Explicar el papel de enfermería en el proceso de colocación del catéter de DP por punción.
- Revisar nuestra experiencia en el uso de la técnica por punción por el equipo de nefrología.

Material y Método:

Estudio retrospectivo, observacional, de CCP desde 1996 hasta febrero de 2017. La colocación por punción se realiza en la Unidad de Agudos con anestesia local y sedación, trocar de punción Y-Tec o técnica de Seldinger y catéter Tenckhoff de silicona, con dos topes de dacron, subcutáneo curvo y extremo distal recto o en espiral. Esta técnica se escoge en enfermos sin cirugías abdominales importantes y no muy obesos.

Enfermería acompaña al paciente desde su ingreso hasta el alta proporcionándole información sobre dónde, quién y cómo se va a desarrollar el procedimiento y dándole apoyo psicológico. Durante la intervención es responsable de la preparación y monitorización del paciente, preparación del material y administración de medicación/sedación pautaada por el nefrólogo, comprobación con un intercambio peritoneal del funcionamiento del catéter y cura del orificio de salida del catéter y la herida quirúrgica. Posteriormente también

realizará un seguimiento detectando posibles complicaciones agudas (< 1 mes) post-intervención.

Resultados:

Se han colocado un total de 221 catéteres, 94 de ellos por punción. El uso de la CCP respecto a la laparoscopia ha ido aumentando con el tiempo: 1996-2000, 20,7%; 2001-2005, 25%; 2006-2010, 42,5%; 2011-2015 68%; 2016-2017, 94%.

Complicaciones agudas desde 1996: una perforación del colon, 6 colocaciones en espacio pre-peritoneal, 5 fugas periorificiales, 1 catéter no funcionando y 1 infección de orificio de salida. La tasa de función primaria es de un 91,5% (86/94). No ha habido mortalidad durante el procedimiento y en ningún caso se ha requerido ingreso en área de críticos. En caso de haber requerido aumento de los días de ingreso fue por patología asociada.

Desde que se introdujo la técnica de Seldinger en la CCP se redujo el tiempo del procedimiento gracias a la facilidad de colocación del da cron interno, aunque los lavados peritoneales fueron más hemáticos por el tamaño del dilatador pelable.

Conclusión:

- La participación de enfermería de DP en la colocación del catéter por punción garantiza una atención continuada durante todo el proceso, proporcionando así una mejor calidad asistencial.
- La colocación del catéter de DP por punción por el equipo de nefrología presenta pocas complicaciones y facilita la autonomía del programa de DP.
- El uso de la técnica por punción por nefrología ha aumentado progresivamente en los últimos años en relación a una mayor experiencia del equipo de DP.
- El equipo de nefrología está implicado en realizar propuestas de mejora tras la evaluación continuada de nuestros resultados.

Uso de ácido fusídico y tobramicina como tratamiento profiláctico de las infecciones de orificio de catéter

Yolanda Benito García, M^a Jose Oliete Mathieux, Ramón Font Font, Mercedes Prats Valencia, Carmen García Ruiz, Alberto Martínez Veá

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

Introducción:

La infección de salida del catéter peritoneal es uno de los principales factores de riesgo relacionados en el desarrollo de peritonitis y es una de las principales causas de retirada del catéter. En objetivo mayoritario de las estrategias preventivas es reducir la incidencia de las infecciones del orificio y por ello las guías clínicas, recomiendan el uso diario de antibioterapia tópica en dicho orificio, siendo la mupirocina y la gentamicina los más recomendados. No obstante, la posible aparición de resistencias con el uso crónico de mupirocina así como el incremento de infecciones por distintos gérmenes con el uso crónico de gentamicina hace que ésta no sea una práctica generalizada y que existan estudios en los que se empleen tratamientos alternativos tales como la povidona yodada, hipoclorito sódico, la miel, la polimixina, bacitracina y neomicina. No existen estudios en los que se utilice el ácido fusídico, tratamiento que tiene una potente actividad superficial y una extraordinaria capacidad de penetración en piel intacta, y es eficaz en casi todas las cepas de staphylococcus aureus.

Objetivo:

Comparar la incidencia de infección de orificio de salida de catéter en dos grupos de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que inician diálisis peritoneal tratados con ácido fusídico o tobramicina aleatoriamente.

Material y Método:

Se trata de un estudio prospectivo comparativo aleatorizado, realizado desde febrero del 2016 hasta marzo del

2017. Se han incluido 22 pacientes, a los que se les colocó un catéter peritoneal de tuesteno mediante laparotomía. 10 pacientes fueron asignados a recibir tratamiento con ácido fusídico (fucidine[®]) y 12 pacientes con tobramicina (tobrex[®]). Iniciando el tratamiento cuando el paciente realiza la cura en domicilio (aproximadamente 15 días tras la colocación del catéter peritoneal) y se realizan controles clínicos (basados en criterios de Tardowski...).

Resultados:

A los 13 meses de inicio del estudio, 15 pacientes continúan en el estudio. Mientras que el resto de pacientes salieron por diferentes motivos: 4 trasplantados, 1 exitus, 1 hemodiálisis y 1 un traslado. Con una supervivencia media de 7.8 meses.

En el grupo tratado con ácido fusídico no se ha detectado ninguna infección de orificio. Del mismo modo, el grupo tratado con tobramicina no ha presentado ningún episodio de infección.

Conclusión:

El ácido fusídico podría ser una alternativa eficaz como tratamiento profiláctico en las infecciones de orificio. El uso de tobramicina tópica no ha comportado un incremento de infecciones por otros gérmenes.

Experiencia en diálisis peritoneal con carboximaltosa férrica intravenosa en el control de la anemia crónica

Esther García García, Sara Castrillo Torrijos, Sonia Mendoza Mendoza, Verónica Sánchez Rodrigo, Alica Gómez Gómez, Vicente Paraíso Cuevas

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

Los pacientes en diálisis peritoneal (DP) presentan anemia crónica, habitualmente con ferropenia. Las guías recomiendan inicialmente control mediante hierro oral pero no siempre es bien tolerado. La administración de ferroterapia IV de forma ambulatoria es una alternativa válida, aunque menos extendida. La carboximaltosa férrica (CMF) es un hierro IV de fácil aplicación en dosis única con pocos efectos secundarios. Mostramos la experiencia de la administración de CMF IV en pacientes en DP en régimen ambulatorio.

Material y Método:

La pauta de CMF IV fue de 1.000 mg, sin superar los 15 mg de hierro por Kg. de peso corporal. Los pacientes en DP que presentasen niveles de hemoglobina < 13 mg/dl, niveles de ferritina < 200 ng/ml, un IST (%) < 30, que recibiesen ferroterapia oral y/o con tratamiento con factores estimulantes eritropoyéticos (FEE) fueron candidatos a la su administración IV. Los pacientes con reacción previa a otras formulaciones de hierro IV fueron desestimados. La dosis de CMF era administrada el mismo día de revisión, sin necesidad de acudir un día extra para la misma, en la unidad nefrológica de atención continuada.

Resultados:

En el periodo de seguimiento 20 pacientes en DP recibieron CMF IV. La etiología de la enfermedad renal fue

en 6 casos una glomerulonefritis, en 5 una diabetes, en 4 una nefropatía intersticial, en 4 no filiada y en un paciente una poliquistosis. Dos fueron trasplantados antes de los 6 meses y otros dos no cumplieron los 6 meses de seguimiento en el momento del estudio. En total 16 pacientes han cumplido al menos 6 meses tras la administración de CMF. La edad media era de 53 ± 16 años. Cinco pacientes recibían ferroterapia oral al inicio y todos menos uno, recibían FEE. Los resultados se muestran en medias basales, a los 2 meses, 4 meses y 6 meses, respectivamente: Hemoglobina (g/dl): 11 ± 1 , $11,2\pm 0,9$, $11,4\pm 1$, $11,5\pm 1$. Hematocrito (%): 33 ± 3 , 34 ± 2 , 35 ± 3 y 34 ± 4 . Ferritina (ng/ml): 202 ± 105 , 439 ± 145 ($p < 0.001$, respecto a la basal), 467 ± 237 ($p < 0.001$, respecto a la basal), 485 ± 279 ($p < 0.005$, respecto a la basal). IST (%): 18 ± 5 , 31 ± 11 ($p < 0.001$, respecto a la basal), 33 ± 20 y 27 ± 6 . Transferrina (mg/dl): 202 ± 28 , 185 ± 17 , 187 ± 26 y 194 ± 30 . Dosis de Darbeopetina (mcg/semana): 14 ± 16 , 15 ± 15 , 12 ± 8 y 13 ± 10 . Salvo los indicados, el resto de resultados sin diferencias estadísticamente significativa.

Conclusión:

La CMF es una alternativa fácil de administrar y con escasos efectos secundarios en los pacientes en DP. Los niveles de ferritina persisten al menos hasta los seis meses. Su aplicación de forma ambulatoria ahorra tiempo y mantiene al paciente en su régimen ambulatorio.

Análisis del impacto de los valores personales en la elección del tratamiento sustitutivo renal

Ana Isabel Aguilera Flórez, Blanca Linares Fano, Ana Cristina Alonso Rojo, Mario Prieto Velasco

Complejo Asistencial Universitario. León. España

Introducción:

Implicar a los pacientes en la toma de decisión sobre su tratamiento sustitutivo renal, puede generar en ellos incertidumbre, ante una elección que incluye riesgos, pérdidas y cambios en los valores personales. Una de las actividades que se realizan en el proceso educativo con herramientas de ayuda a la toma de decisión (HATD), es ayudarles a explorar sus valores mediante las "tarjetas de valores". Son 23 tarjetas que contienen diferentes mensajes como: "Autonomía", "Impacto para la familia", "Viajar", "Trabajar", "Personal sanitario responsable del tratamiento", "Tratamiento en hospital", "Tratamiento en casa", "Temor a la sangre o a los pinchazos".... etc. Se les pide que las clasifiquen según el grado de importancia que tienen para ellos y que elijan las dos más importantes. Estas dos tarjetas, estarán visibles durante el proceso de información y discusión, para que la elección de la modalidad de tratamiento pueda ser coherente con sus preferencias y su estilo de vida. El objetivo de este estudio, fue analizar si existía relación entre las tarjetas y la modalidad de tratamiento elegido.

Estudio retrospectivo. Se incluyeron 281 pacientes que habían pasado por el proceso de educación con HATD entre los años 2011-2016. Los datos se obtuvieron de los registros de enfermería de la historia clínica. Se empleó el programa SPSS 19.0 para el tratamiento estadístico de los datos. Se estudiaron variables demográficas, tarjetas de valores y elección de tratamiento.

De los 281 pacientes, el 65,5% (n=184) fueron hombres, con una edad media 67,89 (25-97), el 48,4% (n=136) vivían en zona rural, el 92,5% (n=260) procedían de consulta ERCA y el 7,5% (n=21) eran agudos. El tiempo medio en consulta ERCA hasta la información fue 11,63±11,87 meses. Decidieron

Hemodiálisis el 50,9% (n=143), Diálisis Peritoneal el 34,5% (n=97), tratamiento médico conservador el 2,8% (n=8), trasplante de donante vivo el 1,8% (n=5), el 10% (n=28) aún no han decidido. Las 5 tarjetas de valores con mayor porcentaje de elección, según la modalidad de tratamiento, fueron:

Hemodiálisis: Impacto para la familia (15,94%), Personal sanitario responsable del tratamiento (15,58%), Ser independiente (13,04%), Autonomía (9,42%), Tiempo libre (6,16%).

Diálisis Peritoneal: Ser independiente (18,95%), Personal sanitario responsable del tratamiento (15,26%), Impacto para la familia (14,21%), Participar activamente en mi tratamiento (7,37%), Tratamiento en casa (7,37%).

Tratamiento médico conservador: Ser independiente (25,2%) y Autonomía, Impacto para la familia, Ser cuidado por otros, Tratamiento en casa (12,5%) cada una.

Trasplante donante vivo: Personal sanitario responsable tratamiento (30%), Ser independiente (30%), Autonomía, Esquema fijo de tratamiento, Tiempo libre (10%) cada una.

La mayoría de los mensajes de las tarjetas, parecen estar en concordancia con la modalidad elegida, aunque otros no guardan tanta relación. Hay que tener en cuenta, que los valores son específicos de cada persona y cambian con el tiempo; además los mensajes de cada tarjeta pueden ser entendidos de diferente manera según cada persona y tener un carácter tanto positivo como negativo, dato del que no disponemos y que podría explicar esa falta de relación. "Personal sanitario responsable del tratamiento" es una constante en los cuatro tratamientos.

Evaluación de síntomas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

María Casañ Palomero, Patricia Ahís Tomás, Elena María Renau Ortells, Vicente Cerrillo García, Ramón Pons Prades

Hospital General Universitario. Castellón de la Plana. España

Introducción:

La prediálisis es la etapa en la que existe una enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). En la consulta de ERCA generalmente son pacientes que se encuentran en estadios cuatro y cinco, con una tasa de filtración glomerular < 30 ml / min. Este periodo tiene una mayor carga de síntomas físicos y psicológicos que repercuten en la calidad de vida, pero en la cual aún no es necesaria la terapia sustitutiva renal con diálisis, condicionando su calidad de vida y bienestar general. En ésta fase se realiza un seguimiento al paciente mediante una serie de pruebas, consejos alimentarios y de salud para mantener la función renal residual, y retrasar el inicio de la diálisis.

Objetivo:

Evaluar la prevalencia de los síntomas en pacientes en pre diálisis y analizar la existencia de relación entre el sexo, edad y filtrado glomerular con la aparición de estos síntomas.

Material y Método:

Estudio observacional transversal en pacientes en consulta de ERCA. El instrumento que se ha utilizado para la evaluación de los síntomas ha sido el cuestionario Palliative care Outcome Scale-Symptoms Renal (POS-S Renal). Los resultados de dichas encuestas, se han rellenado desde octubre de 2016 hasta febrero de 2017. Se valoraron los siguientes datos: edad, sexo, filtrado glomerular y los diferentes síntomas que aparecen en la escala. Para el análisis estadístico se empleó Chi cuadrado.

Resultados:

Se analizaron 70 pacientes, 24.3% fueron mujeres y 75.7% varones, con edad media de 72,09 años en un rango comprendido entre 37 y 90 años. Las encuestas fueron contestadas mediante entrevista personal o telefónicamente. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad media y el sexo con la aparición de síntomas, sin embargo se puede observar una diferencia estadística entre la relación del filtrado glomerular con la aparición de angustia ($p 0.017$) y el sentirse deprimido ($p 0.002$). En cuanto a la relación de sexo con los síntomas se puede decir que los hombres tienen mayor problema de dolor, estreñimiento, somnolencia, poca movilidad, problemas para dormir y dificultad para respirar; mientras que en las mujeres se puede observar que predominan: depresión, debilidad/cansancio, poco apetito, poca movilidad, problemas para dormir y calambres. Los síntomas que más han mejorado en los pacientes de ERCA son el estreñimiento y los calambres. Por otro lado los síntomas que más molestan a nuestros pacientes son el dolor, problemas para dormir, estreñimiento y poca movilidad.

Conclusiones:

Tras los resultados se puede observar que la enfermedad renal crónica es una enfermedad silenciosa. Para futuras investigaciones, se debería de introducir el estado civil y el apoyo familiar para ver si existe una relación con la aparición de síntomas. En aquellos pacientes que refieran dolor deberíamos introducir la escala EVA y una escala de ansiedad/depresión para aquellos que lo sufran. La evaluación subjetiva de los síntomas debe ser un componente fundamental de la salud en la enfermedad renal crónica avanzada.

Factores a tener en cuenta en la evaluación del estado nutricional del paciente en una consulta de ERCA

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

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Introducción:

La desnutrición proteico-calórica (DPE) está normalmente presente en el estadio 5 de la enfermedad renal (ER), por lo que, en la fase pre dialítica es importante el abordaje nutricional para así evitar la progresión de ER. De ahí deriva la importancia del papel que representan los profesionales de la consulta de Enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

La disponibilidad de un marcador nutricional es muy difícil debido a los cambios metabólicos asociados a la ER. Para conocer el estado nutricional es necesario el uso de un conjunto de medidas; antropométricas, valores analíticos y análisis de la composición corporal.

Objetivos:

1. Determinar factores que influyen en el estado nutricional del paciente en una consulta ERCA.
2. Evaluar estado nutricional del paciente renal en ERCA a través de parámetros sociodemográficos, bioquímicos y bioimpedancia.

Material y Método:

Estudio de diseño observacional, descriptivo, transversal y prospectivo desarrollado durante el año 2016. La población de estudio fue todo aquel paciente que acudió a la consulta de ERCA de nuestra área de salud durante el tiempo estimado para el estudio y que cumplió los criterios de inclusión y exclusión.

Las variables empleadas en el estudio son variables sociodemográficas (edad, sexo, situación familiar y etiología de la enfermedad), bioquímicas (albúmina, transferrina, recuento total de leucocitos, colesterol total y aclaramiento de creatinina según la fórmula CKD-EPI), antropométricas (IMC, perímetro abdominal, talla, bioimpedancia y peso).

Para el tratamiento de datos se utilizó el programa estadístico para windows. Para relacionar variables cuantita-

tivas vs cualitativas se utilizó la T de Student. Para tres o más categorías ANOVA. Se comprobó la distribución normal de las variables mediante la prueba de Levene y el test de Kolmogorov Smirnov. Para comprobar la asociación entre variables cualitativas se utilizó chi cuadrado. En los contrastes de hipótesis se han aceptado como significativos los resultados obtenidos para $p < 0,05$.

Resultados:

El total de pacientes estudiados fueron 53, con una edad media de 64 ± 16.76 años, 47.2% hombres y 52.8% mujeres. Un 9.4% de los pacientes atendidos vivía solo y un 90.6 % en familia. Según parámetros analíticos presentaban algún grado de desnutrición: 5.7% según valores de albúmina, 50.9% según transferrina, 30.2 % según linfocitos, 75.5% según colesterol.

Por bioimpedancia, un 28.3% presentaba valores de masa magra fuera de rango, 30.2% con masa grasa fuera de rango, pacientes que presentaban desequilibrio hídrico un 58,5%, un 41% tenía una adecuada relación E/I.

De los pacientes en riesgo de diabetes y enfermedad vascular un 86.36% era mayor de 50 años con significación estadística. Por otro lado, también encontramos relación entre colesterol y sexo (mujeres 64.28 % desnutridas según valores frente a 84% hombres).

Del 52.49 % de los pacientes que estaban fuera del rango nutricional según situación hídrica, el 64.52% presentaban desnutrición con valores de colesterol, con significación estadística.

Conclusiones:

Según los datos analizados el paciente en ERCA puede presentar diferentes estados nutricionales, sin embargo se observa la prevalencia de factores constantes como: situación familiar, sexo, edad y nivel de colesterol que pueden predisponer al paciente a modificar su estado nutricional.

¿Mejora la coagulación en la hemodiálisis el citrato frente al acetato?

Patricia Molina Mejías, Miriam Esquinas Marta, Sonia Ruiz Almería, Yolanda Moreno Pérez, Marian Bernabé Villena, Patricia Arribas Cobo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

La anticoagulación en hemodiálisis está dirigida a prevenir la trombosis del circuito, para lo cual habitualmente empleamos heparina. Intentando utilizar la menor dosis posible para que dializador y cámaras queden limpios de restos hemáticos, y que al finalizar la sesión se pueda hacer hemostasia en un tiempo prudencial.

El empleo de líquido de diálisis con citrato puede incrementar la eficacia del dializador dado su conocido poder anticoagulante; además de este gran beneficio, consigue una mejoría del equilibrio ácido-base dado su efecto tampón y una mayor tolerancia a la sesión de diálisis.

Objetivo:

Evaluar el impacto de la hemodiálisis con un líquido de diálisis con citrato sobre la coagulación durante la sesión, en comparación con la hemodiálisis con líquido de diálisis con acetato.

Material y Método:

Se realiza un estudio prospectivo, aleatorizado y cruzado en 10 pacientes con hemodiálisis crónica durante 32 semanas en dos fases, en la primera, la mitad de los pacientes inician con líquido de diálisis con citrato durante 16 semanas y la otra mitad con líquido de diálisis con acetato. En la segunda fase, también de 16 semanas de duración, los pacientes se cruzan.

Se diseña una escala visual con fotografías de distintos estados de coagulación del dializador y la cámara venosa para disminuir la subjetividad del observador. Después de las diálisis se clasificaba el estado de coagulación del dializador y cámara venosa en función de esta escala.

Resultados:

La edad media de los pacientes fue de 68.4(16.9)[42-93] años con un peso seco (PS) medio de 74(23.3)[42-98] Kg. El tiempo medio de diálisis fue de 258(18.4) [210-270] minutos. La dosis media de heparina fue de 45(20.5)[5-80] U. El 50% de los pacientes tenían técnica de hemodiálisis convencional (HD) y el otro 50% hemodiafiltración on line (HDFOL) con una media de líquido de infusión de 29.05(1,3)[28-30] litros. El 70% de los pacientes estaban en un monitor AK200 y el 30% en ARTIS. La etiología de la enfermedad renal fue: 60% glomerular, 30% diabética y 10% no filiada. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el score de coagulación del dializador $p=0'171$ ni de las cámaras $p=0'382$ entre citrato y acetato. Observamos que la dosis de heparina con HD 33(16'95) fue significativamente inferior con respecto a HDFOL 57(14.28) U y encontramos diferencias en cuanto al tiempo de coagulación siendo mayor en HD ($p=0'031$) con una media de 13.7 minutos frente a la HDFOL ($p=0'033$) que eran 11.4 minutos.

Conclusión:

No hemos encontrado diferencias en los scores de coagulación en los pacientes dializados con acetato y citrato. Ello se debe probablemente a que en los pacientes dializados con citrato se aumentó la concentración de calcio en el líquido de diálisis en 0,15 mmol/l (1,65 mmol/l con citrato y 1,5 mmol/l con acetato). Esto disminuye la capacidad quelante del citrato que es precisamente la que le confiere su propiedad anticoagulante.

Análisis de la punción de prótesis intravasculares recubiertas tras el rescate de la fístula arteriovenosa después de doce meses de experiencia

Victoria Eugenia Gómez López, Carolina Muñoz Macías, Oscar Calle, Rafael Casas Cuesta, Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción:

Cuando en el rescate de una Fístula Arteriovenosa (FAV) con estenosis o trombosis, la angioplastia transluminal percutánea (ATP) con balón o trombectomía, que son los tratamientos de elección, no dan resultado, la pérdida del acceso vascular es un hecho contrastado. Recientemente se ha comercializado una nueva prótesis intravascular (VIABAHN®), y se ha empezado a implantar en estos casos en los que con el tratamiento habitual no se consigue repermeabilizar el tramo venoso afectado.

Se trata de una prótesis tubular de estructura metálica distensible (Stent) recubierta de PTFE, y se coloca en el interior del vaso trombosado o estenosado, permitiendo el flujo sanguíneo en ese tramo. Al tener una estructura metálica, y al estar diseñado para otras indicaciones diferentes a la permeabilización de FAVs, la punción repetida no se contempla en la ficha técnica del producto; pero ante la ausencia de zonas de punción alternativas, se están puncionando, y ya se han comunicado buenos resultados, aunque la experiencia es corta.

Objetivo:

Evaluar la eficacia a medio plazo del VIABAHN®, y su seguridad, analizando la incidencia de eventos adversos asociados a su punción.

Material y Método:

Se estudiaron 20 pacientes entre enero de 2014 y octubre de 2016 con VIABAHN® implantado por pseudoaneurismas con trombosis, úlceras en las zonas de punción, fracaso de ATP o reestenosis en menos de 6 meses. Variables estudiadas:

Parámetros funcionales durante la hemodiálisis, permeabilidad primaria y secundaria a los 6 y 12 meses,

presencia de complicaciones (infecciones, fallos mecánicos o eventos adversos asociados a la punción), y control del deterioro de la prótesis mediante flebografía a los 3 y 6 meses de uso.

Para la punción se esperó un periodo de 4 semanas para permitir la endotelización interna de la prótesis y se puncionaron con agujas 16 G y por personal con experiencia.

Resultados:

Se analizó un periodo de seguimiento 15 ± 9.4 meses. La media de los parámetros funcionales durante la hemodiálisis al final del seguimiento fue la siguiente: Fs: 362.5 ± 43.3 ml/min, PA: -209.5 ± 35.6 mmHg, PV: 215.8 ± 34.5 mmHg, Kt 55 ± 5.4 l y recirculación $12.7 \pm 3.7\%$.

A los 6 meses el 66% (IC 95% 54-77) de los pacientes tenía permeabilidad primaria y el 77% (IC 95% 67-87) tenía permeabilidad secundaria. A los 12 meses el 38% (IC 95% 24-52) permeabilidad primaria y el 76% (IC 95% 66-87) permeabilidad secundaria.

No se observaron eventos adversos relacionados con la punción, ni se objetivó radiológicamente deterioro en las prótesis.

Se registró durante el periodo estudiado un episodio de infección que requirió la retirada de la prótesis.

Conclusión:

La prótesis vascular recubierta VIABAHN® es eficaz y segura en el rescate de las FAVs nativas estenosadas y/o trombosadas, ya que proporciona excelentes parámetros de diálisis y alta permeabilidad primaria y secundaria, sin que su punción repetida se asocie a complicaciones. Hacen falta estudios a largo plazo para analizar la supervivencia de estas prótesis cuando son puncionadas repetidamente.

Análisis de los eventos adversos en una unidad de diálisis

Carolina Muñoz Macías, Irene Torollo Luna, María José Sag Legrán, Francisco Salas Cardador, Victoria Eugenia Gómez López, Rodolfo Crespo Montero

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 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". Solo el 20% de los EA se reportan y de ellos, el 40-70% son evitables. Sin embargo en hemodiálisis (HD), no existen muchos estudios que aporten datos de la magnitud de este problema.

Objetivos:

Revisar la incidencia de EA en las 2 unidades de diálisis de un Servicio de Nefrología.
Determinar los EA más frecuentes y su grado de gravedad.

Material y Método:

Estudio retrospectivo y descriptivo consistente en un análisis estructurado, sistemático y exhaustivo del registro de HD de dos centros: hospitalario y periférico. Método de evaluación: Global Trigger Tools/MIDEA (Medición de la Incidencia de EA).

Se revisaron todas las sesiones de HD de los meses de marzo, mayo y julio de 2016 (total 4.274 sesiones: 2.149 en la unidad hospitalaria y 2.125 en el centro periférico). 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).

Resultados:

Unidad hospitalaria: se revisaron 10 sesiones/paciente (1-66). Número pacientes: 208 (35 agudos, 173 cró-

nicos, edad media: 67 años (15-93). 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, coagulación del circuito extracorpóreo y problemas de la FAV; 222 EA fueron de gravedad E (no requirieron intervención) y 33 de gravedad F (requirieron intervención).

Centro periférico: se revisaron 34 sesiones/paciente (1-43). Número pacientes: 62, edad media: 67 años (15-93). Se detectaron un total de 195 EA (en el 9,2% de las sesiones). Los EA más frecuentes fueron: hipotensión, problemas relacionados con la punción de la FAV y coagulación del circuito extracorpóreo; 192 EA fueron de gravedad E (no requirieron intervención) y 2 de gravedad F (requirieron intervención).

No se registraron más EA en el mes de julio en comparación con los otros 2 meses.

Tras el análisis de estos resultados se implantaron medidas correctoras: revisión del procedimiento de anti-coagulación del circuito extracorpóreo (se detectó que se estaban usando bajas dosis de heparinas), revisión y actualización del manejo de los accesos vasculares de acuerdo a las nuevas Guía del Acceso Vascular de Hemodiálisis 2016.

Conclusiones:

Se presentaron en torno al 10% de EA, aunque ocurrieron en mayor porcentaje en la unidad hospitalaria. Las hipotensiones, coagulaciones del circuito sanguíneo y los problemas derivados de la punción de la fistula fueron los EA más frecuentes, aunque la mayoría fueron leves y no requirieron intervención.

Se han implantado las medidas correctoras desde Febrero de este año para intentar disminuir esta incidencia de EA.

Aportación de la ecografía a la exploración del acceso vascular realizada por enfermería

Patricia Molina Mejías, Beatriz Liébana Pamos, Yolanda Moreno Pérez, Patricia Arribas Cobo, Pilar Rodríguez Gayán, Pilar Díaz de Argote Cervera

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

Las últimas guías de Acceso Vascular (AV) de la GEMAV, recomiendan que las unidades de HD dispongan de programas protocolizados de seguimiento del AV con participación multidisciplinar.

En los últimos años se ha ido implementando la ecografía en las unidades de diálisis y cada vez más por el personal de enfermería ya que mejora el conocimiento del AV, ayuda en la elección de las zonas de canulación y aumenta la confianza en los AV nuevos o dificultosos.

Objetivos:

Describir los motivos de exploración del AV con ecógrafo por parte del personal de enfermería, detectar si añade información a la exploración, describir los hallazgos encontrados con el ecógrafo y si se contrastan los datos por el servicio de radiología.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo realizado de octubre de 2016 a febrero de 2017 que incluyó a 22 pacientes con FAV.

Desde hace 3 años 6 enfermeras han realizado formación específica sobre ecografía del AV y posteriormente han realizado talleres de formación para el resto del personal de la unidad.

Diseñamos una gráfica donde se recogieron los datos de las exploraciones habituales y ecográficas y se explotaron con SPSS15 para windows.

Resultados:

La muestra la compusieron 22 pacientes, 13 (59.1%) hombres y 9 (40.9%) mujeres. La edad media era de 69.72 años [42-93].

Se realizaron un total de 37 exploraciones donde se identificaron 20 (90.9%) FAV nativas y 2 (9.1%) FAV protésicas. De ellas, 26 (70.3%) eran humerocefálicas, 8 (21.6%), 9 radiocefálicas y 3 (8.1%) humeroaxilares. Las principales causas por las que se realizó la exploración fue en un 32.4% la dificultad o dolor en las punciones, un 16.2% para localización de nuevas zonas de punción, un 10.8% por extravasaciones previas, un 8.1% por vigilancia en la maduración de la FAV, y un 8.1% por seguimiento de la FAV.

En la exploración previa a la valoración ecográfica, la observación mostraba que un 27% de las FAV presentaban aspecto normal, 43.2% tenían aneurismas, 18.9% hematomas y un 8.1% edemas. De la palpación, 91.9% tenían thrill normal y un 8.1% no tenían thrill o era débil. En la auscultación, 86.5% presentaban soplo normal y un 13.5% ausencia de soplo, débil o piante. De las 37 exploraciones, en 1 de ellas había ausencia de flujo. Entre los hallazgos encontrados tras realizar la ecografía encontramos en un 35.1% presencia de trombos, en 8.1% circulación colateral, en 5.4% colecciones/hematomas y en 13.5% estenosis.

De los 22 pacientes, 6 de ellos se derivó a RX, de los 3 que tenían dificultad en la canalización uno de ellos presentó una estenosis y los otros dos FAV profundas; y en las otras 3 derivadas por disfunción se encontró 1 estenosis, 1 disminución de flujo y 1 trombo.

Conclusiones:

En nuestra unidad se realizan un alto número de exploraciones ecográficas por parte del personal de enfermería de forma autónoma. Se realizan principalmente por tener dificultad en las punciones, disfunción del acceso o para localizar nuevas zonas de punción. La ecografía nos aporta mayor información que se contrasta con radiología.

Calidad de vida relacionada con la salud del paciente con enfermedad renal crónica avanzada cinco y estado nutricional

Marisol Fernandez Chamarro, Eva Barbero Narbona, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la evaluación que realiza cada individuo respecto a su salud física-psico-social. Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) presentan un deterioro en la CVRS cuando se les compara con la población en general. Esto es debido a manifestaciones clínicas asociadas a la insuficiencia renal como desnutrición, inapetencia,...y a la peor percepción de su estado de salud.

Objetivos:

El objetivo fue analizar y valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 (FG < 15) de nuestra consulta de ERCA.

Pacientes y Método:

Se realizó un estudio descriptivo que incluyó pacientes que realizaban seguimiento de su ERCA estadio 5.

Los datos se recogieron durante las visitas de seguimiento. Las variables incluidas fueron factores demográficos, datos clínicos, bioquímicos y nutricionales, percepción del estado de salud, capacidad de realizar ejercicio, autonomía, estado psicológico y adherencia.

Se diseñó una base de datos para recoger la información y las variables fueron analizadas mediante el SPSS versión 22.

El tamaño total de la muestra fue de 44 pacientes. La permanencia del seguimiento en la consulta fue de 24[3,96] meses. La edad media fue de 63,19±14,09 con un rango comprendido entre 38-81 años, siendo hombres 65,9%(29) y mujeres 34,1%(15). Con una tasa de diabetes del 34,1%(15).

Resultados:

Los resultados según las variables fueron:

El 30% está en normopeso. Por debajo de su peso ideal tenemos a un 6,8% de pacientes y con sobrepeso un 63,6%. A nivel analítico presentan niveles de potasio altos el 15,9% y de fósforo el 34,1%. En cambio los niveles de albúmina son correctos en el 93,2%. El 88,6% presentan buen apetito y un screening nutricional correcto.

El 68,2% son totalmente independientes para las actividades de la vida diaria y el 81,2% para las instrumentales.

Hacen ejercicio de manera habitual (camina > 30 min/día) el 88,6%. Hay un 11,4% que camina muy poco o no sale de casa.

El 95,5% viven en piso propio o alquiler y un 65% tienen estudios primarios o superiores

El 75% tienen una mala percepción de su salud física mientras que la mental es percibida como mala en el 36,4%. Además hay posible depresión (según escala yesavage) en el 43,2%.

El 27,3% de los pacientes no son adherentes al tratamiento.

Conclusión:

La principal alteración nutricional es la importante tasa de sobrepeso. La mayor parte de pacientes no presentan cifras de desnutrición. La albúmina se mantiene en la mayoría de pacientes, la dieta que recomendamos es normoproteica estricta (1gr/kg). El parámetro más difícil de controlar es el P.

La percepción de la salud física (SF-12) está por debajo del estándar mínimo aceptable en 3 de cada 4 pacientes. La salud mental (SF-12) está por debajo del estándar mínimo aceptable 1 de cada 3 pacientes y la depresión puede estar presente en un 45% de éstos pacientes.

Tenemos una tasa importante de pacientes no adherentes al tratamiento.

Calidad del sueño y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El sueño es un estado activo en el que suceden modificaciones metabólicas, hormonales y bioquímicas necesarias para el buen funcionamiento del organismo.

Los trastornos de sueño tienen una alta prevalencia en la población en general y se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Hemodiálisis (HD).

Un descanso insuficiente o de mala calidad influye negativamente en la actividad cotidiana siendo así causa o consecuencia de estados depresivos/ansiosos.

Objetivos:

Evaluar la calidad del sueño en la unidad de hemodiálisis y su relación con los niveles de depresión y ansiedad.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo con inclusión de 28 pacientes en programa crónico de HD durante Febrero de 2017. Se evaluaron los hábitos de sueño mediante cuestionario ad hoc elaborado tras revisión bibliográfica, se recogieron datos sociodemográficos, cuestionario Pittsburg de Calidad del Sueño (escala validada), y se valoró el estado cognitivo (examen Minimental) y ansiedad y depresión (escala HADS). El análisis de los resultados se realizó mediante los programas SPSS(v.22) y Excel.

Resultados:

Evaluación de 28 pacientes, 18 hombres y 10 mujeres, con una media de edad $66,75 \pm 14,64$ años.

El 81% (23) presenta insomnio según el test de Pittsburg, siendo un 64% (18) subclínico y un 17% (5) clínico.

El 36% (10) toma medicación para conciliar el sueño, y

el 40% (4) de esta fue pautada por el nefrólogo.

Ninguno de los pacientes se encuentra activo laboralmente, un 78,5% (22) mantiene cada día rutinas sedentarias, solo un 21,5% (6) realiza más de 30min de actividad física y más de un 60% (17) no participa en la realización de las tareas domésticas.

Un 64% (18) presenta valores de Minimental dentro de la normalidad, y un 14% (4) presenta deterioro.

La mediana de horas nocturnas dormidas es de $6,5 \pm 1,83$ h.

El 46% (13) verbaliza que venir a HD cambia sus hábitos de sueño.

Sólo un 17% (4) realiza alguna tipo de actividad dirigida a conciliar con mayor facilidad el sueño, y estas son TV, radio y lectura.

Un 42% (12) cree tener un problema con el sueño y de este 42%, solo un 27% (3) cree conocer la causa de su insomnio .

Los resultados obtenidos con el HADS fueron para ansiedad un 21% (6) y un 35% (10) para depresión.

Los resultados en el test Pittsburg se correlacionan positivamente con los niveles de ansiedad ($p=0,004$) y depresión ($p=0,049$).

El grado de depresión se correlaciona negativamente con ausencia de deterioro cognitivo (minimental) ($p=0,010$)

Conclusión:

La mayoría de los pacientes tiene una mala calidad de sueño, aunque no lo considera un problema. A pocos pacientes se les ha prescrito medicación para tratar su insomnio y la mayoría la ha pautado el nefrólogo.

Los pacientes presentan alto índice de vida sedentaria aunque la edad media no sea excesivamente elevada y el estado cognitivo esté dentro de la normalidad.

Hemos constatado la relación existente entre los niveles de depresión y ansiedad que presentan los pacientes con el insomnio. Incluiremos en el proceso de educación a pacientes en HD información sobre hábitos de sueño de saludables, así como mejorar la detección y tratamiento especializado de la ansiedad y depresión.

Consulta de ayuda a la decisión. Análisis del perfil del paciente según el tratamiento renal sustitutivo elegido

Marisol Fernandez Chamarro, Silvia Collado Nieto, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La elección de tratamiento renal sustitutivo (TRS) es una decisión crucial en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que influirá en su estilo y calidad de vida y en el de sus cuidadores. Dependiendo de los valores y preferencias el paciente elegirá el TRS que realizará en el futuro. Hay otros factores que influyen, como características personales, sociales y familiares.

Objetivos:

Analizar las características de los pacientes que eligen TRS en nuestra unidad de ERCA.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo que incluyó a todos los pacientes visitados durante el año 2016 en el dispensario de enfermería de ayuda a la decisión de TRS.

Criterios de exclusión: pacientes con contraindicación médica para realizar alguna de las técnicas de TRS (IQ, abdominales, barrera idiomática total).

Se recogen variables demográficas: edad, sexo, filtrado glomerular (FGe) al inicio de la educación, comorbilidades utilizando el índice de Charlson, índice de Barthel, escala de Lawton, nivel de autocuidado (se seleccionó como autocuidado asumido por el paciente el nivel de conocimiento y preparación de la medicación), nivel de estudios y la situación social.

Se diseñó una base de datos para recoger la información y las variables fueron analizadas estadísticamente mediante el programa SPSS versión 22.

Resultados:

Se han incluido 50 pacientes, con una edad media de $66,6 \pm 18,48$ años. El 64% eran varones y un 36% mujeres con un FGe medio al comenzar el proceso de

$20,65 \pm 5,28$ mL / min / $1,73$ m². De ellos un 54% (27) eligieron hemodiálisis (HD), el 30% (15) diálisis peritoneal (DP), un 12% (6) tratamiento conservador (TC) y 2 pacientes no finalizaron este proceso.

Los resultados de las variables según eligieron HD/DP/TC:

- Charlson < 6,5 puntos: HD 48,1% (13), DP 66,7% (10). TC 100% (0)
- Población trasplantable: HD 59,3% (16), DP 66,7% (10). TC 0% (0)
- Posibilidad de trasplante de vivo ($p=0,005$): HD 7,4% (2), DP 46,7% (7).
- Barthel 100%: HD 70,4% (19), DP 73,3% (11), TC 16,7% (1).
- Lawton-Brody >5 puntos: HD 77,8% (21), DP 80% (12), TC 50% (3).
- Soporte familiar ($p=0,007$): HD 63% (17), DP 100% (15), TC 100% (6).
- Nivel de autocuidado: HD 77,8% (21), DP 80%, TC 66,7% (4).
- Nivel educativo (estudios superiores) ($p=0,007$): HD 18,5% (5), DP 60% (9).
- Situación social (piso propio no institución ni habitación compartida): HD 88,9% (24), DP 100% (15), TC 100% (6).

Conclusiones:

No existen diferencias entre los pacientes que eligen HD o DP en cuanto a edad, comorbilidades y dependencia para las actividades de la vida diaria ni para las instrumentales. El nivel de autocuidado sobre su medicación también es similar.

Los pacientes que eligen DP tienen más soporte familiar que los de HD, más estudios, son potencialmente más trasplantables y la opción de trasplante de vivo es superior.

Los pacientes que eligen TC son pacientes con edad más avanzada y con más comorbilidades asociadas. Son pacientes más dependientes en cuanto a las actividades físicas de la vida diaria y a la medicación aunque presentan un buen soporte familiar.

Dolor crónico y estado emocional de los pacientes con insuficiencia renal

Carme Camps Fernández, Eva Barbero Narbona, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Para definir un dolor como crónico hemos de tener en cuenta diferentes características: duración, frecuencia, intensidad, medidas terapéuticas no efectivas, clínica asociada (alteración del sueño, inapetencia, cansancio...), pero también aspectos relacionados con la experiencia adversa vivida, problemas de salud, deterioro económico, social, laboral e incluso alteración de calidad de vida. La relación que existe entre ambos, estado emocional y dolor crónico, es muy estrecha.

Objetivos:

El objetivo fue analizar y valorar el dolor crónico que perciben los pacientes en diálisis y qué tipo de estrategias utilizan y como les afecta en las actividades diarias o estados emocionales.

Resultados:

Realizamos un estudio descriptivo que incluyó pacientes adultos que realizaban diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD) en nuestro centro. Se diseñó una base de datos para recoger la información y se analizó con el SPSS/22. Las variables incluidas fueron características clínicas, valoración del dolor crónico, detección del estado emocional en diálisis, grado de autonomía para las actividades diarias y capacidad funcional.

