



# ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 26 | Suplemento I | 2023

[www.enfermerianefrologica.com](http://www.enfermerianefrologica.com)

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

Congreso Nacional  
26-28 de octubre de 2023

ISSN (Versión impresa): 2254-2884  
ISSN (Versión digital): 2255-3517





# ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 26 / Suplemento I / 2023

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

Congreso Nacional, 26-28 de octubre de 2023

Editores Especiales:

**María Ruiz García**

**Patricia Arribas Cobo**

## COMITÉ EDITORIAL

### EDITOR JEFE

**Rodolfo Crespo Montero, PhD, MSc, RN**  
Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba. Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba\*

### EDITORES ADJUNTOS

**José Luis Cobo Sánchez, PhD Student, MSc, MBA, RN.**  
Área de Calidad, Formación, I+D+i. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Escuela Universitaria de Enfermería Clínica Mompía. Centro adscrito a la Universidad Católica de Ávila. Mompía. Cantabria\*

**Ana Casaux Huertas, PhD, MSc, RN**  
Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz. Campus Villalba. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Madrid\*

### EDITOR

**Antonio Ochando García, MSc, RN**  
Unidad de Apoyo a la Investigación en Cuidados. Hospital Universitario de Jaén. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén\*

**Ian Blanco Mavillard, PhD, MSc, RN**  
Unidad de Implementación, Investigación e Innovación. Hospital de Manacor. Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares\*

**Francisco Cirera Segura, RN**  
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla\*

**EDITORA HONORÍFICA:** Dolores Andreu Pérez. Profesora Honorífica. Facultad de Enfermería. Barcelona\*, PhD, MSc, RN

## CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

\* España

**Ana Isabel Aguilera Flórez**  
Complejo Asistencial Universitario. León\*

**Mª Teresa Alonso Torres**  
Hospital Fundación Puigvert. Barcelona\*

**Sergi Aragó Sorrosal**  
Hospital Clínico. Barcelona\*

**Patricia Arribas Cobo**  
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid\*

**Manuel Ángel Calvo Calvo**  
Universidad de Sevilla.\*

**María José Castro Notario**  
Hospital Universitario La Paz. Madrid\*

**Antonio José Fernández Jiménez**  
Centro de Hemodiálisis Diálisis Andaluza S.L. Sevilla\*

**Rosario Fernández Peña**  
Universidad de Cantabria. Cantabria\*

**Fernando González García**  
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid\*

**José María Gutiérrez Villaplana**  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida\*

**David Hernán Gascueña**  
Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Madrid\*

**Antonio López González**  
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña\*

**Pablo Jesús López Soto**  
Universidad de Córdoba / IMIBIC. Córdoba\*

**Esperanza Melero Rubio**  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia\*

**Guillermo Molina Recio**  
Facultad de Enfermería. Córdoba\*

**Mª Teresa Moreno Casba**  
Investen-ISCIII. Madrid.\* Miembro de la Academia Americana de Enfermería (AAN)

**Cristina Moreno Mulet**  
Universitat de les Illes Balears

**Miguel Núñez Moral**  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo\*

**Mateo Párraga Díaz**  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia\*

**Raquel Pelayo Alonso**  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.\*

**Concepción Pereira Feijoo**  
Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Orense\*

**Juan Francisco Pulido Pulido**  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid\*

**Mª Jesús Rollán de la Sota**  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid\*

**Mª Luz Sánchez Tocino**  
Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Salamanca\*

**Isidro Sánchez Villar**  
Hospital Universitario de Canarias. Sta Cruz de Tenerife\*

**Antonio Torres Quintana**  
Escuela U. Enfermería. Hospital de Sant Pau Universidad Autónoma de Barcelona\*

**Filo Trocoli González**  
Hospital Universitario de La Paz. Madrid\*

**Esperanza Vélez Vélez**  
Fundación Jiménez Díaz-UAM. Madrid\*

## CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

**Gustavo Samuel Aguilar Gómez**  
University Hospitals of Leicester NHS Trust. Reino Unido

**Iliaria de Barbieri**  
Universidad de Padua. Italia. Comité Ejecutivo de EDTMA/ERCA. Presidente del Comité del Programa Científico EDTNA/ERCA

**Soraya Barreto Ocampo**  
Escuela Superior Salud Pública. Chaco. Argentina. Presidenta de la Sociedad Argentina de Enfermería Nefrológica (SAEN). Argentina

**Nidia Victoria Bolaños Sotomayor**  
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú

**Mª Isabel Catoni Salamanca**  
Pontificia Universidad Católica. Chile

**Martha Elena Devia Rodríguez**  
RSS L.A Bogota. Colombia

**Margarita Lidia Durand Nuñez**  
Presidenta de la Sociedad Peruana de Enfermería Nefrológica. SEENP. Perú

**Wilmer Jim Escobar Torres**  
Presidente de la Asociación Vasculare de Enfermería de Diálisis de Perú

**Ana Elizabeth Figueiredo**  
Escuela de Ciencias de la Salud y Programa de Postgrado en Medicina y Ciencias de la Salud. Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Brasil

**Daniel Lanzas Martín**  
Centro Amadora. Lisboa. Portugal

**Rosa María Marticorena**  
St Michaels Hospital. Toronto. Canadá

**Claudia Mateo Olivera**  
Presidenta de la Asociación Mexicana de Enfermeras en Nefrología, A.C (AMENAC). México

**Clemente Neves Sousa**  
Escuela de Enfermería, Oporto. Portugal

**Edita Noruisiene**  
Presidenta de la Asociación Europea de Cuidado Renal. Clínicas privadas de diálisis en Lituania

**Paula Ormandy**  
Universidad Británica de la Universidad de Salford. Presidenta de la Sociedad Inglesa de Investigadores Renales. Reino Unido

**Mª Teresa Parisotto**  
Miembro de la Junta de la Organización Europea de Enfermedades Especializadas (ESNO). Alemania

**Marisa Pegoraro**  
Unidad Satélite Corsico. Hospital Niguarda. Milán. Italia

**Mª Cristina Rodríguez Zamora**  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. México

**María Saraiva**  
Esc. Sup. María Fernanda Resende Lisboa. Portugal

**Nicola Thomas**  
Facultad de Salud y Cuidado Social. Universidad de London South Bank. Reino Unido.

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SEDEN

Presidente:  
Juan Francisco Pulido Pulido

Vicepresidenta:  
Patricia Arribas Cobo

Secretaria General:  
María Ruiz García

Tesorero:  
Fernando González García

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

Vocalía de Publicaciones de SEDEN:  
Francisco Cirera Segura

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

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:  
David Hernán Gascuña

Vocalía de Diálisis Peritoneal:  
Miguel Núñez Moral

Vocalía de Hemodiálisis:  
Cristina Franco Valdivieso

### EDITA:

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

### SECRETARÍA DE REDACCIÓN:

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.  
Calle de la Povedilla nº 13. Bajo izq. 28009 Madrid. España  
Tel.: 00 +34 914 093 737  
seden@seden.org | www.seden.org

Fundada en 1975. *BISEAN*, *BISEDEN*, *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* y actualmente *Enfermería Nefrológica*.

La SEDEN forma parte de la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE).

PUBLICADO: 1 de octubre de 2023

## COLABORACIONES CIENTÍFICAS



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 utiliza la plataforma Open Journal Systems (OJS).

Esta revista está indizada en:

CINAHL, IBECS, SciELO, CUIDEN, SIIC, Latindex, Capes, DULCINEA, Dialnet, DOAJ, ENFISPO, Scopus, Sherpa Romeo, C17, RECOLECTA, Redalyc, REBIUN, REDIB, MIAR, WordCat, Google Scholar Metric, Cuidatge, Cabells Scholarly Analytics, WoS-Scielo Citation Index, AURA, JournalTOCs y ProQuest.

### Tarifas de suscripción:

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

Maquetación: Seden

Impresión: Estu-Graf Impresores S.L.

Traducción: Pablo Jesús López Soto

Depósito Legal: M-12824-2012

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



© Copyright 2022. SEDEN

Enfermería Nefrológica en versión electrónica es una revista **Diamond 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.