La muestra fue de 52 pacientes (28 DP- 24 HD) con una edad media de $67,1 \pm 13,2$ y un rango comprendido entre 29-92 años, siendo hombres 63,5% (33) y diabéticos 34,6% (18).

- Valoración Dolor (escala EVA: 0-10)
- Refieren algún dolor $\rightarrow 69,23\%$ (36) DP: 78,6% (22) / HD: 58,3% (14).
- Con dolor intensidad ≥ 3 (Últimos 7 días) $\rightarrow 55,8\%$ (29) DP: 57,1% (16) / HD: 54,2% (13)
- Dolor derivado de la técnica \rightarrow HD: 29,2% (7) / DP: 7,1 (2).
- Dolor musculoesquelético \rightarrow DP, 39,3% (11) / HD: 20,8 (5).
- Entre géneros \rightarrow los hombres tienen más dolor 75,8% (25) en ambas técnicas.

- Estado nervioso (escala EE-D item 1):
- Tienen un estado nervioso $\geq 5 \rightarrow 9,6\%$ (5) DP: 10,7% (3) / HD: 8,3% (2).
- Estado nervioso ≥ 5 con dolor $\rightarrow 100\%$ (3) DP: 100% (2) / HD: 100% (1).
- Estado de Tristeza (escala EE-D item 2):
- Tienen estado de tristeza $\geq 5 \rightarrow 50\%$ (26) DP: 57,1% (16) / en HD: 41,7% (10).
- Tristeza ≥ 5 con dolor $\rightarrow 44,4\%$ (16) DP: 54,5% (12) / HD: 28,6% (4).
- Grado autonomía (Barthel):
- Son dependientes $\rightarrow 48,1\%$ (25) DP: 53,3% (15) / HD: 41,7% (10)
- Dependientes con dolor $\rightarrow 50\%$ (18) DP: 54,5% (12) / HD: 42,9% (6).
- Capacidad funcional:
- No realizan actividad física diaria $\rightarrow 32,7\%$ (17) HD: 37,5% (9) DP: 28,6% (8).
- No actividad física diaria con dolor $\rightarrow 30,6\%$ (11) HD: 42,9% (6) DP: 22,7% (5).
- Farmacoterapia / terapia alternativa:
- Utilizan farmacoterapia $\rightarrow 44,2\%$ (23) HD: 54,2% (13) / DP: 35,7% (10)
- Utilizan terapia alternativa $\rightarrow 46,2\%$ (24) DP: 53,6% (15) / HD: 37,5% (9)
- Utilizan ambas con dolor $\rightarrow 44,4\%$ (17) HD: 56,3% (9) / DP: 36,4% (8)

Conclusiones:

En conclusión la mitad de los pacientes estudiados refieren dolor y están tristes, en cuanto a sentirse nerviosos la incidencia es baja. La correlación tristeza/grado de dolor no es estadísticamente significativa.

Tenemos que estar atentos al tipo de dolor que experimentan nuestros pacientes, ya sea físico o emocional y facilitarles los recursos necesarios, el soporte emocional y/o derivar a otros profesionales para mejorarlo.

Las intervenciones estarán orientadas a identificar, evaluar y controlar el dolor crónico en su globalidad. Mediremos el estado emocional y la capacidad funcional, registrando las acciones estandarizadas que se deriven.

Todas las valoraciones se harán con periodicidad bimensual en Diálisis Peritoneal y semanal en Hemodiálisis.

El papel del flujo intraacceso en el seguimiento del acceso vascular

Elisabet Castillo Jabalera, Eva Cotilla de la Rosa, Judith Sánchez Torres, Dolores Rizo Martínez, Eva Albert Pardo

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción:

El objetivo de la monitorización y vigilancia del acceso vascular (AV) es diagnosticar precozmente la patología de toda fistula arteriovenosa (FAV), tanto nativa (FAVn) como protésica (FAVp). El seguimiento del AV debe permitir la prevención de la trombosis mediante la detección precoz de la estenosis significativa y aumentar su supervivencia.

Existen diferentes métodos de detección y tratamiento. Se clasifican en dos grupos, los métodos de primera generación y los de segunda generación. Ambos métodos contemplan dos aspectos fundamentales: el diagnóstico precoz y su corrección electiva o preventiva.

Objetivo:

El objetivo es valorar la eficacia de la medición y vigilancia del flujo intraacceso (Qa) en la monitorización del acceso vascular frente a los parámetros clínicos convencionales de primera generación

Pacientes y Métodos:

Estudio prospectivo de 2 años de duración. Se reclutan 80 pacientes con estos AV: 35 FAV antebraquiales, 28 FAV braquiales, 6 prótesis PTFE, 7 trasposiciones de vena basilica, 1 VWING.

Mensualmente se realiza seguimiento del AV a través de monitorización mediante métodos de primera generación: monitorización clínica (exploración física), problemas durante la sesión de HD (hemostasia alargada, hematoma, edema), monitorización de presiones venosas, flujo sanguíneo medio, determinación del porcentaje de recirculación medida por termodilución (BTM ST 5008 de FMC), disminución del índice Kt/V y índice Kt. La vigilancia por métodos de segunda generación (Qa) se realiza mensualmente en prótesis PPTFE y trimestralmente en FAV.

Se considera indicación de fistulografía si $Qa < 600\text{ml}/\text{min}$ tanto en FAV como en prótesis o descenso en un 25% confirmado en dos tomas consecutivas en ambos, o si hay variaciones en la exploración física y disminución $\leq 25\%$ de dosis de diálisis por Kt/V, flujo sanguíneo o aumento de presiones venosas o recirculación.

Resultados:

Se realizan 69 fistulografías en 2015-2016. El 88% presentan resultado patológico (61 de 69), realizándose 58 angioplastias. De las 11 restantes: 8 resultaron blancas (1 por descenso de Qa + 7 por vigilancia) y 3 precisaron cirugía.

Se encuentran diferencias significativas según el método de valoración para la realización de pruebas radiológicas ($p < 0,001$): Indicación por Qa (bajo, descenso o ambas) 44% (31/69), por vigilancia 47% (33/69), por disminución de eficacia dialítica 21% (7/33), por recirculación 24% (8/33), por presiones venosas 18% (6/33), hemostasia alargada 9% (3/33), falta de flujo 12% (6/34), dificultad de punción 9% (3/33), por soplo piente 3% (1/33) y por síndrome de robo 3% (1/33).

Conclusiones:

La monitorización del Qa es un método con alta especificidad en la detección de la disfunción del acceso vascular. Es una exploración que evita la fistulografía diagnóstica y sólo la indica para tratamiento con angioplastia. Por el contrario, en cuanto a la vigilancia, la reducción de eficacia dialítica y el aumento de la recirculación son poco específicos y poco sensibles, probablemente por tratarse de indicadores tardíos de disfunción. La combinación de parámetros clínicos, clásicos y Qa en un programa de monitorización del acceso vascular permite detectar más del 85% (86,15% en este caso) de los casos confirmados por fistulografía.

Efecto de la termoterapia sobre las punciones del acceso vascular interno para hemodiálisis

Pilar Estruga Caballero, Sandra Rubio Páez, Sandra Blanco Lago, Anna Martí Moreno, Irene Yáñez Pino, Miguel Ruano Martín

Hospital Terrassa. Barcelona. España

Introducción:

Los pacientes en hemodiálisis (HD) con acceso vascular (AV) interno requieren múltiples punciones del AV durante su permanencia en HD. Estas punciones, en muchas ocasiones pueden resultar dolorosas. Existe cierta evidencia en la literatura acerca del efecto analgésico de la termoterapia.

Objetivo:

Evaluar el efecto analgésico derivado de la termoterapia sobre las punciones del AV interno en nuestros pacientes en HD.

Material y Método:

Estudio prospectivo unicéntrico (2 semanas).

Análisis:

1. Datos demográficos y tipo AV.
2. Cantidad de Dolor mediante Escala visual analógica (EVA): En la primera semana se cuantificó el dolor percibido en todas las punciones del AV (EVA). En la segunda semana, previa aplicación local (15 minutos) de termoterapia sobre el AV (Hot-Packs: 60 segundos, 600w), se cuantificó el dolor percibido en todas las punciones del AV (EVA).
3. Datos hemodinámicos (TAS, TAD, TAM). 4.-Complicaciones locales (quemaduras) y del AV (hematomas, estenosis, trombosis).

Resultados:

61 pacientes en HD. 43 AV nativos o protésicos. 33 pacientes incluidos. 60.6% hombres. Edad media: 67.3 ± 16.4 años, 49.1 ± 66.3 meses en HD. Principal etiología ERC: NAE y DM 21.2%, respectivamente. Índice Charlson medio: 7.6 ± 3.1 . Principales FRCV: HTA (81.8%), DM (39.4%) y dislipemia (39.4%). Fístula radiocefálica izquierda (45.5%). Número medio de punciones semanales/paciente: 6.03 ± 0.2 . EVA promedio: 3.8 ± 2.4 . Las prótesis presentaron el valor medio EVA más alto ($5.3 \pm$). Al final del estudio, la aplicación de calor local sobre el AV evidenció una disminución significativa en la escala del dolor (EVA 3.9 ± 2.4 vs 2.6 ± 2.0 , $p=0.002$). No objetivamos cambios hemodinámicos significativos pre y post intervención (TAM: 88 ± 14.2 vs 90 ± 16.1 mmHg, $p=0.261$). Un paciente presentó una quemadura superficial leve. No hubo cambios en el tratamiento analgésico ni antihipertensivo habitual. No evidenciamos complicaciones relacionadas con el AV durante el estudio.

Conclusiones:

1. La aplicación de calor local (termoterapia) sobre el AV consiguió disminuir el dolor a las punciones del AV en nuestros pacientes; sin complicaciones relacionadas con el AV.
2. Con los resultados obtenidos, consideraremos su aplicación clínica en aquellas fístulas dolorosas a la punción en nuestra unidad de HD.

Estilos de afrontamiento en pacientes incidentes en diálisis peritoneal ambulatoria

Ana Miriam Cabrera Delgado, María Cristina Rodríguez Zamora, Rodolfo Crespo Montero, María de Jesús Ventura García, Dante Amato Martínez, Carolina Santillán Torres a Santillán

UNAM-Facultad de Estudios Superiores Iztacala. División de Investigación y Posgrado. Coordinación de Especialización en Enfermería Nefrológica. Estado de México. México

Introducción:

La inclusión a un programa de diálisis impacta como percepción negativa en quienes lo requieren e implica modificaciones en la función física, procedimientos con percepción dolorosa, disminución en la vitalidad, cambio en el desempeño de roles físicos y emocionales por lo que se puede traducir como un evento que impacta la salud física y emocional, altera la función social y trasciende en la calidad de vida. El paciente con diagnóstico de ERCT utiliza diferentes estilos de afrontamiento ante la propia enfermedad como resolución de problemas, auto-crítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva, evitación de problemas, apoyo social y retirada social. Siendo algunos de tipo pasivo con tendencia a la evitación de problemas. La literatura ha descrito que la evitación constituye un peor pronóstico para la salud mental de quienes enfrentan estímulos crónicos y no resolutivos.

Objetivo:

Evaluar la asociación y caracterización de los estilos de afrontamiento (EA) en pacientes incidentes en diálisis peritoneal (DP).

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. En una muestra de 100 pacientes incidentes (0 a

3 meses) en DP, pertenecientes a 4 centros de diálisis de la Ciudad de México. Para clasificar el EA se aplicó el instrumento Inventario de Escalas de Afrontamiento (CSI), se incluyó el análisis de CVRS (KDQOL-SF36) para realizar diferenciaciones entre grupos con U de Mann Whitney y chi cuadrada. Se consideró la aprobación de los comités de investigación de los centros participantes y el consentimiento informado de los pacientes.

Resultados:

El promedio de edad fue 59.22 años \pm 11.04, 36%. Respecto a estilos de afrontamiento de primer orden, la mayor proporción tendía al pensamiento desiderativo (el deseo de no enfrentar la enfermedad). Una puntuación menor obtenida en el KDQOL se asoció con estilo de afrontamiento pasivo, mientras que mejores puntuaciones se asociaron con el estilo activo.

Conclusiones:

Destaca la mayor puntuación en CVRS en los pacientes con tendencia al estilo de afrontamiento activo. Entre los 4 grupos predominaba una aproximación basada en menor tiempo de ingreso, menor tiempo de traslado a la unidad y la presencia de apoyo social percibido.

Estudio de la eficacia del sellado del catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis con taurolidina versus heparina 1% en la prevención de la disfunción y la infección

María Sol Argudo Argudo, Rosa María Ruiz del Moral Martín Moreno, María del Mar Pajares Rodríguez, María del Mar Ramos Serrano, Rosa María Ruiz Patón, Sebastiana Morillo Soriano

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España

Introducción:

El uso de catéteres centrales ha aumentado de forma importante a pesar de su mayor morbi-mortalidad en comparación con la FAV. Las principales complicaciones suelen ser la trombosis, la bacteriemia-sepsis y la limitación de la eficacia dialítica, disminuyendo la calidad de vida de los pacientes y elevando el coste sanitario.

El sellado del catéter con heparina es el método más utilizado y pretende reducir los episodios de disfunción y trombosis. Existen en la literatura muy pocos estudios controlados y aleatorizados que comparen la heparina con otras soluciones de sellado.

Actualmente hemos introducido en nuestra unidad una nueva solución de sellado que se ha relacionado con la prevención de la colonización intraluminal, se trata del TauroLock™-Hep 500, una solución compuesta de (ciclo)-taurolidina, citrato al 4% y 500 UI/ml de heparina (agente antimicrobiano biocompatible y agente anticoagulante respectivamente).

Objetivo:

Comprobar la eficacia de la solución de taurolidina-citrato-heparina frente a la heparina sódica al 1% evaluando:

1. La incidencia de disfunción/trombosis y de infección de catéter entre los dos tipos de sellado.
2. Cambios en la eficacia dialítica.

Material y Método:

Se incluyeron pacientes estables en HD y portadores de CVC permanente, excluyendo a pacientes con disfunción crónica del mismo. Se realizó un estudio longitudinal prospectivo, con 2 ramas de tratamiento: sellado de catéter con heparina sódica al 1%, frente a sellado con

solución de taurolidina, citrato al 4% y heparina 500 UI/ml (TauroLock™-Hep 500).

Las variables recogidas fueron el flujo de sangre efectivo (Qb), el Kt/V, los requerimientos de urokinasa y los episodios de bacteriemia.

Se utilizó el programa estadístico SPSS para el análisis estadístico, utilizándose la media para describir las variables. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa si la $p < 0,05$.

Resultados:

Se incluyeron un total de 34 pacientes. El seguimiento fue de 3 meses. Los 2 grupos fueron comparables en cuanto a tratamiento antiagregante y anticoagulante recibido basalmente, y en cuanto a la dosis media de heparina local regional utilizada por sesión.

Al finalizar los 3 meses se observó una mejoría significativa en el Qb del grupo de TauroLock™-Hep 500 (354 ml/min vs 371ml/min, $p=0.009$), así como en el Kt/V (1.42 vs 1.51, $p=0.025$), sin cambios en el grupo de heparina (Qb: 370 ml/min vs 371ml/min, $p=0,6$; Kt/v: 1,49 vs 1,49 $p=1$). En cambio no se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a los requerimientos de urokinasa por disfunción de catéter.

En ninguno de los grupos tratados hubo episodios de bacteriemia asociada a catéter.

Conclusiones:

El sellado de catéter con TauroLock™-Hep 500 confiere cierta ventaja respecto al sellado convencional con heparina sódica al 1% en cuanto a mejoría de parámetros relacionados con la funcionalidad del catéter, aunque eso finalmente no se ha traducido en una reducción en los requerimientos de urokinasa.

No se detectan bacteriemias en ninguna de las dos ramas de tratamiento.

Evaluación de la respuesta ferrocínética a dos formas de administración de hierro endovenoso en los pacientes en hemodiálisis crónica

Esther García García, Sara Castrillo Torrijos, Verónica Sánchez Rodrigo, Sonia Mendoza Mendoza, M^a Isabel Díaz Palomar, Alicia Gómez Gómez

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

La necesidad de administrar hierro IV en los pacientes en hemodiálisis es bien conocida. Existen diversas formulaciones y distintas formas de administrarlo en hemodiálisis. La forma y el tiempo de administración no está ampliamente consensuada, bien durante la diálisis, generalmente en la última hora, o al finalizar la misma, durante 15-30 minutos. Actualmente en nuestra unidad se dispone de hierro sacarosa como forma de hierro parenteral. Planteamos comparar las dos formas más aceptadas de administración de ferrotterapia endovenosa.

Material y Método:

La administración de hierro IV se realizó en dos pautas diferentes. Los pacientes recibieron inicialmente una forma iv determinada y al mes siguiente con la otra pauta establecida. Criterios de inclusión: Pacientes > 18 años en programa de hemodiálisis que reciban tratamiento de mantenimiento con hierro parenteral. Criterios de exclusión: Pacientes con proceso infeccioso activo, pacientes con necesidad de carga de hierro parenteral. El hierro iv administrado era hierro sacarosa (Feriv[®]) dosis de 100-200 mg. En una pauta (A) se administraba Feriv diluido en 100 ml de suero salino fisiológico y se administraba posdiálisis a lo largo de 15 minutos. (máximo 200 mg). En la otra pauta (B), el Feriv se administraba a lo largo de la última hora de hemodiálisis a través de la línea arterial. (máximo 200 mg). Se dividieron en dos grupos Grupo 1: recibía pauta B el primer mes y pauta A el segundo mes y Grupo 2: recibía pauta A el primer mes y pauta B el segundo mes.

Resultados:

Describimos las medias de hemoglobina, hematocrito, ferritina e IST basal, al mes tras ferrotterapia, en ambas pautas. También se muestran las medias de ferritina e IST a la semana de la administración de hierro iv. No hemos evidenciado diferencias significativas entre ambas pautas. No se observaron efectos secundarios destacables entre ambas administraciones. Grupo 1 (17 pacientes) inicia con pauta B basal: Hb (gr/dl): 12 ± 1 , Hto: 36 ± 4 , Ferritina (ng/ml): 324 ± 198 , IST: 20 ± 7 vs Grupo 2 inicia con Pauta A (16 pacientes) basal: Hb: 11 ± 1 , Hto: 35 ± 4 , Ferritina: 431 ± 308 , IST: 23 ± 10 . 1 semana poshierro iv: Grupo 1: Ferritina: 380 ± 191 , IST: 19 ± 6 vs Grupo 2: 459 ± 292 y 23 ± 12 . 1 mes después: Grupo 1: Hb: $11,5 \pm 1$, Hto: 36 ± 4 , Ferritina: 315 ± 205 , IST: 20 ± 10 vs Grupo 2: Hb: $11,7 \pm 1$, Hto: 36 ± 4 , Ferritina: 393 ± 337 , IST: 19 ± 7 . 1 semana poshierro iv (tras segunda pauta de hierro iv): Grupo 1: Ferritina: 440 ± 260 , IST: 21 ± 7 vs Grupo 2: 440 ± 300 y 23 ± 11 . Control Final (1 mes después de la segunda dosis de hierro iv): Grupo 1: Hb: $11,8 \pm 1$, Hto: 36 ± 5 , Ferritina: 350 ± 226 , IST: 18 ± 7 , vs Grupo 2: Hb: $11,2 \pm 1$, Hto: 34 ± 3 , Ferritina: 409 ± 303 , IST: 21 ± 13 .

Conclusiones:

Las distintas formas de administración de hierro iv en hemodiálisis no parecen presentar diferencias desde el punto de vista de repuesta ferrocínética. La pauta aconsejada será la que se considere más apropiada según tiempos y disponibilidad, su administración en la última hora de diálisis no ha mostrado menor eficacia y puede agilizar la práctica diaria.

Grado de conocimiento sobre el proceso de trasplante del paciente en hemodiálisis en lista de espera y nivel de ansiedad

Ester Oriol Vila, Emilia Chiveches Pérez, Marta Colomer Codinachs, David Paredes Zapata, Emma Puigorri Juvanteny

Hospital Universitario de Vic. Barcelona. España

Objetivo:

Analizar el grado de conocimiento respecto a los procedimientos terapéuticos, proceso de la enfermedad, recursos sanitarios, régimen terapéutico y nivel de ansiedad de los pacientes en hemodiálisis que están en lista de espera para un trasplante de riñón de donante cadáver en las tres etapas del proceso de trasplante (lista de espera, trasplante y post-trasplante), y su perfil socio demográfico y clínico.

Material y Método:

Estudio piloto unicéntrico transversal del grado de conocimiento sobre el proceso de trasplante del paciente en hemodiálisis que está en lista de espera de trasplante de riñón de donante cadáver y nivel de ansiedad. Se realizó en una Unidad de Nefrología en el mes de febrero del 2017. Los datos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada y registrada en un cuestionario durante las dos primeras horas del tratamiento. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y se estudiaron variables socio-demográficas, clínicas, grado conocimiento y nivel de ansiedad según indicadores de resultado de enfermería NOC.

Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, y de las cuantitativas la media, la desviación estándar, la mediana y los percentiles. Para evaluar las diferencias de las puntuaciones de los indicadores de resultados de enfermería NOC se utilizó la prueba de Kruskal Wallis mediante IBM SPSS statistics versión 20.0.

Resultados:

Se incluyó una muestra de 16 pacientes con una media de edad de $59,4 \pm 8$ años, hombres 11 (68,8%), naci-

dos en España 13 (81,3%), con la Educación Secundaria Obligatoria 10 (62,5%), la mediana del tiempo de tratamiento en hemodiálisis fue de 34,5 (P25:22,5; P75:44,7) meses y en lista de espera de 23 (P25:6,0; P75:43,0) meses.

El grado de conocimiento en lista de espera de los pacientes respecto a los recursos sociales de ayuda disponibles fue de 1 (P25 1; P75 4), del efecto psicosocial de la enfermedad en uno mismo de 3 (P25: 2,25; P75 4,75) y del efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia de 4 (P25: 2,25; P75 4).

El grado de conocimiento en el trasplante de los pacientes respecto a cómo contactar con los servicios necesarios fue de 4,5 (P25 1,5; P75 5), del procedimiento terapéutico de 2,5 (P25 1; P75 3) y del procedimiento prescrito de 4 (P25 1; P75 5).

El grado de conocimiento en post-trasplante de los pacientes sobre los procedimientos prescritos fue de 3 (P25 1,25; P75 5) y de la necesidad de asistencia continuada de 4 (P25 2; P75 5).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pasos del grado de conocimiento del procedimiento [4 (P25:3; P75:5), 2,5 (P25:1; P75:4,5), 3 (P25 1,25; P75 5)], ansiedad verbalizada [4 (P25:3; P75:5), 5 (P25:3,25; P75:5), 5 (P25:5; P75:5)] y trastorno del sueño [5 (P25 3,25; P75 5), 5 (P25 4,25; P75 5), 5 (P25 5; P75 5)].

Conclusiones:

Los pacientes manifestaron tener más grado de conocimiento, mayor nivel de ansiedad verbalizada y trastorno del sueño sobre la lista de espera, que sobre el trasplante y post-trasplante.

Impacto de frecuencia de urgencias de una unidad extrahospitalaria

Isidro Sánchez Villar

Hospital Universitario de Canarias. Sta. Cruz de Tenerife. España

Impacto de la frecuentación de urgencias por pacientes de una unidad extrahospitalaria de hemodiálisis (HD) sobre el hospital de referencia.

Introducción:

El estudio de la frecuentación de urgencias (Urg) nos permite conocer las debilidades primarias en la salud de esta población y cuantificar el consumo de recursos para priorizar espacios de mejora. No hallamos información de referencia en la literatura para este análisis en concreto.

Objetivo:

Conocer el impacto sobre el hospital de referencia de una unidad extrahospitalaria de HD.

Material y Método:

Estudio retrospectivo, monocéntrico, de la frecuentación de urgencias y hospitalización (Hos) de enfermos de una unidad extrahospitalaria de HD, durante un período de 12 meses. Es una desafortunada peculiaridad de esta población la elevada tasa de nefropatía diabética (duplica al menos la media nacional), y desproporcionada comorbilidad cardiovascular asociada. Se estudió toda la población del Centro durante 2016: 164 pacientes (69±14 años, 60% varones, 39% diabéticos), con un tiempo en riesgo de 44.070 días. Salidas: 10 trasplantes, 20 exitus (mortalidad neta 16%), 6 traslados y 127 prevalentes a fin 2016.

Resultados:

Requirieron asistencia hospitalaria 84 pacientes (51%), en 208 ocasiones: 119 acudieron a Urg, 52 de ellos fueron Hos (44%), y hubo 89 Hos directas. La hospitalización total fue de 1.513 días. Es decir: acudió a Urg

un paciente cada 3,1 días y se ocuparon de media 4,1 camas hospitalarias/día. Estos ingresos generaron el 16% de las HD de la unidad hospitalaria y 23% de las sesiones en unidades de cuidados especiales.

El 51% de los pacientes se dializaban por catéter tunelizado (CT), de los cuales solamente el 30% estaban pendientes de FAV. Los restantes no eran candidatos por causas diversas: fracasos previos con agotamiento de árbol vascular, negativa del paciente, o espera por lento o mal desarrollo de FAV.

La precariedad vascular de esta población, originó la principal causa de asistencia (49%). Las dificultades sociosanitarias para mantener un programa rápido e eficiente de FAV implicaron una altísima participación del Servicio de Angiorradiología: 28 % de las atenciones (66% por problemas de FAV). En el 10% de las asistencias se colocó o recambió el CT.

Destacan los trastornos hemodinámicos sintomáticos en enfermos cardiopatas (14%), la enfermedad vascular periférica (claudicación severa, pie diabético, isquemia-necrosis) 9 %) y los episodios digestivos (14%), destacando los episodios de sangrado (9,6%).

Conclusiones:

En nuestro entorno, minimizar el preocupante empleo de catéteres (51%) y disponer de forma ágil y eficiente de FAVI útiles sigue siendo una asignatura pendiente que va más allá del ámbito nefrológico para resolverla. Las complicaciones del árbol cardiovascular y la conexión con la alta prevalencia de sangrado digestivo indican que la atención de estas complicaciones debe ser prioritaria.

Nuestra unidad es centro referencial de otras dos unidades de similares características y centro trasplantador. Esta unidad extrahospitalaria genera una elevada demanda colateral hacia enfermería de la unidad de HD del hospital (con plantilla corta de 2/3 enfermeras por turno). Todo ello debe ser considerado en la planificación de los gestores y requiere la participación de todos los agentes sanitarios.

Impacto de las disfunciones de catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis: eficacia y coste

Alejandra Méndez González, Covadonga Díaz García, Engracia Martínez Rodríguez, Ana María Mon Rodríguez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Introducción:

Actualmente, existe un incremento en la prevalencia de catéteres venosos centrales tunelizados como accesos vasculares principales para hemodiálisis frente a los accesos de primera elección, las Fístulas Arterio-Venosas Nativas. Son candidatos a portar Catéter Venoso Central Tunelizado pacientes con arteriopatía periférica severa, hipotensión severa, esperanza de vida inferior a 6 meses, miocardiopatía grave, insuficiencia de red vascular e imposibilidad total de realizar cualquier tipo de fístula y aquellos con urgencia en la necesidad del acceso.

Los catéteres presentan importantes desventajas respecto a las fístulas, como la comorbimortalidad asociada, un menor periodo funcional, una menor eficacia dialítica y un mayor nivel de complicaciones que suponen un mayor gasto sanitario.

Las principales complicaciones de los catéteres son: las relacionadas con su colocación, las infecciones, las disfunciones y las trombosis.

Objetivo:

Dada la elevada prevalencia de catéteres en nuestra unidad, consideramos la necesidad de estudiar el impacto de sus disfunciones en términos de eficacia dialítica y costes añadidos, para prevenir complicaciones y mejorar la eficiencia del programa.

Material y Método:

Es un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo de incidencias disfuncionales de catéteres, mediante la valoración y relación de datos de eficacia dialítica (KT, recirculación, flujo), tratamiento de enfermería y coste añadido. Se establecen unos criterios de inclusión obteniendo una muestra de 30 pacientes portadores de caté-

teres y categorizándolos en función de sexo, duración y modalidad del tratamiento.

Resultados:

Tras interrelacionar estas variables, observamos que el 56,6% de los pacientes de la muestra alcanzan la eficacia dialítica adecuada mientras que el 43,3% restante no llega a niveles óptimos. Es en estos pacientes, en los que se han producido la mayoría de los episodios disfuncionales graves ($\pm 64\%$), dándose una normofuncionalidad tras el sellado con uroquinasa en buena parte de los casos (16,7%). Un 26,6% del total permiten una peor eficacia relacionada con las disfunciones debido a que su recurrencia es bastante elevada.

El análisis funcional de los accesos corrobora el importante impacto que las disfunciones ocasionan. A esto se añade el encarecimiento que supone el sellado con otros fibrinolíticos, aumentando los costes de cada sesión entre un 0,2-0,3% (heparina 5%) y un 15% (uroquinasa 100000 UI). En estos 6 meses el gasto total en uroquinasa ha sido de 6900 Euros, de los que un 68% se ha destinado al tratamiento del 66,9% de las disfunciones en el 26,6% de los catéteres que permiten peor eficacia.

Conclusiones:

Las disfunciones son las complicaciones más frecuentes de los catéteres y suponen un alto porcentaje de retirada y sustitución del acceso. Dado su incremento como acceso principal, la importancia de las disfunciones radica en las repercusiones que tienen sobre la eficacia dialítica y el estado de salud de los pacientes. La valoración periódica y mantenida a lo largo del tiempo por parte de enfermería, nos orienta sobre el estado funcional del acceso, permitiendo la prevención de complicaciones más graves y costosas, y alargando la vida media de los accesos al actuar de manera precoz ante estas incidencias.

Impacto emocional del tratamiento de hemodiálisis en nuestros pacientes

Vanesa Villegas Jiménez, Carina Caamaño Lado, Aida Domínguez Sánchez, Sergi Aragó Sorrosal, Alba Luz Montoya Echeverry

Hospital Clínico. Barcelona. España

Introducción y Objetivos:

Un gran porcentaje de pacientes sometidos a Hemodiálisis (HD) padecen trastornos ansiosos y depresivos, ya que están sometidos a diferentes situaciones estresantes y amenazantes (su vida depende de una máquina, un centro, un personal sanitario). Además, están expuestos a otros factores como el transporte, un turno o la dieta que pueden intensificar dichos trastornos y experimentan cambios importantes en su estilo de vida, viéndose afectada su actividad laboral.

Diversos estudios informan que la tasa de depresión en las unidades de diálisis se sitúa por encima del 80,5% y la ansiedad por encima del 30%, demostrando la eficacia de las intervenciones.

Los objetivos del estudio son identificar el estado emocional en nuestros pacientes en HD detectando la prevalencia de ansiedad y depresión y conocer sus preocupaciones.

Material y Método:

Se ha realizado un estudio cuantitativo descriptivo transversal de 60 pacientes en HD, de los cuales 44 son hombres y 16 son mujeres con una edad media de 57 años. Se realizó una entrevista anónima semiestructurada de 20 minutos de duración en la sala de HD.

Los criterios de inclusión han sido aquellos pacientes sometidos a HD en nuestro centro en el momento del estudio y que llevaran más de 6 meses de tratamiento.

Se excluyeron a aquellos que presentaron barrera idiomática y problemas cognitivos que impidieran llevar a cabo el cuestionario.

El cuestionario utilizado fue la Herramienta para la Detección del Estado Emocional de Pacientes en Diálisis (EE-D) creado por la SEDEN estudiando variables psicológicas como la depresión y la ansiedad. Otras va-

riables que se tuvieron en cuenta fueron la edad, sexo, turno, tiempo y centro de diálisis.

Resultados:

La prevalencia en depresión es de 3,9 sobre 10 y en ansiedad de 3,4. El 41,1% describió preocupaciones a nivel familiar, el 19,1% laboral, el 41,1% emocional y/o psicológico, el 52,9% referido a la enfermedad y/o tratamiento, el 11,7% en relación con los profesionales sanitarios y a nivel espiritual nadie mencionó sentirse preocupado. Los aspectos que señalan como positivos son la llegada del trasplante y actividades de ocio (viajar, correr, pasear...). Según la apreciación de enfermería el 25% presentaron expresión facial de malestar, el 8,8% aislamiento desadaptativo, el 10,2% una demanda constante de atención, el 5,8% alteraciones en el comportamiento y el 8,8% otros síntomas de malestar.

Conclusiones:

La depresión y la ansiedad presentan una baja prevalencia en nuestros pacientes en HD siendo los aspectos relacionados con la enfermedad, el tratamiento, la familia y estado emocional los que más les preocupan; así mismo la llegada del trasplante y actividades de ocio les ayudan a sentirse mejor.

La aplicación de la herramienta facilitó la comunicación entre enfermera/o-paciente, sirviendo como terapia el mero hecho de realizar el cuestionario, por lo que se detectó una necesidad de formación en el manejo del estado emocional de nuestros pacientes para poder ofrecerles una mejor atención enfermera e identificar a aquellos que pudieran requerir unas atenciones más específicas de los profesionales del ámbito de la salud mental.

Implantación del Quantiferón como nuevo método de despistaje de infección tuberculosa en pacientes de diálisis

María Luisa Pérez Lapuente, Francisca López Pina, Esperanza Melero Rubio, M^a Paz Gómez Sánchez, Isabel Romero Espinosa, Ana Belén Guirao Molina

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Introducción:

La Tuberculosis (TBC) es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. Es máxima prioridad hacer diagnóstico precoz, iniciar tratamiento antituberculoso y detectar portadores de esta infección para disminuir la mortalidad. El diagnóstico estándar se realiza con la prueba de la tuberculina, Mantoux (PT). Ahora están en auge las pruebas de liberación de Interferón Gamma (IGRA), con mayor sensibilidad y capacidad de detección, se realizan cuando se sospecha de situaciones con posibilidad de falso positivo, por ejemplo por anergia a la PT, además discrimina a los vacunados de BCG.

Los pacientes en diálisis son un ejemplo de población que manifiesta anergia cutánea a los antígenos de la PT y también son población de riesgo de desarrollar TBC activa si hay infección tuberculosa latente. Por otra parte, en las unidades de Diálisis la TBC activa podría diseminarse con mayor facilidad.

Nuestro estudio pone el foco en el diagnóstico de la infección latente, determinando la producción de IGRA en sangre ya que presenta mayor sensibilidad para el diagnóstico de TBC en estos pacientes.

Objetivo:

- Identificar los pacientes con TBC latente en programa de diálisis.
- Describir el protocolo de despistaje de infección tuberculosa.

Material y Método:

Estudio descriptivo de prevalencia. Población diana: pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal. Se realizó una entrevista estructurada recogiendo los siguientes

datos: Mantoux previo y resultado, presencia de síntomas sistémicos, antecedentes de hepatopatías y serologías (VHB, VHC, VIH), Quantiferón (Q-TB) realizado y resultado.

Se realizó una breve explicación sobre la enfermedad y la técnica a realizar Q-TB y el tratamiento en caso de resultado positivo, dándonos consentimiento oral.

A los pacientes que presentaron Q-TB positivo se les realizó radiografía de tórax y si presentaban clínica respiratoria, baciloscopia en esputo, antes de iniciar profilaxis para descartar TBC activa. En pacientes con resultado Q-TB negativo no se intervino.

Resultados:

La población diana fue de 76 pacientes, 21 en HD siendo el 27,63% y 55 en DP siendo el 72,37% de la muestra. Un paciente del total de la muestra se negó a realizarse las pruebas del protocolo. El 42% eran mujeres y el 58% hombres, con una media de 54.96 años y rango de 18-82 años. El 52,6% tenían PT previo negativo. El resultado de Q-TB positivo representó un 15,8% de la muestra (12 casos de 76, 3 en HD y 9 en DP) y el 84,2% presentaron Q-TB negativo.

Conclusiones:

Con el nuevo protocolo Q-TBT se identificaron nuevos positivos sobre pacientes que habían obtenido resultados previamente negativos con Mantoux (15,8%). Este número es suficiente para ser tenido en cuenta y considerar útil para la detección de la TBC latente en pacientes que siguen tratamiento renal el procedimiento aplicado. Este protocolo de despistaje resulta objetivo al eliminar la observación y depender de valores analíticos, laboratorio de inmunología disponible en nuestro hospital, y la posibilidad de repetirse en caso necesario.

Individualizando cuidados. La heparina como anticoagulante, pero... ¿para todos? Caso clínico: paciente con alteración inducida por heparina

Mirian García Martínez, Miguel Merino García, María José Cagigas Villoslada, Sara Merino García, Alicia Labrador Pérez, Soraya Sánchez Cano

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

El tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis es una técnica de depuración sanguínea extraterrenal, que requiere proteger al circuito extracorpóreo del paciente.

La adecuada anticoagulación en los pacientes con este tipo de tratamiento, es fundamental para prevenir las trombosis parciales del circuito extracorpóreo; provocando la disminución de la superficie de intercambio y la eficacia de la diálisis o las trombosis completas; imposibilitando la continuidad de la técnica.

Actualmente la heparina es el anticoagulante endovenoso de elección para evitar este tipo de complicaciones intradiálisis, siendo necesario la individualización de las dosis por paciente, asumiendo los mínimos riesgos posibles para el mismo.

La trombocitopenia trombótica inducida por heparina (TIH), se define como una caída del 50% de la cifra de plaquetas que ocurre entre 5 y 15 días de la primera exposición y es uno de los posibles efectos secundarios producidos por su administración, provocando un riesgo importante morbimortalidad.

La Bivalirudina es un inhibidor directo y específico de la trombina, útil en procedimientos invasivos, quirúrgicos en fracaso multiorgánico, y en pacientes con fracaso renal crónico terminal que requieren terapias de diálisis continuas

Caso Clínico:

Paciente de 46 años, con múltiples antecedentes personales. El 29/09/2015 debutó con una Gangrena de Fournier secundaria a isquemia de extremidades inferiores. Por ello la paciente precisó tratamiento anticoagulante. Hasta la fecha no presentó alergias medicamentosas conocidas.

El 08/10/2015 se objetivó plaquetopenia progresiva con diagnóstico de THI por lo que se restringió la heparina de bajo peso molecular y la heparina sódica, indicándose anticoagulación con Sintrom y Bivalirudina en casos de procedimientos con alto riesgo de sangrado.

Durante este episodio comenzó con alteraciones renales siendo diagnosticada, de insuficiencia renal crónica avanzada por nefropatía isquémica, secundaria a trombotosis arterial, en tratamiento renal sustitutivo desde 01/12/2015. La técnica pautaada fue Hemodifiltración en línea pre dilucional con control volumétrico y restricción de heparina.

Precisó de la inserción de varios catéteres tunelizados en yugular, siendo las primeras sesiones poco satisfactorias por bajos rendimientos del catéter, con múltiples problemas de flujos y resistencias, aparte de coagulaciones repetidas del circuito debido a su restricción de heparina.

Dada su situación se planteó la utilización de Bivalirudina como método de anticoagulación intradiálisis de forma individualizada. Una vez ajustadas las dosis desaparecieron las coagulaciones del circuito y el rendimiento del catéter fue mejorando.

Conclusión:

Los pacientes de hemodiálisis en nuestro hospital, tienen como pauta habitual de anticoagulación la heparina, para el adecuado desarrollo de la técnica, por lo que todos se encuentran en riesgo potencial de desarrollar TIH. Afortunadamente, este ha sido nuestro primer caso diagnosticado en nuestra unidad.

Referencias bibliográficas muestran que la incidencia de TIH es particularmente alta en pacientes con trasplante cardíaco, o sometidos a cirugía ortopédica, siendo infrecuente en pacientes pediátricos, obstétricos y en pacientes en programas de hemodiálisis.

En este caso el diagnóstico precoz del TIH por antecedentes personales de la paciente, el trabajo multidisciplinar realizado por parte de todos los profesionales y la correcta individualización de los cuidados, fue crucial para evitar daños mayores, asegurando su correcto tratamiento de hemodiálisis hasta la fecha.

La cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis. Análisis comparativo tras la implantación de medidas

Francisco Luis Sánchez Izquierdo, Ana Rico González, Noelia Olmedo Moreno, Nuria Urbón Peláez

Centro de hemodiálisis Asyter. Albacete. España

Introducción:

En los últimos años la seguridad de los pacientes (SdP) en hemodiálisis (HD) se ha convertido en un tema prioritario. Desde la publicación del informe "Errar es humano", la SdP es un componente imprescindible de la calidad asistencial.

Se considera que la creación de una cultura de seguridad (CdS) en las instituciones sanitarias, es el paso decisivo para lograr la mejora de la SdP.

El análisis de la CdS nos permite conocer la situación basal, identificar áreas de mejora, valorar la efectividad de las acciones realizadas, comparar organizaciones, además de constituir una intervención en sí misma y dar la oportunidad de realizar una reflexión participativa. En este contexto, el Ministerio de Sanidad realizó un estudio sobre la CdS en 2009; utilizando la misma herramienta, realizamos un estudio en nuestros centros en 2014. Una vez analizados los resultados, se pusieron en marcha varias estrategias contrastadas para la mejora de la SdP (Prácticas Seguras, sistema de notificación de incidentes, formación en SdP). Nos surge ahora la necesidad de valorar la situación actual y comparar su evolución.

Objetivo:

Conocer la frecuencia de percepciones y actitudes de los profesionales de centros de hemodiálisis en relación con la SdP.

Identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora a través del análisis de sus diferentes dimensiones.

Comparar los resultados obtenidos, tras la implantación de medidas, con los del estudio de 2014.

Material y Método:

Se realizó un estudio cuantitativo, comparativo, descriptivo, transversal, para medir la CdS con el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ, con respuesta a 42 ítems, agrupadas en 12 dimensiones.

Se distribuyó a profesionales de centros extrahospitalarios de hemodiálisis en agosto de 2014 (n: 134) y en marzo de 2017(n: 131).

Los resultados se expresan como frecuencias, medias, desviación estándar y porcentajes.

Resultados:

Se compararon los resultados de 97 cuestionarios recibidos en 2014, con los 111 de 2017, la tasa de respuesta pasó del 70.5% al 84.7%.

El 58.7% son enfermeras y la valoración del grado de seguridad percibido por los todos los profesionales es de 8.02 (± 1.42).

El porcentaje de profesionales que han notificado algún evento en el último año, pasa del 10% al 25%, en enfermería fue del 32.6%.

Superan el 75% de respuestas positivas las dimensiones: trabajo en equipo (86.2%), feedback sobre errores (75.6%) y expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad (75.1%).

La dimensión con el mayor número de respuestas negativas es la dotación de personal (20.4%).

El porcentaje de respuestas positivas aumenta en todas las dimensiones excepto en expectativas de la supervisión (-2.2%) y respuesta no punitiva (-2.0%). El porcentaje de respuestas negativas decrece en todas las dimensiones excepto en expectativas de la supervisión (20.0%) y aprendizaje organizacional (21.8%).

Conclusiones:

Se ha duplicado el número de notificaciones relacionadas con la SdP.

La CdS en los centros ha mejorado con respecto al 2014, especialmente las relacionadas con la comunicación y el trabajo en equipo.

La implantación de medidas relacionadas con la SdP, podrían favorecer una mejor CdS en los centros extrahospitalarios de HD.

La eficacia de la diálisis con ramas invertidas en el catéter venoso central tunelizado

Soraya Calvo Sánchez, Dolores Piña Simon, Elena Garza Jiménez, Abraham Rincon Bello, Esmeralda Medel Gutiérrez, Irene Sánchez Albarrán

Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid. España

Uno de los accesos vasculares utilizados en diálisis es el catéter venoso central tunelizado cuya implantación, en la actualidad, está aumentando debido a la edad avanzada de los pacientes en hemodiálisis.

La complicación más frecuente que encontramos al utilizar el catéter venoso tunelizado como acceso es el "efecto ventana o ventosa" el cual se caracteriza por colapsar la rama arterial al realizar maniobras de aspiración. En estos casos pese a realizar lavados enérgicos con suero o administrar fármacos trombolíticos es necesario invertir las ramas para poder realizar el tratamiento. Este proceso puede provocar un mayor porcentaje de recirculación y una peor eficacia de la diálisis.

Es por este motivo por el que se realiza este estudio, con el objetivo de comparar los datos de aclaramiento (K) obtenidos durante la sesión con ramas normales y con ramas invertidas con el catéter implantando en nuestra unidad (catéter venoso tunelizado Angiodynamics DuraMaxR).

En el estudio se ha comparado los valores de aclaramiento según la posición de las ramas, el tipo de diálisis (HDC o HDFOL), el flujo sanguíneo (Qb) de las sesiones, las presiones venosas y arteriales y el tipo

de sellado (heparina sódica al 1% o al 5%). En este estudio se han incluido a 15 pacientes de los cuales el 80% son hombres. El número de muestras comparadas han sido 162 sesiones, siendo la mitad de las sesiones con ramas normales y la mitad con ramas invertidas. De estas 162 sesiones, el 18.51% de las muestras pertenecen a HDFOL.

Aclaramiento (K) = $(Kt \times 1000) / \text{tiempo (min)}$

Tras comparar todos los datos y las variables podemos concluir que sí hay una desviación significativa del aclaramiento según la posición de las ramas (pasando de ramas normales a invertidas OR -9.015, $p=0.013$), según el tipo de diálisis (en HDC OR -37.955, $p < 0.001$) y según el flujo sanguíneo (mayor Qb mayor aclaramiento, OR 0.280, $p < 0.001$). Mientras que con el resto de las variables estudiadas como son las presiones venosas y arteriales y el tipo de sellado no hay diferencias significativas. En cuanto a la variable del sexo, observamos que sí es significativo debido a que el 66.66% de las mujeres tienen diálisis HDFOL, mientras que el 100% de los hombres tienen HDC.

Por tanto, podemos concluir que sí hay una disminución de los valores de aclaramiento al invertir las ramas y, por tanto, una disminución de la eficacia de la diálisis.

Medición del flujo del acceso vascular mediante termodilución. Comparativa entre método validado y método invertido

Valentín Lozano Moledo, Sonia Guerrero Carreño, Alba Luz Montoya Echeverry, Marta García Pascual, Vanesa Villegas Jiménez, Marta Quintela Martínez

Hospital Clínico. Barcelona. España

Introducción:

Las fistulas arteriovenosas nativas continúan siendo el acceso de elección para la hemodiálisis crónica. Diferentes guías clínicas recomiendan la aplicación periódica de distintos programas de vigilancia, monitorización y seguimiento del acceso vascular (AV). Junto a los métodos de monitorización clásicos aplicados a cada sesión de hemodiafiltración (HDF), en nuestra unidad, enfermería realiza de forma bimensual, un control protocolizado del flujo del AV (Qa) por termodilución a través del módulo BTM® (Blood Temperature Monitor) incorporado en las Fresenius 5008-Cordiax. El estudio pretendía comparar el método validado para la determinación del Qa con un método experimental que obtiene los resultados en orden inverso respecto al procedimiento habitual.

Objetivo:

Determinar si los resultados del Qa obtenidos mediante el método validado y el método experimental son equiparables y de este modo aportar la evidencia necesaria que justifique un cambio en el protocolo validado hasta el momento.

Material y Método:

Estudio quasiexperimental realizado en 74 pacientes (73% hombres) en programa de hemodiálisis; 64.8 años con un 87.5% FAV y 12.5% PTFE. Se realizaron dos mediciones de Qa utilizando ambos métodos en dos semanas consecutivas por termodilución a través del módulo BTM®, el Qa de referencia se calculó con el método validado. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20 para el análisis estadístico de los datos, para el análisis de concordancia se utilizó el

método de correlación de Pearson y el coeficiente de concordancia de Lin.

Resultados:

El Qa medio obtenido mediante el método validado y experimental fue de 1201.7 ± 552.7 ml./min. y 1062 ± 467.5 ml./min. respectivamente, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.835. Se obtuvo una media de Kt final utilizando ambos procedimientos de 70.4 ± 14.2 l. (validado) y 69.8 ± 14 l. (experimental) con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.802. El tiempo medio total empleado en ambas mediciones para determinar el Qa fue 48.3 min. y 45.3 min. Finalmente el grado de concordancia según valor del coeficiente de Lin para los resultados de Qa obtenidos con ambos métodos fue de 0.793.

Conclusión:

Existen numerosos estudios que buscan el método de vigilancia ideal del AV, la mayoría parten del Transonic® como patrón oro a la hora de determinar el Qa de AV, si bien se ha demostrado que el uso de la termodilución o la Ecografía doppler son válidos. En nuestra unidad apostamos por el uso del BTM® para su determinación por su facilidad de utilización de manera rutinaria. Nuestra finalidad era aportar la evidencia necesaria para justificar un cambio en el método validado, dado que el método experimental nos aportaba optimizar los cuidados enfermeros mejorando la seguridad del paciente y los profesionales. Pese a lograr unos resultados estadísticos descriptivos y del correlación de Pearson positivos; el resultado del coeficiente de concordancia de Lin obtenido, no se considera suficientemente potente para plantearnos un cambio en el método de determinación validado que empleamos actualmente.

Necesidad de intervención psicológica en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El Tratamiento Renal Sustitutivo afecta a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud tanto en la esfera física como en la mental. Diferentes grupos de trabajo del estado español han presentado resultados de ansiedad y depresión mediante distintas escalas validadas en muestras de pacientes en Hemodiálisis (HD).

Objetivo:

Detectar trastornos de ansiedad y depresión en nuestro grupo de pacientes en HD y compararlos con los resultados publicados en la bibliografía española para valorar la necesidad de iniciar tratamiento profesional incluyendo a un/a psicólogo/a en nuestra plantilla.

Material y Método:

Evaluación de 25 pacientes en HD con las diferentes escalas que han utilizado otros grupos de trabajo del estado español para valorar la ansiedad y la depresión. La selección de las escalas se hizo con la revisión bibliográfica de artículos, finalmente seleccionando 17 artículos (con un total de 1155 pacientes evaluados) y 7 escalas (Hamilton, Goldberg, STAI, IDER, BAI, BDI-II y HADS). Además, se recogieron otros datos para definir la muestra: datos sociodemográficos, el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), el grado de dependencia mediante las escalas Barthel y Lawton y Brody, el estado cognitivo mediante el Examen Minimental y la escala de Satisfacción con la Vida (ScV).

Resultados:

Evaluamos a 17 hombres y 8 mujeres con una media de 66'28 ± 14'71 años y una mediana en programa

de HD de 15 meses [6,44'5]. El 88% (22) tenía un ICC > 3. Un 16% (4) estaba en espera para Trasplante Renal. Un 56% (14) presentaba algún grado de dependencia según la escala Barthel y un 60% (15) presentaba algún grado de dependencia según la escala Lawton y Brody. Un 64% (16) tenían criterios de normalidad cognitiva. La escala de ScV mostró una mediana de 22 [16'5,26], clasificando al grupo en ligeramente satisfecho con su vida. La media de los resultados de las escalas de ansiedad y depresión mostró que un 40% cumple criterios para ser diagnosticado de ansiedad y un 64% para ser diagnosticado de depresión. El 12% (3) sigue tratamiento con antidepresivos, el 25% (8) sigue tratamiento con tranquilizantes, el 8% (2) sigue tratamiento psicológico ambulatorio y el 12% (3) acude a visitas ambulatorias con psiquiatría. Al realizar la media de los resultados presentados en los 17 artículos, obtuvimos que un 36'69% de los pacientes evaluados en el estado español presenta criterios de ansiedad y un 53'83% presenta criterios de depresión.

Discusión y Conclusiones:

La ansiedad y la depresión en los pacientes evaluados es altamente prevalente. Los resultados examinados en la bibliografía y los encontrados en nuestro grupo de pacientes, demuestran que el paciente con ERC en HD del estado español padece trastornos de ansiedad y depresión y, en su mayoría, no siguen ningún tratamiento. La necesidad de incluir una figura profesional en los servicios de nefrología se hace indispensable después de analizar los datos.

Nutrición e ingesta hídrica. ¿Qué saben realmente los pacientes renales?

Francisco Jesús Cano Cortes, Esperanza Macarena Martín Muñoz, Rocío Galea Cauto, Sergio Fernández Miranda

B. Braun Avitum Andalucía. Cádiz. España

Introducción:

Los cuidados de enfermería al paciente renal en programa de Diálisis abarcan la totalidad de los aspectos de su vida diaria en los que se producen cambios de mayor o menor relevancia. Uno de los más importantes es la nutrición.

En la mayoría de las unidades de Diálisis, ya desde la consulta ERCA, se llevan a cabo programas de educación nutricional al paciente. En muchos casos los pacientes tras completar estos programas formativos manifiestan haber asimilado de forma adecuada los conceptos y aplicarlos correctamente en su vida diaria, sin embargo, esto no se ve reflejado analítica y clínicamente.

Objetivo:

- General:
 - Identificar el nivel real de conocimientos sobre pautas alimenticias y control de ingesta hídrica que los pacientes han adquirido en nuestro centro.
- Específicos:
 - Certificar que reciben información, previa a estudio, sobre aspectos nutricionales y de ingesta hídrica adecuados a su problema de salud.
 - Identificar conceptos que determinan un correcto manejo de la información recibida.

Material y Método:

Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional en un centro de hemodiálisis. Estudiamos una muestra de 53 pacientes renales, 30 hombres y 23 mujeres; y las variables independientes edad, sexo y tiempo de diálisis.

En una 1ª fase, el equipo de enfermería realiza una encuesta de 9 preguntas de respuesta simple. La mi-

tad de ellas hace referencia a la ingesta hídrica y el resto a la alimentación. La realiza el enfermero de referencia preservando el anonimato del paciente.

En la 2ª fase, una vez se obtienen datos estadísticos, se realiza un análisis descriptivo de los resultados; el objetivo es conocer el grado real de conocimientos adquiridos.

Resultados:

- El 92,45% confirma haber recibido información específica sobre alimentación e ingesta hídrica. El 86,79% de éstos afirma haberla comprendido.
- El 79,25% de los miembros del estudio llevan en Diálisis más de un año y el 45,17% más de tres.
- El 54,72% identifica con claridad alimentos ricos en Potasio y sólo el 20,75% los ricos en Fósforo.
- El 69,81% desconoce el término peso seco.
- Sólo el 50,94% conoce la GID permitida.
- El 84% reconoce tomar fármacos para reducir la cantidad de fósforo en sangre, solo el 54,84% asegura tomarlo correctamente.

Conclusión:

Se detecta un alto porcentaje de pacientes, que a pesar de confirmar haber recibido la información y entenderla, no han asimilado los conceptos aportados durante la formación. Por lo general, no son capaces de identificar términos que deberían haber asimilado si tenemos en cuenta el tiempo de diálisis de la mayoría.

Gracias al estudio conocemos qué terminología cuesta más asimilar por su complejidad y qué conceptos generan más dudas. Hecho que nos ayudará a reforzarlos.

La encuesta nos revela que la información pierde valor cuando el tiempo de diálisis va en aumento. En una fase posterior, se planteará un programa de refuerzo educativo que certifique que la información se asimila y no pierde valor con el tiempo.

Primera experiencia en el uso de actividades recreativas intradiálisis

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La hemodiálisis (HD) tiene un gran impacto en la calidad de vida (CdV) de los pacientes y puede comportar complicaciones derivadas del tratamiento en los aspectos físicos, mentales, socioeconómicos, etc. El humor, el ejercicio físico y el apoyo emocional han sido ampliamente utilizados reportando buenos resultados para mejorar el estado de ánimo de los pacientes y combatir la inactividad.

Objetivo:

1. Determinar el estado de salud mental y física de los pacientes en programa de HD.
2. Determinar el impacto de un programa de actividades recreativas en los pacientes en programa de HD.

Material y Método:

Estudio piloto quasiexperimental realizado entre enero de 2016 y marzo de 2017. Sujetos a estudio: se incluyó la totalidad de los pacientes (n=43) que se encontraban en tratamiento crónico de HD. Intervención: introducción de un programa piloto de actividades intradiálisis (taller de mandalas, celebraciones y actuaciones con payasos, entre otras). Variables: dependencia, ansiedad, depresión, estado cognitivo y percepción del tiempo durante la HD. Instrumentos de medida: escala Barthel, escala Lawton y Brody, escala Hamilton, escala Goldberg, examen Minimal, escala SF-12 y cuestionario ad hoc.

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, y media, desviación estándar, mediana y rango intercuartil para las variables cuantitativas. Para el análisis comparativo se usó la T de Student. Se usaron los programas Excel y SPSS.

Resultados:

Resultados descriptivos de los 43 pacientes iniciales: presencia de depresión en un 77'14%, ansiedad 71'43%,

dependencia 78'57%, deterioro cognitivo 56'76%, percepción negativa de la CdV 88'57% para el aspecto físico y 51'43% para el aspecto mental, percepción negativa del tratamiento 51'43% y no realizar nada durante la HD 68'62%.

De los 43 pacientes incluidos inicialmente, fueron reevaluados 14, excluyéndose los 29 restantes por diferentes causas.

Resultados post intervención: presencia de depresión 92'85%, ansiedad 57'14%, dependencia 75%, deterioro cognitivo 57'14% y percepción negativa del tratamiento 71'43%.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables a excepción del deseo de realizar actividades intradiálisis que paso de un 50% a un 85'71% (p=0'019). La única variable que mejora es la ansiedad, sin significación estadística.

La iniciativa de introducir actividades como terapia intradiálisis fue valorada positivamente por los pacientes (muy bueno 78.1% y bueno 21.9%).

Conclusión:

La iniciativa de introducir un programa piloto de actividades intradiálisis es prometedora en cuanto a satisfacción y a mejora de la ansiedad pero no mejora los resultados de las demás variables estudiadas. El elevado número de pacientes que no pudieron ser evaluados después de la intervención (pérdidas de seguimiento) ha podido sesgar los resultados obtenidos. Asimismo es posible que estos resultados sean consecuencia del tamaño muestral reducido, por lo que se plantea mantener las terapias introducidas e incluir otras con perfil profesional específico para tratar los problemas detectados (fisioterapia, apoyo psicológico y sesiones de paciente experto), así como incrementar el número de pacientes a incluir en el programa.

La implantación del programa de actividades recreativas requiere una importante inversión económica para llevar a cabo el conjunto de las actividades planificadas.

Relación entre flujo de la fístula arteriovenosa y las presiones arteriales y venosas según velocidad de bomba

Yolanda Morales Lozano, Penélope Ramos Galacho, Jordi Calabia Martínez, Carme Puigvert Vilalta, M^a Dolores Velázquez Pages

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Gerona. España

Introducción:

La hemodiálisis (HD) como tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica en su estadio terminal requiere la creación previa de un acceso vascular (AV) permanente, siendo la fístula arteriovenosa (FAVI) autóloga el AV más usado por las ventajas que ofrece.

Objetivo:

Valorar la correlación entre el flujo de la FAVI y las presiones arteriales (PA) y venosas (PV) obtenidas a diferentes velocidades de bomba (Qb).

Material y Método:

Se lleva a cabo un estudio observacional descriptivo transversal a 14 pacientes portadores de FAVI. Se realiza ecografía doppler pre HD para determinar el flujo de la FAVI y su índice de resistencia (IR). En todos los casos se utilizan agujas de 16 G para las punciones. Se registran las PA y PV que refleja el monitor a los diferentes ritmos de Qb establecidos (de 50 a 400 ml/min

en intervalos de 50) y se calculan las pendientes de PA y PV sobre Qb. Estas pendientes posteriormente se correlacionan con los flujos de FAVI obtenidos.

Resultados:

La mediana de edad es de 57.5 años, un 78.6% varones. El 57.1% son portadores de FAVI húmero-cefálica, el resto portan FAVI radio-cefálica. La media del flujo de la FAVI es de 1491.88 ± 501.39 ml/min y la de IR de 0.524 ± 0.146 . La pendiente de arteria presenta una media de -0.7136 ± 0.0745 y la pendiente de vena de 0.6487 ± 0.0589 .

No existe correlación entre las variables edad y IR con los flujos de FAVI. Si existe una correlación inversa significativa entre el flujo de FAVI y la pendiente de presiones arteriales ($p=0.022$), sin hallarla en el caso de las presiones venosas.

Conclusión:

El grado de aumento de PA en relación al aumento de Qb, calculado mediante la pendiente de PA sobre Qb, se correlaciona inversamente con el flujo de la FAVI.

Revisión bibliográfica de la producción científica enfermera en relación a la seguridad del paciente en hemodiálisis

Verónica Martín Guerrero, Elena Martín García, Violeta Hernández de Arribas, José Luis Ortega Antequera, Teresa Manso Gil, Jacoba Rodríguez Peña

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción:

La seguridad del paciente, es una dimensión esencial en la calidad asistencial. Implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria. Ejemplo de ello son las unidades de hemodiálisis donde existe un alto grado de tecnificación y cuidados. Analizar e identificar los riesgos y sus efectos adversos precozmente por parte del profesional de enfermería contribuye a promover dicha seguridad.

Objetivos:

Evaluar la producción científica enfermera de artículos relacionados con el nivel de seguridad del paciente en la sala de hemodiálisis.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda sistematizada de artículos en las bases de datos: Pubmed/Medline, Cinahl, Scopus, Cochrane Library plus, Scielo y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: safety, renal diálisis, nurses, nursing y nephrology nursing. Se exploran por pares las bases de datos.

Se incluyeron estudios en los que se analizara la seguridad relacionada con el paciente en la sala de tratamiento de hemodiálisis (HD) desde el año 2000, abstract disponible e idioma. Los criterios de calidad fueron en función del diseño, con población y resultados bien definidos y con la enfermera al menos como colaboradora.

Resultados:

Seleccionamos un total de 298 artículos que cumplían los criterios de inclusión de los cuales 32 cumplían criterios de calidad, obteniendo una muestra de 1271 pacientes y 4466 profesionales. De los cuales 25 artículos

son estudios descriptivos, 3 estudios cualitativos, 2 casos clínicos, 1 revisión literaria y 1 mixto cualitativo-cuantitativo.

En 20 estudios los participantes son los profesionales, en 7 los pacientes, 4 mixtos (paciente y profesional) y 1 revisión literaria.

La cultura de seguridad es examinada en 17 artículos mientras que 12 tratan los incidentes y eventos adversos que comprometen la seguridad en la sala de diálisis y 3 analizaron ambos aspectos.

Entre las incidencias / eventos adversos más frecuentemente documentados encontramos las relacionadas con: el acceso vascular, tolerancia a la sesión de HD, complicaciones durante el tratamiento, errores en la administración de medicación, registro de información y acontecimientos adversos.

En relación al clima y la cultura de seguridad en la sala de HD, 14 de los estudios analizan la seguridad percibida desde el punto de vista del profesional, 2 desde la perspectiva del paciente y 2 abordan la temática de manera conjunta. Los temas estudiados son: seguridad percibida, uso de check-list, confianza en el profesional enfermero, ambiente y organización, agresiones y cultura de seguridad.

Conclusiones:

Existe una elevada cultura de seguridad tanto por parte de los pacientes como por los profesionales de enfermería en la sala de diálisis. Se evidencia un elevado número de riesgos pero la percepción de seguridad es muy alta, ya que el profesional de enfermería es capaz de minimizarlos de manera precoz, siendo escasos los eventos adversos graves que llegan a producirse. Detectamos un claro aumento de la producción en torno a la cultura de seguridad en los últimos cinco años, aún así se concluye que existen importantes limitaciones relacionadas con la investigación por estudios que conllevan baja validez interna.

Rol de enfermería en el abordaje del paciente inmigrante en hemodiálisis: perspectiva enfermera en un mundo globalizado

Gabriel Eduardo Rajoy Fernández, Lorena Penas Estévez, María Jesús Valenzuela Bugarín, Araceli Rossignoli Recio

Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Centro de Hemodiálisis "Os Carballos". Vigo. Pontevedra. España

Introducción:

La dinámica social actual exige entender el papel del cuidado de enfermería bajo un prisma transcultural y heterogéneo. El cuidado de enfermería se ha convertido en un desafío permanente bajo la perspectiva de la competencia cultural, pues debe analizar y articular en su trabajo los valores, creencias y prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, así como manifestar el respeto por la diferencia ante esta pluralidad de etnias, religiones, costumbres y creencias.

Objetivo:

Analizar el fenómeno de la interculturalidad en hemodiálisis y las particularidades del paciente inmigrante en la unidad en la que ejercemos. Establecer un plan de cuidados de enfermería que responda al fenómeno de la multiculturalidad en hemodiálisis.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Mediante la realización de entrevistas semi-estructuradas para conocer el perfil de los pacientes y sus características socio-demográficas.

Resultados:

El perfil del paciente inmigrante en nuestra unidad es el de una persona de $52,36 \pm 13,89$ años de media, en programa de hemodiálisis desde hace $2,68 \pm 1,25$ años de media. Tiene una relativamente buena adherencia al tratamiento y dieta.

A nivel social mantiene una situación administrativa regularizada, con una comunicación eficiente en lengua castellana, con recursos económicos propios pero inferiores al sueldo mínimo interprofesional pues no realiza actividad laboral y tiene escaso o nulo apoyo familiar.

PLAN DE CUIDADOS

00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO r/c falta de preparación para la adaptación a los cambios de salud (enfermedad renal crónica) e inclusión en programa de hemodiálisis m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación.

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES r/c nueva situación de salud (inclusión en programa de hemodiálisis) m/p verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones.

00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c cambios en el rol social m/p por verbalizaciones negativas.

00146 ANSIEDAD r/c cambio de entorno.

00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL r/c no conocimiento del idioma m/p imposibilidad para mantener patrón de comunicación habitual.

00149 RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO r/c falta de un sistema de sistema de apoyo.

00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL r/c ausencia de personas significativas

00054 RIESGO DE SOLEDAD r/c privación afectiva.

Conclusión:

Las esferas que modulan al paciente inmigrante en hemodiálisis están descritas a nivel bio-psico-social; bio (afrentamiento de la enfermedad), psico (estrés del traslado), social (entorno desconocido con un idioma ajeno y con poco o nulo apoyo socio-familiar unido en el marco de una situación socio-económica precaria).

La interculturalidad es un aspecto emergente de la globalización, el cual supone un reto para enfermería, a la vez que es una necesidad actual al desarrollo de nuestra profesión, implica formular un plan de cuidados NANDA-NOC-NIC culturalmente congruente y competente, dando un sello científico a la vez que humanístico.

La intermediación cultural (NIC 7330) es la intervención central de nuestro plan de cuidados en pacientes inmigrantes en hemodiálisis, pues usa estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente entre la cultura del paciente y el sistema sanitario.

Seguridad en la transferencia/traslado de los pacientes hospitalizados renales

Olga Caballero Rubio, Trinidad López Sánchez, M^a Luz Amoedo Cabrera, Sara Suárez González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Las intervenciones nic sobre comunicación inter-profesional para garantizar la seguridad en la transferencia / traslado de los pacientes hospitalizados renales (PHR).

Introducción:

El sistema sanitario público (SSP) identifica el traspaso de los pacientes como punto crítico de seguridad, definiendo los requisitos necesarios así como las propuestas de mejora necesarias para garantizar su efectividad y proteger a los pacientes de eventos adversos asociados a la comunicación interprofesional CI como principal causa (Estudio Eneas 2005).

Hemos seleccionado las intervenciones NIC con las actividades concretas relacionadas con la CI que debemos poner en marcha en el momento de los traspasos del paciente renal hospitalizado PRH como grupo vulnerable de variabilidad clínica por implicación de varios agentes, cambios de turno, traslados a pruebas específicas, terapias sustitutivas, altas a domicilio, etc donde es preciso estandarizar el chequeo de dicha información.

Objetivo:

- General: garantizar la seguridad del PRH en relación a los traspasos en las diferentes áreas de intervención intrahospitalaria.
- Específico: identificar y corresponder las intervenciones NIC de prevención de riesgo y control con las estrategias del SSP.

Material y Método:

Análisis de requisitos de efectividad definidos en la estrategia sanitaria (ESP 2011-2014): identificación inequívoca del paciente, información clave referente a los diagnósticos al alta, plan terapéutico en curso, tratamiento farmacológico, resultados de las pruebas, los cuidados y el seguimiento.

Análisis taxonómico intervenciones NIC relacionadas con las áreas definidas: cuidados en el uso eficaz de

prestaciones para facilitar la comunicación interprofesional y selección posterior de las actividades según técnica de grupo nominal entre profesionales con experiencia en cuidados ya conocedores de otras herramientas como técnica ISAER o rondas de seguridad.

Población diana: pacientes renales ingresados en planta de hospitalización, en unidad de trasplante renal y los atendidos en la unidad de hemodiálisis (de forma ambulatoria o ingresados en área de nefrología o los trasladados desde otras áreas como ectópicos).

Resultados:

Reunión tipo briefing interdisciplinar (enfermeros, celadores generales y ubicados en nefro, auxiliares, nefrólogos, radiólogos...) sobre contenidos en seguridad del paciente y reconocimiento del riesgo en los traspasos y posibles consecuencias (ejemplos de casos clínicos concretos).

Edición de las intervenciones NIC con selección posterior de las actividades concretas seleccionadas e inclusión en el libro de protocolos generales así como en el plan de acogida de los nuevos profesionales.

NIC 6610: Identificación de riesgos

NIC 7920: Documentación

NIC 6486: Manejo ambiental y seguridad

NIC 5380: Potenciación de la seguridad

NIC 0960: Transporte

NIC 7960: Intercambio de información de cuidados de salud.

NIC 7400; Guías del sistema sanitario.

NIC 8100: Derivación

Conclusiones:

Las intervenciones seleccionadas que responden ampliamente a las estrategias propuestas por nuestro sistema sanitario permiten dejar constancia metodológica del chequeo necesario y estandarizar la comunicación en el traspaso efectivo de los pacientes necesario para garantizar la su seguridad durante el proceso hospitalario.

Técnicas continuas de depuración extrarrenal: dos métodos de anticoagulación

Sergi Aragó Sorrosal, Lida María Rodas Marín, Esteban Poch López de Briñas, Ferrán Torres, Vanesa Villegas Jiménez

Hospital Clínico. Barcelona. España

Introducción:

Las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) son la terapia sustitutiva renal de elección en pacientes que se encuentran en situación crítica. En sus diferentes modalidades, estas técnicas han demostrado una mayor tolerancia hemodinámica por parte de los pacientes, frente a las terapias intermitentes.

Pero las TCDE no están exentas de complicaciones. Relacionadas con la técnica, destacan la coagulación del circuito, la disfunción del catéter, y el riesgo de sangrado. Las complicaciones del catéter continúan siendo uno de los puntos débiles de la terapia. Mientras que de la anticoagulación, se deriva el riesgo de hemorragia. El fármaco usado tradicionalmente es la heparina sódica (HepNa+); con la descoagulación sistémica que conlleva. Descartando que un elevado porcentaje de pacientes que precisan TCDE, son postoperados; y por tanto, el uso de anticoagulación sistémica podría estar contraindicado o suponer una complicación.

Por ello, métodos de anticoagulación que actúan de forma regional, como el citrato, se están empleando en TCDE.

Objetivos:

Evaluar la eficacia y seguridad de dos métodos de anticoagulación utilizados en pacientes tratados con TCDE, durante las primeras 72 horas de tratamiento, en unidades de cuidados intensivos de un hospital terciario durante los meses de enero a septiembre de 2016.

Material y Método:

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron a 54 sujetos, que precisaron TCDE, con media de edad $70,19 \pm 11,79$. Índice de Charlson: $7,56 \pm 1,31$, APACHE: $24,06 \pm 5,89$, SOFA: $11,28 \pm 2,7$. Fueron tratados mediante hemodiafiltración (HDFVVC), con fracción de filtración que no superaba el 25%, y dosis de efuente de 25-30ml/kg/hr.

27 sujetos se trataron con anticoagulación sistémica con HepNa+ (ASH), y HDFVVC con reposición pre-filtro; y el resto, con anticoagulación regional con citrato (ARC), y HDFVVC con reposición post-filtro.

Criterios de inclusión: TCDE superior a 72 horas de duración, portador de acceso vascular temporal.

Criterios de exclusión: Insuficiencia hepática, contraindicación para anticoagulación.

Resultados:

Un total de 54 terapias fueron estudiadas. La ARC demostró una mayor supervivencia de los filtros vs la ASH (95% IC, MD 65, 44.00-72.00 vs MD 36.00, 15.00-22.00, $P=0,02$). Un mayor número de filtros fueron cambiados de forma electiva en ARC vs ASH (95% IC, $n=9, 33,3\%$ vs $n=1, 3,7\%$, $P=0,027$). Los pacientes tratados con ARC presentaron menos episodios de sangrado vs los tratados con ASH, pero sin diferencias estadísticamente significativas (95% IC, $n=6, 22,2\%$ vs $n=9, 33,3\%$, $P=0,537$).

En la ARC, se presentó un episodio de hipocalcemia corregido según protocolo y no hubo alteraciones metabólicas significativas.

Conclusiones:

En el presente estudio, como en varios internacionales, la ARC demuestra una mayor eficacia en la supervivencia de los filtros, precisando menor número de cambios por coagulación; a pesar de que varios pacientes con ARC presentaron disfunción del acceso vascular.

Los requerimientos transfusionales no presentan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes tratados con ARC vs ASH.

Los pacientes que presentan un estadio de insuficiencia renal crónica más avanzado, pueden tener mayor riesgo de sangrado.

El uso de la ARC puede suponer una disminución de la carga de trabajo para Enfermería, debido a un menor número de complicaciones.

Utilidad del ecógrafo portátil en la sala de hemodiálisis para el cambio del tipo de acceso vascular permanente: de catéter venoso tunelizado a fístula arteriovenosa

Raúl Darbas Barbe, Ramón Roca Tey, Juan Carlos González Oliva, Katy Cabot Franco, Sara Tornel García, Laura Román García

Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona. España

Introducción:

Debido a su morbimortalidad asociada, hay que minimizar el tiempo de exposición al catéter venoso tunelizado e intentar la construcción precoz de una fístula arteriovenosa (FAV) nativa (FAVn) ó protésica (FAVp). Para ello, el mapeo ecográfico vascular de ambas extremidades superiores (ES) en personas portadores de un CVT es necesario para evaluar las posibilidades reales de creación de una FAV. Se considera necesario un diámetro mínimo ≥ 2 mm para la arteria nutricia (FAVn y FAVp) y $\geq 2,5$ mm (FAVn) ó $\geq 4,0$ mm (FAVp) para la vena eferente.

Objetivo:

Identificar a los personas prevalentes en HD por CVT que son susceptibles de la construcción de una FAV mediante la exploración ecográfica vascular de ambas ES efectuada en la sala de HD.

Material y Método:

Se ha efectuado un estudio observacional y transversal en personas prevalentes en HD crónica durante febrero - 2017. Todas las determinaciones se efectuaron mediante ecografía portátil modo B por el mismo explorador en la sala de HD utilizando un transductor lineal de 7,5 MHz (monitor SiteRite 5) aplicado sobre 3 puntos diferentes proximal, medio y distal de ambos brazos, y sobre 2 puntos diferentes proximal y distal de ambos antebrazos (todos valores se promediaron). Se determinaron por ecografía modo B parámetros morfológicos cualitativos (calcificación

arterial) y cuantitativos (diámetro y profundidad) de la arteria radial, la arteria humeral y la vena basílica de ambas ES.

Resultados:

De un total de 63 personas, 9 de ellos (edad $67,0 \pm 17,8$ años) se dializaron mediante un CVT yugular (14,3%) de topografía derecha en casi todos (88,9%). La duración del CVT fue de $9,3 \pm 12,1$ meses. Los valores medios de diámetro y profundidad (mm) fueron los siguientes: $4,7 \pm 3,0$ y $6,0 \pm 1,6$ (arteria humeral derecha), $4,8 \pm 0,6$ y $10,5 \pm 3,3$ (arteria humeral izquierda), $2,6 \pm 0,4$ y $6,6 \pm 2,0$ (arteria radial derecha), $2,7 \pm 0,7$ y $6,0 \pm 1,6$ (arteria radial izquierda), $4,3 \pm 0,6$ y $10,3 \pm 2,8$ (vena basílica derecha), $5,1 \pm 0,5$ y $10,1 \pm 2,1$ (vena basílica izquierda). En la mayoría de los casos (66,7%) se evidenció ausencia, una placa aislada de calcificación (11,1%) y más de una (22,2%).

Conclusión:

1. La tasa de CVT registrada en los nuestra Unidad de HD cumple con los estándares de calidad de las Guías de Práctica Clínica (inferior al 20%).
2. Según los valores obtenidos de los parámetros morfológicos vasculares estudiados, es posible la construcción de una FAVn o una FAVp de ES en todos las personas portadores de CVT.
3. El ecógrafo portátil utilizado "in situ" en la sala de HD es una exploración de imagen eficaz para conseguir un cambio en el tipo de acceso vascular permanente, es decir, para la conversión de un CVT en una FAV en las personas en HD crónica.

Valoración de un registro de cuidados de enfermería durante la sesión de diálisis del paciente hospitalizado

Violeta Hernández de Arribas, Verónica Martín Guerrero, Elena Martín García, Jacoba Rodríguez Peña, Gema Palacios García, Cristina Grano de Oro Hidalgo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción:

la comunicación es considerada como una herramienta imprescindible para la continuidad en el cuidado del paciente. En el momento que un paciente renal se ve sometido a un ingreso hospitalario, se observa la dificultad de la transferencia de información entre el servicio de hemodiálisis y las unidades en las cuales se encuentra ingresado. Desde hace diez años se utiliza un registro enfermero donde se anotan los datos más importantes de la sesión de diálisis para ser transmitidos a la planta.

Objetivos:

Evaluar el impacto de un registro intradiálisis por el profesional de enfermería de hemodiálisis hacia el profesional de la unidad de hospitalización de origen del paciente renal ingresado. Analizar las diferencias en la percepción del impacto de dicho registro entre la unidad de hemodiálisis y las diferentes unidades de hospitalización.

Material y Método:

Estudio descriptivo dirigido a 88 enfermeros de las unidades de hospitalización con paciente renal en hemodiálisis ingresados con mayor frecuencia y 36 de la unidad de diálisis. Se elaboró un cuestionario con 19 ítems para valorar la utilidad, nivel de cumplimentación, comunicación entre profesionales de enfermería e interés por ampliar conocimientos del enfermo renal. Se contactó con los supervisores de las diferentes unidades objeto de estudio, informando del tipo de estudio y proporcionando la encuesta y se pactó su recogida tras una semana.

Resultados:

Se obtuvo un índice de respuesta del 67.4% (n=56) de los profesionales de hospitalización y del 91.3% (n=21) de enfermeras de hemodiálisis. Respecto a la utilidad del registro para la continuidad de los cuidados un 82% (n=46) de los profesionales de planta afirman que es útil en su trabajo y un 86% (n=18) de los de la unidad de hemodiálisis. En cuanto a la cumplimentación del registro, las unidades de hospitalización un 73% (n=41) refiere recibir el documento y solo un 49% (n=25) correctamente cumplimentado aunque el 100% de la unidad de diálisis afirma devolverlo totalmente cumplimentado tras cada sesión. En relación al nivel de comunicación entre enfermeros, para las unidades de hospitalización un 60% (n=32) afirma que es buena, frente a un 30% (n=6) de la unidad de hemodiálisis. Finalmente, a la pregunta de si precisa mayor formación en relación al paciente renal, un 89% en ambas unidades (n=47 unidades de hospitalización y n=17 hemodiálisis) responden afirmativamente.

Conclusiones:

Es necesario mejorar la práctica y el impacto del registro de enfermería durante la sesión de hemodiálisis ya que es un documento que ayuda a la continuidad de los cuidados del paciente renal hospitalizado. Es preciso realizar modificaciones, para ello se creará un comité de revisión. Se aprecia una evidente falta de comunicación entre las unidades de hospitalización y el servicio de hemodiálisis, por lo que se propone una búsqueda de herramientas que fomenten el diálogo entre los profesionales de enfermería. Finalmente, dada la demanda de formación por parte del personal, se propone a la supervisión de docencia del hospital un curso del paciente renal, el cual está aceptado y en proceso de acreditación.

Valoración del deterioro cognitivo. ¿Usamos esta herramienta?

Concepción Huerga García, Rocío Fernández Palenzuela, Yolanda Fernández Martín, Inmaculada Martínez Jiménez, Rocío González Martínez, Sonia García Hita

Clínica de Diálisis Los Arcos. Almería. España

Introducción:

La edad en los pacientes de hemodiálisis ha aumentado en los últimos años, debido no solo a una mayor calidad del tratamiento sino también al aumento de pacientes añosos en tratamiento sustitutivo renal.

En nuestra unidad se realiza la valoración integral del paciente a su llegada en la que está incluida la valoración del estado cognitivo mediante el test de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ). Se trata de cuestionario heteroadministrado compuesto de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores en caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 o más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo (SDC).

Objetivo:

Valorar la situación de riesgo de deterioro cognitivo de nuestros pacientes y determinar su frecuencia en pacientes que reciben tratamiento en nuestra Unidad.

Material y Método:

Presentamos estudio transversal, observacional para describir la situación actual de nuestros pacientes y en un segundo tiempo un comparativo retrospectivo con los datos del mismo cuestionario realizado en 2015.

Se realizó entrevista individualizada y cuestionario de Pfeiffer a los 54 pacientes de nuestra unidad (excluimos 5 con diagnóstico de deterioro cognitivo previo).

Previamente obtuvimos datos de la historia clínica: sexo, edad, nivel escolarización, tiempo en tratamiento sustitutivo renal, etiología enfermedad renal y enfermedades crónicas asociadas.

Posteriormente comparamos los resultados del test de Pfeiffer del 2015 en los 43 pacientes que continúan en nuestra unidad en 2016.

Resultados:

De los 54 pacientes, con edad media 62 años y un 21 % de varones, encontramos: Nivel escolarización bajo en 47 pac, medio en 4 y alto sólo en 3.

Mediante el Test de Pfeiffer obtenemos un total de 13 (24%) pacientes con puntuación > 3 que se interpreta como sospecha de deterioro cognitivo (SDC); 7 fueron mujeres y 5 hombres, con nivel de escolarización bajo o nulo. Es reseñable destacar que 4 pacientes ya iniciaron diálisis con SDC.

De los 43 pacientes en los que comparamos resultados en 2015 y 2016 encontramos que sólo en 6 pacientes hay deterioro cognitivo.

Conclusiones:

La mayoría de nuestros pacientes no presentan un cambio significativo en los resultados del test.

El uso de test de cribado para el deterioro cognitivo en una herramienta útil, fácil de realizar y validado, aunque no siempre conlleva una actuación. En nuestros pacientes el bajo nivel de escolarización pudiera ser factor de riesgo para el SDC

Desde el punto de vista de enfermería nos resulta útil para el mantenimiento del régimen terapéutico, ya que puede conllevar un deterioro en su cumplimiento, redirigiendo y planteándonos nuevos objetivos y preguntas a raíz de este estudio ¿son adecuadas nuestras intervenciones con estos pacientes en riesgo o con deterioro en cuanto a la educación sanitaria ,al manejo de la enfermedad, a la captación de sus cuidadores para una mayor implicación en el cuidado de estos pacientes ,la captación de pacientes vulnerables susceptibles de un seguimiento por la gestora de casos hospitalaria? ¿identificamos causas de este deterioro? ¿en qué aspectos de su vida afecta.?

Valoración del nivel de alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis

Raquel Pelayo Alonso, Patricia Martínez Álvarez, Sara Merino García, Alicia Labrador Pérez, M^a Soraya Sánchez Cano, José Luis Cobo Sánchez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

La Alfabetización en Salud (AeS) se define como "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de salud de forma que permita promover y mantener una buena salud".