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

# SUMARIO

<b>Editorial</b> .....	<b>11</b>
------------------------	-----------

## Premios

Eficacia del apósito de gluconato de clorhexidina sobre las infecciones relacionadas con el catéter de hemodiálisis Premio Acceso Vascular y Nuevas Tecnologías .....	12
Ganancia de peso y modificación de la composición corporal después de un trasplante renal Premio SEDEN al mejor trabajo de Investigación sobre Donación y Trasplante .....	13
Influencia del estreñimiento en la calidad de vida de pacientes en una unidad de hemodiálisis Premio SEDEN al mejor trabajo de Investigación sobre Enfermedad Renal Crónica Avanzada .....	14
Influencia del marcaje previo en las complicaciones post colocación del catéter de diálisis peritoneal Premio SEDEN al mejor trabajo sobre Diálisis Peritoneal .....	15
Precisión de los métodos de primera generación en la detección de estenosis en fístulas arteriovenosas nativas Premio al mejor trabajo de Investigación sobre Innovación en Técnicas Dialíticas y Resultados .....	16

## Comunicaciones Orales

### Acceso Vascular

¿Cuál es el mejor momento para analizar la coagulación de un paciente en hemodiálisis? .....	17
Catéter venoso central palíndromo no invertido versus invertido ¿Afecta a la eficacia de la diálisis? .....	18
Detección precoz de la disfunción del acceso vascular con la medida del flujo de acceso .....	19
Eficacia de la implantación de un programa de manejo de catéter venoso central tunelizado en la conexión y desconexión sobre la tasa de bacteriemia en hemodiálisis .....	20
Formación en ecografía básica del acceso vascular para enfermería ¿evaluamos jugando? .....	21
Implementación de un innovador programa enfermero de punción ecoguiada y valoración del acceso vascular de elección en una unidad de aféresis terapéutica .....	22
Los segmentos venosos entre aneurismas de las fístulas arteriovenosas nativas: ¿se pueden considerar estenosis? .....	23
Mapa de punción programada del acceso vascular protésico para hemodiálisis: ¿podemos mejorar la técnica? .....	24
Procedimiento de manipulación del catéter venoso central .....	25
Satisfacción del paciente respecto a dos pautas de cura del orificio de salida del catéter venoso central de hemodiálisis .....	26
Valoración de la afectación de la pared posterior de la fístula arteriovenosa nativa según el material de punción .....	27
Valoración del cuidado de la fístula arteriovenosa en una unidad de hemodiálisis .....	28

## Atención Integral

Actividad de la enfermería en nuestra unidad de nefrología intervencionista. Sala de procedimientos .....	29
Conocimiento del personal de enfermería nefrológica sobre el prurito asociado a enfermedad renal crónica .....	30
El estilo de pensamiento, ¿un determinante frente al síndrome de Burnout? .....	31
Evaluación de un programa de educación sanitaria sobre salud renal en la escuela a través de la literatura infantil .....	32
Implantación de un modelo de hospital de día en nuestra unidad de nefrología .....	33
Importancia de la evaluación interdisciplinar de la alfabetización en salud del paciente en hemodiálisis .....	34
Modificación de la forma de presentación de los pacientes con síndrome hemolítico urémico por la pandemia por Covid-19 .....	35
¿Somos empáticos con nuestros pacientes? .....	36
Soporte nutricional para pacientes en diálisis candidatos a trasplante renal mediante un servicio de nutrición digital .....	37
Uso de escalas de comorbilidad, desnutrición, dependencia y fragilidad como predictores de mortalidad en población anciana .....	38

## Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis Domiciliarias

Autocura del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis domiciliaria .....	39
Desafío de la diálisis peritoneal en el manejo del síndrome cardiorrenal .....	40
Experiencia con el uso de monitor portátil en hemodiálisis domiciliaria .....	41

## Enfermedad Renal Crónica

Análisis del perfil y las necesidades asistenciales de los candidatos a trasplante renal en un hospital de tercer nivel y los costes directos de estudiarlos .....	42
Descripción del estado nutricional de los pacientes atendidos en una unidad de enfermedad renal crónica avanzada mediante el uso de la bioimpedancia .....	43
Evaluación de ansiedad y depresión en la enfermedad renal crónica avanzada .....	44
Evaluación de un programa piloto de consultas multidisciplinares grupales en enfermedad renal crónica avanzada .....	45
Evaluación del impacto de “ERCA Acompaña” como proyecto humanizador en la transferencia del paciente a hemodiálisis .....	46
Importancia de la valoración del estado de nutrición como parte del cuidado integral de las personas con enfermedad renal crónica avanzada .....	47
Intervención mentoring basada en la diversidad cultural .....	48
Jornada de puertas abiertas de hemodiálisis domiciliaria: una estrategia en mejorar la información sobre la libre elección de la hemodiálisis en domicilio .....	49

## Hemodiálisis

Análisis de los efectos adversos en hemodiálisis tras implantar una nueva herramienta de registro .....	50
Análisis de los factores asociados al riesgo de caídas en hemodiálisis: utilización de la escala Downton .....	51
Análisis del tiempo de recuperación de una sesión de hemodiálisis .....	52
Análisis sobre las prácticas enfermeras relacionadas con la evaluación y tratamiento del dolor durante la sesión de hemodiálisis: estudio observacional nacional .....	53
Ansiedad y depresión en el paciente en hemodiálisis: prevalencia y relación con variables demográficas .....	54
Calidad de vida y autocuidado en el paciente en hemodiálisis .....	55
Comparación de las patologías previas y la mortalidad derivada del inicio de hemodiálisis crónica hospitalaria en pacientes de grupos de edad avanzada (≥70 años) .....	56

Cuidados de enfermería y efectividad de la hemodiálisis para la eliminación de cadenas ligeras en el mieloma múltiple .....	57
Decohe: detección del deterioro cognitivo y depresión en pacientes con terapia de hemodiálisis .....	58
Factores relacionados con la alfabetización en salud de los pacientes en hemodiálisis .....	59
Fragilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada según el sexo .....	60
Fragilidad y tolerancia a la hemodiálisis .....	61
Grado de satisfacción global de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en centros extrahospitalarios de la Comunidad de Madrid .....	62
Humanización percibida del cuidado enfermero por parte de los pacientes de una unidad hospitalaria de hemodiálisis .....	63
Implantación de un sistema de calidad asistencial: satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis .....	64
Importancia del diagnóstico correcto de las reacciones asociadas al uso de membranas sintéticas en hemodiálisis .....	65
Influencia del estado de fragilidad en la respuesta a un programa de ejercicio físico intradiálisis. ¿Cuál es la clave? .....	66
¿Influyen los anticoagulantes administrados intradiálisis en el INR del paciente? .....	67
Paciente en hemodiálisis, una visión más allá de lo físico .....	68
Pacientes ancianos en hemodiálisis. Una población muy especial con necesidad de una pauta de diálisis individualizada .....	69
Prurito en pacientes con terapia de hemodiálisis .....	70
Reacciones adversas e intolerancia a fármacos en hemodiálisis. Conocimiento y registro adecuado por parte de la enfermería .....	71
Relación entre sobrehidratación y marcadores biológicos CA 125 y NT-PRO-BNP en pacientes en hemodiálisis como predictores de insuficiencia cardíaca .....	72
Repercusión de la sesión de hemodiálisis en la percepción del paciente sobre su estado de salud .....	73
Seguimiento de la adecuación en hemodiálisis crónica mediante aclaramientos continuos incorporando aclaramiento residual de la urea .....	74
¿Son comparables los datos ofrecidos por los distintos modelos de bioimpedancia? .....	75
Uso de batería de test de desempeño físico para la validación de escalas de fragilidad y sarcopenia en pacientes en hemodiálisis .....	76
Uso de <i>sustained low efficiency dialysis</i> en pacientes críticos con enfermedad renal .....	77
Utilidad de la ecografía, la bioimpedancia y los biosensores de volumen en la valoración del estado hemodinámico de los pacientes en hemodiálisis .....	78
Valoración de los conocimientos de autocuidado en pacientes de hemodiálisis .....	79
Valoración de los parámetros dialíticos en hemodiálisis convencional y hemodiafiltración respecto a la modificación del líquido dializante .....	80
Vulnerabilidad de una población en programa de hemodiálisis desde una perspectiva de género .....	81

## Trasplante

Análisis del perfil del receptor de trasplante renal con complicaciones de la herida quirúrgica y candidato a terapia de presión negativa .....	82
Complicaciones más frecuentes durante el ingreso tras la realización del trasplante renal .....	83
Emocionalidad negativa en el trasplante renal: estudio descriptivo transversal .....	84
Fragilidad y estado nutricional de los pacientes en lista de espera de trasplante renal .....	85
Reducción de complicaciones tras la implementación del programa de terapia intravenosa en pacientes nefrológicos .....	86
Significado de la enfermedad y el trasplante de vivo para las personas receptoras de riñón .....	87



## Comunicaciones Póster

### Acceso Vascular

Análisis del riesgo para incidentes graves de salida de aguja venosa .....	88
¿Está justificado el uso de un apósito con clorhexidina para disminuir la incidencia de infecciones en los catéteres venosos centrales tunelizados? .....	89
Experiencia con la implantación del control ecográfico de las fistulas arteriovenosas en nuestra unidad .....	90
Experiencia en nuestro servicio: uso preventivo de la urokinasa en el sellado del catéter disfuncionante durante el periodo interdialítico largo .....	91
Impacto de distintas pautas de cura del orificio de salida del catéter de hemodiálisis. Un estudio de cohortes multicéntrico .....	92
La estimación del flujo del acceso vascular mediante el sistema DMed Nephroflow®: ¿Es posible flexibilizar su medición en cualquier momento? .....	93
Percepción de los pacientes ante un programa piloto de monitorización de la fistula arterial venosa .....	94

### Atención Integral

Consulta enfermera de hipertensión arterial: ecografía carotídea y factores de riesgo cardiovascular .....	95
Dieciocho años de granulocitoaféresis, experiencia de nuestro centro .....	96
Grado de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en los estudiantes del máster universitario en actividad física y salud de la Universidad Europea .....	97
Implantación de la figura de enfermera de enlace entre los ámbitos de atención primaria y nefrología hospitalaria: experiencia clínica dentro de un programa de atención integrada en la enfermedad renal crónica avanzada .....	98
Importancia de la intervención enfermera en una unidad de diálisis de agudos .....	99
Importancia del apoyo de la supervisión de enfermera en fomentar la investigación en la unidad de nefrología .....	100
Nivel de estrés del personal de enfermería de la unidad de diálisis <i>versus</i> nivel de estrés del personal de hospitalización y servicios centrales .....	101
Pautas de actuación enfermera para la realización segura de la biopsia renal en planta de hospitalización .....	102
Prevalencia de neoplasias en pacientes con terapia renal sustitutiva, adaptación e individualización de cuidados de enfermería .....	103
Programación de taller didáctico sobre salud renal para concienciación juvenil en prevención y donación de órganos .....	104
¿Qué música escuchamos hoy? .....	105
Uso de las redes sociales como herramienta de apoyo en la enfermedad renal crónica .....	106
Valoración de los conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos de los alumnos de grado de enfermería de la universidad de Valladolid .....	107
YouTube como medio docente y divulgador para enfermería .....	108

### Hemodiálisis

Adherencia al ejercicio físico intradiálisis .....	109
Ahorrar agua en una unidad de hemodiálisis es posible sin repercusión sobre la seguridad ni la calidad del tratamiento .....	110
Análisis de las desviaciones de la norma de un sistema de calidad en una unidad de hemodiálisis .....	111
Estudio de prevalencia del estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis .....	112
Evaluación del riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis .....	113
Evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes en hemodiálisis .....	114

Hipersensibilidad en el paciente crítico con terapia de reemplazo renal crónico .....	115
Importancia de la valoración de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes de la unidad de hemodiálisis .....	116
Influencia de la convivencia socio-familiar en el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis .....	117
Intervención de enfermería en las medidas correctoras aplicadas tras la valoración exhaustiva de los eventos adversos en una unidad de hemodiálisis periférica en un periodo de siete años .....	118
La transferencia de masa iónica como predictor de la ingesta de sal en pacientes en hemodiálisis .....	119
Nuevo cuestionario para la evaluación de conocimientos sobre nutrición del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ECONU-HD) .....	120
Prevalencia de amputaciones en pacientes en hemodiálisis. Programa diálisis sin calcetines .....	121
Realización simultánea plasmáferesis y hemodiálisis. Ventajas para el paciente .....	122
Utilización del QR como forma de difusión de nuevos protocolos dentro de la unidad de hemodiálisis .....	123
Vacunación contra la Covid-19 en pacientes en programa de hemodiálisis de la unidad de nefrología de un hospital universitario .....	124
Valoración del balance hídrico de los pacientes con insuficiencia cardíaca en programa de hemodiálisis a través del sistema cardiomems .....	125
Valoración del estado nutricional de los pacientes hemodializados mediante bioimpedancia: estudio descriptivo transversal .....	126
Valoración del estado nutricional del paciente en hemodiálisis mediante la bioimpedancia y escala malnutrition inflammation score .....	127
Valoración del grado de satisfacción de los pacientes en el programa de hemodiálisis domiciliaria .....	128
Valoración del síndrome de desgaste proteico-energético en pacientes en tratamiento de hemodiálisis .....	129
Vigilancia y control de los multirresistentes en una sala de hemodiálisis de Manresa .....	130

## Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Creación de una consulta de enfermería para el control y seguimiento del acceso vascular mediante estudio ecográfico .....	131
Influencia del género en el acceso a la consulta de enfermería renal crónica .....	132
Nunca es tarde para rediseñar la consulta de enfermedad renal crónica avanzada .....	133
Taller de cocina terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada .....	134
¿Tienen los pacientes de diálisis peritoneal una “muerte digna”? .....	135
Uso de la escala pos-s renal en una consulta de enfermedad renal crónica avanzada como marcador de la progresión de enfermedad .....	136

## Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis Domiciliarias

Análisis del impacto de la fragilidad en la calidad de vida en diálisis peritoneal .....	137
Análisis del nivel de ansiedad y depresión en los pacientes de diálisis peritoneal .....	138
¿Es seguro el cambio de prolongador en domicilio? Experiencia en nuestro centro .....	139
¿Ha aumentado el tiempo de espera de trasplante renal en nuestros pacientes de diálisis peritoneal en pandemia? .....	140
Importancia de la telemonitorización para prevenir complicaciones en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal automatizada .....	141
Inmunidad frente al COVID en diálisis peritoneal .....	142
Nuevas herramientas en el entrenamiento de diálisis peritoneal .....	143
Percepción de pacientes ante un cambio de monitor en programa de hemodiálisis domiciliaria .....	144
Promoviendo las terapias renales sustitutivas domiciliarias .....	145

## Trasplante

Donantes marginales y técnicas de preservación: máquina de perfusión hipotérmica .....	146
Fotoaféresis extracorpórea como tratamiento en el rechazo crónico refractario en el paciente trasplantado renal .....	147
Identificación de motivos de consulta telefónica y detección de áreas de mejora en la consulta de enfermería de trasplante renal .....	148
Incorporación metodológica del inspirómetro de incentivo en los cuidados de enfermería postoperatorios al paciente sometido a trasplante renal .....	149
Perspectiva de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en el momento del trasplante renal .....	150

## Casos Clínicos

Abordaje interdisciplinario: la clave de la recuperación de las complicaciones por Covid-19 en un paciente en hemodiálisis .....	151
Aclaramiento de yodo 131 en paciente crónico en tratamiento con hemodiálisis .....	152
Adsorción directa de lipoproteínas en pediatría: a propósito de un caso .....	153
Anorexia nerviosa de tipo restrictiva y purgativa en hemodiálisis: a propósito de un caso .....	154
Beneficios de la educación dietética y de hábitos saludables en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada para retrasar la progresión de la enfermedad renal .....	155
Caso clínico: hemodiálisis domiciliaria: una nueva oportunidad .....	156
Caso clínico: proyecto "ERCA Multicultural" como herramienta humanizadora en el abordaje integral del paciente renal inmigrante en la consulta de enfermería .....	157
Caso clínico: acompañando en el final de la vida en un paciente en diálisis peritoneal .....	158
Caso clínico: canalización ecoguiada de prótesis de punción inmediata, una opción de acceso vascular para hemodiálisis .....	159
Caso clínico: intervenciones de enfermería a un paciente en hemodiálisis con calcifilaxis .....	160
Caso clínico: intoxicación con ceftazidima tratada con hemodiálisis sostenida de baja eficiencia .....	161
Caso clínico: la calcifilaxis sigue siendo una complicación grave con elevada .....	162
Caso clínico: reparación quirúrgica precoz de pseudoaneurisma en loop húmero basilico antebraquial .....	163
Caso clínico: unipunción con dos accesos vasculares .....	164
Cuando el sangrado postcolocación de un catéter tunelizado deja de ser normal. Rotura del catéter de hemodiálisis en un lactante .....	165
Diagnóstico enfermero de promoción de la salud en el plan de cuidados de pacientes en hemodiálisis. Casos clínicos .....	166
Diálisis peritoneal y obesidad: la contraindicación no siempre manda .....	167
Diálisis peritoneal: un huésped no deseado .....	168
Dilema ético sobre trasplante renal. A propósito de un caso clínico no adherente terapéutico .....	169
Edema genital como complicación del paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria .....	170
Empoderamiento rompiendo barreras: perspectiva de un caso clínico .....	171
Erradicación de pseudomona aeruginosa en orificio en paciente inmunodeprimido .....	172
¿Es posible la diálisis peritoneal automatizada nocturna en paciente con discapacidad auditiva grave? .....	173
Incorporación de nuevas herramientas enfermeras en hemodiálisis domiciliaria para pacientes con limitaciones en la movilidad física. A propósito de un caso .....	174
Infección por mordedura de gato domestico en mano de fistula arteriovenosa .....	175
Intervención de un mentor intercultural desde la consulta enfermedad renal crónica avanzada .....	176
La elección de terapia renal sustitutiva en un paciente cardiorrenal: una persona, un camino .....	177
Manejo de la calcifilaxis con metamizol magnésico en vía tópica y hemodiálisis extendida: a propósito de un caso .....	178
Optimización del catéter venoso central con el sellado de taurolock .....	179
Papel de enfermería en tratamiento de plasmaféresis a razón de un caso clínico .....	180

Plan de cuidados de enfermería estandarizado para mujeres embarazadas en hemodiálisis hospitalaria: a propósito de tres casos .....	181
Plasmaféresis: importancia de la enfermería en el tratamiento de situaciones graves .....	182
Resolución atípica de un granuloma de gran dimensión en el orificio de salida del catéter peritoneal. Arduo trabajo terapéutico ante la probable retirada del catéter .....	183
Transferencia a hemodiálisis tras una peritonitis por pseudomona, ¿opción definitiva? .....	184
Trasplante renal con ureterostomía cutánea .....	185
Un ejemplo de la efectividad de la hemodiálisis en intoxicaciones por litio .....	186
Un reto multidisciplinar en trasplante renal: cirugía bariátrica e hiperoxaluria .....	187
Uso de la maniobra alfa como solución a la malposición del catéter peritoneal .....	188

**Criterios de Valoración de trabajos científicos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica .....** 189

# Editorial

**Francisco Cirera-Segura**  
Vocal de Publicaciones

Este año, en Salamanca, celebraremos el 48º congreso nacional de SEDEN, y como es habitual, os ofrecemos el suplemento que contiene los resúmenes de los trabajos enviados al congreso.

Este suplemento es el resultado del trabajo de la junta directiva y del comité organizador del congreso, pero, sobre todo, pertenece a todas las enfermeras nefrológicas que han trabajado en sus unidades durante el año, para presentarnos el resultado de sus investigaciones.