La AeS tiene un impacto significativo sobre la salud individual, especialmente en pacientes de edad avanzada, enfermos crónicos o pacientes polimedicados, características presentes en el paciente en hemodiálisis (HD). Una baja AeS condiciona peores resultados en salud.

Objetivos:

Valorar el nivel de AeS en pacientes en tratamiento con HD. Comparar el nivel de AeS de la población en HD con población general y con otra patología crónica.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 37 pacientes, mayores de 18 años, sometidos a HD crónica desde hace más de un mes. 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 valorará el nivel de AeS mediante el cuestionario Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) que proporciona un índice general de AeS y tres subíndices secundarios: atención y cuidados de salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud. Según la puntuación alcanzada se establecen 4 niveles de AeS: INADECUADA, PROBLEMÁTICA, SUFICIENTE y EXCELENTE.

Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos: sexo, edad, comorbilidad, tiempo en tratamiento renal sustitutivo, ingresos hospitalarios y visitas al servicio de Urgen-

cias en el último año, estado civil, convivencia, ingresos mensuales, nivel académico y autopercepción del estado de salud. Para la comparación con población general española se tomaron datos del estudio de Sorensen 2015; también se comparó con población española con insuficiencia cardíaca (Santesmases 2016).

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial (test de ANOVA y Z) mediante el paquete estadístico SPSS v20.0 y EpiDat 4.2.

Resultados:

Se estudiaron 37 pacientes, con edad media de $64,51 \pm 16,57$ años y un 54,1% hombres.

El promedio del índice general de AeS fue de $26,4 \pm 7,32$ puntos; $27,66 \pm 8,04$ puntos para la atención y cuidados en salud; $26,94 \pm 8,6$ puntos para la prevención de enfermedades y $24,4 \pm 7,6$ puntos para promoción de la salud.

Más del 83% presentó un nivel de AeS inadecuado o problemático. Los grupos con menor AeS fueron los hombres (23 ± 6 puntos; $p 0,64$), edad > 77 años (23 ± 6 puntos; $p 0,77$); bajo nivel académico (21 ± 4 puntos; $p 0,093$) y pacientes que viven con otros familiares que no son la pareja (21 ± 6 puntos; $p 0,023$). Nuestra población presentó peores niveles de AeS comparados con pacientes con insuficiencia cardíaca (inadecuado o problemático 83,8% vs 79,6%, p : NS) y con la población general (inadecuado o problemático 88,8% vs 58,3%, $p < 0,002$).

Conclusiones:

Los datos obtenidos reflejan un nivel de AeS problemático o inadecuado, lo que dificulta que los pacientes entiendan e interpreten de forma correcta la información que se les proporciona. La población en HD presenta peores niveles de AeS que la población general y que otras patologías crónicas.

Análisis del grado de conocimiento sobre el trasplante renal de vivo emparentado del paciente en diálisis

Elizabeth Serrano Madero, José Berlango Jiménez, Maribel García Fuentes, Rodolfo Crespo Montero, Alberto Rodríguez Benot

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Objetivo:

El objetivo de este estudio fue analizar el grado de conocimiento del trasplante de vivo emparentado de los pacientes en hemodiálisis del área de influencia de un hospital universitario.

Pacientes y Método:

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en los pacientes en hemodiálisis dependientes de un hospital universitario. Se incluyeron un total de 161 pacientes: 106 hombres (65%) y 56 mujeres (35%), con una edad media de $67,74 \pm 15,7$ años y tiempo en hemodiálisis de $58,77 \pm 66,7$ meses.

Se realizó encuesta heteroadministrada de elaboración propia.

Resultados:

A la pregunta de si estaban incluidos en la lista de trasplante el 26% dijo que SI, el 64% que NO, y el 10% NO LO SABÍA. A la pregunta ¿si estaba en estudio para trasplantarse? el 35% dijo que SI, el 56% que NO y el 9% no lo sabía. A la pregunta de si paso por Pre-diálisis ¿Cuánto tiempo estuvo?: el 43% > 6 meses, el 42% NO pasó y el 15% < 6 meses.

A la pregunta ¿Sabía que existe la posibilidad de trasplantarse de riñón de un donante vivo?: el 81% contestaron SI, y el 18% NO. Si habían contestado que si, ¿quién le informo?: el 48% el médico o enfermería, el

15% se enteró por los medios de comunicación, el 17% por otros medios y el 20% no lo sabe.

Sobre si le informaron antes de entrar en diálisis de la posibilidad de trasplantarse de vivo y así evitar entrar en diálisis, el 46% dijo que SI y el 54% dijo NO. A la pregunta de si le informaron estando en diálisis de la posibilidad de trasplantarse de vivo: el 29% dijo SI y el 71% dijo NO. A la pregunta de que si estaría de acuerdo en que algún familiar le diese un riñón?: un 45% contestó SI, un 48% NO y el 7% no contestó. La siguiente pregunta ¿Estaría de acuerdo en que su pareja le diese un riñón?, fue contestada por el 32% AFIRMATIVAMENTE, un 38% dijo NO, un 5% respondieron que NO LO SABÍAN, y el 25% no contestaron. A la pregunta de que si estaría de acuerdo en que algún amigo/a le diese un riñón?: un 36% contestó SI, un 53% NO y el 11% que NO LO SABÍAN.

A la pregunta si estarían de acuerdo en pagar a alguien para que les diese un riñón, el 25% contestó SI, el 74% que NO. Finalmente, se les preguntó si sabían si está permitido pagar a alguien para que le diese un riñón: el 7% dijo SI, el 41% NO y el 52% NO LO SABÍA.

Conclusiones:

Los pacientes en lista de espera están mayoritariamente informados sobre la posibilidad de trasplantarse de donante vivo. Aún sin estar en lista de espera, el 80% de los pacientes conoce esta posibilidad. Casi la mitad de los pacientes está de acuerdo en que le donen un riñón de vivo. Uno de cada cuatro pacientes estaría de acuerdo en pagar para que le diesen un riñón.

Valoración del estado funcional de los pacientes que ingresan para trasplante renal y su evolución durante el primer mes

Gloria García Gallardo, Silvia Montserrat García, Rosario Castillo Rosa, Anna Bach Pascual, Leire García Campos, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal es la mejor opción tratamiento en la insuficiencia renal crónica grado 5. Hoy en día no es un impedimento el trasplante en pacientes con edad avanzada aunque presentan una mayor comorbilidad y necesitan mayores cuidados.

Para valorar la autonomía y las capacidades instrumentales de la vida diaria, se utilizan escalas validadas como son el Lawton and Brody y el índice de Barthel, que son especialmente sensibles a cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que las hace interesantes en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo.

Objetivos:

Evaluar el estado funcional de los pacientes que ingresan para realizarse un trasplante renal y su evolución al mes, a través de las escalas Barthel y Lawton and Brody.

Material y Método:

Estudio prospectivo de los pacientes trasplantados desde enero de 2016 hasta enero de 2017. Para realizar el estudio recogimos datos antropométricos y los resultados obtenidos de la realización de las escalas Barthel y Lawton and Brody.

Resultados:

De los 92 pacientes trasplantados del 2016, 14 fueron excluidos por tener barrera idiomática o rehusaron

contestar las encuestas. Analizamos a 78 pacientes, 38.46% son mujeres, con una media de edad de 62.5 años y con un índice de masa corporal (IMC) al ingreso de media de 27.44 y con una estancia media de 7 días de ingreso. El 15.8% de pacientes son trasplantados de donante vivo y el 61.5% su tratamiento previo era la hemodiálisis.

Presentan un índice Barthel < 100 al momento del ingreso 7,11% (n=9) y aumentan a 13.43% (n=17) al mes del trasplante.

Presentan un Lawton and Brody < 8 en el momento del ingreso un 22.12% (n=28), y aumenta a un 33.18% (n=42) al mes del trasplante.

De los pacientes que presentan un Lawton and Brody < 8 al ingreso, 52,38% son diabéticos frente al 28.57% de los pacientes con un Lawton and Brody =8 (p=0.03). Los pacientes con Barthel < 100 presentan un IMC 31,48 (±4,89) en cambio los pacientes con Barthel=100 presentan IMC 27,50 (±4,81) (p=0,03).

Los pacientes con Barthel < 100 son más mayores que el otro grupo: 66,78 (±6,3) vs 59.09 (±12,60) p=0,07.

Conclusiones:

De nuestra serie, 1 de cada 3 pacientes trasplantados no han recuperado totalmente la autonomía al mes del trasplante.

A la vista de estos resultados hemos cambiado las recomendaciones al alta y la información en la lista de espera. Por un lado estimular al paciente a que haga reposo relativo y que intente cada día participar activamente en su autocuidado y progresivamente en las actividades de la familia/comunidad y por otro proveyendo la posibilidad de apoyo familiar/cuidador durante el primer mes y planificar juntos la autonomía del paciente en el domicilio.

El síndrome de Burnout y el nivel de empatía en el enfermero de diálisis

Laura Medina Mariscal, Beatriz Mioño García, Belén Rojo Centeno

Hospital Infanta Cristina. Madrid. España

Introducción:

El Síndrome de Burnout se define como "Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede aparecer en individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas"; por lo que expone directamente a la profesión enfermera como uno de los colectivos más susceptibles debido a las características e implicaciones derivadas de su trabajo con el paciente, convirtiéndose en una situación cada vez más frecuente.

Por otro lado, el nivel de empatía que requiere el desarrollo de esta profesión también nos convierte en sujetos susceptibles de sufrir Síndrome de Burnout.

Objetivos:

Nuestro objetivo principal es determinar la frecuencia de Síndrome de Burnout y sus 3 componentes (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) entre el equipo de enfermería de una Unidad de Hemodiálisis y si hay asociación con determinados factores sociodemográficos (sexo, edad, categoría profesional, antigüedad y turno laboral).

Valorar el nivel de empatía en esta misma muestra y la posible asociación entre ambos.

Material y Método:

Revisión sistemática de publicaciones científicas de bases de datos, utilizando como criterio de inclusión artículos fechados entre 2012-2017.

Estudio descriptivo transversal entre el personal de Enfermería de la unidad mencionada. La recogida de datos se realizó mediante el uso de cuestionario de datos sociodemográficos de elaboración propia y el uso de escalas validadas (Maslach Burnout Inventory y Escala de empatía de Jefferson). Y estudio analítico procesan-

do los datos recogidos con las escalas nombradas con el programa estadístico para Windows SPSS 24.

Resultados:

Tras el análisis descriptivo de los datos recogidos observamos que entre el personal de la Unidad predomina el Agotamiento emocional alto (> 28 puntos) (en adelante, AE) (57.9%), siendo el nivel de Despersonalización (D) bajo (< 4 puntos) en un 94.7% y la Realización personal (RP) alta (< 33 puntos) en un 89.5%.

Hay una tendencia alta de AE en edades inferiores a los 36 años (media de edad 39.1 años), el nivel de AE predomina en enfermería respecto a técnicos/auxiliares, aumenta este nivel en antigüedad laboral en el servicio superior a 7 años (media antigüedad 4.1 años) y en turno laboral mixto, con respecto a la D, se observa un nivel mayor en los técnicos/auxiliares que en los enfermeros. Se observa una presencia de Burnout en un 36.8% del personal.

Y con respecto al nivel de empatía, destacaríamos que un 68.4% de los sujetos tiene una puntuación alta (superior a 108 puntos).

Tras el análisis estadístico entre las variables empatía global y síndrome de burnout (cualitativas) utilizando el Test de Chi cuadrado, consideramos que no hay asociación estadística significativa ($p > 0.05$).

Conclusión:

Se establece un grado significativo de AE percibido lo que está directamente relacionado con el estrés ocupacional. No se observa afectación en la sensación general de D, inversamente proporcional al nivel de "Burnout", y la RP presenta unos niveles bajos en la muestra.

En definitiva, se observa la presencia de Síndrome de Burnout en un 36.8% del personal.

No podemos establecer relación estadística significativa la presencia de "Burnout" y la empatía global en esta unidad.

Fallo renal neonatal por shock hipovolémico

Juan Orviz González, María Luisa Álvarez Izquierdo, Fernando Santos Rodríguez, Flor Ángel Ordoñez Álvarez, Cristina Julia Blázquez Gómez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Caso Clínico:

Fallo renal neonatal por shock hipovolemico.

Introducción:

Un fracaso renal terminal en un recién nacido es excepcional. El manejo adecuado de estos pacientes es complicado y supone uno de los mayores retos en nefrología pediátrica.

Objetivo:

Resaltar la importancia de cooperación-coordinación entre familia y equipo de enfermería, para lograr optimizar eficazmente los diferentes tipos de terapias sustitutivas renales en un recién nacido.

Material y Método:

Revisión de procedimientos de terapia sustitutiva renal a través de un caso clínico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Recién nacido de 36 + 4 semanas de gestación, bajo peso (2,230 gr), padres sanos origen marroquí. Tras 21 horas de bolsa rota, se realiza cesárea urgente. Ecografía tercer trimestre: síndrome polimalformativo: macrocefalia, sospecha de atresia de esófago por polihidramnios, no visualización estómago.

Al nacimiento, patrón respiratorio ineficaz, bradicardia y fenotipo peculiar (craneosinostosis), maniobras RCP e intubación orotraqueal con dificultad. Diagnóstico de atresia de coanas confirmado. Inicia diuresis, analíticas normales, ecografía renal normal. SOG: alimentación enteral.

Con 12 días, intervención atresia de coanas. En postoperatorio, shock hipovolémico con posterior desarrollo de insuficiencia renal aguda por necrosis cortical, elevándose la cifra de creatinina hasta 6 mg/dl.

Con 1 mes, colocación catéter peritoneal tipo Tenckhoff neonatal. Comienza diálisis peritoneal manual con 14 pases de 40 mililitros, evolucionando hasta 8 pases diarios

de 120 mililitros. Diálisis bien tolerada, diuresis conservada, control iónico adecuado. Dedicación exclusiva de una enfermera por turno y correcto aprendizaje de la madre. Con 2,5 meses, se realiza traqueotomía para conexión a ventilación mecánica por las características anatómicas del paciente: paladar blando e hipotónico, úvula grande y laringe con tendencia al colapso. Semanas después se coloniza por microorganismos multiresistentes.

Con 4 meses, se comienza DPA con cicladora, realizándose 12 pases diarios de 180 ml, nueva técnica que de nuevo fue aprendida correctamente por la madre, que a pesar de no saber leer se guía por iconos del monitor.

Con 6 meses, intervenido de 2 hernias inguinales, hernia umbilical, eventración pericateter, antirreflujo técnica Nissen y gastrostomía para garantizar una ganancia ponderal adecuada, aumentando más aun la complejidad del paciente.

Con 6,5 meses, intervenido de urgencia por eventración de asas intestinales, retirado catéter peritoneal y colocación catéter hemodiálisis 8 Fr. en yugular derecha. No había presentado ningún episodio de peritonitis. Se comienza tercera técnica de terapia sustitutiva renal. Presenta hipocalcemia, corregida utilizando solución de diálisis con concentración 1,75 mmol/l de Ca.

Con 10 meses, alta a domicilio. Acude a sesiones de hemodiálisis 5 días/semana. Con 19 meses, coincidiendo con ingreso en UCIP por broncoespasmo con episodios de cianosis, se constata malfunción de catéter y posterior sepsis por *Staf. Aureus*, retirada y colocación de nuevo catéter peritoneal Tenckhoff.

Comienza de nuevo con DPA mediante cicladora con 10 pases de 250 ml.

Conclusión:

Este caso ilustra la necesidad de una estrecha colaboración-cooperación entre el personal de enfermería y los padres de un lactante con enfermedad renal crónica terminal grado V e importante y compleja morbilidad asociada. Una buena praxis de enfermería y la continuada sinergia con el cuidador principal (madre) son imprescindibles para el éxito en la evolución.

Propuesta de mejora del entorno laboral de una unidad de diálisis basada en el modelo de hospitales magnéticos

Rebeca Amo Sanz

Complejo Hospitalario. Navarra. España

El Modelo organizativo de los Hospitales Magnéticos ha demostrado empíricamente ser enriquecedor tanto para los profesionales sanitarios (mayor satisfacción laboral, mayor autonomía en la práctica asistencial, desarrollo profesional, capacidad de liderazgo...) como para los resultados en salud de los pacientes (menor tasa de mortalidad, menor tasa de complicaciones, mayor satisfacción, etc).

Este nuevo modelo alcanza la excelencia, de ahí el creciente interés internacional por realizar estudios en sus respectivos países y hospitales para evaluar la posibilidad de extrapolar los "principios o fuerzas de magnetismo". Según numerosos estudios en esta área, la mejora del entorno laboral podría constituir una estrategia de bajo coste para fomentar la seguridad y calidad en la atención hospitalaria y aumentar la satisfacción del paciente.

El objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de mejora del entorno laboral de los profesionales de Enfermería en una Unidad de Diálisis, de un hospital terciario de

aproximadamente mil camas, que resulte de la reflexión participada con el equipo de cuidados de la Unidad y se enmarque en alguno de los aspectos recogidos en el Modelo de Hospitales Magnéticos.

Para conocer la percepción de los profesionales enfermeros de su entorno laboral e identificar los factores deficitarios se utilizó el cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI).

Tras realizar el análisis estratégico, se ha decidido la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis como estrategia de mejora del entorno laboral de la Unidad.

La elaboración de dicho plan, se ha realizado siguiendo el proceso enfermero, utilizando el Modelo de Virginia Henderson para realizar la valoración y las taxonomías NANDA-NOC-NIC como lenguaje enfermero estandarizado.

Uso de tiosulfato tópico en el tratamiento de úlceras por calcifilaxis en paciente con enfermedad renal crónica avanzada

María Luisa García Álvarez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

La arteriopatía urémica calcificante o calcifilaxis se caracteriza clínicamente por isquemia y necrosis de la piel, tejido subcutáneo y a veces tejidos adyacentes.

Fundamentalmente se desarrolla en pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada y tiene una morbimortalidad muy alta debido a sus complicaciones: sepsis e isquemia. El síntoma más llamativo es el DOLOR, además de la aparición de lesiones ulceradas de borde violáceo que evolucionan a ÚLCERAS NECRÓTICAS.

El uso de TIOSULFATO SÓDICO IV está demostrando ser una medida terapéutica exitosa en las lesiones por calcifilaxis, administrándose vía intravenosa poshemodiálisis.

En el caso clínico que presentamos se opta por el tratamiento de estas úlceras con tiosulfato sódico tópico (preparado por la farmacia de nuestro hospital) junto con pomada desbridante. La razón de este uso fue que nuestra paciente, mujer de 82 años, diabética y con enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento conservador, ingresa por presentar úlceras vasculares de

evolución tórpidas en forma de escaras NECRÓTICAS y esfacelos sobreinfectados, más celulitis circundante de 2-3 meses de evolución, en tercio inferior de ambos miembros inferiores. Destacar el INTENSO DOLOR. La infección se trató con el antibiótico IV correspondiente al cultivo del exudado de las úlceras.

Tras la confirmación de la sospecha inicial de calcifilaxis, y siguiendo la prescripción médica, se inician curas diarias por parte de enfermería. Para tratar el dolor se administraron analgésicos una hora antes, los primeros días petidina, pero al no tolerarlo se optó por paracetamol y metamizol IV.

En pocos días se va apreciando una evolución favorable de las úlceras a la vez que va disminuyendo el dolor. Desaparece la celulitis circundante y aparece tejido de granulación. Tras 15 días de curas con tiosulfato e iruxol la paciente es dada de alta, teniendo que seguir con la misma pauta durante dos meses y medio más.

Desde el principio de las curas se han tomado fotografías para poder testimoniar la evolución de las mismas.

Valoración de un programa formativo en diálisis para la asignatura Practicum 2 de grado en enfermería

Pedro Fernández Pallarés, Amparo García Jiménez

Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. España

Introducción:

Las prácticas clínicas integradas en la asignatura Practicum 2, constituyen una parte fundamental del currículo formativo del Plan de Estudios de Grado en Enfermería. Los profesionales que trabajan en Diálisis, participan en la formación integral del alumnado y pretenden que su paso por la Unidad les aporte una experiencia positiva y enriquecedora, tanto a nivel profesional como personal. Un feedback con las impresiones y valoración del alumnado, ayuda a mejorar, adaptar y ampliar los contenidos y la Material y Método del programa formativo.

Objetivo:

Conocer la valoración del alumnado sobre el programa formativo en Diálisis para la asignatura Practicum 2 de Grado de Enfermería y de los profesionales implicados en él.

Material y Método:

Diseño: Estudio descriptivo-longitudinal. Población: Estudiantes de Enfermería de la asignatura Practicum 2. Muestra: alumnos/as que rotaron en Diálisis entre 2008-2016. Variables a medir: Participación-implicación personal; atención recibida; relación con pacientes; contenidos recibidos y conocimientos-habilidades alcanzados. Distribución de prácticas. Asociado clínico: dedicación, adecuación y formación impartida. Comparación hemodiálisis y peritoneal. Grado de satisfacción y adecuación para su formación. Fuente de información: cuestionario de elaboración propia, 14 ítems valorados con escala tipo likert de cinco opciones (de inadecuado a totalmente adecuado) y 9 puntuados entre 1-5. Análisis estadístico (SPSS v.12): descriptivo, frecuencias absolutas y proporciones.

Resultados:

De 90 cuestionarios entregados se recogieron 82 (91,11%). Hombres 15,85%, edad media 21,46 años.

Mujeres 84,15%, edad media 21,35 años. Las opciones muy adecuado y totalmente adecuado obtuvieron un 90,24% en ítems sobre participación-implicación personal, un 87,8% en atención recibida de los profesionales y 90,25% en trato con el usuario. En relación a contenidos teóricos y prácticos recibidos marcaron estas opciones el 91,45%, bajando al 67,07% en grado de conocimientos y habilidades alcanzados. La dedicación y trato por parte del asociado clínico obtuvo un 89,01% en estas opciones, subió al 96,34% en conocimientos, adecuación y formación impartida.

Para las cuestiones sobre distribución de las prácticas, un 48,78% eligió la opción adecuado.

La opción inadecuado no se marcó en ninguno de los ítems propuestos.

Se compararon hemodiálisis y peritoneal con ítems puntuados entre 1-5, medias obtenidas: estancia 3,57 y 3,42, conocimientos teóricos 4,07 y 4,14, conocimientos prácticos 3,82 y 4,32, personal 4,57 y 4,82, usuario 4,21 y 4,53 e implicación personal 4,53 y 4,71.

Para cuestiones generales, puntuadas de 1-5, las medias fueron: 4,79 en valoración global, 4,72 en grado de satisfacción personal y 4,82 en grado de interés para su formación integral.

Limitación al estudio: no conocer la nota final podría aumentar la positividad.

Conclusiones:

Se obtuvo una valoración positiva del programa formativo y de los profesionales implicados en él.

Las puntuaciones en valoración global y grado de satisfacción personal, mostraron que la experiencia para el alumnado ha sido enriquecedora.

Los resultados relativos al tiempo de prácticas y grado de interés profesional, indicaron que la rotación por diálisis fue considerada importante para su formación.

Implicaciones para la práctica: la valoración del alumnado contribuye a detectar áreas de mejora para adaptar el programa formativo a sus necesidades y demandas. También aumenta su implicación y corresponsabilidad en el proceso formativo.

Caso clínico: catéter tenckhoff en un paciente de cinco meses

Sonia Pílares Puertas, José Benito Infante del Toro, Juan Antonio Pílares Puertas, Inmaculada Gil Barrera

Hospital Universitario Son Espases. Baleares. España

Descripción del Caso:

Caso clínico de un niña de 5 meses de edad, con diagnóstico cardiopatía congénita intubada desde los 15 días de vida. Tras la cirugía cardíaca reparadora definitiva tiene un postoperatorio complicado, repercutiendo en su función renal quedando actualmente en una Insuficiencia Renal grave, con anasarca y anuria.

Se inicia diálisis peritoneal a las 48 horas de la colocación del catéter con volúmenes de 10 ml/Kg. de dializante, con aumento progresivo, pases horarios y permanencias de 30 minutos repercutiendo en la respiración de la niña, con bajadas de volúmenes en respirador y aumento de necesidades de FiO₂. La niña va disminuyendo la anasarca a medida que pasan los días, permitiendo abertura de los ojos y mejorando la movilización.

Juicio Clínico:

Insuficiencia renal aguda dependiente de diálisis peritonea.

Objetivo:

El objetivo de la diálisis peritoneal, es eliminar líquido del organismo, depurar toxinas endógenas y exógenas y normalizar las alteraciones electrolíticas. Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico... Siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido.

Exploración y Pruebas:

Se inicia diálisis peritoneal con catéter temporal que da problemas funcionales con fugas pericater. Por lo que se decide la colocación de catéter de diálisis peritoneal permanente tipo Tenckhoff.

Conclusiones:

Niña con 5 meses en anuria, ha permanecido un tiempo de 48 horas sin técnica de depuración renal y se ha iniciado diálisis peritoneal por el catéter Tenckhoff, sin respetar tiempos de reposo tras la cirugía, sin que apareciese ninguna incidencia y con un correcto funcionamiento pasados 17 días.

Manejo:

Tras la cirugía de implantación en peritoneo del catéter permanente la niña permanece sin técnica de depuración durante las primeras 48 horas, el catéter debe permanecer en reposo durante 6 semanas para la correcta cicatrización y evitar complicaciones.

Caso clínico. Paciente con síndrome hepatorenal tratado con Diálisis Peritoneal

Alfonso de la Vara Almonacid, María Vállega Melgares, Miriam Graciano Mora, Yolanda Solera Parra

Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid. España

El término síndrome hepatorenal (SHR) fue usado por primera vez en 1939 para describir la defunción renal que seguía a la cirugía biliar y al trauma hepático; asimismo, en el 2007, durante la 56 Reunión de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas, en el Internacional Ascitis Club, funcionó un grupo de estudio sobre este síndrome.

La fisiopatología del SHR es compleja y está relacionada con 3 áreas claves: el lecho esplácnico, el sistema nervioso simpático y el factor cardíaco.

La dilatación de los vasos esplácnicos está dada, sobre todo, por la liberación local de vasodilatadores potentes como el óxido nítrico, el cual también favorece la resistencia de la circulación esplácnica a varios vasopresores como la angiotensina II, la noradrenalina, la vasopresina y la endotelina. Esta resistencia hace que la presión arterial en la cirrosis dependa de los efectos extra esplácnicos ejercidos por los vasoconstrictores endógenos.

La incidencia de SHR en pacientes con cirrosis hepática y ascitis es del 18% en el primer año y 30% al quinto año. El 90% de los pacientes con SHR avanzado mueren dentro de las 10 semanas

Presentamos un caso clínico SHR tratado con diálisis peritoneal.

Paciente de 62 años de edad, varón

- Hepatopatía crónica por VHC
- Miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción sistólica severa y Cardiopatía isquémica crónica
- SCASEST Killip III
- Úlcera gástrica Forrest III con Gastritis Crónica atrófica con metaplasia intestinal y atipia severa
- Ca epidermoide de cuero cabelludo

En este contexto se nos plantea a la unidad de peritoneal, la colocación de catéter peritoneal para el inicio precoz de diálisis peritoneal, planteándonos como objetivo por un lado reducir el número de paracentesis que se realizaban a este enfermo y por otro empezar tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal por deterioro de función renal.

Se colocó catéter peritoneal en julio 2016, con éxito apareciendo la primera complicación precoz a la semana, con fuga peri catéter, como primera complicación, usándose a la semana siguiente como drenaje espontáneo de líquido ascítico a bolsa, durante 24 horas. Evitando así punciones repetidas.

Situación que se mantiene hasta la recuperación de la fuga detectada en la pared, acudiendo semanalmente a revisar del orificio y catéter, así como líquido drenado. Programamos 4 intercambios con un volumen bajo de diálisis de unos 4800 cc en total en 9 horas de tratamiento con 4 intercambios con una permanencia de 2 horas aproximadamente. Actualmente el paciente lleva en programa 6 meses sin dificultades técnicas en cuanto al manejo de la cildadora y de la diálisis peritoneal.

El se conecta y se desconecta la cildadora y un familiar, su hija es quien le monta la cildadora.

Mantiene parámetros analíticos óptimos han bajado las cifras de urea, creatinina calcio, fosforo, manteniendo parámetros aceptables. Calculamos la eliminación de líquido ascítico con el drenaje inicial de la cildadora situándose en una media diaria de 500 cc. Evitamos punciones repetidas alas que se sometía al paciente. Ha mejorado su calidad de vida y esta se ha prolongado.

Clostridium cadaveris en peritonitis secundaria a perforación de diverticulitis sigmoidea

Mercedes Prats Valencia, Yolanda Benito García, Ramón Font Font, M^a José Oliete Mathieux, Alberto Martínez Veá, Carmen García Ruiz

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

Introducción:

La enfermedad diverticular colónica es una patología común y en muchas ocasiones silente por lo que suele estar infradiagnosticada. Aunque no es una contraindicación per se de inclusión en programa de diálisis peritoneal, en algunos estudios parece que podría representar un factor de riesgo de complicaciones sépticas en esta población, mientras que en otros no.

Por otra parte, la peritonitis es una complicación usual en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria crónica y en ocasiones es difícil distinguirla de las peritonitis secundarias a patología gastrointestinal causante, lo que ocasiona retrasos en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico apropiado. Los microorganismos aislados en los cultivos pueden orientar el diagnóstico etiológico, si bien los organismos aerobios son los responsables de la mayoría de casos de peritonitis bacterianas, las bacterias anaerobias son responsables en menos de un 5% de los casos descritos en la literatura. Del mismo modo, las peritonitis entéricas se consideran causadas por microorganismos gram positivo/negativo o hongos que colonizan el tracto gastrointestinal, excluyendo las secundarias a infección del tracto urinario o infecciones del orificio de salida del catéter peritoneal. Según las guías de práctica clínica, las peritonitis poli-microbianas que no presentan una rápida mejoría con el tratamiento antibiótico se recomienda una evaluación quirúrgica.

Presentamos un caso de un paciente, con diverticulosis colónica no conocida, en diálisis peritoneal que presentó una peritonitis secundaria a una diverticulitis sigmoidea

perforada en el que se aisló, entre otros, un *Clostridium cadaveris*, inusual anaerobio gram positivo.

Caso Clínico:

Paciente de 48 años sin antecedentes quirúrgicos previos, con insuficiencia renal crónica no filiada en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria desde hacía 2 meses. Presenta clínica de dolor abdominal con efuente turbio. Se realizó citología del líquido que confirmó peritonitis, por lo que se inició tratamiento antibiótico empírico según protocolo con daptomicina y ceftazidima intraperitoneal. Presenta inicial mejoría en las 48 h posteriores y con resultado del cultivo inicial (*Escherichia coli*) se decala antibioterapia a ceftazidima únicamente. Reacude a las 48 h con dolor abdominal intenso, fiebre y efuente turbio. A la exploración presenta abdomen en tabla, con ausencia de peristaltismo, así como incremento de parámetros infecciosos en analítica sanguínea. Se realiza Tc abdominal que muestra presencia de múltiples divertículos en sigma con diverticulitis aguda de sigma proximal con neumoperitoneo asociado.

Se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de líquido libre en cavidad peritoneal purulento y perforación a nivel de sigma. Se realizó cultivo en el que se aislaron bacilos gram negativos, bacilos gram positivos y cocos gram positivos (*Bacteroides ovatus*, *Bacteroides vulgatus*, *Lactobacillus paracasei*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium cadaveris*).

Diálisis peritoneal adaptada ante descompensaciones. A propósito de un caso

Mercedes María Moreno Salinas, Antonia Gil Gil, Judith Sánchez Torres, Elena Gisbert Rosique, Veaceslav Andronic, Beatriz Diez Ojea

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción:

La diálisis peritoneal adaptada (DPA_d) combina ciclos con diferentes permanencias y volúmenes para obtener una mejora en la ultrafiltración, aclaramiento de solutos y adecuación en la dosis de diálisis.

Objetivo:

Valorar la eficacia de la DPA_d en un paciente descompensado.

Material y Método:

Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal individual sobre el caso clínico de un varón de 31 años con nefropatía crónica por posible IgA, con función renal conservada. Como antecedentes destaca HTA, migraña, mal cumplidor terapéutico y dietético.

Resultados:

Inicia técnica DPCA en mayo de 2016 con 3 intercambios de 1500 ml Bicavera 1.5% glucosa. Peso 60 kg. Kt/V 2.09, CI Cr 85 litros/semana, FRR: 5.7. TEP: D/P de creatinina a las 4 h: 0.6 (transporte medio-bajo).

En agosto de 2016 se realiza analítica donde se objetiva: Kt/V de 1.48, CICr de 54 litros/semana, FRR 2.6. Modificamos pauta de diálisis: 4 intercambios de 1500 ml Bicavera 1.5% glucosa. A pesar de mantener PIP en rango muestra disconfort con volúmenes mayores de 1500 ml.

En septiembre de 2016 ingresa peritonitis por *Staphylococcus aureus*. TEP postperitonitis: D/P Cr a las 4 h: 0.64 (transporte medio bajo, tendencia a medio alto).

En enero de 2017 acude de urgencia con datos de sobre-

carga, peso 66 kg (6 kg por encima de su peso). Reconoce trasgresiones hídricas y dietéticas.

Se ajusta diurético, restricción hídrica y modificamos pauta: 4 intercambios de 1500 ml Bicavera 2.3% glucosa. Tras 5 días se estabiliza peso en 61.5 kg (- 4.5 kg). Se decide paso a cicladora. Pauta: 4 ciclos de 1500 ml Bicavera 1.5% glucosa con permanencias de 90 min y día seco.

En febrero de 2017 acude a la consulta con nuevos datos de sobrecarga, peso 65 kg (+5 kg), volumen de orina residual 500 ml (en descenso). Se realiza nuevo TEP: D/P de Creatinina: 0.86 (transporte medio alto-alto).

Se ajusta diurético y modificamos pauta de nuevo: 5 ciclos de 1500 ml Bicavera 2.3% glucosa, con 4 permanencias de 60 min y la última de 90 min. Durante el día, un intercambio manual de 1500 ml bicavera 2.3% glucosa manual durante 4 horas. Logramos UF en torno a 1500 ml y tras 4 días recupera peso seco (61 kg).

Tras estabilizar al paciente ajustamos pauta de nuevo por necesidades dialíticas:

En cicladora, 2 ciclos de 1500 ml Bicavera 2.3% glucosa con permanencia de 60 min, 1 ciclo de 1500 ml Bicavera 2.3% glucosa con permanencia de 90 min, 2 ciclos de 1500 ml Bicavera 1.5% glucosa con permanencia de 90 min y última infusión de 1500 ml Bicavera 1.5% glucosa que drena de forma manual 4h después. Además, a las 16 h se infunde 1500 ml de Icodextrina, que drena al conectarse a la cicladora.

Con esta pauta se obtiene un Kt/V de 1.8 y una ultrafiltración en 24h de 2 litros, evitando la transferencia a HD.

Conclusión:

La DPA_d es un método de prescripción eficaz, eficiente y seguro que permite un tratamiento totalmente individualizado y una mejor adaptación de la pauta en función de los requerimientos del paciente, permitiendo la supervivencia en la técnica al presentarse complicaciones.

Evaluación de la educación recibida de un paciente o cuidador en diálisis peritoneal tras la optimización del aprendizaje

Yolanda Benito García, M^a José Oliete Mathioux, Patricia Cairón Cardenas, Ramón Font Font, Mercedes Prats Valencia, Carmen García Ruiz

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España

Introducción:

La educación de los pacientes en las diferentes técnicas de Diálisis Peritoneal tanto manual como automatizada es sumamente importante. Su principal función es la de fomentar el autocuidado de los pacientes en diferentes aspectos, que pueden mejorar su calidad de vida y permitan mantener su vida laboral y personal con mayor libertad e independencia.

El anterior estudio se realizó en el 2015 a 44 pacientes que iniciaron técnica de Diálisis Peritoneal presentando algunas deficiencias en los conocimientos que nos llevaron a realizar diferentes cambios en el aprendizaje.

Objetivo:

Evaluar si dichos cambios en el cuestionario influyeron en los resultados obtenidos de los conocimientos y habilidades a los 15 días del inicio del tratamiento en el domicilio.

Material y Método:

Se realiza una encuesta de 5 bloques básicos con análisis de diferentes ítems, en una escala de 0 a 5, sobre el

grado de conocimiento tras haber superado el periodo de aprendizaje. Se impartió la encuesta a 19 pacientes incidentes de una edad media 59.4 años que iniciaron tratamiento en Diálisis Peritoneal en nuestra unidad.

Resultados:

En el anterior estudio el mayor porcentaje de respuestas correctas se obtuvieron en lo referente a la capacidad para realizar la técnica (84%), en la actualidad se ha aumentado a un 99% por lo que casi su totalidad ha adquirido satisfactoriamente los conocimientos básicos. En lo referente al bloque de asepsia e higiene del 81% se ha aumentado al 93.41% mientras que en la capacidad de realizar controles que era bastante deficitaria con un 58% se ha mejorado hasta obtener un resultado del 81.28%.

Conclusiones:

Con todos los cambios realizados durante el aprendizaje se ha observado que ha mejorado satisfactoriamente aquellos puntos flacos del aprendizaje que se tuvieron en cuenta por el personal de enfermería por su importancia en el tratamiento de complicaciones, tolerancia y adaptabilidad a la técnica.

Exéresis de granuloma en orificio de salida con infección crónica : alternativa exitosa a retirada de catéter

Yolanda Benito García, M^a José Oliete Mathieux, Ramón Font Font, Carmen García Ruiz, Alberto Martínez Veá, Mercedes Prats Valencia

Centro de Diálisis Tarragona, Fresenius Medical Care Services Catalunya, S.L. Tarragona. España

Introducción:

El granuloma de orificio de salida es una complicación frecuente asociada al catéter de diálisis, la cual suele resolverse mediante tratamiento médico (nitrato de plata local, ácido acteamidohexanoico); sin embargo a veces sólo se resuelve con tratamiento quirúrgico. A su vez, una infección de orificio de salida puede ocasionar la extrusión del manguito externo cuyo manejo dependerá de la existencia o no de infección, siendo el "pelado" del dacron una alternativa en casos de resistencia o recurrencia de la infección.

Existen pocos casos descritos de granuloma con infección crónica de orificio en que la exéresis como tratamiento alternativo a recambio de catéter se ha mostrado eficaz.

Caso Clínico:

Se trata de una mujer de 72 años con insuficiencia renal crónica secundaria a mieloma múltiple que inició hemodiálisis en 2009 y posteriormente cambió a diálisis

peritoneal en 2010 por decisión de la paciente. Como complicaciones ha presentado 2 episodios de peritonitis por distinto germen (2014 y 2015) resueltas y herniación umbilical. Desde hace 4 meses presenta granuloma e infección crónica de orificio de salida por pseudomonas aeruginosa multisensible, así como insinuación de dacron de forma progresiva, por lo que ha recibido distintos tratamientos tópicos y orales sin mejoría.

Tratamiento:

Se decide exéresis de granuloma pericatóter mediante escisión cutánea con exteriorización completa de dacron externo.

Conclusiones:

Esta técnica quirúrgica constituye una buena alternativa para el tratamiento del granuloma infectado del orificio de salida de gran tamaño y refractario a tratamiento médico.

Orificio de salida del catéter peritoneal: intervenciones claves de enfermería

Inmaculada Torres Colomera, Ana M^a Marín Ferrón, M^a Ángeles Sánchez Lamolda, María Sánchez Navarro, María Paloma Flores Paloma, Francisco Javier González Martínez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España

Introducción:

La causa de morbilidad más frecuente en los pacientes en programa de Diálisis Peritoneal (DP), es la peritonitis. En ocasiones, va asociada a procesos infecciosos del túnel y del orificio de salida del catéter (OSC), complicando el pronóstico. A pesar del reentrenamiento y la educación sanitaria que realizamos, en muchas ocasiones no es suficiente para conseguir un orificio en buen estado. Tenemos que cuidar esa puerta de entrada.

Decidimos hacer un estudio del estado de los OSC. Realizamos el seguimiento mediante fotografías, que nos ayudan a valorar con detalle la evolución del mismo. Mediante los cuidados individualizados, pretendemos prevenir las posibles complicaciones.

Objetivo:

Mantener el OSC en buen estado/ perfecto.

Material y Método:

Realizamos un estudio descriptivo, observacional y prospectivo de los OSC. Desde enero 2016, hasta febrero 2017. Incluimos 40 pacientes en tratamiento de Diálisis Peritoneal, con una edad media de 60 ± 27 años; 13 mujeres y 27 hombres; 6 dependientes y 34 independientes.

Todos los orificios tienen más de seis semanas de evolución. Variables recogidas: edad, sexo, dependencia.

Utilizamos clasificación de Twardowski.

Cada dos meses valoramos el orificio y siempre que el paciente lo precisa.

Se realizan fotografías de los OSC, con consentimiento del paciente, que utilizamos como herramienta de seguimiento, al inicio, cuando se observan cambios y al final del estudio.

Intervenciones de enfermería (NIC)

5510. Educación sanitaria.

3590. Vigilancia de la piel.

6540. Control de infecciones.

3660. Cuidados de las heridas (OSC)

Resultados:

Al inicio del estudio:

- 25 presentan el OSC en buen estado / perfectos.
- 12 con OSC equívocos.
- 1 con OSC traumático.
- 2 presentan extrusión del manguito, sin signos de infección.

Realizamos intervenciones de enfermería (NIC):

5510 Educación sanitaria: Reforzamos la enseñanza del cuidado del orificio, mediante reentrenamiento y documentación escrita.

6540 Control de infecciones: Insistimos en el lavado de manos, uso de mascarilla y cura con suero hipertónico y povidona yodada. 9 pacientes le recogemos muestras de exudado de los orificios. Administramos Mupirocina pomada en espera de resultados. 1 paciente con resultado positivo continua con Mupirocina más tratamiento intraperitoneal (IP), ya que estaba asociada a peritonitis, 3 pacientes con resultado positivo, se tratan con ciprofloxacino colirio. 10 granulomas sin infección tratamos con nitrato de plata.