Es indudable que la Enfermería Nefrológica cada año está más enfocada en la investigación. La preocupación por ofrecer cuidados de calidad, basados en la evidencia científica es algo que siempre ha caracterizado a la Enfermería Nefrológica; esto dio lugar a la creación de la sociedad de enfermería más antigua de España. Este compromiso sigue cada vez más vigente, como lo demuestra la cantidad de trabajos científicos que hemos recibido.

Han llegado a los comités de evaluadores un total de 261 trabajos, de los cuales han superado los criterios de calidad marcados por el comité científico 178, lo que supone una tasa de rechazo del 31,81%. Finalmente podremos disfrutar de 78 comunicaciones orales y 101 comunicaciones en formato poster, entre ellas 38 casos clínicos.

A pesar de los esfuerzos por incluir más trabajos, no siempre es posible aceptar todas las comunicaciones enviadas por las limitaciones de tiempo y espacio. Entendemos que han hecho un gran esfuerzo y esperamos que la lectura de este suplemento, que también está disponible en la web de la revista, les resulte interesante. Gracias por su valioso trabajo y por continuar desarrollando el marco de conocimientos de la Enfermería Nefrológica.

Me gustaría felicitar también a todos los evaluadores por su trabajo. Afortunadamente, tanto la cantidad como la calidad de los trabajos están aumentando exponencialmente, y la calidad de las evaluaciones sigue el mismo patrón. La organización de un congreso como este supone un proceso de aprendizaje y mejora continua para todos sus miembros y, por tanto, para la Sociedad.

No quería despedirme sin presentaros una de las líneas de trabajo de la sociedad de las que más orgulloso me siento: llegar cada vez más a la Enfermería Nefrológica de los centros periféricos. Suponen casi el 70% de la Enfermería Nefrológica y desde SEDEN queremos ofrecerles todo el conocimiento y los recursos de la sociedad. Para ello, estamos trabajando con todos los directores de enfermería de los principales proveedores de tratamiento renal sustitutivo en España. Esperamos que, de esta iniciativa, salgan nuevas líneas de trabajo e investigación y, sobre todo, aumentemos los conocimientos de las enfermeras.

**TODOS SOMOS SEDEN Y SIN USTEDES, NO SERÍA POSIBLE.**

Solo me queda desearos, en nombre de la Junta directiva de la SEDEN y del Comité Organizador, unas fructíferas jornadas de trabajo de excelente nivel científico.

Nos vemos en Salamanca.

# Eficacia del apósito de gluconato de clorhexidina sobre las infecciones relacionadas con el catéter de hemodiálisis

Raquel Pelayo-Alonso, Patricia Martínez-Álvarez, Marta Portilla-Sánchez, Mirian García-Martínez, Sandra Pacheco-Martínez, José Luis Cobo-Sánchez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

## Introducción

Las complicaciones infecciosas de los catéteres venosos centrales para hemodiálisis (CVC-HD) constituyen la principal causa de morbimortalidad en este grupo de pacientes. La literatura refiere que entre el 4 y el 20% de las infecciones del orificio de salida (IOS) son las responsables de una bacteriemia relacionada con el catéter (BRC) posterior. Las guías de accesos vasculares no recogen un alto grado de evidencia sobre el tipo de cura de los orificios de salida (OS) que eviten complicaciones infecciosas.

## Objetivos

Comparar la tasa de complicaciones infecciosas -IOS y BRC- entre dos pautas de cura del OS del CVC de HD.

## Material y Método

Ensayo clínico, controlado y aleatorizado en pacientes  $\geq 18$  años sometidos a HD crónica, portadores de un CV-HD tunelizado, entre noviembre de 2020 y julio de 2022. La cura del grupo control (GC) fue limpieza del OS con suero salino fisiológico, desinfección con clorhexidina en solución (CS) al 2% de base acuosa, secado ambiental durante 60 segundos y cubierta con apósito de poliuretano semipermeable autoadhesivo. La pauta de cura del grupo intervención (GI) fue limpieza OS con suero salino fisiológico y aplicación de apósito de poliuretano semipermeable autoadhesivo con una almohadilla de gel integrada que contiene gluconato de clorhexidina 2% (AGC). Se recogieron datos clínicos y demográficos del paciente: edad, sexo, grado de comorbilidad según el Índice de Charlson modificado para enfermedad renal (ICCM), tiempo en tratamiento con HD; datos del catéter: diseño (gemelar o único), material (carbotano o poliuretano), fecha y vena de inserción e infecciones previas relacionadas con el catéter (bacteriemia, tunelitis, IOS). En cada sesión se valoró el OS -eritema, costra, prurito, dolor, exudado- con recogida de frotis pericatóter si sintomatología. Ante sospecha de bacteriemia ( $T^a \geq 38$ ) se sacaron hemocultivos. Se utilizaron los criterios de la guía de la GEMAV 2018 para determinar

IOS y BRC. Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas. Se calcularon las tasas de incidencia acumulada de cada complicación infecciosa/1000 días de catéter. Para determinar la eficacia de la pauta de cura se calcularon los odds ratio para grupo y complicación infecciosa. Para determinar diferencias en la aparición de síntomas se realizó el test de Fisher.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 50 pacientes, 25 en cada grupo. No se hallaron diferencias socio-clínicas estadísticamente significativas entre ambos grupos. El GI presentó 2 IOS frente a 12 IOS del GC (OR: 0,176, IC 95%: 0,039-0,790;  $p=0,013$ ). El GC presentó una tasa de incidencia de IOS de 0,64 episodios por 1000 días de CVC frente a 0,12 episodios/1000 días de CVC ( $p=0,013$ ) del GI. En cuanto a las BRC, el GI presentó 1 bacteriemia frente a 2 bacteriemias del GC (OR: 0,533, IC 95%: 0,048-5,892;  $p=ns$ ). La tasa de incidencia de BRC del GC fue 0,1 episodio por 1000 días de CVC frente a 0,06 episodios/1000 días CVC ( $p=ns$ ) del GI.

## Conclusiones

Ambas pautas de cura ofrecen tasas bajas de complicaciones infecciosas. La cura con ACG es una medida protectora frente a la IOS en comparación con la cura con CS.

# Ganancia de peso y modificación de la composición corporal después de un trasplante renal

Emilia Ferrer-López, Francisco Javier Rubio-Castañeda, M<sup>a</sup> Amaya Mateo-Sánchez, Manuel Fernández-Núñez, Ana Isabel Sierra-Sánchez, Víctor Cantín-Lahoz

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

## Introducción

La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta después de un trasplante renal, debido entre otros factores a una reducción de la actividad física en los primeros meses, aumento del apetito, toma de inmunosupresores y corticoides.

## Objetivos

Conocer la ganancia de peso postrasplante. Determinar si existe relación entre ganancia de peso e hipertensión, diabetes, dislipemia, diabetes de novo. Evaluar la modificación de la composición de masa muscular y masa grasa.

## Material y Método

Estudio longitudinal prospectivo, septiembre 2020 - abril 2023. Se recogieron datos demográficos y antropométricos. Fueron realizadas 4 mediciones a los 0, 3, 6, 12 meses (T1-T4), con báscula de precisión Tanita® (mide 5 veces, de pie a pie, de mano a mano, de mano izquierda a pie derecho, de mano derecha a pie izquierdo y de mano izquierda a pie izquierdo, permitiendo cubrir el 100% de la superficie corporal).

## Resultados

Se analizaron 92 pacientes, 68,5% varones, edad  $58 \pm 18,5$  años, 67,4% menores de 65 años. El 63% recibía tratamiento mediante hemodiálisis, 7,6% prediálisis. 90,2% donante cadáver, para un 12% no fue el primer trasplante. El 88% presentaba hipertensión, 53,3% dislipemia, 36% sobrepeso, 22,8% enfermedad cardiovascular, 20,7% diabetes. Peso medio pretrasplante  $72,5 \pm 5,8$  kg (mín. 42 - máx. 133), a los 12 meses  $75,10 \pm 15,7$  kg (mín. 43,3 - máx. 125). Ganancia de peso global  $3,62 \pm 6,50$  kg. Los hombres ganaron  $3,66 \pm 6,86$  y las mujeres  $3,50 \pm 5,77$  kg. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los que fue el primer trasplante  $3,03 \pm 6,54$  kg y los que no  $7,86 \pm 4,50$  kg ( $p=0,020$ ), entre los que no desarrollaron diabetes de novo  $4,30 \pm 6,62$  kg vs los que si  $1,18 \pm 5,53$  kg ( $p=0,041$ ) y, en el IMC T1:  $24,84 \pm 4,45$  (mín. 14 - máx. 37), T4:  $26,17 \pm 4,63$  (mín.

$16,2$  - máx.  $38,1$ ), ( $p < 0,001$ ). El sobrepeso paso del 36,95% en T1 al 39,13% en T4, la obesidad del 9,78% en T1 al 18% en T4. El análisis multivariante mostró diferencias en el análisis de las varianzas de medidas repetidas en las mediciones de peso de los distintos periodos T1 y T2, T3 y T4: ( $p=0,022$ ); encontrándose las diferencias (Bonferroni) en T1 y T2 ( $p=0,042$ ), T1 y T4 ( $p < 0,001$ ), T2 y T4 ( $p < 0,001$ ). Respecto al % de masa muscular, T1:  $51,4 \pm 10,9$  y T4:  $53,5 \pm 11,3$  ( $p < 0,001$ ); Bonferroni: T1 y T2 ( $p < 0,001$ ), T1 y T3 ( $p < 0,001$ ), T1 y T4 ( $p < 0,001$ ). Con relación a la masa grasa, T1:  $23,6 \pm 9,8$  y T4:  $24,5 \pm 9,10$  ( $p=0,003$ ), Bonferroni: T2 y T4 ( $p < 0,001$ ), % agua corporal  $55,47 \pm 7,63$  y T4:  $54,55 \pm 6,56$ , Bonferroni: T3 y T4 ( $p=0,020$ ).

## Conclusiones

Se produjo un leve aumento de peso en los 3 primeros meses, siendo a partir del 6º mes cuando se produjo el mayor aumento de peso. Encontrándose una ganancia de peso menor del 15%, siendo el aumento del IMC mayor del 5%. La masa muscular aumento en mayor medida que la masa grasa.

# Influencia del estreñimiento en la calidad de vida de pacientes en una unidad de hemodiálisis

Vanesa Pardo-Vicastillo, Marta Marks-Álvarez, María Teresa Andrino-Llorente, Michelle Hernández-Díez, Yolanda García-Fernández, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

## Introducción

La North American Nursing Diagnosis Association define el estreñimiento como la evacuación incompleta o dificultosa de las heces. En pacientes en hemodiálisis es un problema frecuente asociado a la comorbilidad, la polimedicación, el sedentarismo y a las restricciones hídricas y dietéticas, afectando en gran medida a su calidad de vida. Pese a que el estreñimiento es un problema prevalente en estos pacientes, actualmente existen pocos estudios que aborden sus consecuencias en las diferentes esferas del individuo.

## Objetivos

El objetivo principal fue analizar la influencia del estreñimiento en la calidad de vida de pacientes en una unidad de hemodiálisis y como secundarios, determinar la prevalencia del estreñimiento tanto objetivo como subjetivo, y analizar las variables más influyentes entre pacientes con y sin estreñimiento.

## Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal sobre una muestra representativa de pacientes en diferentes esquemas de hemodiálisis durante los meses de enero a marzo de 2023. Inicialmente se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes a través de la historia en formato electrónico. Posteriormente, se les entregó un documento para rellenar, previo consentimiento informado, el cual constaba de los Criterios Diagnósticos Roma IV (2016) para evaluar el estreñimiento y la escala visual Bristol como herramienta complementaria, además del cuestionario CVE-20, que evalúa específicamente la calidad de vida relacionada con el estreñimiento. Los resultados fueron procesados por el programa Excel Microsoft 2019 y SPSS 28.0.

## Resultados

La muestra a estudio fueron 59 pacientes, con una edad media de  $73,75 \pm 13,58$  años, de los cuales un 60% eran hombres. El tiempo medio en hemodiálisis fue de  $36,97 \pm 26,25$

meses. Respecto a la comorbilidad, un 21% eran diabéticos, un 42% hipertensos y un 24% padecían alguna patología digestiva. La ingesta hídrica media fue de  $985 \pm 502,56$  ml y la de diuresis  $576,14 \pm 655,99$  ml. La mediana para el Índice de Barthel fue 60 y 11 para el Índice de Charlson. En cuanto a la prevalencia de estreñimiento, un 44,7% presentaron estreñimiento subjetivo y un 42,1% estreñimiento objetivo según los Criterios Roma IV. Las características más llamativas de los pacientes estreñidos fueron: mayor predisposición en mujeres, mayor tiempo en hemodiálisis y diuresis  $< 100$  ml/24h en el 25% de los pacientes. Respecto al cuestionario CVE-20 la puntuación media obtenida en pacientes no estreñidos fue de 69,62 puntos sobre 80 y de 53,06 en los pacientes estreñidos; siendo la dimensión social la más afectada.

## Conclusiones

Los datos obtenidos sugieren que la calidad de vida no se ve afectada significativamente en la puntuación alcanzada entre pacientes con y sin estreñimiento, a pesar de ser ligeramente superior en estos últimos. La prevalencia del estreñimiento en nuestra muestra ha sido mayor de la referenciada en estudios publicados. Cabe destacar que en nuestros resultados encontramos porcentajes similares entre estreñimiento objetivo y subjetivo. Existen factores favorecedores de estreñimiento como la edad, sexo, tiempo en hemodiálisis, diuresis y determinados fármacos. Se precisa de más estudios que determinen el impacto del estreñimiento en la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis.



# Influencia del marcaje previo en las complicaciones post colocación del catéter de diálisis peritoneal

Fabiola Menéndez-Servide, Mónica Fernández-Pérez, Adela Suárez-Álvarez, Jessica Blanco-Sierra, Magdalena Pasarón-Alonso, Miguel Núñez-Moral

Hospital Universitario Central de Asturias. España

## Introducción

Un buen acceso peritoneal determina el correcto funcionamiento del catéter y, en consecuencia, el mantenimiento de la técnica dialítica. Para la adecuada colocación del catéter peritoneal, en nuestra unidad, previo a la implantación quirúrgica realizamos una técnica de marcaje del emplazamiento deseado del orificio de salida tratando de garantizar una ubicación del acceso lo más cómoda posible para el paciente y adecuada para el correcto mantenimiento de la terapia. No encontramos bibliografía al respecto, por eso nos pareció oportuno, la realización de este trabajo.

## Objetivos

Evaluar la influencia del marcaje en las complicaciones post colocación del catéter diálisis peritoneal.

## Material y Método

Estudio cohortes de datos históricos realizado en un único centro. Incluimos a todos los pacientes mayores de 18 años, que se les colocó el catéter peritoneal en el 2018 (cohorte sin marcaje) y en el 2022 (cohorte con marcaje). El tipo de catéter implantado fue en todos los casos el mismo: un catéter swan-neck con dos cuffs y punta en espiral. Las variables analizadas fueron edad; sexo; técnica de colocación del catéter: laparoscópica o laparotomía; complicaciones: desplazamiento del catéter, fuga, hematoma, orificio de salida próximo a herida quirúrgica, perforación intestinal y seroma; soluciones de las complicaciones: maniobra alfa, recambio, recolocación por laparoscopia y retirada del catéter. Para el análisis de datos utilizamos Excel 2010, para el que tenemos licencia.

## Resultados

Se incluyeron 106 pacientes, 55 pacientes sin marcaje y 51 con marcaje. La edad media de la cohorte sin marcaje fue  $62,9 \pm 11,4$  años, siendo el 74,5% hombres ( $n=41$ ). De los 55 pacientes sin marcaje, 30 sufrieron complicaciones (54,5%): 8 catéteres desplazados, 5 hematomas, 2 orificios de salida

próximos a herida quirúrgica, 10 seromas y 5 otras complicaciones. De los 8 catéteres desplazados, 3 se recolocaron con maniobra alfa, 3 con deposiciones y 2 con laparoscopia. La edad media de la cohorte marcada fue de  $65,1 \pm 12,8$ , siendo el 72,5 % hombres ( $n=37$ ). De los 51 pacientes marcados, 18 sufrieron complicaciones (35,3%): 7 desplazamientos, 2 fugas, 1 hematoma, 5 seromas y 3 otras complicaciones. Las 2 fugas de líquido peritoneal se solucionaron con reposo. De los 7 catéteres desplazados, 2 se recolocaron con maniobras alfa, 3 se cambiaron, 1 se recolocó por laparoscopia y 1 se retiró.

## Conclusiones

Según los resultados obtenidos podemos afirmar que la técnica del marcaje previo de la zona de inserción del catéter peritoneal disminuye el número de complicaciones totales derivadas de la cirugía de implantación (30 vs 18). No es el caso de los desplazamientos (8 vs 7). Esto redundará en beneficio del paciente y de la institución por el ahorro de costes. Además, garantizamos una ubicación del acceso lo más cómoda y estética posible para el paciente.

Patrocinado por MOZARC MEDICAL

## Precisión de los métodos de primera generación en la detección de estenosis en fístulas arteriovenosas nativas

Francisco Javier Rubio-Castañeda, Manuel Fernández-Núñez, Emilia Ferrer-López, Víctor Cantín-Lahoz, Ana Isabel Sierra-Sánchez, María Amaya Mateo-Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

### Introducción

La estenosis es la disminución del diámetro del vaso sanguíneo, si la disminución es mayor del 50% se consideran significativas. Existen diferentes métodos de primera generación para la detección de estenosis: exploración física (EF), test manuales (TM), métodos indirectos (MI), KT/V y porcentaje de recirculación sanguínea (REC%).

### Objetivos

Determinar la precisión de la EF, TM, MI, KT/v y REC% en la detección de estenosis en las fístulas arteriovenosas (FAV) nativas.

### Material y Método

Estudio observacional retrospectivo realizado en diciembre de 2022. Muestra: Pacientes con FAV nativas funcionantes. Los métodos de primera generación seleccionados fueron: EF (thrill, soplo y pulso), TM (test de aumento del pulso (TAP) y test de elevación del brazo (TEB)), MI (coagulación >20 minutos e imposibilidad de alcanzar el flujo de bomba prescrito), KT/v y REC% (estos dos últimos métodos fueron calculados por el monitor de hemodiálisis Fresenius 5008). El diagnóstico de estenosis fue confirmado mediante ecografía doppler (ED). Se emplearon los criterios del Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV) para determinar si una estenosis era significativa. Análisis estadístico: análisis descriptivo y test de Shapiro-Wilk para analizar normalidad. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y precisión de los métodos de primera generación basándose en la ED. Se emplearon tablas de contingencia para las variables categóricas, utilizando el Chi<sup>2</sup> para estudiar la relación entre variables. Significación estadística p<0,05.