Al finalizar el estudio:

- De los 25 pacientes que presentaban OSC en buen estado, salen durante el estudio: 6 a Trasplante renal, 4 a hemodiálisis y 3 exitus.
- De los 15 afectados, salen durante el estudio 1 a Trasplante renal, 1 a hemodiálisis, 1 exitus. Al finalizar: 1 presenta extrusión, 1 continua equivoco y conseguimos 10 en buen estado.

Conclusiones:

Un seguimiento exhaustivo del orificio mediante intervención de enfermería y educación sanitaria mejora notablemente el estado de los OSC. La utilización de medios visuales ha servido de base para observar la evolución. Resaltar que el trabajo que realiza la enfermera en esta consulta, es primordial para conseguir plena satisfacción del paciente, y por lo tanto la suya propia.

Pacientes anúricos: diálisis peritoneal adaptada o cambio de técnica

Cristina Pérez Jiménez, Isabel Montesinos Navarro, Encarnación Vellón Pérez, Nemesio Manuel Martínez Martínez, Miguel Ortega Cerrato, Agustín Ortega Cerrato

Hospital General Universitario. Albacete. España

Introducción:

Los parámetros de adecuación en diálisis peritoneal va más allá que lograr un Kt/V semanal de urea igual o superior a 1.7 o un aclaramiento semanal de creatinina igual o superior a 50 litros. En los pacientes anúricos, este hecho se complica de forma significativa, ya que es necesario una ultrafiltración mayor para mantener un estado de hidratación óptima, con el menor coste metabólico posible, lo cual muchas veces conduce al cambio de técnica.

Un nuevo método para pautar la diálisis peritoneal automática basado en la sucesión de ciclos de permanencia cortos y de bajo volumen seguidos de ciclos largos y de alto volumen en comparación con la forma clásica de prescripción caracterizada por ciclos de igual duración e igual volumen, propuesto por Fischbach, puede ayudarnos a controlar esta situación sin necesidad de cambiar de técnica, denominada, diálisis peritoneal automática adaptada (DPAa).

Objetivo:

Planteamos una paciente en programa de DPA, con datos de infradiálisis que tras cambio a DPAa mejoró los datos clínicos y analíticos, sin necesidad de cambiar de técnica. Además queremos identificar la carga de trabajo que supone para enfermería la implementación de este nuevo método de prescripción.

Material y Método:

Estudio prospectivo en un paciente, que tras inicio con DPAC durante 12 meses, presenta problemas de infradiálisis y de UF por lo que se decidió cambiar de prescripción a DPAa.

Se realizó determinación basal del tipo de transporte peritoneal y se comparó las siguientes variables antes y después del cambio de prescripción: peso, presión ar-

terial y estado de hidratación mediante bioimpedancia, parámetros de adecuación, parámetros analíticos y los datos registrados en la tarjeta de la cicladora: volúmenes, tiempos, tipos de alarmas.

Se realizó seguimiento telefónico para detección precoz de posibles complicaciones y signos de disconfort (potencialmente inducible por los altos volúmenes usados en las permanencias largas).

Resultados:

La DPAa en comparación con la DPAC ofreció:

- Mejor Kt/V semanal de urea (2.19 ± 0.3 vs 1.67 ± 0.2).
- Mejor aclaramiento semanal de creatinina (86.33 ± 9 vs 65.69 ± 7).
- Mejor ultrafiltración (953 ± 113 vs 334 ± 110).
- Buen control del estado de hidratación y del control de la presión arterial.
- No se ha detectado ninguna complicación ni un aumento significativo de alarmas registradas.
- La incorporación de esta nueva modalidad no ha supuesto una sobrecarga de trabajo para la enfermería de la unidad.

Conclusiones:

La DPAa permite obtener unos adecuados parámetros de adecuación y un correcto estado de hidratación, con un menor coste metabólico, mejor control de la HbA1C con la DPAa, por lo que, en términos de eficiencia resulta una muy buena opción ya que se logra una mayor ultrafiltración.

Estos hallazgos permiten plantear la DPAa como modalidad de elección cuando el paciente inicia diálisis peritoneal automática y presenta déficit de UF o de infradiálisis.

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

Reentrenamiento peritoneal en grupo

Mercedes María Moreno Salinas, Judith Sánchez Torres, Alba Simeón Maragón, Elisabeth Castillo Jabalera, Dolores Rizo Martínez, Ana Belén Canales Vitoria

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción:

El entrenamiento en diálisis peritoneal es la adquisición de conocimientos teóricos-prácticos para que el paciente realice la técnica de manera correcta en su domicilio.

El paciente en diálisis peritoneal, en algunos casos, puede ir modificando esos conocimientos convirtiéndolos en hábitos que no siempre son correctos.

En nuestra unidad llevamos a cabo sesiones de reentrenamiento grupal, reforzando la figura del paciente experto.

Objetivo:

- Reforzar conocimientos teóricos-prácticos.
- Fomentar la seguridad del paciente y cuidador.
- Prevenir o actuar ante complicaciones.
- Detectar y corregir errores relacionados con la técnica.

Material y Método:

Se programan cinco sesiones anuales en las que el personal de enfermería escoge un paciente experto. Este paciente es una persona activa y con capacidad de transmitir sus conocimientos de manera correcta y amena.

Los temas tratados en las sesiones son: asepsia, lavado de manos, cura de orificio, intercambio peritoneal manual y automatizada, actuación ante complicaciones (peritonitis, hiperhidratación, deshidratación y fuga peritoneal).

Tras las sesiones se proporciona encuestas de satisfacción a los asistentes.

Resultados:

El 64% de los pacientes encuestados considera que los temas tratados han sido excelentes y el 36% considera que han sido muy buenos.

El 56% de los pacientes puntúa de 10 el grado de satisfacción de la sesión y el 44% de 9, en una escala del 0 al 10.

Conclusiones:

El reentrenamiento está muy recomendado para alargar la supervivencia de la técnica de diálisis peritoneal. En nuestra unidad lo llevamos a cabo con grupos de pacientes siendo uno de ellos la figura experta, que ayuda a corregir errores y a reforzar los conocimientos que se adquirieron durante el entrenamiento inicial.

Es una actividad considerada de gran utilidad y satisfacción por los pacientes de nuestra unidad.

Resultado de utilizar las herramientas de ayuda a la toma de decisiones en una consulta de ERCA

Inmaculada Hernández Peña, María Dolores Echániz Unamuno, Carlos López Colás, María Azucena Herrero Vega, Jose María Gago Gómez, María del Carmen Gago Gómez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid España

Introducción:

En los últimos años hemos implantando la consulta de enfermería de Enfermedad Renal Crónica Avanzada utilizando el proceso de educación y uso de las Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisión para la libre elección de modalidad de Tratamiento Sustitutivo Renal.

Objetivos:

Analizar la incidencia de pacientes en TSR, modalidad de tratamiento, pacientes potencialmente trasplantables, programados y no programados, porcentaje de elección para cada modalidad, filtrado glomerular (FG) al inicio y al final del proceso de educación y número de visitas realizadas para una elección definitiva así como detectar áreas de mejora.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes educados en los últimos 3 años en la consulta ERCA de enfermería.

Resultados:

De los 76 pacientes que iniciaron TSR en los últimos 3 años, 54 pasaron por la consulta de enfermería para ser educados en modalidades de TSR y 22 no fueron educados por diferentes motivos que dificultaron su remisión. El % de pacientes no programados (NP) ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo de estos 3 años (52%, 38% y 29%).

De los 54 pacientes educados, 13 tenían contraindicación para DP y 1 falleció antes de tener una elección definitiva. 27 (67,5%) pacientes tuvieron una elección final para DP, 14 en DPCA (35%) y 13 en DPA (32,5%). El 79% de los pacientes realizaron una elección definitiva en sólo 2 visitas. La incidencia en DP (23 pacientes) ha ido aumentando progresivamente, siendo de 13% en 2013, 38% en 2014 y 48% en 2015. El 47,9% de los pacientes potencialmente trasplantables iniciaron DP (23 de 48). El Filtrado Glomerular (FG) medio con el que los pacientes iniciaron el proceso de educación fue de 16,7 ml/min y con el que realizaron una elección final 14,7 ml/min.

Conclusiones:

A lo largo de estos 3 años, ha ido aumentando progresivamente el número de pacientes con inicio de TSR programado, educados y por tanto, remitidos a la consulta de enfermería, incluyendo tanto pacientes con contraindicación a alguna de las modalidades de TSR como con inicio NP, además de gracias a una remisión sistemática y a tiempo de todos los pacientes en ERCA.

El alto porcentaje de elección de DP por los pacientes viene marcado por valores como la autonomía, tiempo libre o trabajar a jornada completa. Por ello destacamos la importancia de que el paciente sea consciente de qué es lo que más le importa en la primera fase de determinación de valores y estilo de vida.

Se ha observado un incremento en el número de pacientes incidentes en DP gracias a un mayor número de pacientes educados en los últimos 3 años, siendo además el 47,9% potencialmente trasplantable, lo que aumenta la eficiencia en la planificación del TRS y reducción de costes del mismo.

Tratamiento multidisciplinar en la Calcifilaxis en un paciente con IRC manteniendo su técnica de elección: la diálisis peritoneal

Vanessa Alonso Hernández, Beatriz Martín González, Julia Torres Morales, Vicente Paraiso Cuevas

Hospital Universitario de Henares. Madrid. España

Introducción:

La calcifilaxis es una importante causa de morbi mortalidad en los pacientes con IRC en TRS. Su prevalencia es de 1-4%. Su patogenia es poco conocida se relaciona con diferentes factores de riesgo. Clínicamente se caracteriza por isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo secundario a calcificación y trombosis de pequeñas arteriolas. Tiene mal pronóstico.

Objetivos:

- Principal.
 - Epitelización total de la zona.
- Secundarios
 - Control del dolor.
 - Prevención de infecciones.
 - Mantener la diálisis peritoneal.

Material y Método:

Varón de 62 años con IRC relacionada con neurotoxicidad crónica por anticalcineuricos.

AP. Transplante cardiaco, marcapasos, apnea del sueño, ictiosis, hiperparatiroidismo.

En junio de 2015 acude por dolor en MII, zona eritematosa con dolor intenso a la palpación, se trata la zona con ácidos grasos hiperoxigenados y se protege la zona. A los dos días discontinuidad de la piel con aumento del dolor. Desinfectamos y protegemos. A la semana zona necrótica con eritema perilesión que ya incapacita al paciente. Aumentamos analgesia y curamos la zona con desinfectante tópico. Evolución desfavorable en pocos días, aumento del tamaño y cultivo positivo. Se inicia ATB. Se progresa analgesia y se inician curas con hidrogel y plata. Se intenta desbridamiento quirúrgico sin éxito. Tras 20 días de evolución se aprecia un aumento del tamaño y cavitación, se mantiene el mismo trata-

miento tópico y se inicia de manera paralela oxigenoterapia local. Se sigue manteniendo la DP con disminución del calcio de las bolsas. Al mes se inicia tratamiento con Tiosulfato IV tres días a la semana. Se sigue el mismo tratamiento tópico y se intenta desbridamiento con bisturí sin éxito. Tras una valoración por dermatología se decide desbridamiento quirúrgico en quirófano dejando el lecho de la herida limpio. Se tomo muestra para anatomía patológica obteniendo resultado positivo en Calcifilaxis. Mantenemos tratamiento con hidrogel y oxigenoterapia. El 9 de diciembre se dio el alta definitiva.

Conclusiones:

EL tratamiento de la calcifilaxis sigue siendo todo un reto para el personal sanitario, la falta de una línea común para su cuidado y la pluripatología de estos pacientes, hacen una tarea difícil en el tratamiento de estas lesiones. Existen diferentes publicaciones en las que se hace alusión al tratamiento con tiosulfato como método de elección. Es un compuesto que disuelve las sales de calcio depositadas en los vasos.

Varios artículos nombran el tratamiento con cámara hiperbárica. Un método a tener en cuenta ya que la presión de oxígeno facilita el crecimiento de los tejidos. No es un tratamiento fácil debido a la poca disponibilidad en nuestra comunidad.

Nuestro paciente está en programa de diálisis peritoneal, en la mayoría de los casos, según bibliografía, estos pacientes pasan a hemodiálisis diaria, con lo que nuestro caso refleja la opción de mantener a los pacientes en su técnica de elección.

El tratamiento tópico queda en el aire, siendo criterio del profesional del momento quien lo instaura, no habiendo un protocolo común para este tipo de lesiones. La aplicación de oxígeno en la zona, nos ha resultado interesante aunque no podemos demostrar el beneficio de la misma, si existe modificación del color.

Unidad de peritoneal, diez años de vida

Cristobal Lorente Méndez, Felicísima Astorga Pérez, María Isabel Beltrán Redondo, Aránzazu Martínez, Matilde Soto Sánchez, María Magdalena Badallo Mira

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. España

Introducción:

La posibilidad de elegir libremente el tratamiento renal sustitutivo en aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica terminal permite que la limitación geográfica no sea un problema.

La Diálisis Peritoneal (DP) ha mostrado supervivencia similar a la hemodiálisis (HD) con diferencias favorables en ciertos grupos de pacientes.

En 2007 solo existía en nuestra Comunidad una unidad de diálisis peritoneal que daba servicio a 9 áreas de salud por lo que se decidió abrir otra unidad en nuestro hospital. El inicio fue en febrero de 2008 con 7 pacientes trasladados y uno de nuestra consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) abarcando las áreas de salud 2 y 8.

En la actualidad en nuestra comunidad (con sus 9 áreas de salud) reciben tratamiento de Diálisis Peritoneal 97 pacientes de los que 32 pertenecen a nuestras dos áreas de salud y el resto a las otras siete.

Objetivos:

Evaluar nuestro programa tras 10 años de experiencia.

Material y Método:

Estudio retrospectivo de corte transversal de un total de 112 pacientes sobre 116 catéteres desde febrero 2008 hasta la actualidad.

Utilizamos sistemas de doble bolsa y catéteres autoperforantes 2 cuff implantados mediante laparoscopia.

Evaluamos al total de los pacientes que han pasado por nuestra unidad. Analizamos las variables de área de salud, edad de inicio, sexo, etiología de la Enfermedad Renal Crónica, pacientes diabéticos, procedencia (ERCA, HD, traslado), causa de salida, complicaciones, tiempo de permanencia, técnica y número de pacientes al inicio y al final del periodo.

Análisis Estadístico:

Programa SPSS 15.0 para Windows. Las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes y las cuantitativas como media, desviación estándar y rango.

Resultados:

Analizamos 112 pacientes (83% área 1, 17% área 2), 67.9% hombres y 32.1% mujeres. Edad media de inicio 53,70 +/- 14,51.

Procedencia: 66,1% consulta de (ERCA), 24,1% hemodiálisis (HD) y 9,8% otros centros.

Tiempo de permanencia: 25.53 (1 – 151 meses).

Etiología: 29,5% glomerulares, 23.2% hipertensivas, 17.0% desconocidas, 14.3% diabéticas, 9.8% intersticiales, 4.5% otras y 1.8% hereditarias, siendo el 32.15 diabéticos.

Salen de programa 80: TX 35.7% (porcentaje 50.0%), Fallo de la técnica 15.2%, Exitus 9.8%, Peritonitis 5.4%, Mejoría 3.6% y traslados 1.8%.

El 27.68% han estado o están en cicladora.

Presentan complicaciones: 79 pacientes (70.5) %: Peritonitis (35.7%), Infección orificio (12.5%), Tunelitis (3.6%), Fuga (8.9%), Hernia (8.9%), Atrapamiento (6.3%), Hemoperitoneo (3.6%), Infra diálisis (5.4%), Hidrotórax (1.8%), Hematoma de los rectos (1.8%), Extrusión del da cron externo (1.8%), Neumoperitoneo (1.8%) y Otros (7.1%).

Conclusiones:

La incidencia media en Diálisis Peritoneal en nuestras dos aéreas sanitarias desde 2014 a 2016 es del 18,7%. En estos mismos años, en el registro de la Organización Nacional de Trasplantes, la media nacional es del 15% aproximadamente.

Durante estos 10 años nuestra unidad ha ido creciendo. Comenzamos con 8 pacientes y en la actualidad hay 32, que la etiología más frecuente ha sido glomerular y el 50% de los pacientes han sido trasplantados.

Análisis de la sobrecarga familiar en la consulta de ERCA utilizando cuestionario de ZARIT

Inmaculada Torres Colomera, Ana M^a Marín Ferrón, M^a Angeles Sánchez Lamolda, Felipe Cañada Núñez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España

Introducción:

Los pacientes de la consulta ERCA se caracterizan por precisar tratamientos que requieren cuidados durante largos periodos de tiempo, nuestros pacientes renales, precisan en la mayoría de ocasiones de apoyo familiar o de un cuidador. Conforme avanza la enfermedad, la edad y otras patologías asociadas, se incrementan los problemas de salud. Toda esta sobrecarga, termina por afrontarla el cuidador, apareciendo alteraciones en su vida diaria, que derivan en serios problemas de salud. Con nuestro trabajo queremos establecer intervenciones de enfermería propias, que eviten estos riesgos. Manteniendo la alerta ante el cansancio del rol del cuidador.

Objetivos:

Evaluar la sobrecarga percibida por el cuidador.
Aplicar plan de cuidados individualizado a través de diagnósticos de Enfermería.

Material y Método:

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal a 90 pacientes de la consulta de ERCA, durante 4 meses. Identificamos a los cuidadores, se le informa de la realización del cuestionario Zarit. Es un cuestionario auto administrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5). Se le explica las instrucciones del cuestionario al cuidador. Se realiza medición de la respuesta con los valores ya establecidos. Se aplican las variables: edad, sexo y tiempo en consulta. Se aplica plan de cuidados con la intervención:
7040 Apoyo al cuidador.

Resultados:

Se identifican 19 pacientes con cuidador: 18 hombres y 1 mujer. Edad media de los pacientes es de 80 años \pm 15 años, Realizan el cuestionario 17 cuidadores, y se niegan 2. Todos los cuidadores son mujeres. EL 11,7% de los pacientes acuden desde hace 4 años a la consulta, el 11,7% desde hace 3 años, 23,5% desde hace dos años y 2,9% desde hace 1 año.

El resultado del cuestionario: Sobrecarga leve un 17,6%, sobrecarga intensa 35,2 % y no percibe sobrecarga un 47,2 %.

Se le aplica plan de cuidados estandarizado y aplicamos la intervención de enfermería: 7040 Apoyo al cuidador, Realizamos a todos los cuidadores: Apoyo para establecer límites y cuidar de si mismo a todos los cuidadores y escucha activa.

Animamos al cuidador a participar en grupo de apoyo: informamos sobre nuestra escuela de pacientes renales. Con los cuidadores que reflejan sobrecarga intensa trabajamos las siguientes actividades: Información al cuidador sobre recursos sociales: actuamos con ayuda del Trabajador social, para solicitar ayuda a domicilio y se le facilita institución para respiro familiar.

Conclusiones:

Se evidencia la necesidad de actuar sobre el cuidador, realizando un plan de cuidados que debe coexistir junto con el diseñado para el propio paciente.

La realización de la medición de sobrecarga a los cuidadores de los pacientes renales nos indicó los cuidados que necesitaba cada uno de ellos de forma individualizada.

Actuamos con los cuidadores de pacientes renales con sobrecarga y con los que no perciben sobrecarga para prevenirla.

Satisfacción del paciente como herramienta de medida en la consulta de ERCA

M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Ana M^a Marín Ferrón, Inmaculada Torres Colomera

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España

Introducción:

Las encuestas de satisfacción permiten escuchar directamente a los pacientes acerca de que opinan de la atención que reciben. Consideramos que la medida de satisfacción es una medida de resultado en la atención sanitaria. Los resultados son herramientas poderosas para conocer las necesidades propias de los pacientes. Creemos que tenemos que ser sensibles a las demandas de calidad, participación y transparencia, que los pacientes reclaman cada vez más.

Objetivos:

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes de ERCA.

Fijar objetivos de mejora en la consulta.

Determinar necesidades de los pacientes de ERCA (información, trato, tiempo en consulta, intimidad, accesibilidad).

Material y Método:

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal a los pacientes renales en consulta ERCA en nuestra UCG durante 3 meses. Utilizamos para la recogida de datos un cuestionario de la unidad de calidad de nuestro hospital, con 16 ítems, agrupados en: información al paciente, trato, accesibilidad, intimidad, sugerencias. Variables del estudio: edad, sexo, trabajo. Se solicita consentimiento verbal a todos los pacientes para su participación, el estudio se realiza de forma anónima. Toda la información y la encuesta se la explica una enfermera, se utiliza un buzón que se deja en la consulta para que dejen las encuestas durante los 3 meses del estudio.

Resultados:

La muestra fue de 41 pacientes con una media de edad 62 años \pm 28 años, de los cuales hombres un 63,4% y mujeres 36,5%. 85,4% no trabaja y el 14,6% si trabaja. Un 82,9% viene derivado de consultas externas de Nefrología, de hospitalización el 12,1% y de otros hospitales el 4,8%.

- Sobre información: 95,1% se sienten satisfechos con la información recibida y 4,8% casi siempre.

- Sobre el trato: 97,5% han recibido un trato muy bueno y el 2,4% un trato bueno.

- Sobre la accesibilidad: el 80% le ha parecido adecuada. 17% escasa y 3 % excesiva. El 97,5% conoce el nombre de la enfermera que le trata. El 65,8% de los pacientes le ha resultado fácil telefonar a la consulta. Solo se ha recibido 1 dificultad para llegar a la consulta y es debido a las obras por acondicionamiento hospitalario.

- Sobre la intimidad: el 65,8% muy buena y el 34,2% buena.

Se ha realizado una valoración global (0 a 10) un 10 el 65,8%, 9 el 19,5%, 8 el 12,1%, y 7 el 2,4%.

Conclusiones:

Mediante este estudio que hemos realizado, observamos que todos los ítems alcanzan un nivel de satisfacción muy alto. No ha habido la respuesta esperada en el apartado de sugerencias. Queríamos conocer los puntos débiles de la consulta y mejorar en lo posible, pero los pacientes se sienten muy satisfechos con la misma. Nos cuestionamos que somos nosotros los que debemos de estar alertas, buscar puntos de encuentro con otros profesionales para valorar otras ideas, estar abiertos a los cambios, poner en común sugerencias y otras situaciones que favorezcan el trabajo diario.

¿Qué presencia de calcificaciones vasculares tienen nuestros pacientes de hemodiálisis?

María del Carmen Redondo Simón, Laura Casuso Jiménez, Inmaculada Martínez Jiménez, Diego Roldán Collantes

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

La causa más frecuente de muerte en los pacientes en hemodiálisis (HD) es la enfermedad cardiovascular, debida en gran parte al exceso de calcificaciones vasculares (CV).

La prevalencia y severidad de las CV en la población en diálisis es extremadamente elevada. Se asocian con factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) clásicos (edad, tabaco, hipertensión, diabetes, dislipemia...) y con factores específicos de la patología renal (hiperfosforemia, balances de calcio positivo, tratamiento con vitamina D, producto CaxP elevado, tiempo en diálisis....). Para evitar su desarrollo y progresión, es fundamental el control tanto de FRCV clásicos como de los factores relacionados con el metabolismo óseo-mineral (MOM) desde etapas precoces de la enfermedad renal. Una vez que las CV aparecen no se dispone de ninguna terapia específica para su tratamiento.

En éstos pacientes la mayoría de las CV se detectan accidentalmente al realizar técnicas de imagen para otra finalidad, aunque desde hace unos años se recomienda su búsqueda activa para guiar el manejo de las alteraciones del MOM e incidir más sobre los FRCV.

Para la detección de CV pueden usarse desde simples radiografías o ecografías hasta angiomiotomografía, onda de pulso mediante TAC helicoidal o gammagrafías.

Objetivo:

Determinar mediante ecografía simple la presencia de CV en nuestra unidad de hemodiálisis (HD).

Material y Método:

Realizamos un estudio transversal en nuestros pacientes en HD, realizando ecografía de arterias femorales

y carótidas (derechas e izquierdas). Dividimos a los pacientes en dos grupos, según tuvieran o no CV y los relacionamos con FRCV clásicos, edad y tiempo en diálisis.

Resultados:

Incluimos 56 pacientes, 35 hombres y 21 mujeres, con edad media de 64.7 + 15.9 años y tiempo medio en diálisis 66.8 + 58.8 meses.

Solo 11 pacientes (19.6%) no tienen CV. Los restantes 45 pacientes (80.4%) si presentan CV en alguna localización, teniendo 26 de ellos (46.4%) en ambas femorales y carótidas, 5 (8.9%) en 3 localizaciones, 8 (14.3%) en 2 localizaciones y 6 (10.7%) solo en 1 localización. En cuanto a la presencia de otros FRCV clásicos, en el grupo con CV, 6 pacientes no tenían ningún FRCV, 18 tenían 1 o 2 FRCV, 19 tenía 3 o 4 FRCV y 2 tenían 5 o más FRCV, mientras que en el grupo sin CV, 4 pacientes no tenían ningún FRCV y 7 tenían 1 o 2. No había ningún paciente con 3 o más FRCV.

De los datos analizados, sólo encontramos diferencias significativas en el grupo con CV en cuanto a la edad > 65 años ($p=0.001$) y a la dislipemia ($p=0.001$). No encontramos significación con el tiempo en diálisis, posiblemente por ser la muestra pequeña ($n=11$ sin CV).

Conclusiones:

En nuestra población, las calcificaciones vasculares son muy frecuentes (80.4%), siendo la ecografía un método simple, barato y sin riesgos para detectarlas.

Conocer la presencia de CV permite reforzar hábitos de vida saludables, ayudar a controlar FRCV clásicos y guiar mejor el tratamiento de las alteraciones del MOM asociadas a la propia enfermedad renal.

Adherencia terapéutica como estándar de calidad enfermero

M^a Concepción Pereira Feijoo, Vanessa Almagro Martínez, Carlos Blanco Otero, Zaira Prada Monterrubio

Centros FRIAT, Santa María, O Barco de Valdeorras, Verin Os Salgueiros. Orense. España

La falta de adherencia terapéutica, es una problemática importante en las unidades de hemodiálisis, por su frecuencia y por su repercusión en los resultados obtenidos a través del tratamiento. El abordaje no es sencillo y aunque las evidencias disponibles no permiten afirmar tajantemente qué intervenciones pueden favorecer las tasas de incumplimiento, los mejores resultados se han obtenido con intervenciones dirigidas a simplificar el tratamiento, refuerzos conductuales, la implicación de cuidadores y la combinación de todas estas intervenciones.

Se ha valorado la adherencia terapéutica sobre medicación, alimentación, restricción hídrica y ejercicio físico, a 92 pacientes que durante el 2015 hasta febrero del 2016, se dializaron en 3 unidades de hemodiálisis. Estudio observacional descriptivo transversal. La medición de la adherencia se realizó a través de formatos específicos vigentes en nuestras unidades: plan de cuidados/encuestas terapéuticas/folletos de refuerzo (planificados cada 6 meses ,cuando inicia el paciente en nuestras unidades y si se detecta alguna incidencia), además de la revisión de historias clínicas (ganancia interdialisis y parámetros analíticos) junto con el autorreporte de nuestros pacientes en una encuesta donde el paciente mostraba cual creía el que era su grado de adherencia junto con su posible problemática individual. Para valorar la adherencia farmacológica se utilizó el test de Morisky-Green. Los diagnósticos de enfermería: intolerancia a la actividad, alteración de la nutrición y exceso de volumen de líquido estuvieron presentes en el 76% de los pacientes. El 80% de nuestros pacientes manifiestan un alto grado de adherencia

terapéutica a su tratamiento, aunque en realidad sólo el 52% tienen una adherencia terapéutica elevada, un 14% moderada y el resto falta de adherencia elevada. La adherencia a medicamentos y a la dieta mostró una relación directa con la edad, siendo favorecida por la disponibilidad de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, apoyo familiar, información con refuerzo y seguimiento por parte del equipo de enfermería de las unidades. El perfil definido como moderado estaba relacionado con la información escasa aportada por el equipo de salud, generando malas interpretaciones, principalmente del tratamiento farmacológico, restricción hídrica y la dieta, siendo un porcentaje elevado en este grupo el relacionado con la toma incorrecta de la medicación. El riesgo alto de incumplimiento se relaciona por no tener apoyo familiar ni recursos adecuados así como una percepción de gravedad de su estado de salud junto con los cambios asociados en su vida diaria. La enfermería desempeña un papel esencial para el manejo de la adherencia terapéutica. La población a estudio tiene características nada favorables: edad media mayor de 69 años, comorbilidad asociada, dependencia elevada, además de un bajo nivel cultural y el 60% de los pacientes dependen de un cuidador que asume el cuidado y manejo de su enfermedad. La monitorización y evaluación periódica de nuestros pacientes garantizará el éxito del tratamiento, siendo necesario personalizar en función de los factores individuales implicados del paciente sin adherencia. El paciente/cuidador informado es un aliado para lograr un grado de adherencia óptimo para conseguir los resultados en salud deseados.

Albúmina sérica como indicador nutricional en pacientes en hemodiálisis

Cristina Martínez López, Raquel García Collazos, José Torres Causanilles

Centro de Diálisis de Oropesa del Mar. Castellón. España

Introducción:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan un alto riesgo de desgaste proteico energético (DPE) e inflamación sistémica y metabólica, lo que incrementa la morbimortalidad. La albúmina sérica podría ser un indicador de la proteína visceral que nos permita valorar el estado nutricional.

Objetivos:

Mejorar el estado nutricional de nuestros pacientes mediante la intervención de enfermería.

Material y Método:

Se realizó un seguimiento analítico mensual a 52 pacientes prevalentes en hemodiálisis en un centro durante 12 meses (desde enero 2016 a enero 2017) realizando mediciones de albúmina sérica y valorando los niveles inferiores a 3.8 g/dl, otras determinaciones bioquímicas tales como proteínas totales, proteína C reactiva (PCR), colesterol total y leucocitos. Además de las siguientes variables: edad, sexo, acceso vascular, etiología de la enfermedad renal, tiempo de tratamiento renal sustitutivo (TRS), hipertensión (HTA), y diabetes mellitus (DM).

Resultados:

En este estudio descriptivo retrospectivo se incluyó 52 pacientes, de los cuales el 50% fueron hombres. La

edad media de la población fue de 71 ± 12.665 con una mediana en TRS de 5.50 (3 - 9) años. Del total de la muestra, el 36.5% se dializaban mediante catéter tunelizado (CVC) y el 63.5% a través de fistula arteriovenosa (FAV). En cuanto a la etiología de la enfermedad renal crónica (ERC), el 44.2% fue incierta, el 7.7% por HTA, 19.2% por DM, 9.6% debido a causa glomerular, el 3.8% enfermedad poliquística del adulto y el 15.4% a otras causas. Según el consenso de la International Society for Renal Nutrition and Metabolism, se encontraron a 17 pacientes, el 32.6% de la muestra, con un nivel medio de albúmina < 3.8 g/dl, por lo que se localizaron en riesgo de síndrome DPE. De estos 17 pacientes, el 58.8% fueron hombres, el 52.9% se dializaba mediante CVC, la media de edad era de 76 ± 8.71 , con una mediana en TRS de 5 (3 - 9) años.

Conclusiones:

Se detectaron concentraciones séricas de albúmina por debajo de los recomendados en un porcentaje importante de pacientes, lo que podría significar una prevalencia importante de desnutrición. Mediante la medición sistemática de albúmina sérica, se podría identificar a aquellos pacientes en riesgo de desnutrición, lo que permitiría ejercer las medidas correctoras correspondientes de manera precoz, mejorando el pronóstico. Por lo que el trabajo en equipo entre la enfermería y los nefrólogos sigue siendo importante para la detección, tratamiento y seguimiento del DPE en los pacientes en hemodiálisis.

Análisis de la calidad asistencial percibida por el paciente atendido en el proceso previo al trasplante renal

María José Ramírez Alda, Sergio Antonio Granados Camacho, Belén Sánchez García, Victoria Eugenia Ruiz Díaz, Ana Rebollo Rubio, José Antonio González Castillo

Hospital Regional Universitario. Málaga. España

Introducción:

La preocupación por conocer la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción de los individuos constituye una gran preocupación en los últimos años en el campo de la salud.

Entre los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad asistencial, se emplea el modelo SERVQUAL, que se basa en una definición de la calidad como la diferencia que existe entre las expectativas y la percepción del usuario.

El objetivo del estudio es analizar la calidad asistencial percibida por los pacientes renales en lista de trasplante una vez llamados y atendidos para recibir una donación de órgano renal.

Material y Método:

Se desarrolló un estudio de diseño cualitativo fenomenológico. La población de estudio fueron enfermos renales atendidos en el proceso de preparación para trasplante renal por el equipo de enfermería especializado. Se excluyeron aquellos pacientes que realizaban la terapia renal sustitutiva (hemodiálisis) en el mismo hospital donde se llevaba a cabo la preparación para el trasplante y evitar así, el conocimiento previo entre profesional y paciente.

La población de estudio fue constituida finalmente por 20 pacientes con los que se alcanzó la saturación de los datos ya que no se obtuvo nueva información.

La técnica de recogida de datos consistió en una entrevista individual. La entrevistadora no había tenido relación previa con los pacientes entrevistados; les transmitió toda la información acerca del estudio, así como, su confidencialidad y anonimato y una vez que los pacientes firmaron su consentimiento se procedió a las entrevistas semi-estructuradas y de forma individual realizadas en cada una de las habitaciones de la unidad de trasplante donde los pacientes estuvieron ingresados creando un ambiente tranquilo y adecuado. Las entrevistas fueron grabadas (previo conocimiento

de los pacientes) para posteriormente ser transcritas y analizadas. A continuación, se procedió al análisis del contenido triangulado por dos miembros del equipo, estructurando la información según las dimensiones del modelo SERVQUAL (accesibilidad, trato, comunicación, competencia, capacidad de respuesta y tangibilidad).

Resultados:

Los resultados obtenidos en dimensiones del modelo fueron:

- **ACCESIBILIDAD:** La mayoría de los pacientes refirieron la "llamada de la lista de trasplante" como estresante y emocionante.
- **CORTESIA:** El trato recibido por el personal enfermero es de empatía.
- **COMUNICACIÓN:** Se percibe por el paciente un elevado conocimiento en la materia por parte del profesional especializado ya que le es fácil aclarar las dudas surgidas durante la preparación.
- **COMPETENCIA:** Los pacientes refieren la confianza plena en las actuaciones llevadas a cabo por el profesional.
- **CAPACIDAD DE RESPUESTA:** Reconocen que la espera de saber cuál es el candidato para ser trasplantado se hace algo interminable y angustioso.
- **TANGIBILIDAD:** Los entrevistados manifiestan como aspectos a mejorar el espacio donde enfermería y auxiliar tienen que llevar a cabo sus funciones.

Conclusiones:

Es primordial la sensibilidad, empatía y el conocimiento en la materia de los profesionales de la salud ante los pacientes que se someten a los preparativos de un trasplante para transmitirles tranquilidad y serenidad ante tal acontecimiento (el trasplante).

Análisis y evaluación del cambio de protocolo de cura, conexión y desconexión en hemodiálisis pediátrica

Pedro Bernal Herrera, María Soledad Noguero Iglesias, Flora López González

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

El poder disponer de un acceso vascular apropiado y con un buen funcionamiento durante el tratamiento en hemodiálisis es básico y fundamental para conseguir mejorar la vida de nuestros pacientes y reducir la morbilidad asociada. Este principio resulta especialmente importante en los pacientes pediátricos, en donde el acceso vascular predominante es el catéter venoso central tunelizado como mejor opción para realizar el tratamiento. Un proceso infeccioso del acceso vascular que requiera la necesidad de recambio del mismo supone un riesgo agregado a la conservación de los vasos y por el paso por quirófano.

Tras una serie de episodios infecciosos frecuentes en los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se realiza una revisión y posterior modificación, según toda la evidencia científica, del protocolo de cura y conexión/desconexión en hemodiálisis y que es el objeto del actual estudio.

Objetivos:

Evaluar y analizar la eficacia del cambio de protocolo en la cura, conexión y desconexión en hemodiálisis pediátrica.

Material y Método:

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo basado en la revisión y estudio de los datos de las historias clínicas y de hemodiálisis de los pacientes pediátricos incluidos en programa en nuestra Unidad. El período de estudio abarca desde octubre de 2010 a octubre de 2016. Se incluyen en el estudio a todos los pacientes pediátricos portadores de catéter permanente tunelizado y catéter de agudos. Se excluyen las sesiones de hemodiálisis en UCI pediátrica. Otras variables estudiadas han sido: sexo, edad y tiempo en hemodiálisis.

Resultados:

Se analiza y evalúa una muestra de 46 pacientes que, durante la serie histórica estudiada, realizan un total de 3.376 sesiones de hemodiálisis en donde se aplican los cambios de protocolo. Del total de la muestra estudiada se evidencian 4 procesos de infección en las luces del catéter y orificio de salida, lo que supone un 8,69% de total y que están relacionados con infecciones bacterianas diferentes (*klebsella pneumoniae*, *staphylococcus aureus* y *staphylococcus epidermidis*) y en un caso por hongos (*cándida albicans*), todos en catéter permanente tunelizado. En relación al tiempo en hemodiálisis, los resultados indican gran dispersión: desde una semana como mínimo hasta dos años como máximo. También la edad de los pacientes es muy variada: desde los 6 meses a los 17 años. En cuanto al sexo, existe un 50% de pacientes de ambos sexos.

Conclusiones:

Evidenciamos que la adaptación y diseño del nuevo protocolo de cura, conexión/desconexión en hemodiálisis para pacientes pediátricos que hemos propuesto y activado ha tenido resultado muy eficaz, positivo y eficiente. Habiendo alcanzado nuestro principal objetivo: la reducción drástica de los episodios infecciosos que comprometían el acceso vascular de nuestros pacientes. Un protocolo define la aportación enfermera al cuidado de la salud del paciente, da continuidad a la normalización de la práctica enfermera. Fija indicadores que permiten valorar la calidad, estableciendo estándares de proceso. La implementación del protocolo nos ha permitido acordar, pactar y ajustar acciones que favorecen la disminución de la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la seguridad del paciente.

Anticoagulación regional con citrato durante la técnica de plasmaféresis por filtración

Abel Basilio Ruiz López, Nuria Montero Pérez, Antonio Fernández Pérez, Eva Ferreiro Rodríguez, Marblava Buades Sabater, Susana Asensio Flores

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

En la técnica de plasmaféresis por filtración se utiliza la heparina sódica o la de bajo peso molecular para prevenir la coagulación del filtro y/o circuito extracorpóreo. En caso de estar contraindicada, el riesgo de coagulación se dispara, aumentando los costes y la iatrogenia por manipulación del acceso vascular. En esta situación se puede considerar el uso de citrato sódico para la anticoagulación del circuito, estrategia ampliamente utilizada y validada en las técnicas renales continuas. El citrato quela el calcio iónico, inhabilitándolo para activar la cascada de coagulación. El citrato concentrado (ACD-A) tiene un alto contenido en sodio (224 mmol/l) y una vez metabolizado el complejo citrato-calcio en el hígado, se liberan 3 mmol de bicarbonato por cada mmol de citrato. Se requiere una infusión continua de calcio ionizado para prevenir hipocalcémias. Pueden presentarse desequilibrios hidroelectrolíticos y/o metabólicos secundarios a la infusión de citrato (hipocalcémias, hipernatremias, alcalosis metabólicas...).

Objetivos:

- Demostrar la eficacia como método de anticoagulación del citrato en la técnica de Plasmaféresis por filtración.
- Comprobar la presencia de posibles desequilibrios hidroelectrolíticos o metabólicos secundarios al uso de Citrato a dosis terapéuticas ajustadas.

Material y Método:

Estudio unicéntrico de cohortes prospectivo realizado en pacientes con indicación de plasmaféresis durante el periodo de junio a diciembre del 2016. El criterio de inclusión fue la contraindicación de anticoagulación sistémica. Se creó un protocolo y un algoritmo para la gestión de los flujos de citrato y calcio, las determina-

ciones analíticas y los cambios intrasesión en función de resultados analíticos. Las variables registradas fueron: características del paciente, variables de flujo, presiones del circuito extracorpóreo, determinaciones de calcio iónico, bicarbonato y sodio seriadas durante el procedimiento y coagulación del filtro. Análisis estadístico con el programa informático SPSS.

Resultados:

Se incluyeron un total de cuatro pacientes en 13 sesiones. Las variables relacionadas con el funcionamiento del filtro se registraron al inicio y al final de la sesión: Presión transmembrana: 28.87 ± 10.19 i 37.5 ± 12.3 mmHg; presión de efluente: 93.12 ± 24.72 i 89.87 ± 24.75 mmHg; diferencia de presión: 49.75 ± 28.15 i 61 ± 30.85 mmHg i resistencia: 0.24 ± 0.14 i 0.30 ± 0.15 ohm. La infusión media de citrato fue 206.15 ± 41.94 mL/h y el tiempo medio de sesión fue 231 ± 43 minutos (793 ml/sesión). La dosis de reposición de gluconato cálcico fue 3.2 ± 0.65 mmol/h (271 ml/sesión). Respecto las variables de seguridad al final de la sesión: sodio 145.1 ± 4.28 meq/L, HCO_3 29.69 ± 3.32 meq/L y calcio iónico 1.04 ± 0.06 mmol/L. No se registró ningún caso de coagulación del filtro/circuito ni clínica de hipocalcemia.

Conclusiones:

La anticoagulación regional con citrato a dosis terapéuticas ajustadas es una técnica segura y eficaz que puede ser utilizada en casos de contraindicación de anticoagulación sistémica o en casos de riesgo de sangrado. El volumen de citrato y calcio ionizado infundido (1.064 ml/sesión) puede suponer riesgo de hipervolemia en pacientes anúricos y/o en programa de diálisis. En estos casos, futuros proyectos podrían estudiar la viabilidad de simultanear la sesión de Plasmaféresis y Hemodiálisis mediante conexión en Y para deplecionar el volumen infundido y optimizar los niveles electrolíticos.

Briefing. Herramienta para garantizar la seguridad del paciente

Inmaculada Caro Rodríguez, Dolores Ojeda Ramírez, Laura Casuso Jiménez, Rocío Fernández Valenzuela, José Francisco Rodríguez Puertas, Sonia García Hita

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción y Justificación:

La Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se enmarca y se desarrolla en el Plan de Calidad del SSPA, promoviendo un cambio en cultura de seguridad, a través de la actualización y diseño de herramientas de apoyo a los profesionales para el desarrollo de una práctica clínica segura con la identificación de puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente. Una cultura de seguridad nos exige estar alertas ante potenciales riesgos las 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. El briefing es una herramienta sencilla que favorece compartir e incorporar información sobre seguridad al quehacer diario.

Objetivos:

1. Mejorar el nivel de conocimiento de los profesionales en seguridad del paciente.
2. Potenciar mecanismos de comunicación efectiva entre profesionales en relación a la seguridad del paciente.
3. Potenciar la notificación de eventos adversos.

Material y Método:

Se pretende la incorporación de la herramienta Briefing en cada turno de pacientes y relevo entre profesionales de la unidad para favorecer la comunicación en Seguridad y conseguir fomentar cultura de seguridad. La incorporación de esta herramienta supone tener en cuenta estos aspectos básicos:

1. Son reuniones breves, multidisciplinar, enfocadas a seguridad del Paciente. No deben durar más de 5 -10 minutos.
2. Orientados para discutir sobre riesgos potenciales.
3. Aportan un foro, sin temor a represalias, en el que se identifican y abordan experiencias relativas a la Seguridad del Paciente.

Teniendo en cuenta aspectos organizativos y estructurales de la unidad, implementamos el uso de esta herramienta, de la siguiente manera:

- Al inicio de cada turno de pacientes, tras conexión y

acomodamiento.

- Participaran todos los profesionales del turno.
- Recursos necesarios.
- Formación en Seguridad del paciente.
- Mapa de Riesgos de la Unidad de Hemodiálisis. Realizado en 2014 por equipo multidisciplinar de profesionales de la unidad.
- Sesiones formativas sobre utilidad e implantación del briefing como herramienta.
- Hoja guía y de registro que incluye los aspectos de seguridad basados en los puntos identificados en Mapa de riesgos.

Guión BRIEFING EN HEMODIÁLISIS;

- Identificación de pacientes.
- Riesgo de caídas.
- Alergias.
- Transfusiones.
- Pacientes con Barrera idiomática.
- Medicaciones de difícil manejo.
- Pacientes nuevos en la unidad.
- Personal de nueva incorporación.
- Pacientes con Riesgo de sangrado.
- Pacientes con riesgo de embolia gaseosa.
- Monitores en aislamiento.
- Confirmación Y Chequeo pauta de tratamiento.
- Medidas preventivas transmisión de infecciones.

Conclusiones:

La seguridad del paciente debe constituir uno de los objetivos finales de la calidad asistencial, la gestión de riesgos es una herramienta que lo garantiza. Toda unidad asistencial, debe identificar y prevenir efectos adversos evitables. Los errores son frecuentes, muchas veces inevitables y con grandes consecuencias, por lo tanto, aplica la epidemiología para conocerlos. El reproche y la culpabilidad conducen a que se oculten por lo que cuando una organización no tiene esa cultura, los profesionales son reacios a informar eventos adversos y las condiciones inseguras porque temen represalias o creen que la notificación no dará lugar a cambio. Hacer que la atención sanitaria sea más segura depende de todos.

Caso clínico sobre el efecto de una intervención dietética en el estado nutricional de una paciente en hemodiálisis

Paula Manso del Real, Mónica Pereira García

FRIAT. Hospital Jiménez Díaz. Madrid. España

Introducción:

El estado nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, especialmente aquellos que se encuentran en terapia renal sustitutiva es vulnerable.

Este estado de vulnerabilidad, en muchas ocasiones sino se somete a valoración y seguimiento puede conllevar a un estado de malnutrición y por lo tanto a un aumento de la mortalidad de estos pacientes.

Son muchos los factores determinantes de la desnutrición: restricciones dietéticas, anorexia, trastornos digestivos, comorbilidad asociada, alteraciones hormonales, acidosis metabólica, el entorno urémico y las dietas no controladas entre otros.

Las intervenciones nutricionales representan una estrategia potencial de tratamiento que podrían mejorar la morbimortalidad observada en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.

Caso Clínico:

Mujer de 59 años con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo, hemodiálisis, desde octubre del 2013 en una unidad hospitalaria.

Se incluye, por petición propia, en el estudio que realiza la unidad para la valoración del estado nutricional e intervención dietética adaptada por parte del personal de enfermería entrenado.

Firmado el consentimiento y clasificado a través de la escala MIS el grado de nutrición de la paciente, realizamos la valoración nutricional inicial completa (Peso: 69 Kg; Talla: 1.79 m; IMC: 21.53; Perímetro abdominal: 92 cm; Pliegue tricípital: 28 cm; Circunferencia brazo: 32 cm; Dinamometría: 22) y de bioimpedancia (Ángulo fase 50 h Z: 585.6; Agua corporal total: 35.5 L; Agua intracelular: 18.9 L; Agua extracelular: 16.5 L; Índice de tejido magro: 12.3 Kg/m²; Índice de tejido graso: 8.9 Kg/m²) y la intervención dietética consistente en dietas mensuales a través del programa informático dietas ERCShire específico para pacientes renales.

Tras seis meses de seguimiento e intervención por parte del personal formado con dietas individualizadas y adaptadas, realizamos una nueva valoración nutricional, habiendo mejorado los resultados iniciales antropométricos (Peso: 66 Kg; Talla: 1.79 m; IMC: 20.59; Perímetro abdominal: 89 cm; Pliegue tricípital: 26 cm; Circunferencia brazo: 30.2 cm; Dinamometría: 22) y de bioimpedancia (Ángulo fase 50 hZ: 548.7; Agua corporal total: 37.6 L; Agua intracelular: 20.4 L; Agua extracelular: 17.2 L; Índice de tejido magro: 13.4 Kg/m²; Índice de tejido graso: 8.4 Kg/m²) y llegando a la conclusión de que una intervención sobre el estado nutricional puede suponer una disminución de la morbimortalidad y una mejoría en multitud de variables secundarias que estén íntimamente relacionadas con la nutrición de nuestros pacientes.

Caso clínico: oclusión de tronco innominado venoso con resolución favorable en paciente en hemodiálisis

Yessica Advincula Pomacaja, Noriko Laos Chung, Eduardo Mateos Torres, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Un elevado porcentaje de pacientes que presentan estenosis de venas centrales han sido portadores de algún catéter venoso, lo que puede condicionar futuros accesos vasculares para hemodiálisis.

Objetivos:

Describir nuestra experiencia de un caso de oclusión de tronco innominado venoso, con resolución favorable al ser sometido a angioplastia e implantación de Stent.

Caso Clínico:

Presentamos el caso de un señor de 57 años, que inicia hemodiálisis crónica en 2011 mediante favi radiocefálica izquierda.

Con antecedentes de dos trombosis del acceso vascular, con reanastomosis de punción inmediata. Precizando colocación de catéter temporal en yugular izquierda durante 15 días.

En diciembre de 2016 reinicia hemodiálisis crónica en nuestro hospital, teniendo que ser valorado por cirugía vascular por presentar edema severo del brazo

que duplica su perímetro en comparación con el brazo contralateral, asimetría facial por edema de hemicara izquierda que dificulta la visión, ingurgitación yugular y desarrollo de circulación colateral. Durante las sesiones de hemodiálisis se observan dificultad para la punción, teniendo que realizarse unipuntura ocasionalmente, presiones venosas elevadas y escasa repercusión en los parámetros de calidad de diálisis.

Se realiza Angio - TAC con diagnóstico de oclusión de tronco innominado, programándose angioplastia más colocación de stent Fluency de 10 x 60 mm.

Tras el procedimiento gran mejoría del edema del brazo, hemicara, circulación colateral y normalización de los parámetros de diálisis.

Conclusiones:

Identificar signos precoces de estenosis de venas centrales y disfunción de la favi mediante revisión ecográfica por enfermería debería ser práctica habitual para prolongar la supervivencia del acceso vascular.

Las técnicas endovasculares permiten la corrección de lesiones en troncos venosos centrales. En nuestro paciente hemos prolongado la vida del acceso vascular, evitado complicaciones y colocación de un catéter temporal. Manteniendo la calidad de la diálisis.

Comparación del kt/v analítico y el kt/v medido por los monitores B.Braun mediante adimea

Claudia Pérez Noguera, Carmen Berrire Fuentes, Elena Gordillo Calderón

Centro de Diálisis Málaga. Málaga. España

La hemodiálisis, como cualquier otro tipo de tratamiento, necesita una dosificación y una pauta de administración. Es decir, una diálisis adecuada. La cantidad de diálisis prescrita se basa en la extracción de la urea y, su valor plasmático, refleja las concentraciones de otras toxinas urémicas más perjudiciales.

El Kt/V es un índice que incluye el aclaramiento de urea (K, en ml/min) por el dializador, la duración de la sesión (t, en min.) y el volumen de distribución de la urea (V, en ml). Este índice mide la dosis de diálisis que recibe el paciente. Las recomendaciones actuales son de un Kt/V mínimo de 1,2.

La fórmula más utilizada es la de Daugirdas de 2º generación, que tiene en cuenta la generación de urea intradiálisis y la pérdida por ultrafiltración.

En nuestro centro se realizan dos determinaciones analíticas anuales de Kt/V por paciente, por lo que estaríamos extrapolando estas dos mediciones a una media de 144 sesiones anuales por paciente (3 sesiones/semana). Por esta razón nuestro monitor, Dialog+

710201C, cuenta con biosensores que miden de forma no invasiva el aclaramiento de urea y que permiten, de forma no invasiva, calcular el Kt/V sin sobrecarga de trabajo, determinaciones analíticas ni coste adicional. El monitor trabaja con el sistema Adimea, que usa la espectrometría (luz UV), midiendo la reducción de los productos de desecho urinario a la salida del dializado. Nuestro trabajo compara el Kt/V analítico (bicompartimental según fórmulas Maduell) y el medido por el monitor en una misma sesión, para observar variaciones entre ambos y averiguar la fiabilidad del valor medido de forma no invasiva.

Los valores de Kt/V analítico que usamos los hemos obtenido del programa informático Nefrosoft. En el Kt/V calculado por el monitor Dialog+ mediante la aplicación Adimea, hemos obviado las sesiones en las que el paciente recibió medicación intradiálisis (altera los valores, observando valores erróneos de Kt/V) o sesiones en las que existieron complicaciones intradiálisis que afectaron a la duración de la sesión o a los flujos de sangre o líquido de diálisis.

Cuidados de enfermería en accesos vasculares protésicos de punción precoz: a propósito de un caso

Daniel Lerma García, Beatriz Lerma García, Adrián López Gómez

Universidad de las Islas Baleares, Hospital Can Misses. Baleares. España

Introducción:

El acceso vascular (AV) de elección para la realización de la técnica de hemodiálisis es la fístula arterio-venosa autóloga (FAVI), debido a su mayor supervivencia y menores ratios de infección que las prótesis vasculares.

El uso de injertos de punción precoz puede también ser considerado en casos de necesidad de una diálisis de urgencia, cuando la prótesis pueda evitar el uso de catéteres tunelizados.

En 2013, la FDA aprobó el uso de un injerto tricapa desarrollado llamado GORE® ACUSEAL para su punción precoz.

El presente artículo hace referencia a este nuevo injerto protésico de punción precoz, recogiendo nuestra experiencia de uso con un paciente.

Objetivos:

Instauración y mantenimiento del acceso vascular protésico en condiciones óptimas para la terapia sustitutiva con hemodiálisis.

Material y Método:

El presente artículo consiste, por un lado, una revisión bibliográfica sobre los injertos de punción precoz para hemodiálisis y por otro lado, la exposición de un caso clínico con un paciente portador de este tipo de acceso vascular. La revisión bibliográfica se realizó en la base de datos PUBMED con las palabras clave: vascular access, prosthetic graft, early cannulation y haemodialysis.

Presentación del caso clínico

Paciente de 46 años de edad con enfermedad renal crónica secundaria a Poliquistoris Renal Autosómica Dominante (PQRAD).

Valorada por cirugía vascular que estima la realización de FAVI humerocefálica derecha (paciente zurda). En

quirófano se observa dificultad para la dilatación venosa que imposibilita la cirugía y se desestima la técnica. El equipo de nefrología junto a cirugía vascular deciden colocación de una prótesis para punción precoz en detrimento del catéter central debido a la ausencia de radiología intervencionista en nuestro hospital.

Cuidados del acceso vascular

Una vez preparado el paciente, hay que inspeccionar el injerto cuidadosamente para seleccionar los puntos de punción adecuados y desinfectar la zona con Gluconato de Clorhexidina 2% ó Povidona Iodada 10%, teniendo en cuenta los tiempos necesarios para el efecto bacteriostático de cada solución.

Para la punción, tensar la piel en dirección contraria a la inserción de la aguja. Puncionar con el bisel de la aguja hacia arriba en un ángulo aproximado de 45°. Tras la retirada de la aguja post-tratamiento, se aconseja hemostasia con una gasa durante al menos 15 minutos de compresión.

Complicaciones potenciales

La inspección inicial del acceso es una parte primordial en cada sesión, especialmente desde el inicio de las punciones. Infección, hematomas y pseudoaneurismas pueden presentar problemas, dificultando la canulación y llegando a ser peligrosas. La detección precoz de estos problemas es de vital importancia para el mantenimiento del injerto y la vida del paciente.

Conclusión:

El injerto protésico GORE® ACUSEAL ha demostrado ratios de permeabilidad comparables a las prótesis de PTFE estándar. La principal ventaja del primero, es que puede ser canalizado de manera inmediata, reduciendo así de manera considerable la necesidad de utilización de catéteres venosos centrales para el tratamiento con hemodiálisis, evitando así las complicaciones de estos.

Desde su comienzo a la actualidad. Hemodiálisis domiciliaria en nuestra unidad

David Blanco Pérez, Mónica Martín Vesga, María Sonia Benito Santamaría, Cristina Barrios Rebollo, Blanca Rodríguez Velasco, Carmen Angona Miguel

Hospital General Universitario. Burgos. España

Introducción:

La hemodiálisis domiciliaria, es una alternativa de tratamiento renal sustitutivo, que permite flexibilizar los esquemas dialíticos convencionales de 3 veces a la semana ya que se realiza en casa del paciente. Favorece la prescripción de una Hemodiálisis más frecuente, se consigue optimizar resultados clínicos de una forma económicamente sostenible, evitando al paciente traslados innecesarios al permitir una mayor flexibilidad en la terapia, largos tiempos de espera y mayor disponibilidad de tiempo libre. Diversos estudios han mostrado múltiples efectos beneficiosos debido al aumento de la frecuencia de la Hemodiálisis.

Material y Método:

Estudio retrospectivo de todos los pacientes en Hemodiálisis domiciliaria en nuestro servicio en los últimos 15 años, recopilamos: Edad, sexo, acceso vascular, nivel socio-cultural, nefropatía de base, tratamiento, entrenamiento y acondicionamiento del hogar; así mismo las causas de abandono y sus complicaciones.

Resultados:

Registramos un total de 12 pacientes, una mujer y once varones, con un promedio de edad 54.25 años. La causa principal de salida fue el trasplante renal 58.33%.

Las causas de la enfermedad renal fueron ND 16.66%, NIC 16.66%, PQRA 25%, Disfunción Crónica del injerto (DIC) 8.33%, GNM 16.6%, NAE 8.33% y OTRAS 8.33%. Un 58.33% presenta patología cardíaca asociada. Un 16.66 % presenta DM. Un 83.33% HTA y con tratamiento hipotensor el 41.66%. El acceso vascular fue una FAV nativa en un 91.66%, siendo la pareja en todos quien procedía a la punción del mismo. El 45% presentaban un grado de educación superior. Se realizaron un promedio de 4 sesiones por semana, 3 h 15; Actualmente, tenemos dos pacientes que se dializan con bajo flujo de líquido de diálisis con un monitor NxStage PALEX® (dializador PUREMA/Polietersulfona alto flujo). El resto de pacientes usaron monitor 4008 S FRESENIUS® (dializador FX60/Helixona plus alto flujo). Tiempo medio de entrenamiento 45 días (lunes a viernes 2 h 30). Tiempo de acondicionamiento del hogar (2-3 meses). La única complicación fué en el paciente con CVC presentando bacteriemia por *Stafilococcus Aureus*.

Conclusión:

Los pacientes recibieron una dosis de diálisis adecuada. La eficacia de la técnica se ve reflejada en los resultados obtenidos: buen control de la TA, anemia y no presentaron complicaciones. Por lo tanto consideramos que la Hemodiálisis domiciliaria permite un manejo terapéutico seguro y efectivo para los pacientes en hemodiálisis y debiera ser una opción más frecuente como terapia de reemplazo renal, siendo esta tan eficaz y segura como la diálisis hospitalaria.

Efectos adversos: por un cuidado seguro

M^a Concepción Pereira Feijoo, Mónica Pereira García

Centros FRIAT, Santa María, O Barco de Vadeorras, Verin Os Salgueiros. Orense, Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

Introducción:

Existen muy pocos estudios que analicen los efectos adversos, y evalúen las prácticas asistenciales preventivas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en hemodiálisis así como la percepción del propio paciente sobre su seguridad. La seguridad en los cuidados prestados es un componente esencial de la calidad asistencial. Una práctica asistencial segura exige alcanzar tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos/prácticas asistenciales son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican adecuadamente y realizarlos correctamente y sin errores.

Objetivos:

Concretar la frecuencia de aparición de Eventos Adversos (EA) relacionados con la atención sanitaria en 4 unidades de hemodiálisis, caracterizarlos, evaluando sus consecuencias y promoviendo la cultura de seguridad, evaluando los procedimientos/prácticas asociadas a la actividad diaria, además de evaluar la percepción que tiene el paciente sobre su seguridad en dichas unidades.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en dichas unidades, con pacientes crónicos, siendo unidades que comparten protocolos asistenciales y la misma aplicación informática para el registro de las sesiones de hemodiálisis. El periodo de estudio fue desde enero del 2016 a febrero del 2017. El estudio se dividió en dos fases. En la primera fase se identificaron los casos con riesgo de aparición de un EA. En la segunda fase, de confirmación, se realizó la revisión de los casos cribados para confirmar o descartar la existencia del EA. Los casos confirmados se analizaron tipificando sus consecuencias y valorando si eran prevenibles o no, eva-

luando el cumplimiento de las prácticas asociadas a las actividades de ambas unidades así como la evaluación de la percepción que tienen los pacientes de nuestras unidades sobre su seguridad.

Resultados:

Se seleccionaron 150 historias clínicas, que corresponden a 21.030 procedimientos de hemodiálisis realizados en el periodo indicado, de los cuales un 59% pasaron a la segunda fase de análisis del estudio. Del total de EA detectados, el 81% se consideraron prevenibles y el 94% se produjeron durante la atención en la sesión de hemodiálisis. El 95% de los EA se consideraron leves, el 5% moderados y ninguno grave. La consecuencia más frecuente de los EA detectados estaba relacionada con el desajuste del peso seco (hipotensión y calambres) y la práctica más frecuente a reforzar ha sido la correcta realización de la higiene de manos. El 42% de nuestros pacientes manifestó su preocupación por la seguridad en su asistencia, pudiéndola relacionar con una mala información sobre aspectos de su tratamiento y de la técnica.

Conclusión:

El estudio ha permitido concretar los aspectos prioritarios en los cuales centrar esfuerzos para detectar y prevenir los EA, estableciendo medidas para evitarlos: mejora de comunicación/información, actualización de protocolos y cumplimiento exhaustivo de criterios de calidad establecidos en las unidades; estableciendo sistemas de vigilancia en la mejora del binomio calidad/seguridad mediante la medición de indicadores y grado de cumplimiento de los objetivos marcados en nuestras unidades relacionados con las prácticas asistenciales

Estudio de caso descriptivo: una comparativa en el tratamiento con distintas modalidades de depuración extracorpórea para la reducción de cadenas ligeras lambda, en un paciente con insuficiencia renal secundaria a mieloma múltiple

Andrés Ila García

Complejo Hospitalario. Jaén. España

Introducción:

El mieloma múltiple es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación incontrolada de células plasmáticas monoclonales con la capacidad de producir una paraproteína monoclonal (IgG, IgE, IgD, IgA y cadenas ligeras kappa ó lambda) y causar alteraciones clínicas importantes tales como anemia, hipercalcemia, insuficiencia renal, etc.

La formación de cilindros en los túbulos distales renales por la precipitación de las cadenas ligeras junto con la proteína de Tamm - Horsfall es la causa principal de la insuficiencia renal aguda en estos pacientes.

Material y Método:

Presentamos el caso de un paciente de 83 años diagnosticado de Mieloma múltiple de Bence – Jones con IR (Nefropatía por cilindros de Mieloma, cadenas ligeras Lambda e IgG) que nos es derivado por parte del servicio de Hematología para realizar tratamiento de hemodiálisis debido a el desarrollo de insuficiencia renal aguda secundaria a este proceso.

Analizamos la paraproteinemia pre y postdiálisis, en las sesiones programadas iniciadas con el uso de una mem-

brana de PMMA y posteriormente empleando la modalidad de HFR-SUPRA, durante un periodo de 2 meses en los que se realizan 21 sesiones del primer tratamiento y 11 sesiones del segundo. Por parte de Hematología está en tratamiento con Bortezomib.

Resultados:

El tratamiento con la membrana de PMMA no consiguió reducciones significativas de cadenas ligeras Lambda, sin embargo, el porcentaje de reducción de éstas con la modalidad HFR- SUPRA aumento considerablemente, lo que nos está proporcionando en este caso resultados satisfactorios.

Conclusión:

El empleo de la técnica HFR-SUPRA para la reducción específica de las cadenas ligeras lambda (respecto a las cadenas ligeras Kappa utilizábamos previamente con éxito esta técnica) nos está proporcionando en este caso resultados satisfactorios suponiendo un impulso para continuar con la investigación e implementación de la técnica, sentando las bases de futuros proyectos.

Estudio observacional retrospectivo de la cura de catéter tunelizado para hemodiálisis con povidona yodada o clorhexidina frente a prontosan solución

M^a Montserrat López Ruiz, M^a Dolores Arnaiz Hernando, Teresa García Arce, M^a del Pilar López Pérez

Hospital Universitario. Burgos. España

Introducción:

La necesidad de realizar hemodiálisis con catéter tunelizado ha ido incrementándose durante los últimos años por diversas razones, a pesar de que existen estudios en los que se demuestra que dicho acceso vascular aumenta la morbi-mortalidad de los pacientes.

Una de las razones es la colonización del catéter a través del orificio de entrada en la piel y la consiguiente contaminación bacteriana produciendo tunelitis y/o bacteriemias asociadas a catéter.

La manipulación del catéter de forma estéril y la cura del orificio por el personal de enfermería son fundamentales para prevenir la infección.

Objetivos:

Evaluar si existe menor incidencia de infección en el orificio de salida del catéter al utilizar Prontosan solución.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo.

Se observó y analizaron todos los catéteres tunelizados desde julio de 2013 a julio de 2015, en cada sesión de hemodiálisis, con un total de 31 catéteres en 24 pacientes.

Se seleccionaron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con más de 12 semanas de utilización del catéter y que dieron su consentimiento informado.

Las curas del orificio del catéter se realizan según protocolos de la unidad. En el primer periodo se hacen lavados con SSF más povidona yodada o clorhexidina acuosa al 2% y en el segundo periodo con gasa empapada en Prontosan durante 15 minutos.

Se valoró el orificio en cada sesión de HD siguiendo criterios de Twardowski. Se consideró infección cuando se pudo cultivar mediante la toma de exudado o de las secreciones del orificio del catéter.

Se recogieron también los episodios de tunelitis y bacteriemia relacionados con el catéter.

Resultados:

Para la recogida y tratamiento de los datos utilizamos Microsoft Office Excel 2010.

Para el análisis de los datos se utiliza el software estadístico IBM SPSS 19 con un intervalo de confianza del 95%.

Se ha estudiado 10 hombres (42%) y 14 mujeres (58%) con una edad media 72,5 años (entre 31 y 90 años).

Tiempo en diálisis, meses (mediana(rango)): 41,5 (7 ; 444).

Tasa de infección con Prontosan 1,29 con método tradicional 1,99.

El germen más habitual es el Estafilococo Aureus (67%).

Tasa de infección por bacteriemias con Prontosan (1.61) con método tradicional (4.64).

Los gérmenes más habituales son el Estafilococo Aureus (29%), Estafilococo Epidermidis (19%) y Estafilococo Hominis (19%).

Hay un 75% de posibilidades de no tener bacteriemias a las 166 sesiones en el caso del Prontosan y a las 113 en el del método tradicional.

Conclusiones:

Las curas de orificio de catéter venoso tunelizado con Prontosan o con el método tradicional no demuestra una gran diferencia en cuanto a la tasa de infecciones de orificio.

Si hay mayor diferencia en la tasa de infección por bacteriemias siendo menor con Prontosan con relación a la cura tradicional.

Sería interesante ampliar la muestra en sucesivos estudios para valorar la efectividad de Prontosan solución para prevenir la infección del orificio de salida del catéter para hemodiálisis.

Evolución de dos casos de hiperoxaluria primaria

Belén Sánchez García, Sergio Antonio Granados Camacho, María José Ramírez Alda, Ana Rebollo Rubio, José Antonio González Castillo

Hospital Regional Universitario. Málaga. España

Resumen:

La hiperoxaluria primaria (HOP) es una alteración metabólica congénita con patrón autosómico recesivo que provoca un déficit de la enzima alanina-glioxilatoamino-transferasa. Este déficit enzimático conlleva la oxidación del glioxilato en glicolato y oxalato. La HPO-1 se caracteriza así por un aumento en la excreción urinaria de oxalato cálcico que se acumula y precipita formando cristales de oxalato cálcico, dando lugar a nefrolitiasis de repetición, nefrocalcinosis e insuficiencia renal precoz. Además, a medida que se deteriora la función renal, se produce la acumulación de oxalato sistémico u oxalosis. La HOP subtipo 1 (HOP-1), en la que se afecta el gen AGXT, que se encuentra situado en el cromosoma 2q36-37, es la más frecuente.

La hiperoxaluria primaria (HOP-1) es una alteración metabólica rara. En España existe un número relativamente elevado de casos a expensas de un aumento en la incidencia en Las Islas Canarias, principalmente en la isla de La Gomera.

El diagnóstico se establece en función de los hallazgos clínicos y ecográficos, las determinaciones de oxalato y glicolato en orina, el análisis de ADN, y la biopsia hepática. El único tratamiento curativo es el doble trasplante hepatorenal.

Caso Clínico:

Dos mujeres procedentes de las Islas Canarias que llegan a nuestro centro en el año 2014 y 2013, respectivamente, para tratamiento mientras esperan un doble trasplante hepatorenal.

Caso 1. Mujer de 39 años con insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a litiasis renal bilateral desde los 14 años, inicio de programa de hemodiálisis (HD) en junio 2014. Pauta de hemodiálisis 4 horas de HD/6 veces por semana a través de catéter venoso central.

Caso 2. Mujer de 55 años de edad, con IRC secundaria a litiasis renal bilateral con nefrolitotomía derecha a los 2 años de edad. Diabetes mellitus tipo 2. Paciente hiperinmunitizada a causa de primer trasplante renal que cursa con pérdida de primer injerto renal por depósitos masivos de oxalato cálcico. Pauta de hemodiálisis 4 horas de HD/6 veces por semana a través de catéter venoso central. Recibe doble trasplante hepatorenal en julio de 2016.

Ambas pacientes cuentan con diagnóstico por estudio genético.

Discusión:

En la mayoría de los casos el diagnóstico de la hiperoxaluria se hace de forma tardía.

Los pacientes con IRC secundaria a HOP-1 deben asumir unas circunstancias muy duras, derivadas de la complejidad de la enfermedad y del nivel avanzado en el que suele diagnosticar, que merman considerablemente su calidad de vida. En el caso 2, además la falta de diagnóstico conllevó a que la paciente recibiera un primer trasplante renal que limitó sus opciones terapéuticas y condicionó su evolución en el futuro, además del traslado de las pacientes y su familia para recibir tratamiento diario a la espera de un trasplante.

Fósforo oculto en la dieta

Sonia Sánchez Mateos, Irene Villalba Cardena, Rafael Barrios García, Miriam Abdelkarim Ruiz, Francisca López Rodríguez, Juan Jesús Payan López

Agencia Sanitaria Publica Hospital Costa del Sol. Málaga. España

Introducción:

Las recomendaciones dietéticas en la insuficiencia renal crónica pretenden obtener un aporte proteico adecuado con una reducida ingesta de fósforo. Los aditivos suponen una carga de fósforo sin aporte proteico, se estima que cada día se consumen entre 250 a 1000 mg extras de fósforo por día. En la sociedad actual los alimentos procesados envuelven a nuestros pacientes, dificultando el acceso habitual a alimentos naturales. El fósforo alto en sangre es el causante de un aumento de la morbimortalidad de nuestros pacientes.

Objetivos:

- General: realizar una revisión bibliográfica sobre aspectos relacionados con los aportes "extra" de fósforo en la dieta.
- Especifico: informar y educar a los pacientes sobre dichos aportes mediante la identificación de los aditivos en las etiquetas de los productos de consumo diario, además del fósforo propio de los alimentos.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica. Las fuentes de información fueron las bases de datos Medline/Pubmed, Scielo, Cochrane Plus Library en español e inglés y el periodo de búsqueda se ha limitado a los últimos 5 años.

Resultados:

Tras consultar las bases de datos anteriormente citadas y documentos de interés(nos llama la atención la poca bibliografía encontrada), se incluyeron un total de 6 ar-

tículos de los 20 revisados que muestran que: Existen dos tipos de fósforo: orgánico, que suelen ser ricos en proteínas y su fósforo proviene del propio alimento (el organismo los absorbe en un 40-60%), e inorgánico, que se refiere a fuentes de fósforo que pasan desapercibidas, ya que no provienen directamente del alimento, es decir, no son fuentes naturales de fósforo, si no producto del procesamiento industrial (se absorbe casi en un 100%); el incremento del consumo de estos alimentos supone un aumento significativo del fósforo en la dieta ya que éste permanece oculto y no queda registrado en las tablas de composición de alimentos pues no es obligatoria la inclusión del mismo en las etiquetas nutricionales (es decisión de la industria su información) pero hay maneras de detectarlo.

Conclusiones:

Un buen balance del fósforo en pacientes con insuficiencia renal crónica se consigue con la suma de la dieta, la toma correcta de quelantes del fósforo y una adecuada diálisis.

- Es importante formar a nuestros pacientes en la revisión de las etiquetas de los alimentos utilizando listas de aditivos y en la limitación de los alimentos procesados.
- Promoción del consumo de alimentos naturales o hechos en casa como base de la alimentación diaria ya que este fósforo se absorbe en menor proporción.
- La inclusión del fósforo total en la información nutricional podría ayudar a mejorar la estimación del aporte en la dieta de estos pacientes.
- Debido a la importancia de este tema y escasez de información referente al mismo, sería de utilidad realizar un estudio posterior.

Gestión de residuos biosanitarios (GRBS). Una correcta segregación en un servicio de nefrología

Eutropio Moreno Núñez, Rosa M^a Serrano Borrell, Laura Escalant Calpena, María Jesús Sánchez Cantó, Sergio Moreno Millán, Gema Castell García

Hospital General Universitario. Alicante. España

Introducción:

Las legislaciones nacionales e internacionales indican que los generadores de residuos están obligados a gestionar adecuadamente tanto su segregación como su eliminación.

En nuestra comunidad la gestión de los residuos generados en las actividades sanitarias se clasifican en cuatro grupos siendo, el I y II asimilables a urbanos con un coste de 0,10 euros el Kg y el III y IV específicos o de riesgo para la salud laboral o pública. Estos últimos tienen un tratamiento especial tanto en su gestión intra como extracentro por lo que tienen un coste muy superior de 1,25 euros por Kg.

En nuestra unidad, el material fungible del circuito hemático se segregaba en el grupo III (contenedor desechable).

Ahora pretendemos una segregación más avanzada y eficaz eliminando en el grupo II (contenedor con bolsa de polietileno desechable que cumpla la norma UNE 53-147-97) el material en contacto con la sangre del circuito hemático no punzante de pacientes no infecciosos, según marca la legislación.

Objetivos:

- Evaluar el nivel de conocimiento del personal sanitario del servicio en relación a la clasificación y segregación en GRBS.
- Conocer la actitud del personal sanitario de la unidad frente a la GRBS.
- Desarrollar estrategias informativas y formativas para disminuir la generación de residuos de tipo III.

Material y Método:

Se cuantificaron durante un mes los residuos obtenidos en el grupo III. Posteriormente realizamos una encuesta sobre los conocimientos del personal sanitario en GRBS.

La recogida de datos fue en noviembre de 2016 mediante un cuestionario anónimo y distribuido por un miembro del equipo investigador. Las variables estudiadas fueron:

1. Riesgos biológicos en la gestión de GRBS.
2. Segregación e identificación de los residuos biosanitarios.
3. Optimización de contenedores.

Se hizo una valoración por parte del personal de medicina preventiva y se procedió a impartir tres sesiones formativas, elaborar un cartel y folletos. Finalmente se realizó un análisis descriptivo de los kilos segregados y número de contenedores utilizados, con su consiguiente repercusión económica antes y después de las sesiones formativas.

Resultados:

El tamaño de la muestra fue de 42 profesionales sanitarios (82,4%). Los conocimientos sobre los bloques 1,2 y 3 fueron respectivamente del 92,5%, 68,3% y 76,1%. Un 97,6% de los encuestados manifestó su conformidad para recibir sesiones formativas sobre GRBS.

Tras las sesiones formativas, la producción de residuos de tipo III disminuyó en la Unidad de Hemodiálisis de 1,040 kg mensuales a 160 Kg (-81,5%) y los contenedores desechables de 144 a 24 (-83,3%). En Agudos se pasó de 504 a 28 Kg (-94,4%) y los contenedores de 72 a 6 (-91,6%). En Diálisis Peritoneal la disminución ha sido del 95,2%.

Discusión:

Los resultados de nuestro estudio revelan que las sesiones formativas han sido fundamentales en la mejora de la segregación de los residuos biosanitarios. Mejorar la prevención primaria reforzando la formación de los profesionales sanitarios en gestión de residuos abarata los costes en una sanidad cada vez más cara, y a su vez contribuye a mejorar la salud pública y laboral así como la protección y defensa del medio ambiente.

Guía de evaluación de alumnos de enfermería en unidades de diálisis

Abel Basilio Ruiz López, Eva Ferreiro Rodríguez, Antonio Fernández Pérez, Marblava Buades Sabater, Susana Asensio Flores, Maricel Julve Ibáñez

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

Las unidades de diálisis pertenecientes a hospitales universitarios reciben anualmente una decena de alumnos de pre grado para la realización de las prácticas reglamentarias dentro del ciclo formativo. Éstas, por su especificidad e idiosincrasia única, realizan tareas y funciones altamente técnicas en sus procedimientos, conjugadas con las funciones básicas que cualquier profesional de enfermería proporciona en cualquier otro servicio o unidad de hospitalización general. La evaluación durante el periodo de aprendizaje ha de reflejar la evolución del progreso tanto de las actividades comunes de cualquier profesional de enfermería como de las específicas y técnicas propias de unidades de diálisis.

Objetivo:

- Elaboración de una guía específica para la valoración global de la estancia de los alumnos de enfermería de pre grado en las unidades de diálisis de hospitales universitarios.
- Mejorar el periodo de formación y distinguir entre los alumnos, futuros profesionales con alto grado de afinidad y notoriedad en el desarrollo de las técnicas y cuidados específicos en unidades de diálisis.

Material y Método:

Se estableció un diálogo con los tutores responsables de la universidad y se consensó la necesidad de crear un nuevo sistema de evaluación para los alumnos rotantes del servicio de diálisis que podría ser utilizado en todo el ámbito de gerencia territorial en hospitales de similares características. Se dividieron los campos de actividad desarrollados en la unidad de forma troncal. Se crearon grupos de trabajo con el personal de enfermería disponi-

ble, en función de su experiencia, afinidad y especificidad técnica, para la concreción de los ítem y conocimientos a valorar dentro de cada rama de actividad. Se realizaron diversas reuniones entre los componentes de cada grupo y se consensó una guía para la evaluación de alumnos que aglutinaba de forma fehaciente las actividades específicas de una unidad de diálisis.

Resultados:

Se ha creado una guía para la evaluación de alumnos de pre grado en unidades de diálisis en formato digital anexada a la intranet del hospital que puede ser impresa y cumplimentada por el profesional a cargo del alumno. El documento consta de 80 páginas subdividido en 16 apartados, cada uno con preguntas teórico-prácticas a responder o desarrollar por parte del alumno y anotaciones con las respuestas correctas esperadas para facilitar y guiar la evaluación del alumno. El apartado final incluye una valoración global donde se evalúa si el alumno cumple con los requisitos para el desarrollo de las actividades propias de enfermería básicas y su capacidad para la incorporación y adaptación inmediata a una unidad de diálisis.

Conclusión:

La creación de esta guía ha servido para reflejar de forma realista el periodo de prácticas de los alumnos a nuestro cargo, detectar y plasmar en un documento futuros candidatos con grandes aptitudes y habilidades para la realización de los cuidados en pacientes con terapia renal sustitutiva. Para optimizar el periodo de aprendizaje, se muestra necesario la necesidad de crear y proporcionar un manual teórico para los alumnos que comprenda todas las áreas de conocimiento que serán evaluadas.

HFR supra: papel esencial en la recuperación del riñón del mieloma. A propósito de un caso

Sergio Antonio Granados Camacho, Belén Sánchez García, M^a José Ramirez Alda, José Antonio González Castillo, Ana Rebollo Rubio

Hospital Regional Universitario. Málaga. España

La insuficiencia renal y, consecuentemente la necesidad de hemodiálisis, se considera una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes diagnosticados de mieloma múltiple.

Hasta en un 20% de los casos, el mieloma múltiple suele manifestarse con insuficiencia renal severa por fracaso renal agudo y hasta un 75% de los pacientes que necesitan diálisis en la fase aguda, acaban por no recuperar la función renal y pasan a tratamiento renal sustitutivo crónico con hemodiálisis.

La aparición de nuevas técnicas convectivas, como la HFR Supra (hemodiafiltración con regeneración de ultrafiltrado mediante adsorción de resina), permite eliminar sustancias con un peso molecular medio/alto como por ejemplo las cadenas ligeras, responsables directas del mieloma múltiple.

La recuperación de la función renal dependerá del estado de la enfermedad hematológica, el grado de afectación renal, del inicio precoz de terapia renal sustitutiva y de la eficacia del tratamiento quimioterápico.

Describimos el caso de una paciente de 65 años que ingresa en nuestra unidad con el diagnóstico de insuficiencia renal secundario a mieloma múltiple monoclo-

nal de IgA de cadenas ligeras lambda dependiente de tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis periódica.

Se realizaron 25 sesiones de HFR Supra tres veces por semana (Lunes-miércoles-viernes) en sesiones de 4 horas para la eliminación de las cadenas ligeras circulantes y tres ciclos de quimioterapia (Bortezomid + dexametasona) para paliar la reproducción descontrolada de las mismas causadas por la actividad neoplásica hematológica de base.

Tras 2 meses, la paciente normalizó la función renal, e incluso se le retiró de programa de hemodiálisis por la evidente mejoría clínica y pasando a ser seguida exclusivamente en la consulta de pre-diálisis.

La HFR Supra es una técnica de tratamiento renal sustitutivo que puede ser utilizada en los pacientes con insuficiencia renal secundaria a mieloma múltiple producida por cadenas ligeras Lambda, que junto a un tratamiento quimioterápico de elección evidencia una mejoría clínica global.

Higiene y salud bucodental de pacientes en hemodiálisis

M^a Nieves Cazorla Santana, Beatriz Soto Marín, Irene Pellico del Castillo, Lourdes Betancort González, Aranzazu Espino Ruiz, Fernando Martos Patawaran

Club de Diálisis Dialsur. Las Palmas. España

Introducción:

Existen múltiples factores que pueden estar relacionados con la enfermedad bucodental (EBD), en pacientes con ERC. La EBD constituye un importante problema de salud pública, pero particularmente, la población en terapia renal sustitutiva (TRS), es especialmente vulnerable. Las características específicas de dicha población entre las que destacan una mayor prevalencia de diabetes, su edad avanzada y por lo tanto mayor comorbilidad general, los hacen especialmente susceptibles a la enfermedad periodontal. El objetivo de nuestro estudio es analizar el estado de la salud bucodental de nuestra población en diálisis, así como sus hábitos de higiene y su conocimiento sobre esta patología.

Material y Método:

Estudio descriptivo realizado en tres Centros Satélite de Hemodiálisis. Se incluyeron 526 pacientes de un total de 579 que reciben TRS. Para la valoración de la higiene y salud bucodental, se utilizó un cuestionario genérico autorrellenable.