### Resultados

Muestra 39 pacientes, el 79,48% eran hombres. Edad media 63,27 años. El ecógrafo detectó 19 estenosis, ninguna significativa. EF: sensibilidad 31,58%, especificidad 80%, VPP

60%, VPN 55,17%, precisión 56,4%. TAP: sensibilidad 5,2%, especificidad 90%, VPP 33,3%, VPN 50%, precisión 48,72%. TEB: sensibilidad 52,63%, especificidad 70%, VPP 62,5%, VPN 60,87%, precisión 61,54%. MI: sensibilidad 15,7 %, especificidad 55%, VPP 25%, VPN 40,7%, precisión 35,9%. KT/V: sensibilidad 10,53%, especificidad 75%, VPP 28,5%, VPN 46,88%, precisión 43,59%. REC%: sensibilidad 10,53%, especificidad 100%, VPP 100%, VPN 54,05%, precisión 56,41%. Asociación estadísticamente significativa entre ecógrafo con MI (Chi<sup>2</sup>: 3,9; p=0,048).

### Discusión

El TEB es el método que detecta más estenosis (n=16), el de mayor sensibilidad, VPN y precisión, y el segundo con mayor VPP. La REC% es el método con mayor especificidad, aunque todos los métodos a excepción de los MI presentan una especificidad >70%. Sólo se ha encontrado bibliografía sobre la precisión de EF en la detección de estenosis. En un estudio similar al nuestro, la sensibilidad de la EF en la detección de estenosis significativas comparándolo con ED es del 96% frente al 31,58% hallada en nuestro estudio donde las estenosis son no significativas. No obstante, la especificidad es similar a la de este estudio.

### Conclusiones

En la detección de estenosis no significativas todos los métodos de primera generación presentan alta especificidad y baja sensibilidad. El grado de estenosis (significativa o no significativa) podría influir en la sensibilidad de la EF, pero no en la especificidad. TEB es el método de primera generación más preciso en la detección de estenosis.

## ¿Cuál es el mejor momento para analizar la coagulación de un paciente en hemodiálisis?

Marta Fernández-Sampedro, María Escutia-Cilleruelo, Nemesio Manzano-Guerrero, Cristiam Martínez-Gil, Dora Núñez-Palomino, José Luis Hernández-Hernández

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

### Introducción

La comorbilidad cardiovascular de los pacientes en HD condiciona que una proporción significativa de los mismos siga tratamiento con anticoagulantes orales. La anticoagulación en estos pacientes es compleja y requiere un control exhaustivo. En ocasiones, al realizar el control analítico para ajuste del INR, obtenemos un resultado dudoso, siendo necesario corroborarlo con una nueva muestra. Dado que en ese tiempo, ya podemos haber administrado la heparina pautaada para evitar la coagulación del sistema, nos planteamos si el nuevo resultado puede verse afectado por dicha heparina.

### Objetivos

- Valorar si el INR del paciente se ve modificado tras la administración de heparina intradiálisis.
- Comprobar si la extracción de la muestra puede realizarse en cualquier momento de la terapia.
- Comprobar la fiabilidad del resultado de INR con Coagu-check.

### Material y Método

Realizamos estudio prospectivo de intervención, analizando una muestra de 29 pacientes en total. La muestra ha sido seleccionada de manera aleatoria, incluyendo todo tipo de pacientes: anticoagulados con Sintrom o con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), y no anticoagulados.

- 1º Fase: Extraemos 3 muestras de sangre para análisis de INR con Coagu-check durante la sesión, administrando su dosis de heparina habitual, 1º) al inicio, previa a la primera dosis de heparina, 2º) tras 1 hora de sesión, previa a 2º heparina, si la hubiera y 3º) al finalizar la sesión.
- 2º Fase: Realizamos las mismas analíticas que en la fase previa, pero administrando HBPM (Clexane) al inicio de sesión, calculada según peso paciente (por facultativo) en dosis única y por vía arterial.

- Simultáneamente, se extraen muestras para análisis de INR por laboratorio de todos los pacientes de la muestra, para verificar fiabilidad del Coagu-check.

### Resultados

Del total de la muestra de 29 pacientes:

- En 28 de los pacientes analizados, tanto anticoagulados con Sintrom, como con HBPM, como no anticoagulados, el INR no varía de manera significativa a lo largo de la sesión de HD, independientemente de la cantidad/tipo de heparina administrada.
- Anticoagulados en domicilio con Sintrom: 5.
- Anticoagulados en domicilio con HBPM: 7.
- No anticoagulados: 16.

La variabilidad es tan pequeña (0,1 en algunos casos) que no supone un impedimento para el ajuste de tratamiento domiciliario. Tampoco se observan diferencias al utilizar diferentes dializadores, técnicas depurativas, tiempo, y acceso vascular. Se elimina del estudio un paciente por haber tenido que administrar ese día Vit K para corrección de anticoagulación.

### Conclusiones

Tras analizar los resultados obtenidos, se ha llegado a la conclusión de que el INR no varía tras la administración de heparina durante la sesión, y que las muestras de coagu-check se pueden extraer a lo largo de toda la terapia, independientemente de la heparina administrada. Se confirma que el coagu-check es fiable como medidor de INR. Todo esto supone un beneficio para la seguridad del paciente y el control de su anticoagulación si se precisase.

# Catéter venoso central palíndrome no invertido *versus* invertido. ¿Afecta a la eficacia de la diálisis?

Nuria Ester Sánchez-Cabeza de Vaca, Moises Reula-Ratia

Centro de Hemodiálisis AVERICUM. Cádiz. España

## Introducción

El acceso vascular para un paciente en hemodiálisis es sinónimo de vida. Su funcionamiento está directamente relacionado con la calidad de la diálisis e indirectamente con su morbimortalidad. La prevalencia de pacientes con catéter ha crecido en los últimos años debido a factores como el envejecimiento de la población o la larga permanencia en diálisis. En muchas ocasiones el catéter venoso central (CVC) se convierte en la única y última elección para poder realizar hemodiálisis. El uso de CVC está relacionado con mayor número de infecciones, trombosis venosas y disfunción del acceso vascular. Por ello, es de suma importancia el cuidado del acceso vascular, tratando de sacarle el máximo partido posible y aumentando al máximo la supervivencia del mismo. La permeabilidad de las líneas no siempre es ideal y muchas veces necesitamos conectar los puertos con líneas invertidas (AVVA) incluso con catéteres palíndrome (simétricos).

## Objetivos

En este trabajo estudiamos si la eficacia de la diálisis se ve afectada por la forma en que conectamos las líneas.

## Material y Método

Analizamos los datos de una muestra de 46 pacientes durante 3 meses y registramos sus variables clínicas y analíticas durante 3 meses. Se realizó un análisis descriptivo de las distintas covariables y posteriormente un análisis de regresión logística multivariante para evaluar nuestro objetivo.

## Resultados

39,1 % mujeres con una edad media de 69,5 años (DE 12,85) y una media de 2,5 años (DE 2,22) en hemodiálisis. El 84% localizado en yugular derecha, el 66,7% solía estar conectado con líneas regulares. La media de días de permanencia fue de 539,8 días (SD 748). La eficacia se midió por el KTV, siendo la media de 1,57 (SD 0,29). La media del Qb (flujo de diálisis) fue de 370,93. La media de litros de sangre dializados fue de 90,86. Se evaluó la relación entre KTV, como

medida de eficacia de la diálisis, y la posición de las líneas del catéter. Realizamos un análisis no paramétrico usando la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes y encontramos que no hay diferencias significativas en la eficacia de la diálisis cuando el catéter está conectado en líneas regulares (AA-VV) vs invertidas (AV-VA) ( $p=0,24$ ). Por otro lado, se estimó un modelo de regresión una relación lineal entre ambas variables ( $R 0,68$ ).

## Conclusiones

En pacientes con catéteres palíndrome recomendamos conectar las líneas en la posición que consiga un mejor Qb y un mayor número de litros de sangre dializada, de esta forma conseguiremos la mayor eficacia y calidad de diálisis posible.

# Detección precoz de la disfunción del acceso vascular con la medida del flujo de acceso

Elizabeth María García-de la Fuente, Sebastián Mas-Fontao, Emilio González-Parra, Mónica Pereira-García

FRIAT - Hospital Jiménez Díaz. Madrid. España

## Introducción

La monitorización y vigilancia de la fístula arteriovenosa diagnóstica precozmente la disfunción del acceso vascular. Debe permitir la prevención de la trombosis mediante la detección precoz de la estenosis. La enfermería tiene entre sus funciones la valoración diaria de la fístula. La GEMAV recomienda métodos diagnósticos de primera generación para evaluar su correcto funcionamiento, y de 2ª y 3ª si hay indicadores. Presentamos la experiencia de un centro sobre la importancia de la enfermería en evitar la trombosis durante de 12 meses. HIPÓTESIS: La realización de métodos diagnósticos de primera y segunda generación por la enfermería consigue evitar las trombosis de la FAV de una manera precoz.

## Objetivos

- 1- Determinar si los métodos de 1ª y 2ª generación empleados de una manera protocolizada objetivan una lesión tratable que prevenga la trombosis.
- 2- Observar cuantas fistulografías han demostrado lesión tratable.
- 3- Calcular si previene trombosis.