Resultados:

526 pacientes completaron la encuesta, siendo el 68.5% varones y el 31.5% mujeres con una media de edad de 67.15 años (25-95). El 45.2% de la población es diabética. El análisis socio-económico muestra que la mayoría de nuestra población reside en medio urbano, vive acompañado y tiene estudios de grado medio, con rentas bajas. Al analizar el grado de conocimiento so-

bre salud bucodental, los datos obtenidos son: el 78,7% desconoce que padecer una enfermedad renal favorece la presencia de patología bucodental. Incluso cuando les preguntamos por el especialista que trata las lesiones en la boca, un 30.8% no sabe a qué médico dirigirse y hasta un 8% cree que es labor del nefrólogo. Podemos apreciar que casi el 53,2% de nuestros pacientes se cepilla los dientes al menos 2 veces al día. Sin embargo, el uso de enjuague bucal es escaso y de la seda dental es anecdótico. Un 46% de nuestros pacientes emplea más de 2 minutos al cepillado de los dientes. El uso de prótesis dentales es de 36,1%, mientras que implantes dentales solo lo tiene el 12% de la muestra. Aproximadamente, la mitad de nuestra población hace más de 2 años que no acude a un dentista y hasta un 5% no lo ha hecho nunca, esto a pesar de que sólo el 7% conserva la dentadura intacta. En cuanto a las patologías bucodentales más frecuentes que sufren nuestros pacientes: 12,7% caries, 5,7% dientes astillados, 2.9% placa dental, 11,6% varias de las anteriores y 39,2% otros.

Conclusión:

El grado de conocimiento e información sobre las medidas higiénicas y control del estado de salud bucodental, son factores muy importantes para mejorar el estado de salud de nuestros pacientes y la implicación activa del personal de enfermería es una herramienta clave para conseguir que se consiga este objetivo.

Implantación de catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) en una unidad de diálisis. Nuestra experiencia

Montserrat Pablos de Pablos

Hospital de Cabueñes. Gijón. España

Introducción:

El acceso vascular (AV) es uno de los factores más importantes para conseguir un tratamiento dialítico adecuado.

A pesar de que la fístula arteriovenosa nativa (FAVn) sigue considerándose como el acceso vascular por excelencia, la utilización de catéteres venosos centrales, tanto tunelizados (CVCT) como no tunelizados (CVCNT), ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD).

Varios son los factores asociados a este aumento; sin duda uno de ellos es el factor paciente (mayor edad y mayor prevalencia de diabetes y comorbilidad cardiovascular). Pero también el factor centro es importante y sobre el que se puede intervenir (existencia de consulta ERCA, equipo multidisciplinar con implicación, coordinación entre los distintos servicios...).

La inserción y retirada de CVCT de los pacientes de nuestra área sanitaria, que comprende una unidad de HD de referencia y dos satélites, está a cargo de los nefrólogos de nuestro centro. La intervención se realiza en la sala de agudos con la presencia de 1 DUE, 1 TCAE y 2 nefrólogos.

Objetivos:

Mostrar el protocolo de actuación ante la planificación de la inserción de un CVCT.

Valorar la repercusión en la labor de enfermería.

Mostrar datos de actividad y situación del acceso vascular actual en nuestros pacientes.

Método y Resultados:

Describimos las principales intervenciones y cuidados de enfermería en el período pre, intra y post inserción inmediato.

El registro de inserciones se hizo hasta el año 2016 en una hoja de Excell y desde entonces en el programa de historia electrónica SELENE; se utilizó para consultar el tipo de AV el programa Nefrosot 5.5.

La media de CVCNT colocados anualmente de los últimos 11 años ha sido de 77.7 (rango 58-112) y la de CVCT 43.2 (rango 21-77).

La prevalencia media de pacientes portadores de CVCT en las tres unidades de diálisis del área es de 51% (rango 40-60).

Conclusiones:

La implantación de los CVCT en la unidad de HD ha aumentado progresivamente en los últimos años, lo que supone un aumento en la carga de trabajo de enfermería. El elevado número de pacientes dializándose a través de catéter implica también un mayor tiempo de atención, un mayor riesgo de complicaciones y un mayor gasto económico.

Es importante mantener en todo momento las correctas normas de asepsia y manipulación de los CVC para prolongar la vida del acceso por lo que es imprescindible respetar el protocolo implantado en todas sus etapas.

El número de pacientes dializándose a través de un catéter central tunelizado, alrededor del 51% de media, excede en mucho los estándares de calidad recomendados por la SEN (20%). Probablemente, aparte del factor paciente que también está presente, la fácil accesibilidad a la técnica en nuestro área hace que este número se haya ido elevando y manteniendo paulatinamente; esto también nos supone un beneficio al ser una solución rápida y eficaz a los problemas que se presentan de forma aguda, disponiendo de un AV adecuado utilizable de forma inmediata.

Implantación del programa mochila para la mejora de la comunicación con los familiares de los pacientes en hemodiálisis

Margalida María March Amengual, Ana María Martín Cabezón

Hospital Comarcal de Inca. Baleares. España

El perfil de los pacientes de hemodiálisis ha cambiado en los últimos años, cada vez atendemos a más pacientes ancianos con déficits funcionales y altos niveles de dependencia. La atención de estos pacientes es compleja y debe estar muy coordinada con la actuación del cuidador principal y de la familia. Debido a que la familia tiene otras cargas familiares les es difícil venir al hospital para solucionar los problemas de la vida diaria y muchas veces cuando precisan de nuestra ayuda no les podemos atender adecuadamente. Esta situación dio a lugar al "Programa Mochila", se trata de un programa para mejorar la comunicación con la familia del paciente basado en un método muy sencillo, casi rudimentario, en el cual el paciente trae una pequeña mochila con la información que la familia quiere comunicarnos y que después de la sesión la devolvemos con las respuestas.

Diseñamos en programa, definiendo los criterios de inclusión, entre los cuales se estableció un índice de Barthel superior a 40 puntos. Una vez seleccionados los pacientes, informamos a las familiar y las invitamos a

participar en el programa. Realizamos la primera encuesta para valorar tanto el nivel de comunicación como la satisfacción tanto de las familias como de los profesionales que los atendían, enfermeras y nefrólogos. Iniciamos el programa informando de los objetivos que queríamos alcanzar, y de las actividades que realizaríamos como la inclusión de la mochila con un pequeño diario de incidencias que serviría de vía de comunicación entre la familia y los profesionales. Tuvimos una gran acogida por parte de todos y durante el proceso detectamos que teníamos que realizar algunas modificaciones y mejoras. Transcurridos de 3 meses volvimos a realizar las mismas encuestas y constatamos un aumento estadísticamente significativo tanto nivel de comunicación como del nivel de satisfacción.

Llegamos a la conclusión de que se trata de un programa de mejora muy sencillo, pero a la vez muy eficaz para mejorar la comunicación y por tanto la atención a los pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis.

Importancia del BTM (monitor de temperatura sanguínea) como indicador del funcionamiento de las fístulas

Sara Alfayate García, Davinia Fernández de Rivera Santos, Laura Martínez Castresana, Mercedes Carrancho de Domingo, Sara Villanueva Antón

Hospital Universitario. Burgos. España

Introducción:

Para obtener una hemodiálisis de alta calidad es imprescindible un acceso vascular (AV) que nos garantice altos flujos, fácil acceso, larga permeabilidad y pocas complicaciones. Ese AV idóneo es la FAVI.

El personal de enfermería es el responsable de vigilar y mantener el AV en las mejores condiciones posibles.

Para determinar el flujo de la FAVI y detectar complicaciones de manera precoz el método que empleamos en nuestra unidad es el BTM.

Objetivos:

Analizar la relación existente entre un valor de BTM fuera de los rangos adecuados y la existencia de disfunción en la FAVI (estenosis, trombosis, alta recirculación, ...).

Material y Método:

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo en el que se incluyeron a 78 pacientes de nuestra unidad portadores de FAVI (autóloga o protésica).

El material utilizado fue el monitor de hemodiálisis Fresenius 5008 (que incorpora la opción BTM) y agujas fenestradas del calibre 15G.

Desde marzo de 2016 a febrero de 2017 se realizaron 3 determinaciones de BTM con un intervalo de 5 meses aproximadamente.

Resultados:

Tras analizar y estudiar los resultados obtenidos evidenciamos:

- Un 42,30% de nuestros pacientes tienen un flujo del acceso vascular de entre 1000 y 2000 ml/min. De los cuáles un 18,18% fueron derivados a Cirugía Vascular para valoración de la FAVI.
- Un 33,33% presentan un flujo inferior a 1000ml/min. De los cuáles un 28,57% fueron derivados a Cirugía Vascular para valoración de FAVI.
- Un 10,25% presentan un flujo mayor a 2000ml/min. No habiendo derivación.
- Un 10,25% solo presentan una única medición, por FAVI de reciente creación.
- Un 2,56% no se ha podido realizar la medición, debido a la imposibilidad de realizar una punción caudal.
- Un 1,28% de los pacientes se negaron a la medición.

Conclusión:

La utilización periódica de la técnica BTM es una excelente herramienta para conocer el funcionamiento del AV y detectar posibles anomalías de forma precoz, aumentando así la calidad nuestras FAVI y en consecuencia la calidad de vida de nuestros pacientes.

Incidencia de bacteriemia relacionada con el sellado del catéter con antibiótico

Raquel García Collazos, Patricia Ahís Tomás, María Casañ Palomer, Carmen María Pérez Baylach, Alejandro Pérez Alba, Javier Reque Santivañez

Hospital General Universitario. Castellón. España

Introducción:

La bacteriemia relacionada con el catéter es una de las principales complicaciones de este acceso vascular, aumentando significativamente la morbimortalidad de los pacientes en hemodiálisis.

Objetivos:

Evaluar la eficacia del sellado del catéter tunelizado de hemodiálisis con gentamicina para prevenir bacteriemias relacionadas con el catéter.

Material y Método:

Se incluyeron en el estudio a pacientes prevalentes en hemodiálisis en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2015 de dos centros. El primero de ellos (grupo A) utiliza el sellado con antibiótico como protocolo 0,2 mg/ml de gentamicina + heparina sódica y en el segundo (grupo B), realiza el sellado de catéter únicamente con heparina sódica. Se recogieron datos de filiación, datos relacionados con la hemodiálisis y la tasa de bacteriemia relacionada con el catéter reportada en ambos centros. Se estableció una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$.

Resultados:

Este estudio retrospectivo de cohortes estaba constituido por 61 pacientes de los cuales 30 se encontraban en el grupo A y 31 en el grupo B. La edad media de toda la población fue de 69 ± 15.99 años. 44.3% fueron hombres y 55.7% mujeres, la mediana en tratamiento renal sustitutivo fue de 3 (1 – 9.50) años. 36.1% de los pacientes fueron hipertensos, 34.4% diabéticos. No se observó diferencias estadísticamente significativas en las características basales de ambos grupos. Se encontró una tasa de infección relacionada con catéter (nº infecciones / nº prevalentes catéter) de 0,09 en el grupo A y de 0,05 en grupo B, esta diferencia no alcanzó la significación estadística ($p=0.1$).

Conclusión:

El sellado del catéter tunelizado para hemodiálisis con gentamicina no se asocia a una reducción de la tasa de bacteriemia relacionada con el catéter. Son necesarios más estudios para evaluar si la utilización sistemática de antibióticos en el sellado se asocia a la aparición de gérmenes resistentes.

Influencia de las nuevas tecnologías en la calidad de vida del paciente en hemodiálisis

M^a Angeles Sánchez Lamolda, M^a Ángeles Malagón Rodríguez, M^a Ángeles Soria Barco, Felipe Cañadas Núñez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España

Introducción:

Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis perciben un deterioro importante en su estado de salud, estamos acostumbrados a ver personas de edad avanzada que nos parece casi normal que se sientan cansados, pero cuando vemos a personas jóvenes que se van deteriorando, apareciendo síntomas como: fatiga, hipotensión, ansiedad, astenia, que les aboca a presentar dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. Nos encontramos con frases "no puedo más" "Esto no es vida" "Cuando llego a casa solo puedo meterme en la cama". ¿Qué podemos hacer? Queremos realizar este trabajo mediante las Intervenciones de enfermería adecuadas y utilizando, las nuevas tecnologías, (técnicas de hemodiafiltración, pre-dilucional, post dilucional o mixta) "Mid- Dilution".

14 pacientes entran en el estudio, le realizamos valoración de enfermería y plan de cuidados. De estos 14 se eligen 6 pacientes de forma aleatoria para iniciar la técnica MID-DILUTION HDF.

Objetivos:

Mejorar el estado de salud del paciente y poder realizar las tareas de la vida diaria.

Material y Método:

Estudio prospectivo, cuasiexperimental y longitudinal. Durante un periodo de 6 meses (febrero 2016 a julio 2016). Incluimos a pacientes entre 40-60 años, con patología Cardíaca, que presentan los síntomas anteriormente citados. Obtenemos 14 pacientes, se realizaron las intervenciones de enfermería adecuadas, 8 pacientes grupo control y 6 pacientes elegidos de forma aleatoria (Grupo Experimental) Mediante el agua ultrapura y la membrana Oipür MD 220. Parámetros analíticos: Albúmina, prealbúmina, Hto, Beta2 microglobulina

- Grupo control: 8 pacientes con edad media de 51 años, Sexo 3 mujeres, 5 hombres.
- Grupo Experimental: 6 pacientes con una edad media de 49 años, Sexo 2 mujeres y 4 hombres.

Diagnósticos NANDA e Intervenciones de Enfermería (NIC).

Intervenciones de enfermería:

- 5246 Asesoramiento nutricional.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 0200 Fomento del ejercicio.
- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 5400 Potenciación de la autoestima.
- 0180 Manejo de la energía.

Todos con tiempo de tratamiento de 240 minutos por sesión y Qb 300 - 350 ml/min y Qd 800 ml/min.

Resultados:

Comparamos variables, se presentan como media, desviación estándar y porcentajes.

Albúmina y Prealbúmina no es significativo.

Hematocrito suben los parámetros en 4 paciente con una media de 5% 2 bajan con una media de 4% no es significativo.

Beta 2 microglobulina podemos decir que el 100 % bajan las cifras una media de 3,46 mg/dl.

Realizamos valoración de enfermería y cerramos las intervenciones aplicadas.

Conclusiones:

Estudiados los parámetros de albúmina, prealbúmina, hematocrito en ambos grupos, los resultados no son significativos. Puede que las variables elegidas no sean concluyentes, o que la muestra sea pequeña, debido al alto coste de esta técnica. Si podemos decir que la Beta2 microglobulina en los pacientes del grupo experimental ha disminuido considerablemente. Por otra parte han desaparecido la sintomatología intra y post diálisis. Los pacientes perciben una mejoría notable en su estado de salud, han retomado las actividades de la vida diaria, pasear con la familia, momentos de ocio, tareas de la casa, conducir el vehículo, presentando autonomía, autosuficiencia y autoestima.

La formación como estrategia de mejora de los cuidados de los catéteres tunelizados listado de verificación en la sesión de hemodiálisis

Inmaculada Gil Barrera, Ana María García Alcaraz, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

Introducción:

La aféresis terapéutica es un procedimiento extracorpóreo. El perfil de los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis en nuestra Unidad tanto por la edad, como por las dificultades vasculares, hacen los catéteres tunelizados definitivos (Hickman) la vía de elección para el tratamiento. Siendo portadores el 57% de nuestra población total.

Durante el año 2016 percibimos un aumento de incidencias en relación al uso inadecuado de los catéteres centrales tunelizados: aumento de infecciones locales, disminución del flujo en diálisis, obstrucciones. Especialmente cuando los pacientes estaban ingresados en otras unidades. En ocasiones, nos han llegado pacientes con los catéteres sin clampar ó sin heparinizar. Por otra parte, existe una demanda de formación de los profesionales que no manejan habitualmente este tipo de catéteres.

Cabe resaltar que el 50% de los catéteres colocados han requerido ser cambiados al año de su implantación. Una vida media limitada valorando su importancia, supervivencia y coste.

Objetivos:

Conocer las incidencias de la inadecuada utilización de los catéteres centrales tunelizados definitivos en los pacientes que se dializan en nuestra unidad.

Establecer estrategias que mejoren la vida media de los catéteres.

Material y Método:

Con el fin de objetivizar nuestras impresiones e identificar estrategias de mejora, realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo. La población de estudio la forman todos los pacientes portadores de catéteres tunelizados permanentes que se dializan en la unidad de hemodiálisis de nuestro Hospital durante el año 2016. Las variables de estudio son número de pacientes que se dializan con flujos bajos o medios; número de pacientes

que han recibido tratamiento antibiótico, ya sea de forma local o sistémica durante la hemodiálisis; cambios de accesos venosos; protocolos de urokinasa y porcentaje de procesos que requirieron ingresos hospitalarios. Los datos han sido extraídos de las historias de los pacientes (Nefrolin y Diraya), siempre preservando la confidencialidad e intimidad de los mismos.

Resultados:

Mostramos los datos en porcentaje para su mejor comprensión. Del total de los pacientes dializados en la unidad portadores de catéter tunelizado permanente:

- El 57% han recibido antibioterapia local o sistémica por infección del acceso vascular. Infección local (colonización con estafilococo aureus, Pseudomonas Aeruginosa, Cándida o Aspergillus) ó infección sistémica.
- El 94% se dializan con un flujo medio.
- El 69 % han recibido el protocolo de Urokinasa por obstrucción del catéter.
- El 51% han requerido un cambio de acceso vascular.
- De los 35 pacientes ingresaron: 11.43% en cardiología y digestivo, 45.71% en urgencias, 42.86% en nefrología, cirugía vascular 25.71%.

Conclusiones:

Además de la educación sanitaria que reciben los pacientes respecto a los autocuidados de los catéteres tras ser implantados, es necesaria la formación de enfermería de otras unidades que reciben a nuestros pacientes en el manejo de estos catéteres.

Planteamos realizar actividades formativas y realizar el estudio al año para comprobar el impacto de la misma. Pretendemos con esta estrategia mejorar la vida media de los catéteres y disminuir la incidencia de los problemas derivados del uso inadecuado de los catéteres.

Listado de verificación en la sesión de hemodiálisis

Ignacio García Barrero, Gema Buendía Jiménez, Rocío Bermúdez Gómez, Esperanza Garrido Sánchez, Rosa Franco Herrera

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción:

Nuestra unidad de hemodiálisis se encuentra en fase de implantación de un plan de seguridad. Tras la elaboración de una hoja de registro de eventos adversos y su utilización durante un período de tiempo, se identificaron los eventos más frecuentes. Entre las medidas correctoras que se decidieron para disminuir su ocurrencia, fueron la reelaboración de los protocolos existentes y la creación de una hoja de verificación (checklist) como instrumentos de mejora de la calidad asistencial y para fomentar la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario.

Material y Método:

Una vez revisada la bibliografía existente y tras varias reuniones del grupo de trabajo, decidimos elaborar un listado de verificación para enfermería que será utilizado en cada sesión de hemodiálisis. Consta de tres apartados diferenciados: pre, intra y post. En cada uno hemos seleccionado ítems claros y concisos para repasar los pasos esenciales a seguir en el procedimiento de la hemodiálisis. Es requisito indispensable cumplimentar cada fase antes de comenzar la siguiente, así quedarán todos los aspectos revisados y comprobados. El enfermero/a referente deberá firmar al final de cada etapa y al finalizar la sesión. Una vez revisado se archivará adjunto a la gráfica de enfermería de cada paciente.

PREHD: 1. Identificar serología del monitor. 2. Identificar paciente y monitor. 3. Comprobar esquema de hemodiálisis, concentrados, dializador, líneas y material del acceso vascular. 4. Montar/Cebiar monitor. 5. Ajustar parámetros de seguridad. 6. Recepción/Identificación del paciente y comprobar peso pre-hd. 7. Protocolo de caídas/Acomodación del paciente. 8. Comprobar peticiones analíticas, tubos y paciente. 9. Asepsia del personal. 10.

Asepsia/ Valoración del acceso vascular. 11. Programar TA y parámetros de HD.

INTRAHD: 1. Comprobar inicio diálisis. 2. Administrar/ Activar anticoagulación. 3. Comprobar esquema de HD (Qb, Qd, peso, baño, t^a y sodio). 4. Control horario de constantes vitales (TA, T^a, Glucemia). 5. Vigilar acceso vascular. 6. Administrar medicación. 7. Registrar incidencias. 8. Continuidad del protocolo de caídas.

POSTHD: 1. Identificar/Administrar medicación. 2. Registrar constantes vitales. 3. Asepsia del personal. 4. Sellado de catéter: Citraflow/ Heparina 1%. 5. Valorar hemostasia/ Vigilar acceso vascular. 6. Protocolo de caídas (suelo seco, ausencia de barreras físicas...). 7. Comprobar/ Registrar peso post HD.

Conclusiones:

El listado de verificación es una herramienta que nos va a permitir revisar y evaluar de manera ordenada y programada los procedimientos de nuestra unidad, para garantizar la seguridad de nuestros pacientes así como la continuidad de los cuidados.

Cuando esta hoja se ponga en marcha habrá que comprobar su eficacia. Nos plantearemos un estudio comparativo entre eventos adversos más frecuentes antes y después de la implantación del checklist. Con esto pretendemos disminuir la incidencia de dichos eventos. Si aún así se siguen produciendo, sería indicativo de una inadecuada cumplimentación del listado de verificación. Hay eventos que no dependen exclusivamente de dicho listado, por este motivo es importante que sea un proceso continuo de revisión e instauración de medidas de mejora.

Es fundamental concienciar y motivar a los profesionales sobre el uso correcto del checklist.

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en incidentes en hemodiálisis

M^a Luisa Chávez Gordillo, Alberto Mato Cambero, M^a Lourdes Sánchez Muñoz, Ana Belén Morales Guerrero, Reme Perera Martínez, Sonia Gallego Saa

Hospital de Zafra. Badajoz. España

Introducción:

El interés de este trabajo se centra en definir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en la población incidente en hemodiálisis, para lograr dimensionar el problema y abordarlo desde las unidades-ERCA en áreas-salud con gran dispersión geográfica.

Material y Método:

Estudio descriptivo inicial de los pacientes incidentes en hemodiálisis en un área rural en el periodo 2005-2015 y que fueron prevalentes en diálisis más de tres meses considerándose crónicos. Se recogieron los datos epidemiológicos de la población en estudio en el momento de entrada en terapia renal sustitutiva.

Resultados:

Periodo 2005-2015, área-salud-rural. Población media 105.908 ± 1.047 habitantes (103.770, 106.805). (165) incidentes en hemodiálisis: media $15 \pm 5,5$, rango (7, 24). 80% atendidos en consulta ERCA. Edad media de $64,86 \pm 15,35$ años. 58.8% varones.

Etiologías: No filiada 25,45%, N. Vascular (16,96%), N. Diabética (14,54%) y Glomerulopatías (13,93%) de la muestra global.

Presentaban factores de riesgo cardiovascular clásicos: DM 37.6%, HTA 89.7%, Dislipemia 43.6%.

Asociaban obesidad el 36.4% y hábito tabáquico un 29,1%.

Evidenciamos un descenso de obesidad pasando de varios picos sobre el 40% al 26,3%.

Se observa un incremento del hábito tabáquico en los últimos años de hasta un 56,5% en 2012, reduciendo al 31,6% en 2015.

Conclusiones:

La edad media de los incidentes en hemodiálisis es alta. Se observa un incremento de ancianos incidentes en los últimos años. La HTA es el factor de riesgo cardiovascular clásico más prevalente. La DM permanece constante sobre un tercio de la población. La presencia del hábito tabáquico en incidentes debe alertar para la toma de medidas preventivas. La consulta de ERCA de enfermería podrían tener una labor preventiva junto con atención primaria en la educación para el abandono de hábitos no^o saludables para nuestros enfermos.

Punción de fístulas arteriovenosas para hemodiálisis con angiocatéter: una alternativa válida a las punciones convencionales

Luca Caserta, Beatriz Martín González, Verónica Sánchez Rodrigo, Jessica López Salas, Cristina Pérez Ramos, Alicia Gómez Gómez

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

Un acceso vascular (AV) adecuado es fundamental para conseguir una hemodiálisis (HD) de calidad. El mejor AV conocido es la fístula arteriovenosa (FAV) nativa. El traumatismo de la FAVn causado por el uso de agujas estándar (AE), por la punción o por los movimientos/flexiones del brazo durante la diálisis, puede disminuir la longevidad de la misma. El "Angiocath" (AC) es un dispositivo de punción de FAV desarrollado para minimizar las complicaciones de la punción en HD.

Material y Método:

Se seleccionaron pacientes con FAV nativa con más de 3 meses de antigüedad. Se compararon las prestaciones de las AE y los AC a través de presiones arteriales (PA), presiones venosas (PV), los flujos de bomba (Qb), Kt/V, dolor relacionado con las punciones medido por EVA y los tiempos de hemostasia. Se evaluaron resultados a las 12 semanas de seguimiento, 6 semanas con punción convencional y otras seis con AC.

Resultados:

Fueron incluidos 9 pacientes, con una edad media de 64 ± 6 años mediana de 65 años y rango de 58-76. Tipo FAVn: 1 Radio-cefálicas izquierdas y 1 derecha, 6 Humero-cefálicas izquierdas y 1 Humero-mediana izquierda. La antigüedad de los AV era de media 28 ± 15 meses, mediana de 19 meses y un rango de 14-52 meses.

La PA (mmHg), las diferencias % y los valores de P de AE Vs AC fueron respectivamente para la primera hora -134 ± 27 vs -118 ± 27 , 11,8% y 0,25. Los resultados de la segunda hora fueron -136 ± 25 vs -125 ± 28 , 7,8% y 0,43. Finalmente a la 4ª hora: -140 ± 25 vs -128 ± 30 , 8,1% y 0,41.

La PV (mmHg), las diferencias en % y los valores de P de AE Vs AC fueron respectivamente para la primera hora 152 ± 31 frente a 151 ± 21 , 0,007% y 0,91. Los resultados de la segunda hora fueron 154 ± 31 vs 150 ± 26 , 0,02% y 0,92. Finalmente a la cuarta hora: 155 ± 32 frente a 151 ± 28 , 0,02% y 0,88.

El Qb (ml / min) de la sesión con AE vs AC fue de 338 vs 345, con una diferencia de 1,8% y un valor de P de 0,36. El Kt / V obtenido a través de AE Vs AC fueron $1,3 \pm 0,28$ vs $1,28 \pm 0,20$, la diferencia fue de 2% y el valor de P fue de 0,37.

El tiempo de Hemostasis (min) respectivamente de AE vs AC fueron $10,7 \pm 1,7$ frente a $8,9 \pm 1,4$, con una diferencia de 16% y P valor de 0,016.

Percepción del dolor mediante la escala EVA: 2,5 vs 2,5.

Conclusiones:

los AC presentan unas prestaciones similares a las agujas convencionales para HD, con una menor presión pre-bomba. Aunque la percepción del dolor no varía, su menor rigidez puede minimizar las extravasaciones accidentales y ser una opción para pacientes inquietos o con temblor.

Recolocación de catéter peritoneal por infección crónica del orificio de salida

Alfonso de la Vara Almonacid, María Vállega Melgares, Miriam Graciano Mora, Yolanda Solera Parra

Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid. España

La diálisis peritoneal (DP) es una alternativa válida a la hemodiálisis, que presenta algunas ventajas en comparación con ésta. En lo que respecta a los pacientes, la DP permite mejor movilidad, mayor libertad en la dieta, mejor control hemodinámico y menor complejidad técnica.

El éxito de la técnica dialítica peritoneal va a depender, en gran medida, de un buen acceso peritoneal, ya que un catéter funcionando adecuadamente y un acceso peritoneal sin problemas va a asegurar la supervivencia de esta técnica dialítica.

A pesar de poseer uno o dos dacron, el catéter, que se creía evitaría las infecciones del orificio y por consiguiente las infecciones del túnel, estas aún se siguen produciendo. Las infecciones relacionadas con el catéter peritoneal (infección de la inserción, infección del túnel, infección de la esponjilla externa), siguen influyendo de forma importantes en la morbilidad del paciente y son actualmente la mayor causa de fallo de la técnica, por retirada del catéter.

Pese a las medidas, a veces las infecciones persisten y se acantonan en los orificios de salida.

En este contexto nos planteamos el siguiente trabajo exponiendo el cambio de orificio en dos catéteres realizados a lo largo del 2016, con cambio de orificio de salida teniendo como objetivo la solución del proceso infeccioso que padecían.

Presentamos dos pacientes uno varón y una mujer de 69 y 36 años respectivamente en tratamiento de diálisis peritoneal por espacio de 2 años uno, y el otro 4 años.

En el caso de la mujer presento presentó múltiples episodios de infecciones repetidas. Por espacio de un año.

En el caso del hombre infecciones repetidas con tratamiento antibiótico por espacio de 7 meses.

Bajo anestesia local más sedación, una y con anestesia raquídea otra, se realiza incisión en ojal alrededor del catéter de Tenkhoff. Objetivándose el dacron a nivel de la dermis justo debajo del orificio. Cortandose el catéter por debajo del dacron y se sacó el mismo residual por un orificio a unos 3 cm hacia medial.

Siendo en ambos casos necesario el acortamiento del catéter y la eliminación del dacron subcutáneo.

En ambos casos se ha solucionado la infección que se cronificaba en el tiempo y que pese a poner medidas antibióticas y de curas periódicas no de había podido conseguir.

En el momento actual ambos orificios nuevos están sin ningún tipo de infección.

Tampoco se han objetivado problemas de conexión al circuito ni dificultad alguna en la técnica.

El procedimiento quirúrgico se realizó con anestesia local. El mismo día de la realización los pacientes volvieron a su domicilio y pudieron usar su catéter sin ninguna complicación.

En revisiones posteriores no ha habido mas infecciones, pese a no tener dacron por debajo del orificio de la piel.

Tratamiento con yodo radiactivo en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Mónica Martín Vesga, David Blanco Pérez, Sonia Benito Santamaría, Carmen Angona Miguel, Blanca Rodríguez Velasco, Cristina Barrios Rebollo

Hospital Universitario. Burgos. España

El yodo es un isótopo radioactivo (I-131) que se administra por vía oral. Tras absorberse una parte por el tejido tiroideo, el resto se elimina fundamentalmente por vía urinaria, convirtiendo a estos pacientes en fuente de radiaciones ionizantes y contaminación radioactiva.

El I-131 emite radiaciones beta (terapéuticas) y gamma (irradiantes) y su período de semidesintegración es de 8,02 días. El I-131 puede contaminar bien por inhalación, por ingestión o de forma superficial, irradiando en función del tiempo de exposición, la distancia a la fuente radioactiva y al blindaje.

Los pacientes con enfermedad renal crónica estadio V, requieren sesiones de hemodiálisis para eliminar el isótopo.

Resumimos nuestra experiencia con una mujer de 73 años en programa de hemodiálisis, debido a enfermedad renal crónica estadio V, diagnosticada posteriormente de carcinoma papilar de tiroides, con metástasis pulmonares.

Fue remitida a nuestro hospital tras tiroidectomía, para recibir terapia ablativa con yodo radiactivo. En su hos-

pital de referencia carecen de la infraestructura necesaria para realizar el tratamiento.

Se programan reuniones entre los servicios de Nefrología, Medicina Nuclear y mantenimiento para establecer un protocolo de actuación que asegure un resultado óptimo para el paciente, con un riesgo mínimo para el personal que lo atiende.

Se eligen a 6 enfermeras con amplia experiencia, mayores de 45 años y sin hijos pequeños para rotarse en las tareas de conexión y desconexión de la paciente, dotadas de equipos de protección individual y dosímetros. Asimismo se monitoriza la radiación en torno al paciente con dosímetros de área.

La paciente fue dada de alta radiológica tras la 3ª sesión de hemodiálisis. De las lecturas de los dosímetros individuales se desprende que las enfermeras que atendieron a la paciente no recibieron en ningún caso dosis de radiación superiores a los límites establecidos en el Real Decreto 783/2001.

Tratamiento intratúnel en un catéter tunelizado para hemodiálisis. A propósito de un caso

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, Belén Gómez Giralda

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

Cada vez es mayor el número de catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) empleados como acceso vascular para hemodiálisis (HD). La infección del túnel subcutáneo (tunelitis) es una complicación que puede conllevar la retirada del catéter. Estudiamos un caso de tunelitis recurrente con dos objetivos:

- Valorar la eficacia del tratamiento intratúnel en un CVCT para HD
- Presentar el estudio al resto de profesionales

Paciente y Método:

Se recogen datos de la historia clínica: sesiones de HD, radiología vascular y microbiología.

Análisis del caso:

Mujer, 81 años, con importante pluripatología, enfermedad renal crónica estadio 5. Dos fístulas arterio-venosas fallidas. Elige tratamiento paliativo.

En abril 2015 acude a urgencias: insuficiencia cardiaca descompensada y derrame pleural severo. Tratamiento: HD mediante catéter temporal en femoral derecha.

Decide entrar en programa de HD. Se coloca CVCT en yugular derecha. Se colocan hasta un total de 5 catéteres, entre nuevos y recambios, por problemas vasculares.

En septiembre: bacteriemia relacionada con catéter (BRC) por *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible (SAMS). Tratamiento: antibioterapia intravenosa. Buena evolución. Zona alrededor del OSC muy enrojecida y seca, aplicamos crema hidratante durante la sesión. Persistía la sequedad, aparecieron ampollas en zona de adherencia de apósitos, que se rompían, formando costras. Cambiamos tipo de apósitos y variamos las zonas donde pegamos los apósitos para que curaran esas heridas.

Nueva BRC y tunelitis dos meses después, a pesar de nuestro estricto protocolo de conexión y desconexión. Tratamiento: antibioterapia intravenosa; buena evolu-

ción. En zona de lesiones cutáneas, aplicamos pomada con corticoides, hay gran mejoría, pero al suspenderla volvían a aparecer. Recortamos la zona del plástico de los saquitos donde introducimos el catéter y lo adherimos a piel con Mefix®.

Dos meses después, enrojecimiento en trayecto del túnel, sin fiebre, tratado con antibioterapia intravenosa post-hemodiálisis tres semanas. Buena evolución. Piel peri-orificio muy seca y eczematosa, que hidratamos con aceite de rosa mosqueta.

Mes y medio después, nuevo enrojecimiento e inflamación en trayecto tunelizado. Hemocultivos y cultivo del exudado. Tratamiento: 1 g de Vancomicina, fomentos de ClNa 20% en zona durante 10-15 minutos durante la sesión (mejoraban la piel) y Cavilón® en zonas sin lesiones para adherir el apósito. Días más tarde, hemocultivos negativos, cultivo del exudado positivo para SAMS, persistiendo enrojecimiento en zona del túnel. Comenzamos un nuevo tratamiento: irrigación intratúnel con 500 mg de Vancomicina disuelta en 10 cc de suero salino 0.9% mediante un abboath® n° 26, que introducíamos en la zona del túnel e íbamos instilando poco a poco el antibiótico intentando impregnar bien el dacron, en cada sesión. Tras cinco aplicaciones, el cultivo del exudado seguía positivo (SAMS). Mantuvimos las curas más tiempo, tras aceptación de la paciente, antes de poner otro CVCT dados sus problemas vasculares. Empezó a mejorar; tres semanas después, cultivo del exudado negativo. Mantuvimos los fomentos de ClNa 20% en zonas alrededor del orificio durante varias sesiones, hasta la curación total y aplicamos Cavilón® previo a los apósitos.

Resultados y Conclusiones:

Aplicando el antibiótico intratúnel, remitió la infección. No ha vuelto a presentar ninguna. Actualmente, un año después, continúa bien.

Utilidad de la bioimpedancia en el mantenimiento de pauta incremental (dos sesiones/semana) en hemodiálisis

Verónica Sánchez Rodrigo, María Isabel Díaz Palomar, Esther Fernández Vega, Cristina Pérez Ramos, Jessica López Salas, Alicia Gómez Gómez

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

Iniciar el tratamiento renal sustitutivo en pauta incremental en hemodiálisis (HD), dos sesiones por semana, depende en gran medida de la presencia de diuresis residual. Evitar ultrafiltraciones excesivas permite prolongar dicha pauta. No obstante, la posibilidad de sobrehidratación debe ser tenida en cuenta y ser un aspecto crítico de seguimiento continuado. La bioimpedancia permite una valoración objetiva de la composición corporal y su aplicación podría aportar beneficios en el control de la HD incremental, especialmente en el control del volumen.

Material y Método:

En el último año, se ha incorporado la bioimpedancia a la unidad de HD. Desde entonces para el control de los pacientes en HD incremental realizamos un control basal a todos los pacientes en técnica incremental y controles posteriores trimestrales. Para la medición de bioimpedancia se ha utilizado el sistema BIA101. A todos los pacientes se les realizó un estudio preHD y posHD en la misma sesión.

Resultados:

De forma preliminar se ha realizado control basal y a los 3 meses en 13 pacientes. Once varones y dos muje-

res, con una edad media de 63 años; DS: 10. El tiempo medio en tratamiento renal sustitutivo era de 7 meses; DS: 7,6, mediana: 6 y un rango de: 0-25 meses. El 85% se dializaba a través de una FAV autóloga y el resto a través de un catéter tunelizado. El 70 % se dializaba a través de un dializador de alta permeabilidad. La mitad de los pacientes tomaban 80 mg de furosemida oral. Las medias de los datos son los siguientes, resultados basales y a los 3 meses, respectivamente: Tiempo sesión HD (minutos) 203 ± 18 vs 221 ± 15 ($p:0,0004$), TA Sístólica (mmHg) 156 ± 17 vs 158 ± 21 , TA Diastólica (mmHg): 77 ± 15 vs 70 ± 15 , Peso preHD (Kg): 79 ± 14 vs 79 ± 14 , Peso posHD (Kg) 78 ± 13 vs 77 ± 14 , Albúmina (g/dl) $3,3\pm 0,4$ vs $3,3\pm 0,5$, CUrea (ml/min): $5,2\pm 1,8$ vs $4,8\pm 2$, Diuresis residual (ml/24 h): 2031 ± 710 vs 2064 ± 788 , ProBNP 5789 ± 8327 vs 7326 ± 10218 , PA posHD: $5,7\pm 1,3$ vs $5,3\pm 1,3$ ($p: 0,02$), Rz posHD: 536 ± 83 vs 509 ± 81 ($p: 0,03$), Xc posHD: 54 ± 15 vs $50,5\pm 16$, TBW posHD: 37 ± 9 vs 41 ± 6 ; ECW posHD: 19 ± 3 vs 20 ± 4 ; FFM posHD: 52 ± 8 vs $51,5\pm 14$ ($p: 0,4$), BCM posHD: 27 ± 7 vs 28 ± 8 .

Conclusiones:

La aplicación de forma regular de la bioimpedancia nos puede permitir optimizar la pauta incremental. Un control más objetivo del peso corporal y su estado de hidratación puede preservar durante más tiempo la diuresis residual y secundariamente la pauta de 2 HD / semana.

Variabilidad en la práctica asistencial en unidades de diálisis. Proyecto piloto multicéntrico

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

Hospital de Manacor. Baleares. España

Introducción:

La Variabilidad de la Práctica Asistencial se define como "la variabilidad sistemática en las tasas de incidencia acumulada estandarizadas por edad, sexo, de un procedimiento clínico particular, a un determinado nivel de agregación de la población". Existen factores explicativos del origen de la variabilidad dentro del contexto sanitario y que pueden explicar las variaciones de tratamientos y cuidados que se producen en la práctica asistencial.

Objetivos:

Describir la variabilidad de la práctica asistencial sobre los indicadores de proceso y resultado en unidades de diálisis de las Islas Baleares. Los objetivos específicos son determinar la variabilidad asistencial que existe en cada centro hospitalario mediante un cuestionario ad hoc, comparando los indicadores de procesos con respecto las recomendaciones para cada proceso según las guías de práctica clínica de la entidad KDOQI.

Material y Método:

Se realizará un estudio observacional retrospectivo transversal descriptivo y multicéntrico. El ámbito del estudio serán las unidades de diálisis de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. Los sujetos del estudio serán todas las enfermeras que trabajan en las unidades de diálisis y por otra parte se recogerá información relativa de las características de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal que pertenezcan a las

unidades de diálisis implicadas en el proyecto. Se excluirán aquellos profesionales que se nieguen a participar. Las variables se recogerán mediante un cuestionario ad hoc, que será pilotado con 10 profesionales para valorar su interpretabilidad. El cuestionario está organizado para dar respuesta a las siguientes variables relativas al perfil de la enfermera y variables relativas que corresponden a las recomendaciones sobre indicadores de proceso extraídas de las guías de práctica clínica de adecuación de hemodiálisis, diálisis peritoneal y acceso vascular de KDOQI. El resto de variables del estudio, como perfil del paciente, perfil del centro e indicadores de resultado, se recogerán a través de una recogida de datos que cumplimentará cada miembro del grupo de investigación con respecto a la unidad a la que pertenezca del año 2016. El proyecto se compromete a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos.

Implicaciones Prácticas:

Permitirá conocer la variabilidad de la práctica asistencial referente a indicadores de proceso y resultado de las unidades de hemodiálisis. Además, se podrá analizar la adherencia que tienen los distintos centros respecto a la guía de práctica clínica KDOQI. Por último, servirá como herramienta para la toma de decisiones políticas sobre la gestión clínica y sanitaria, sin perder la capacidad para el manejo clínico de pacientes de manera individual.

Biopsias renales: seguimiento y cuidados enfermeros

Carmen Torres Arauz, Ana Isabel Velazquez Fernandez, Inmaculada Gil Barrera

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

Introducción:

Los cuidados enfermeros son primordiales a la hora de realizar el seguimiento de las biopsias renales, ya que evitan complicaciones posteriores. La biopsia renal (BRP), consiste en la extracción de un fragmento de tejido del riñón para su posterior análisis en laboratorio; gracias a esta prueba diagnóstica conocemos que tipo de enfermedad afecta al mal funcionamiento de los riñones.

Material y Método:

Hemos realizado un estudio retrospectivo y analítico de BRP realizadas durante los años 2014-15 en nuestra unidad de Nefrología.

Fueron estudiadas en total en esos años 88 biopsias de las cuales el 17,04% procedían de riñones trasplantados y el 82,95% de riñones nativos. La proporción de hombres fue del 53,41% y mujeres el 46,59%. Apenas hubo complicaciones posteriores ya que la proporción es del 4,54%. La media de tiempo de enfermedad renal de los pacientes biopsiados va desde el mes a los 8 años.

Discusión:

Una vez realizada la BRP, al paciente le aplicamos un protocolo de enfermería, actualizado hace tres años, que consiste en: poner al paciente una faja abdominal y reposo en cama durante 24 h. Para la valoración de la hemoglobina se procede a través de sangre capilar a un hemocue. Como tratamiento farmacológico para el dolor utilizamos paracetamol y nolutil.

El objetivo y labor de enfermería será la vigilancia de posibles complicaciones y el manejo del dolor en el pa-

ciente biopsiado a través de la observación del color de la orina, evolución de la hemoglobina y además vigilancia de la zona donde se ha realizado la punción vigilando la aparición de hematomas.

Al paciente se le canaliza vía periférica para la administración de medicación y por si hubiera cualquier complicación durante la realización de la biopsia o posterior a ella.

A las 24 h se realiza al paciente una ecografía de control y según resultado se procede al levante del paciente y al alta posterior.

Resultados:

Una vez analizada todas las biopsias podemos confirmar que la tasa de complicaciones es mínima (4,54%), siendo en todas ellas la misma, hematomas renales. Este protocolo de enfermería está actualizado desde hace 3 años, antes se realizaban 3 extracciones posteriores a la biopsia lo que ocasionaba al paciente muchas más molestias, tampoco se ponía al paciente una faja ya que solo se dejaba en reposo 24 h únicamente.

Conclusiones:

Dado el escaso porcentaje de complicaciones tras BRP en nuestra unidad y gracias a la implantación del nuevo protocolo de enfermería, que es más beneficioso para el paciente que el anterior, nos planteamos esta pregunta ¿es necesaria la hospitalización y reposo de 24 h? (en otros hospitales se realiza en hospital de día y su estancia únicamente es de 6 - 8 h) o ¿quizás debido a ello son los resultados obtenidos?

Caso clínico: “tumor pardo, ¿contraindicación para el trasplante renal?”

Pablo González Pereira, María Olga Vegas Prieto, Ana Yolanda Gómez Gutiérrez, M^a Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

El trasplante Renal es el tratamiento sustitutivo más importante existiendo complicaciones puntuales que pueden llegar a ser excluyentes en el tratamiento. El TUMOR PARDO constituye una contraindicación relativa no excluyente para la realización de trasplante renal. Los tumores pardos (TP) se asocian con hiperparatiroidismo primario o secundario pudiendo ser invasivos no constituyendo un tumor maligno. El TP es un hallazgo casual en la enfermedad renal avanzada con osteodistrofia asociada siendo 3 veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Aparecen lesiones en estructuras vecinas por compresión, acompañándose de clínica (dolor, neuropatía y mielopatía). La localización: en la mayoría de los casos en maxilar superior o inferior y también a nivel de escapula, pelvis, costillas ó órbita ocular. La Parathormona (PTH) y otros factores locales como la Necrosis Tubular alfa (TNFa ó Interleukina 1) inducen la proliferación y diferenciación de células medulares a osteoblastos. Se muestra en imagen TAC una masa en hueso, sin disrupción de la cortical, sin reacción perióstica ni signos de inflamación. En la RNM el hallazgo de quistes es un signo de probable TP. El tratamiento está fundamentado en un buen control del hiperparatiroidismo, uso de quelantes del fosforo, calcio y suplementos de vitamina D. En los casos más avanzados de TP es necesaria la Paratiroidectomía. La cirugía local del TP suele estar contraindicada, ya que las lesiones suelen disminuir o desaparecer al controlar las cifras de PTH.

Caso Clínico:

Mujer de 32 años en tratamiento con Diálisis Peritoneal (DP) a la que se le realiza un Trasplante Renal, tras superar un TP. Antecedentes de miopía, HTA Hiper-

paratiroidismo secundario severo, anemia por trastornos crónicos. Antecedentes quirúrgicos: TP de hueso en órbita derecha intervenida por neurocirugía y otorrino (paraidectomía). Anatomopatológicamente: tumoración ósea de células gigantes, remitida para estudio Hiperparatiroidismo. Se le realiza trasplante de riñón derecho en fosa iliaca izquierda. A las 24 horas se realiza ECO-DOPPLER y GAMMAGRAFIA renales que evidencian buena función del injerto renal, rango normal. Al alta aparece una nefrotoxicidad por Tracrolimus.

Discusión:

La patología previa de tumores como el tumor pardo no debe contemplarse como un impedimento excluyente para la realización de un trasplante renal si bien el riesgo de desarrollar una neoplasia es mayor en pacientes trasplantados. Autores como Kasiske y Col analizaron la incidencia de tumores en pacientes en lista de espera y después de trasplantarse observando que eran más frecuentes después (cáncer de piel no melanocítico, melanoma, sarcoma de kaposi, linfoma no Hodgkin, cáncer de boca y el renal). Fineman y Torres manifiestan que el tratamiento inmunosupresor constituye el principal factor de riesgo de presentación de neoplasias post trasplante. Si el enfermo sufre un proceso neoplásico post trasplante habría que desarrollar más guías de ayuda de cuidados psicológicos y físicos. Cada caso merece ser minuciosamente analizado y estudiado pues de ello depende la posibilidad de un trasplante renal; Y debe asociarse a un estilo de vida que incluya hábitos saludables, no fumar, disminución alcohol, ejercicio diario, control del peso.

Evaluación de la perfusión hipotérmica pulsativa en un programa de trasplante renal con donante expandido

Estefanía Iglesias González, Micaela Moscoso Gómez

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

El envejecimiento poblacional es una de las principales razones del aumento de las listas de espera en pacientes necesitados de un trasplante renal. La búsqueda de alternativas, como mejoras quirúrgicas y de preservación, ha permitido el uso de riñones de donantes con criterios expandidos incrementando costes postoperatorios a expensas de la prolongación de estancia hospitalaria, necesidad de diálisis y procedimientos de diagnóstico adicionales.

El mantenimiento de la viabilidad de los órganos durante la preservación se convierte en un reto. La máquina de perfusión hipotérmica pretende mitigar el efecto del almacenamiento en frío sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado o el donante subóptimo.

Objetivos:

- Evaluar las complicaciones que presentan los pacientes trasplantados renales con dos tipos de preservación diferentes (preservación 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.

En ambos grupos de control se tuvo en cuenta la edad y las patologías asociadas del donante.

Comparación en los métodos para la preservación re-

nal: estancia hospitalaria, horas de isquemia, necesidad de diálisis y número de sesiones post trasplante y el dispositivo de almacenamiento o de preservación pulsátil.

Resultados:

Entre 2010 y 2012 se realizaron 175 trasplantes, de los cuales, 70 procedieron de donantes ≥ 65 años. Se perfundieron en máquina un total de 30 riñones y en 40 se utilizó la preservación estática. Los primeros resultados obtenidos de nuestra experiencia nos 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 menor necesidad de hemodiálisis postrasplante.

Conclusiones:

El envejecimiento poblacional se refleja también en el perfil de los donantes. 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 el 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años y prácticamente todos tienen algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular, 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 un nuevo proyecto basado en la preservación renal pulsativa con el objetivo de lograr una perfusión intravascular continua con una preservación más efectiva.

Incorporación de la terapia vibracional para mejorar la calidad de los cuidados en el paciente sometido a trasplante renal: programa de sonoterapia nocturna

Trinidad López Sánchez, Ildefonso Blanco Saborido, Marta Pérez Doctor, M^a Luz Amoedo Cabrera

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción y Objetivos:

El avance en el uso de intervenciones enfermeras como las visualizaciones o la relajación progresiva destinadas al autocontrol y superación de los efectos estresantes o el retraso en la recuperación de la función renal que a menudo presentan los pacientes en el postoperatorio de trasplante renal nos impulsa a la aplicación de nuevas intervenciones que contribuyan a una adaptación más equilibrada y saludable.

La frecuencia de ondas cerebrales están estrechamente relacionadas con la actividad fisiológica pues el mundo físico está compuesto por átomos que vibran a determinadas frecuencias que pueden emitirse de diferentes maneras: vibración, electricidad, luz, radiación y el sonido como terapia demostarda.

Con el objetivo general de aumentar la calidad y satisfacción de las necesidades biopsicosociales del paciente sometido a trasplante renal PTR el objetivo específico es poner en marcha un programa de sonoterapia en el plan de cuidados estandarizado PCE del proceso postoperatorio.

Material y Método:

Población diana: paciente sometido a TR durante el proceso hospitalario postquirúrgico tardío (recepción tras salir de la Uci) hasta el alta a domicilio (promedio de 9 a 15 días) con información previa del propósito de esta actividad (paciente / cuidador).

Diseño:

Sesiones de sonidos en frecuencias a bajo tono continuos durante el período nocturno (desde las 0-0.30 h: ronda nocturna de cuidados y fomento del descanso hasta las 6,45 h en que comienza la extracción de analítica y primera toma de inmunosupresores), ambiente de luz atenuada y silencio, emisión desde tres fuentes de sonido

instaladas en un espacio rectangular de 30 metros de largo por 2 de ancho donde se ubican 6 habitaciones de aislamiento protector con 2,5 metros de distancia entre ellas.

Análisis bibliográfico sobre física cuántica con liderazgo y evidencia profesional de aplicación de estas terapias es sobre otras lesiones como fisioterapeuta. Análisis y registro de síntomas (inquietud, incertidumbre, temor, insomnio, dolor, retraso en la recuperación quirúrgica...) mediante valoración integral enfermera según patrones de M. Gordon y revisión de analíticas del progreso de función renal. Estudio de la lista completa de frecuencias de onda y efectos (sonidos binaurales) con selección focalizada la función renal y los factores estresantes mencionados.

Resultados:

Edición del procedimiento de sonoterapia nocturna compuesto de frecuencias de tres tipos: ondas cerebrales o frecuencias asociadas a las manifestaciones citadas (97% de los registros), curativas/activadoras del chakra renal y las del entorno natural y universal como los de solfegios generadores de armónicos modificadores de las ondas cerebrales reforzadores del sistema inmunológico. Inclusión de esta actividad en el protocolo de estandarizado de cuidados dentro de la NIC Terapia musical (4440). Difusión interprofesional mediante unidad didáctica impartida en sesión clínica dentro de la formación continua de nuestro centro (programa Atenea). No existe evidencia de contraindicaciones.

Conclusiones:

La inclusión de la sonoterapia en el plan de cuidados del PTR amplía la aportación enfermera metodológica en la mejora del autocontrol y equilibrio necesarios para una mejor adaptación al proceso de trasplante renal.

La identificación de la medicación de alto riesgo en el manejo terapéutico del paciente sometido a trasplante renal durante el proceso hospitalario

Trinidad López Sánchez, Demelsa Carmona Santos, Marta Pérez Doctor

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

La atención especial al manejo de los MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (MAR) es una recomendación a los profesionales a nivel mundial por las Organizaciones Implicadas con la Seguridad del Paciente al ser aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan un riesgo elevado de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Los errores asociados a estos medicamentos no implican que sean más frecuentes sino que en caso de producir un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

En la unidad de trasplante renal (UTR) los enfermeros manejamos un número limitado de estos medicamentos a los que se van añadiendo otros nuevos proclives a causar acontecimientos adversos a menudo por desconocimiento, poca práctica en el manejo o falta de chequeo o identificación separada.

Objetivos:

Con el objetivo general de mejorar la seguridad del paciente en relación al manejo de la medicación el objetivo específico es conocer el grado de identificación de MAR por los profesionales de enfermería en la UTR.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 20 enfermeros con experiencia en el manejo de MAR sobre el paciente renal en general y el paciente trasplantado con criterio de selección de más de 1 año de experiencia (2016 y enero / febrero de 2017) y más de 10 años en los enfermeros autores de la investigación.

Elaboración de una lista de toda la medicación disponible en el botiquín y otra con la selección de los MAR según la relación editada de referencia y actualizada de la farmacia de nuestro centro hospitalario (IMSP-2012) distribuidos en las estanterías en 3 grupos: Alto riesgo / Alto riesgo separado / No alto riesgo.

Formulación de un cuestionario anónimo que muestra la lista general de medicación disponible en nuestro botiquín sin ningún tipo de señalización, solicitando señalar aquella que consideren MAR, previa definición del concepto y

propósito del estudio así como registro de la opinión libre final sobre su experiencia en esta práctica de riesgo.

Resultados:

De los 20 cuestionarios entregados se recogieron 18, en los que el 14,29% de los medicamentos disponibles en el botiquín están etiquetado dentro de los MAR según evidencia ISMP (22 de los 148 medicamentos listados en el cuestionario).

De los 22 MAR (entre alto riesgo separado y alto riesgo) se identificaron correctamente el 50,76% del total. Ningún enfermero conocía la señalización diferenciada entre alto riesgo y alto riesgo separado.

Un 100% señalaron como MAR medicación que no lo es, destacando un 50% por ser medicación inmunosupresora o desconocida.

Un 22,76% de los MAR fueron identificados por más del 70% de los profesionales y un 13,64% de esta lista fueron los menos identificados (seleccionados por menos del 20% de los encuestados).

Registros de Opinión Libre:

Alta manifestación de la necesidad percibida de formación y de conocer de forma prioritaria:

- Lista explícita de MAR con ubicación visible en la misma sala de preparación.
- Formación sobre efectos secundarios/colaterales de la MAR y consecuencias sobre la morbimortalidad en el paciente sometidos a trasplante renal con vulnerabilidad marcada por la polimedicación e inmunosupresión inducida y sin haberla recibido con anterioridad.

Conclusiones:

El conocimiento del nivel de identificación profesional y opinión libre sobre la MAR constituye una información válida sensible y apropiada en la redirección de la formación, concienciación y difusión de las buenas prácticas en el uso de la medicación como pilar de fragilidad en la ocurrencia de eventos adversos (Estudio ENEAS 2005) con concienciación y cultura no punitiva en seguridad del paciente.

Las recomendaciones metodológicas al alta hospitalaria y seguimiento en domicilio por riesgo de efectos de temperaturas elevadas a los pacientes sometidos a trasplante renal

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción y Objetivos:

Los efectos de la exposición a las altas temperaturas EAT, cada vez más prevalentes por las consecuencias del cambio climático y temperaturas extremas tienen consecuencias sobre la salud desde leves como el "sarpullido por calor" hasta situaciones muy graves de riesgo vital como el "golpe de calor".

El paciente sometido a trasplante renal PTR constituye un candidato vulnerable a estos efectos y debe recibir al alta una información preventiva con indicaciones generales a menudo variables o poco personalizadas en un perfil marcado por la inmunosupresión, polimedicación con frecuente necesidad de seguimiento posterior a partir de las predicciones climatológicas de la Agencia estatal de meteorología.

Con el objetivo final de proteger la salud del PTR en relación a las altas temperaturas, los objetivos específicos son:

- Conocer y tipificar los riesgos específicos de los EAT sobre enfermedad renal y trasplante.
- Formular unas recomendaciones específica capaces de prevenir, proteger e informar sobre estos efectos.
- Garantizar la continuidad de cuidados con Atención Primaria y su plan de seguimiento a pacientes de riesgo.

Material y Método:

Diseño: Tríptico de recomendaciones al alta hospitalaria. Registros en Informe de continuidad de cuidado: patrón percepción/manejo de la salud según M. Gordon.

Población diana: Paciente/cuidador adulto sometido a trasplante renal.

Búsquedas bibliográficas: efectos del calor/trasplante y recomendaciones editadas: web exploraevidencias, guías de práctica clínica, mapas/vías de cuidados. Plan de seguimiento telefónico como población de riesgo (nivel 0, 1, 2), actuaciones según la alerta (nivel verde, amarillo, naranja, rojo), derivación y entrevista protocolizada para activación de 4 algoritmos: eritema o quemadura solar, calambres, agotamiento por calor, insolación/golpe de

calor desde Atención Primaria

Evidencia interna (enfermeros con más de 10 años de experiencia). Revisión por pares y asignación de nivel de evidencia (sistema Grade), consenso mediante técnica RAN/UCLA en las recomendaciones sin evidencia encontrada.

Elaboración de recomendaciones según áreas priorizadas (método Hanlou): hidratación, eliminación, ejercicio físico, cuidados de la piel, rol/relaciones, refrigeración vivienda, medicación/dosis.

Pilotaje a pacientes/cuidador, lenguaje asequible/legibilidad/longitud/correcta interpretación y grado de utilidad. Análisis metodológico NANDA/NIC/NOC: revisión integral de los signos al alta, diagnóstico e intervenciones NIC / actividades de prevención y promoción: desequilibrio volumen de líquidos, hipertermia, déficit de conocimientos/gestión ineficaz de la propia salud.

Resultados:

Sesión clínica informativa con edición de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos (evidencia suficiente general y necesidad de consenso en riesgos específicos).

Edición de las recomendaciones específicas que se aportan a la guía entregada al alta junto con explicación verbal durante la planificación del alta (NIC 7370).

Registro de opinión favorable y confianza por recibir estos consejos del PTR especialmente información sobre los signos de alerta (98%), formas sencillas de prevención (97%) (cuestionario de satisfacción al alta).

Conclusiones:

La incorporación de las recomendaciones para prevenir los EAT y el seguimiento durante la época estival (activación del plan: 30/6 a 1/9) facilita el juicio clínico de estos riesgo y previene sus consecuencias como área de mejora de la seguridad/protección del paciente trasplantado.

Programa de seguimiento enfermero al paciente trasplantado renal: valoración inicial

Maribel Díaz Jurado, Susana Asensio Flores, Luisa Gallego Español, María Domingo Coll, Carlos González López

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

El Trasplante Renal (TR) está considerada la mejor opción terapéutica para los pacientes afectados de IRCT. Aumenta la supervivencia del paciente y también mejora su calidad de vida.

El alto índice de supervivencia que proporcionan los nuevos tratamientos inmunosupresores, así como el progresivo avance del Trasplante Renal de Donante Vivo (TRDV) generan una elevada actividad asistencial que requiere del trabajo de un equipo multidisciplinar.

Algunas disfunciones del TR son debidas a una mala adherencia al tratamiento y a desconocimiento de síntomas que, identificados y tratados de forma precoz, hubiesen mejorado el pronóstico del TR.

Está documentado que los resultados en pacientes con enfermedades crónicas son mejores si hay una enfermera con experiencia en el tratamiento clínico y en la modificación de patrones de comportamiento que pueden poner en riesgo el pronóstico del trasplante renal y la salud del paciente.

Los pacientes trasplantados han de corresponsabilizarse de su nueva situación de salud convirtiéndose en una parte activa de sus cuidados después del TR.

Enfermería ha de trabajar con el paciente enseñándole a prevenir, promocionar y rehabilitar su salud en esta nueva etapa tanto como sea posible.

Desde el mes de julio de 2016 se ha instaurado en el servicio de nefrología de nuestro hospital el programa de seguimiento enfermero del paciente trasplantado renal.

Objetivos:

- Conocer la actividad enfermera desarrollada en este periodo inicial.
- Describir la percepción del paciente respecto al programa de seguimiento enfermero en el paciente trasplantado renal.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad enfermera relacionada con el programa de seguimiento al pacien-

te trasplantado renal.

- Determinación del número de visitas al paciente durante el proceso de hospitalización y en el seguimiento ambulatorio y telefónico.
- Análisis de la coordinación con la atención primaria al alta del paciente.
- Análisis de las demandas telefónicas evidenciadas.
- Análisis de la percepción del paciente respecto al programa de seguimiento enfermero mediante una encuesta de satisfacción ad hoc.

Resultados:

Visitas presenciales:

- Primeras visitas en pacientes hospitalizados: 35 visitas.
- Primeras visitas en consultas externas: 31 visitas.
- Visitas de seguimiento en pacientes hospitalizados: 74 visitas.
- Visitas de seguimiento en consultas externas: 203 visitas.

Visitas de seguimiento a distancia del paciente:

- Visita a distancia con el paciente: 114 visitas.
- Visita a distancia sin el paciente: 56 visitas.

Coordinación con Atención PriMaría

- Elaboración de 30 informes PREALT.

Seguimiento telefónico

- Consulta telefónica del paciente: 156 consultas telefónicas.

Conclusiones:

- El seguimiento al paciente trasplantado en todas las etapas del proceso garantiza la intervención enfermera en la educación sanitaria después del trasplante renal, la prevención de complicaciones y la detección precoz de las mismas.
- El seguimiento promueve mayor implicación, mejores autocuidados y la corresponsabilidad del paciente en su nueva situación de salud.

Actuación de enfermería ante un paciente con infección aguda por el virus de la hepatitis c en hemodiálisis a tratamiento con antivirales de acción directa

Antonio López González, María Teresa Pérez López, Modesta Mojón Barcia, Lorena Díaz Rodríguez, Sonia Cid Armada, Eva Seijas Guerreiro

Complejo Hospitalario Universitario. La Coruña. España

Introducción:

Son muchas las líneas de investigación dirigidas a optimizar las medidas de bioseguridad para intentar mitigar la infección por el virus de la Hepatitis C (VHC) en hemodiálisis. Sin embargo, el indudable amplio potencial de estos pacientes para adquirir infecciones, hace que este virus siga siendo un quebradero de cabeza en las unidades de hemodiálisis.

Recientemente, el afrontamiento terapéutico del VHC ha evolucionado. El desarrollo de antivirales de acción directa (AAD) sobre la replicación viral ha cambiado completamente el pronóstico de la infección dejando a un lado el tratamiento estándar caracterizado por sus efectos adversos. En hemodiálisis, a pesar de que se han evidenciado resultados esperanzadores, la experiencia con los AAD es muy reducida.

Conclusiones:

Describir el plan de cuidados de enfermería a un paciente con infección aguda por VHC en programa de hemodiálisis a tratamiento con AAD, analizar su evolución clínica, así como las complicaciones derivadas del tratamiento.

Descripción del Caso:

Varón de 69 años diagnosticado de Enfermedad Renal Crónica Grado V de etiología no filiada con inicio en programa de hemodiálisis (2003). Trasplante renal de donante cadáver (2004) con debut diabético e infección por citomegalovirus como complicaciones post-trasplante. Cese funcional del injerto y reinclusión en hemodiálisis en 2015. Otros antecedentes: Vitíligo generalizado, hiperuricemia, neumonía y shock séptico (2013), intervenido de hernia inguinal izquierda (2002) y hernia discal L4 - L5. En febrero de 2016, tras analítica ordinaria, se detecta Ac-HVC positivo con VHC RNA PCR positivo (5.89 log UI / ml) y alteración de enzimas hepáticas. Presenta se-

rologías previas negativas para VHC. Se activa aislamiento en hemodiálisis y es derivado a consulta de digestivo para valorar opciones de tratamiento.

Tras detección de genotipo (VHC 1b) y evaluación del grado de fibrosis en abril de 2016 comienza terapia con Ombitasvir / Paritaprevir / Ritonavir (Viekirax®) y dasabuvir (Exviera®) durante 12 semanas.

Resultados:

La intervención de enfermería fue dirigida a los siguientes diagnósticos: Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico, Afrontamiento inefectivo, intolerancia a la actividad, deterioro del patrón del sueño, riesgo de infección, riesgo de deterioro de la integridad cutánea y riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Con una adherencia al tratamiento del 100%, tras cuatro semanas con AAD, no se detectó carga viral de VHC y las enzimas hepáticas se normalizaron. Se retira aislamiento a las 24 semanas de respuesta viral sostenida.

La descompensación de la tensión arterial en registro domiciliario y post-hemodiálisis, la presencia de astenia, ligera trombopenia y leucopenia, junto con un descenso de la hemoglobina fueron las principales complicaciones.

Conclusión:

El cambio de panorama en el manejo terapéutico del VHC con el empleo de los AAD constituye un avance esperanzador. Aunque la experiencia con esta terapia en hemodiálisis es reducida, los resultados disponibles evidencian una gran eficacia con mínimos efectos adversos como se observa también en nuestro caso. Sin embargo, es imprescindible destacar, que este avance farmacológico ha de ir acompañado de un abordaje multidisciplinar, donde la enfermería tiene un papel fundamental para garantizar una óptima adherencia al tratamiento y un mínimo impacto en la calidad de vida del paciente.

Casos clínicos: hemodiálisis en pacientes con mielomas múltiples con filtro FILTRYZER BK-2.1F de Palex®

Elena Garza Jiménez, Dolores Piña Simón, Soraya Calvo Sánchez, Ide Margarita Rojas Alfaro, Cristina Arce Pomposo, Ana Portoles Gómez

Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. España

Introducción:

El Mieloma múltiple (MM) es una patología hematológica en la que existe una proliferación de células plasmáticas a nivel de la médula ósea, causa un exceso de producción de cadenas ligeras.

Estas cadenas ligeras libres incompletas (CLL) con pesos moleculares de 22 kD / 45 kD en la sangre, es la causa principal de insuficiencia renal en pacientes con mieloma, de los cuales entre un 10 y un 20% sufren fallo renal con necesidad de diálisis.

Es esencial un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad para reducir el riesgo de IR permanente.

Se plantea la necesidad de aplicar una terapia conjunta y simultánea: Reducir las CLL en sangre a través de eliminación directa con HD y aplicar quimioterapia para eliminar la producción de células secretoras de CLL. El uso de membranas de alto poro elimina hasta el 90% de dichas cadenas. Estas cadenas no se pueden eliminar con un dializador convencional por el tamaño que tienen.

Objetivos:

Descripción del caso clínico de dos pacientes con mieloma múltiple con cadenas Kappa y Lambda con FRA tratados con filtro Filtryzer BK-2.1F de Palex® de Hight cut-off (HCO) para disminuir niveles de cadenas ligeras.

Material y Método:

Se analiza las siguientes variables durante las sesiones de ambos pacientes: TAM, PA; PV, PTM, Qb, Qd, Analítica de sangre pre y post-HD, aportes de medicación, complicaciones, adaptación a la terapia.

El paciente del caso 1 es portador de un CVC yugular permanente y el caso 2 un CVC femoral temporal.

Se prepara el circuito extracorpóreo con el dializador de doble poro, se ceba con 2000L de SSF.

Se administra una dosis inicial de heparina y luego heparina continúa. Qb: 250-200ml/min y Qd: 500ml/min.

A ambos pacientes se realizan sesiones de 8 horas, menos la primera sesión de 6 horas consecutivas.

Resultados:

Las cadenas ligeras disminuyen considerablemente durante las sesiones de hemodiálisis largas.

Las complicaciones más frecuentes en ambos casos fue la coagulación del circuito extracorpóreo hasta ajustar la dosis de heparina adecuada.

En el caso 2 el paciente precisó administración de Urokinasa por disminución de flujo.

TA: Se mantuvo estable durante las sesiones, favorecida por no precisar UF y ser una terapia larga (6-8H.)

APORTES AL PACIENTE: En los dos casos precisaron administración de Seroalbúmina y Gluconato cálcico IV.

ADAPTACIÓN A LA TERAPIA: Los pacientes se realizaron la terapia encamados para garantizar la comodidad del paciente, ya que de éste modo resulta más fácil conciliar el sueño.

Los dos pacientes mantienen Filtrado Glomerular y continúan en seguimiento en consulta de ERCA, sin sesiones de HD.

Conclusiones:

Los dos pacientes a los que efectuamos hemodiálisis disminuyeron las cadenas ligeras y recuperaron la función renal.

Con filtros de poro ancho se consigue un ahorro significativo, en contraposición a lo descrito previamente en la literatura concretamente con nuestro filtro Filtryzer BK-2.1F de PALEX, el coste de esta diálisis no es mucho más que las convencionales.

Dieta vegetariana en un paciente con diálisis peritoneal: a propósito de un caso

Sandra Peña Blázquez

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

Introducción:

El estado nutricional adquiere una relevancia importante en la enfermedad renal con tratamiento de diálisis peritoneal (DP). Los niveles de potasio y fósforo, inicialmente no se ven afectados debido a la continuidad de los pases, pero en cambio, a través de los intercambios peritoneales, se pierde albúmina, por lo que la dieta requiere un aporte adicional de proteínas.

Cuando se inicia DP, la alimentación variará para adaptarse a los requerimientos específicos de la enfermedad. Concretamente, una dieta vegetariana, se clasifica en varias categorías, en función de los tipos de alimentos que se incluyan. Entre ellas, lacto-vegetariana, lacto-ovo-vegetariana, pesco-vegetariana y vegana. El origen de las proteínas cambiará dependiendo de la dieta escogida.

Las preferencias dietéticas del paciente deben respetarse al tiempo que adaptarse a las necesidades nutricionales y esto requiere educar al paciente para que obtenga conocimientos sobre la dieta en el conjunto del tratamiento. El objetivo del estudio es conseguir que el paciente presente un óptimo estado nutricional, adaptando sus preferencias alimentarias.

Estudio de un caso clínico:

Varón de 71 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo II desde 2004 y con Enfermedad Renal Crónica en Estadio 5, en tratamiento sustitutivo renal con DP desde septiembre de 2014. Tras la valoración de enfermería y resultados analíticos previos al inicio del tratamiento sustitutivo, se recomendó añadir a la dieta, proteína animal compuesta por pavo, dado que el paciente manifestó seguir una dieta ovo-lacto-vegetariana.

Mensualmente se cursaron analíticas de sangre para determinar las necesidades de nutrientes, ajustando la dieta, si procedía. Los ocho primeros meses en diálisis se mantuvo la dieta con aporte proteico animal, a partir del noveno mes, al conseguir valores analíticos óptimos, se valoró reiniciar la dieta ovo-lacto-vegetariana, propia del paciente. Las actuaciones de enfermería consistieron en planificar un menú semanal personalizado compuesto principalmente por vegetales, legumbres y cereales, que aportara las suficientes proteínas para compensar las pérdidas, un aporte calórico adecuado para prevenir un aumento de peso y un control de la ingesta de potasio, fósforo y calcio para evitar posibles complicaciones.

Durante el proceso se estudiaron los siguientes valores analíticos: pre albumina antes de iniciar DP, con la dieta inicial y con la dieta ovo-lacto-vegetariana. Cada trimestre: la adecuación de DP (kt/v), aclaramiento de creatinina, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, proteínas y mensualmente: potasio, calcio, fósforo, albúmina y bicarbonato.

Los principales resultados analíticos estuvieron dentro de la normalidad, conservando unos valores apropiados de albúmina entre 37 y 47 g/l y de proteínas entre 65-80 g/l en sangre con una ingesta proteica adecuada, manteniendo un correcto estado nutricional, mejorando ligeramente los valores de potasio, fósforo y calcio e incluso disminuyeron los niveles de colesterol, triglicéridos y HDL.

Conclusiones:

Las preferencias dietéticas del paciente y su adherencia al tratamiento permiten flexibilidad para ajustar el menú semanal. Una dieta vegetariana en Diálisis Peritoneal puede ser viable, siempre con un asesoramiento dietético adecuado proporcionado por profesionales de enfermería.

Intervención de enfermería en hemodiálisis a propósito de un caso: paciente con mieloma múltiple. Desarrollo y costes

M^a Isabel Durán Muñoz, Jesús Sanz María, Belen Peix Jiménez, Teresa E. Lope Andrea

Hospital Clínica San Carlos. Madrid. España

Introducción:

En las unidades de hemodiálisis de agudos se dializan pacientes con características muy especiales, en las que enfermería se implica, para favorecer el desarrollo de la sesión, conocer lo que rodea a estos pacientes y la gestión de los costes.

El Mieloma Múltiple (MM) provoca daño renal en el 50% de los casos, de los cuales un 10% necesita diálisis. La patología más frecuente es: nefropatía por cilindros. La técnica de depuración extrarrenal conlleva la eliminación de cadenas ligeras (CL) y condiciona el pronóstico de la función renal. La eliminación de CL puede lograrse por difusión con membranas High Cut Off (HCO) (Theralite[®]) o absorción con filtro de polimetilmetacrilato (PMMA) (BK-2.1[®]). Existen estudios de eficacia de membranas HCO, pero la técnica con PMMA puede tener un papel relevante en el tratamiento del fracaso renal (FRA) por MM. Comparamos eficacia en cuanto a eliminación de CL y coste entre ambas.

Material y Método:

Presentamos 1 paciente con MM, IgG Lambda y FRA. Se hicieron 28 sesiones de diálisis: 1 sesión con PMMA de 6 h., con cambio de filtro a las 3 h. de la sesión, 4 sesiones consecutivas con HCO de 6 h. cada una y 4 sesiones alternas con HCO de 6 h, 1 sesión con filtro de polisulfona (Leoced[®]), 1 sesión con PMMA de 6 h. y cambio de filtro, 3 sesiones de 6 h. con HCO a días alternos, 10 sesiones con PMMA de 3 h, 3 sesiones de 3 h. con polisulfona (NS 2.1[®]), y 1 sesión con PMMA de 3 h. Todas las sesiones se hicieron con K⁺3, Ca 2.5, Qd 500 y Qb 300-400 ml/min. El paciente recibió tratamiento quimioterápico simultáneo.

Las variables fueron: porcentaje de reducción de CL, y coste de las sesiones de diálisis. Con criterio fin de técnica, se definió un valor de CL < 500 mg/l.

Resultados:

Reducción de CL con filtro HCO: 67,93% ($\pm 10,11$) y con PMMA: 17,42% ($\pm 4,19$).

El filtro HCO tiene un coste de 840€ frente al filtro PMMA que tiene un coste de 58€. Consideramos que el resto de material utilizado era el mismo para realizar la técnica con ambos filtros, salvo que el tiempo que permanecía el paciente en la sala era superior con el PMMA, ya que es preciso cambiar el filtro a las 3 h. de la sesión, y hay que tener en cuenta que la diálisis con PMMA, requiere 2 filtros, y el material necesario para realizar dicho cambio.

Conclusiones:

En este caso, la disminución de CL (IgG Lambda) con membranas HCO, es mayor que con las membranas PMMA, pero hay que considerar, que la diálisis con membrana PMMA es una alternativa mucho más barata para el tratamiento del FRA por nefropatía por cilindros. Hemos de tener en cuenta que el cambio del filtro PMMA a las 3 h. de la sesión de diálisis, supone aumento del tiempo que el paciente está en la sala de diálisis y conlleva manipulación del circuito extracorpóreo, con riesgo para el paciente y el personal de enfermería que manipula dicho material.

La visita domiciliaria como herramienta fundamental para solventar episodios de peritonitis recidivantes

Alex Andújar Asensio, Esther Salillas Adot, Anna Luque Hernández, Antonio Fernández Pérez, Mar Blázquez Rodríguez, Inés Rama Arias

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción:

La Diálisis Peritoneal (DP) es un tratamiento ambulatorio sustitutivo de la función renal por el que el paciente, una vez ha adquirido conocimientos suficientes en el hospital, es capaz de realizar el autocuidado en su domicilio. El conocimiento del entorno del paciente ayuda a comprender mejor su situación y evolución, así como las razones u origen de algunos de los problemas que puedan producirse en su evolución.

Como hemos demostrado anteriormente (2000-2001) la visita domiciliaria, es fundamental antes de la instauración del tratamiento para valorar el entorno y adecuar la técnica. También es necesaria para aconsejar sobre la ubicación del material, detectar necesidades y evaluar las capacidades del paciente y del familiar que debe asumir el rol de cuidador.

Se pueden realizar diferentes tipos de visitas como pre-diálisis, al alta del paciente, de seguimiento y/o infecciones repetidas, de apoyo psicológico y de pacientes en estado crítico.

La visita de seguimiento es muy útil cuando se sospecha que el paciente realiza mal la técnica (peritonitis, infección de orificio, etc.) por lo que es fundamental conocer las causas que las pueden originar.

Objetivos:

Reiniciar el programa de Visitas Domiciliarias tras los episodios de peritonitis recidivantes sufridos por varios pacientes de nuestra unidad.

Pacientes y Métodos:

Iniciamos las visitas domiciliarias en 3 pacientes con peritonitis recidivantes, varones, edad media de 60.6

años, 2 en APD y 1 en CAPD, tiempo medio en DP 14.3 meses, tiempo medio 1ª peritonitis 11 meses, tiempo medio de peritonitis y en 2 de ellos fue causada por un *Staphylococcus Epidermidis* y uno por un *Corynebacterium Sp.*

Realizamos una encuesta en casa del paciente valorando mediante observación directa el medio y la realización de la técnica.

Resultados:

En los 2 pacientes con peritonitis por *Epidermidis* la valoración del lugar donde realiza la técnica era correcta, pero en la valoración de la realización de la técnica fallaban en falta de higiene de manos, no prestar suficiente atención en el momento de montaje de la cicladora y no mantener la habitación sin corrientes de aire.

En el paciente con peritonitis por *Corynebacterium Sp.* la valoración de la técnica era correcta pero en la valoración del lugar donde realiza la técnica era muy deficiente por falta de higiene general.

Tras realizar in situ reeducación sobre los puntos débiles observados se consigue con el tratamiento antibiótico prescritos y las modificaciones realizadas solventar los episodios de peritonitis.

Discusión y Conclusiones:

Como se ha podido demostrar la visita domiciliaria es una herramienta fundamental en cualquier programa de Diálisis Peritoneal. Aunque nuestra experiencia es escasa, pretendemos aumentar las visitas no únicamente a pacientes con complicaciones sino a todos los que empiecen programa y poder realizar todas las visitas que aconsejan las guías.

Paciente joven en hemodiálisis con más de veinte accesos vasculares

Cristina Franco Valdivieso, Julia Hernando García, Mónica Brazález Tejerina, Nuria Martín Chico, Lucila Fernández Arroyo, M^a Jesús Rollán de la Sota

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Introducción:

El acceso vascular (AV) supone un pilar fundamental en el tratamiento hemodialítico de los pacientes renales con enfermedad renal crónica. A pesar de estar establecida la fístula arteriovenosa interna autóloga (FAVI) en principio, y la fístula arteriovenosa protésica con injerto de politetrafluoroetileno (PTFE) en segundo lugar como AV idóneos, el empleo de catéteres venosos centrales (CVC) tanto temporales como tunelizados se ha incrementado en los últimos años. Normalmente esta situación ocurre en pacientes añosos que tienen un mayor deterioro de la red vascular, lo que les influye negativamente en el desarrollo del acceso pero a veces este problema se da en pacientes inesperados como es el caso de nuestro paciente.

El uso de CVC, tanto temporal como permanente, supone un riesgo potencial de complicaciones y mortalidad, siendo las de tipo infeccioso las que más morbimortalidad presentan (típicamente por el *Staphylococcus Aureus*) además de problemas relacionados con el funcionamiento del catéter o deterioro estructural del mismo.

Caso Clínico:

En la actualidad es un varón de 49 años de edad en programa de hemodiálisis (HD) desde agosto de 2000, por insuficiencia renal crónica secundaria a posible pielonefritis crónica. Seguido en consulta de nefrología y urología desde 1988.

El paciente ha estado sometido a dos tipos de tratamiento sustitutivo renal, hemodiálisis y trasplante renal de cadáver en 2 ocasiones.

Durante el periodo comprendido desde el inicio de la terapia dialítica en el año 2000 hasta el primer

trasplante en el año 2001, tuvo 7 AV registrados: 2 catéteres yugulares temporales, 2 intentos de FAVI, 2 PTFE y por último 1 catéter permanente.

Reinició tratamiento con HD tras el fracaso del primer trasplante en septiembre de 2008 por nefropatía crónica del injerto. En este periodo dialítico tuvo 15 AV: 1 intento de FAVI, 4 catéteres temporales y 10 permanentes.

Se somete a un nuevo trasplante renal de cadáver en 2015 con pérdida por infarto renal isquémico masivo por trombosis a los 5 días y vuelve a HD periódica con colocación de un nuevo AV permanente femoral izquierdo que dura hasta la actualidad.

Conclusiones:

Actualmente el paciente lleva dos años con un catéter permanente femoral, sin complicaciones infecciosas ni de funcionamiento destacables. Hasta 2014, el paciente sufría numerosas infecciones, con extrusión del manguito y siempre por el germen *Staphylococcus Epidermidis*, nunca por el germen habitual en estos pacientes. Destaca la desaparición de las infecciones con la introducción del sellado del catéter con Citrato + Heparina sódica.

Tras la trombosis del segundo trasplante en 2015 se diagnosticó la mutación heterocigótica del factor V de Leiden, comenzando anticoagulación oral con Sintrom[®] desde ese momento. Nos planteamos la posibilidad de que los fracasos de los AV anteriores sean debidos al desconocimiento de esta mutación.

Actualmente se encuentra en lista de trasplante renal.

Este caso pone de manifiesto la necesidad de crear equipos multidisciplinares para el control y seguimiento del AV de los pacientes en HD.

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 Material y Método se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos presentados al congreso de la SEDEN, son clasificados en la secretaría de la sociedad según su temática, en los siguientes grupos o áreas de interés diferentes:

- **Hemodiálisis.**
- **Diálisis peritoneal.**
- **Trasplante renal.**
- **Atención integral.**
- **ERCA (Consulta Prediálisis).**

Una vez clasificados los trabajos, son enviados a los miembros del Comité Seleccionador, que está formado por grupos de "expertos" en estas cinco áreas, de forma que cada trabajo sea valorado por **cuatro** evaluadores diferentes.

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores 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 puede puntuar con el siguiente baremo.

1. a. ORIGINALIDAD: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1. b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1. c. MATERIAL Y MÉTODO: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1. d. CLARIDAD DE RESULTADOS: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1. e. TÍTULO: se puntuará de 0 a 1 puntos.

- **Criterios de contenido:** (se puntuará de **0 a 10** puntos).

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un **coordinador** que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las cuatro puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la **puntuación final**, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una **reunión conjunta** entre la Junta Directiva de la SEDEN y los coordinadores del Comité evaluadores, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del Comité evaluador.

EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El comité de selección de trabajos tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “**NOTA**” de la planilla de puntuación, si considera el

trabajo en cuestión “**APTO**” o “**NO APTO**” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato pdf, 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.**
- **Material y Método e interés científico.**
- **Originalidad.**
- **Calidad artística.**

Volumen 20 Suplemento nº 1 2017