## Material y Método

Se analiza en un solo centro el año 2022 en un total de 75 pacientes. Se han realizado los siguientes métodos: a) Como métodos de 1ª generación: Presiones venosas: tres sesiones consecutivas >150mmHg o hay un incremento >25% del valor basal. Recirculación de la urea. La presencia de un porcentaje de recirculación de la urea >10%. KT en descenso en 3 sesiones consecutivas. b) 2ª generación: Ecodoppler y Nephroflow (dilución por ultrasonidos) cuando hay alteraciones en los métodos de 1ª generación. Se hace cada 3 meses sistemáticamente. c) Fistulografía cuando Nephroflow tiene un QA <600 ml/min en PTFE o <500 ml/min en FAVn de antebrazo, o un 25% de reducción de flujo.

## Resultados

En 2022 se realizaron 15 fistulografías indicadas por alguna alarma de la FAV. 5 eran mujeres (33,3%), edad media de 72±13 años. 3 PTFE y 12 fístulas nativas. La antigüedad media del acceso era de 52,3±42,74 meses. Signos de primera generación: El KT medio de 44,71, con un KT >45 en 9 de 15 (60%). La presión venosa media superior a 150 se vio en 11 pacientes (73,33 %). La recirculación media fue de 13,13±4,67 %. Una recirculación >al 14% en 5 (33,3%). De segunda generación usamos el Nephroflow en 14 de los 15 pacientes. El flujo medio fue de 716,42±455,15 ml. 6 de los 14 (40%) tenían un flujo <500 ml. El resto habían sufrido un descenso >25% del flujo. En las 15 fistulografías hubo estenosis y precisaron angioplastia. 9 con estenosis significativa. 12 de los 14 pacientes se realizó más de un Nephroflow ese año. En 7 se realizó más de una angioplastia por re-estenosis. En el año 2022 no hubo ninguna trombosis del acceso vascular en nuestra unidad.

## Conclusiones

Los métodos de primera generación son poco sensibles a la detección de estenosis precoz. La determinación del flujo del acceso vascular mediante Nephroflow proporciona alta sensibilidad para prever estenosis precozmente. La detección y tratamiento precoz evita la trombosis del acceso vascular.

# Eficacia de la implantación de un programa de manejo de catéter venoso central tunelizado en la conexión y desconexión sobre la tasa de bacteriemia en hemodiálisis

Verónica Gimeno-Hernán, María Rosario del Pino-Jurado, Carlos Fernández-Fernández, José Antonio Herrero-Calvo, Virginia López-de la Manzanara, Cristina Riaza-Ortiz

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

## Introducción

La bacteriemia relacionada con el catéter venoso central tunelizado (CVC) para hemodiálisis (HD) está asociada a una elevada morbilidad y mortalidad. En las unidades españolas la tasa es variable que oscila entre 0,24 a 5,47 eventos/1.000 días-catéter<sup>1</sup>; este amplio rango refleja importantes diferencias en la práctica clínica. Según las Guías Clínicas se considera como excelencia una tasa inferior a 1 bacteriemia/1000 días-catéter. El objetivo del presente estudio es analizar la influencia en la tasa de bacteriemia de un programa de manejo de los CVC en la conexión y desconexión en la HD (Programa Bacteriemia Zero).

## Material y Método

En enero de 2021 fue instaurado el Programa Bacteriemia Zero basado en un Check List de actuación que fue aprobado por el Servicio de Seguridad del Paciente del Hospital terciario donde se realiza el estudio, que implementado auditorías de actuación no programadas aleatorias en todos los turnos de HD para asegurar su cumplimiento por todo el personal de la Unidad. Con una metodología analítica, observacional y retrospectiva, se analizaron las tasas de bacteriemias en los 2 años previos a la instauración del programa (años 2019 y 2020) y en los 2 años siguientes de la implantación del mismo (años 2021 y 2022). Se obtuvieron también datos relativos al tratamiento y de las variables sociodemográficas y comorbilidades de los pacientes a estudio.

## Resultados

En los 4 años se analizaron un total de 130 catéteres tunelizados para HD en 102 pacientes, 60,4% (n=61) varones y 39,9% (n=41) mujeres, una edad media de 63 ( $\pm 17,43$ ) años, con un tiempo medio en HD de 37 ( $\pm 39,5$ ) meses. Un 48,2% (n=44) de los pacientes eran diabéticos y un 82,7% (n=85) hipertensos. Globalmente la tasa de bacteriemia fue de 1,62/1000 días-catéter en los dos años previos a la instauración del Protocolo y de 0,53/1000 días-catéter en los dos siguientes. Desglosado por años fue de 1,43/1000

días-catéter en 2019, 1,81/1000 días-catéter en 2020, frente a 0,37/1000 días-catéter 2021 y 0,67/1000 días-catéter en 2022.

## Conclusiones

La instauración de un programa auditado de manejo de los CVC en HD es eficaz en la reducción de la tasa de bacteriemia, de tal manera que consigue llegar a la Excelencia según las Guías Clínicas. Sin embargo, en nuestra experiencia, son necesarias otras medidas adicionales para alcanzar tasas más cercanas a la bacteriemia cero.

## Formación en ecografía básica del acceso vascular para enfermería ¿evaluamos jugando?

Emilia Ferrer-López, Víctor Cantín-Lahoz, M<sup>a</sup> Amaya Mateo-Sánchez, Ana Isabel Sierra-Sánchez, Manuel Fernández-Núñez, Francisco Javier Rubio-Castañeda

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

### Introducción

Los métodos de enseñanza han evolucionado en los últimos años, utilizándose en la actualidad diversas herramientas (simulación, juegos, videojuegos, roleplay), juntamente con los métodos tradicionales. Algunos de ellos son utilizados, como métodos de evaluación de las habilidades y destrezas adquiridas durante la formación.

### Objetivos

Evaluar el grado de conocimiento adquirido en un programa piloto de formación en ecografía básica en fístulas arteriovenosas dirigido a profesionales de enfermería.

### Material y Método

Se impartieron 2 cursos de 6 horas de duración cada uno, dividido en 2 sesiones de 3 horas, asistiendo 15 alumnos a cada curso. Se expuso teóricamente: Principios físicos de la ecografía, Ecografía en modo B, Morfología normal de las fístulas arteriovenosas, Patologías en fístulas arteriovenosas y su detección mediante ecografía (75 minutos) y una parte práctica con 3 ecógrafos, (5 alumnos/grupo) se realizaron mapeos entre los participantes y una valoración de fístulas arteriovenosas a 12 pacientes de nuestra unidad de crónicos (90 minutos). Se realizó una evaluación pre-post para conocer los conocimientos previos y finales, mediante la aplicación Kahoot, con 10 preguntas de respuesta múltiple, una opción correcta, 60 segundos de tiempo de respuesta. Tras el acceso de los participantes con sus dispositivos móviles, se proyectaron en pantalla las preguntas, los alumnos contestaron la opción que consideraron correcta, obteniéndose automáticamente los aciertos y errores en gráficas, cada alumno pudo conocer su puntuación, derivada de las respuestas correctas y de la velocidad de respuesta, estableciéndose un ranking final. Se analizaron los informes obtenidos, para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, para la comparación de proporciones se utilizó la prueba McNemar (muestras relacionadas en 2 periodos distintos).

### Resultados

Asistieron 30 participantes, sexo femenino, edad  $40,8 \pm 8,22$  años; experiencia en hemodiálisis menor de 5 años: 53,5%, entre 5-10 años: 23,3%, 10-20 años: 6,7%, mayor de 20 años: 16,7%. Respuestas correctas en el pretest: 39,68% e incorrectas: 67,01%. En el postest el 60,30% fueron correctas e incorrectas: 33,3%. En la proporción de aciertos antes y después del taller, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 6 de las 10 preguntas. pregunta 1 (p1) 6,7% vs 66,7%,  $p < 0,001$ , (p2): 40% vs 66,7%,  $p = 0,074$ , (p3): 76,7% vs 83,3%,  $p = 0,157$ , (p4): 46,7% vs 80%,  $p = 0,012$ , (p5): 40% vs 50%,  $p = 0,043$ , (p6): 73,3% vs 83,3%,  $p = 0,31$ , (p7): 13,3% vs 53,3%,  $p = 0,003$ , (p8): 36,7% vs 90%,  $p < 0,001$ , (p9): 83,35% vs 88%,  $p = 1,000$ , (p10): 23,3% vs 50%,  $p = 0,012$ .

### Conclusión

La formación propuesta aumentó los conocimientos previos de los participantes en esta materia. La utilización de nuevas técnicas de aprendizaje y evaluación pueden ser útiles para conseguir los objetivos planteados. Obtener feedback en tiempo real, incrementa el interés y satisfacción de los alumnos, resultando una forma atractiva de evaluar la docencia impartida.

# Implementación de un innovador programa enfermero de punción ecoguiada y valoración del acceso vascular de elección en una unidad de aféresis terapéutica

Marta García-Pascual, Noemí Bailo-Mur, Teresa Jofre-Bujaldón, Laura Rubia-Béjar, Miquel Lozano-Molero, John Jairo Gallego-Pérez

Hospital Clínic de Barcelona. España

## Introducción

La aféresis terapéutica tiene como fundamento eliminar aquellos componentes patógenos que condicionan o perpetúan la enfermedad. Para llevar a cabo la terapia es preciso disponer de dos accesos venosos para la conexión de la entrada y retorno con el circuito extracorpóreo del separador. Esta modalidad terapéutica mediante centrifugación precisa un flujo sanguíneo bajo, permitiendo así la utilización de vías periféricas como acceso vascular de elección. A pesar de las recomendaciones de la literatura y los esfuerzos para reducir la implantación de catéter venoso central (CVC), alrededor del 30% de los pacientes son portadores de un CVC. La implementación de un programa de punción ecoguiada y valoración ecográfica del acceso vascular previo al inicio de la terapia, tiene el potencial de contribuir a la disminución en las complicaciones y costes asociados al uso de CVC, y a la mejora en la calidad de vida de los pacientes

## Objetivos

Desarrollar e implementar un programa liderado por enfermería, de punción ecoguiada y valoración e indicación del acceso vascular de elección en una unidad de aféresis terapéutica integrada en el servicio de nefrología de un hospital de tercer nivel.

## Material y Método

Estudio longitudinal en el que se comparan resultados obtenidos respecto a corte histórica. El desarrollo e implementación del programa se inició en febrero 2020. Previamente a la puesta en marcha, se realizó la capacitación teórico-práctica de los profesionales de enfermería de la unidad, en colaboración con el Hospital Universitario de Uppsala, Suecia, con el objeto de instruir en el manejo y uso del ecógrafo en la canalización de vías periféricas. Se determinó como requisito previo al inicio, la programación de una valoración ecográfica vascular ambulatoria. Y se definió un algoritmo de toma de decisiones para la valoración e indicación de forma autónoma por parte de enfermería, del acceso vascular de elección.

## Resultados

Se realizaron un total de 1182 procesos terapéuticos en 2022, objetivándose un incremento de actividad del 57% respecto al 2020. Las terapias más prevalentes fueron en un 32,48% (n=384) los Recambios plasmáticos (RPT) con albúmina, el RPT con plasma fresco 17,1% (n=202) y la fotoaféresis terapéutica 18,1% (n=214). Un total de 316 valoraciones ecográficas vasculares fueron realizadas por enfermería previo al inicio de la terapia en 2022. La implantación del programa ha evidenciado una disminución del uso de CVC asociada a la curva de aprendizaje de los profesionales, alcanzando un mínimo histórico de 12,8% en 2022. El 81,6% de los pacientes fueron tributarios a la punción venosa ecoguiada, y un 5,6% portadores de una FAV. Todo ello contribuye a una reducción de costes estimada en 828,22€ por catéter no implantado, así como una disminución de las complicaciones asociadas.

## Conclusión

La implantación del programa liderado por enfermeras, de valoración y canalización de vías periféricas mediante punción ecoguiada, da respuesta a la necesidad manifiesta de estrategias más eficientes en la canalización e indicación del acceso vascular en uso, minimizando de forma significativa el uso de CVC, la multipunción asociada a vías venosas difíciles y favoreciendo la disminución de trombosis, complicaciones infecciosas y costes.



# Los segmentos venosos entre aneurismas de las fístulas arteriovenosas nativas: ¿Se pueden considerar estenosis?

Francisco Javier Rubio-Castañeda, Manuel Fernández-Núñez, Ana Isabel Sierra-Sánchez,

María Amaya Mateo-Sánchez, Víctor Cantín-Lahoz, Emilia Ferrer-López

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

## Introducción

La estenosis es la reducción del diámetro normal del vaso y es la causa más frecuente de trombosis de fístulas arteriovenosas (FAV). Los segmentos venosos entre dos aneurismas en las FAV nativas son zonas venosas con un diámetro menor que las dilataciones aneurismáticas, surgiendo la necesidad de conocer si estas zonas son verdaderas estenosis y si suponen un riesgo de trombosis para las FAV.

## Objetivos

Determinar si los segmentos venosos entre aneurismas son estenosis. Establecer si las estenosis entre aneurismas suponen un riesgo de trombosis para las FAV nativas.

## Material y Método

Estudio observacional retrospectivo realizado en nuestra consulta del acceso vascular entre enero-marzo de 2023. Se seleccionaron pacientes con FAV nativas funcionantes con un mínimo de dos aneurismas y que presentaron un segmento venoso entre aneurismas con una reducción del diámetro del vaso respecto al segmento proximal de la FAV nativa. Variables: Sociodemográficas y variables obtenidas por ecografía doppler: aneurismas (dilatación venosa mayor de 1,5 veces el diámetro normal del vaso), diámetros de segmentos venosos entre aneurismas (diámetro segmento proximal a FAV nativa y diámetro mínimo intraluminal), flujo del acceso vascular (QA), índice de resistencia (IR), reducción del diámetro del vaso (RDV), velocidad pico sistólica (VPS) pre-post estenosis, y ratio VPS. Se emplearon los criterios del Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV) para establecer si una estenosis era significativa. Análisis estadístico: análisis descriptivo, calculándose medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el test de Shapiro-Wilk para analizar normalidad.

## Resultados

El 55,3% de los pacientes presentó una RDV en algún segmento venoso entre aneurismas, siendo la muestra de 21

pacientes, el 71,4% hombres. Edad media 61,9 años. El 57,14% tenía un segmento venoso entre aneurismas con RDV, 38,09% tenía dos segmentos con RDV y el 4,7% tenía tres segmentos con RDV, el número total de segmentos con una RDV fue 31. La morfología de estos segmentos fue curva en el 66,7%. La mediana de la RDV fue 34,1% y el valor mínimo de RDV fue 11,11%. El 42,8% de la muestra presentó una RDV >50% (n=9). El 11,2% de los pacientes presentó simultáneamente dos estenosis con una RDV >50%. VPS media pre-estenosis 102 cm/seg y post estenosis 126 cm/seg. Ratio VPS >2 en el 4,7% de estenosis. Aumento medio de velocidad entre zona pre-post estenosis de 26,5 cm/seg. QA medio 1411 ml/min, el 4,7% obtuvo un QA <500 ml/min. En el 14,2% el IR fue >0,6. El 4,7% presentó estenosis significativa (n=1).

## Discusión

No existe bibliografía sobre el estudio de segmentos venosos entre aneurismas. El 44,4% de la estenosis se ubican entre el primer aneurisma (aneurisma más proximal a la anastomosis) y segundo aneurisma. Estas estenosis presentan los valores más altos de ratio VPS e IR y los menores QA.

## Conclusiones

El 55,3% de los pacientes presenta segmentos venosos entre aneurismas con estenosis. El 42,8% de la muestra presenta estenosis con una RDV >50%, sólo una de estas estenosis cumplía criterios de significación. El resto de las estenosis con RDV >50% son estenosis estables sin afectación hemodinámica y con riesgo bajo de trombosis.

# Mapa de punción programada del acceso vascular protésico para hemodiálisis: ¿podemos mejorar la técnica?

Javier Gutiérrez-de la Iglesia, Ariadna Morera-Mas, Jorge Alfonso-Julia, Irati Tapia-González, Sandra Rubio-Páez, Vicenç Esteve-Simo

Hospital Terrassa. Barcelona. España

## Introducción

El acceso vascular (AV) resulta de vital importancia para realizar una adecuada sesión de hemodiálisis (HD). Las prótesis de politetrafluoroetileno (PTFE) constituyen una alternativa eficaz cuando los AV nativos no son viables. No obstante, su uso se asocia a mayor número de complicaciones y menor supervivencia del AV relacionada con su punción repetitiva.

## Objetivos

Describir la técnica y características de punción en los PTFE de nuestra unidad, así como analizar la utilidad práctica tras implementar un mapa de punción programada (MPP).

## Material y Método

Estudio unicéntrico prospectivo de 6 semanas en los pacientes con PTFE en nuestra unidad HD. Analizamos características clínicas y sociodemográficas, técnica de punción (tipo punción, dirección, calibre y distancia entre agujas, tiempo de hemostasia), flujo humeral (Qa) y diámetros arterial y venoso zona punción PTFE mediante Ecografía Doppler, grado de desestructuración clínica y ecográfica mediante una escala autodiseñada, complicaciones médicas relacionadas con el AV (dolor, hematomas, extravasaciones, trombosis) y parámetros habituales de diálisis (flujo de bomba, presiones dinámicas, porcentaje recirculación, KT, litros depurados) tras la implementación de un MPP. El MPP consistía en un esquema predefinido rotatorio de punción PTFE previa valoración ecográfica inicial.

## Resultados

Sesenta y cuatro pacientes HD. Seis PTFE (9,3%). 50% mujeres. 80% PTFE Húmero axilar. Edad media  $66,1 \pm 15,1$  años y  $47,1 \pm 46,1$  meses en HD. Charlson medio  $10,1 \pm 2,6$ . Un 83% HTA. Un 33% y un 17% tomaban antiagregantes y anticoagulantes respectivamente. Principal etiología ERC: nefropatía diabética (50%). Tiempo medio uso PTFE:  $78,1 \pm 73,4$  meses. AV previos:  $2,6 \pm 3,4$ . Todos los pacientes punciones con agujas en dirección anterógrada y calibre 16G. Al final

del estudio incrementamos el porcentaje de pacientes con punción en escalera (60 vs 100%) y un aumento de la distancia entre agujas ( $9,3 \pm 1,3$  vs  $12,3 \pm 1,4$  cm,  $p < 0,05$ ), sin alteraciones en el grado de desestructuración clínica ( $0,81 \pm 0,9$  vs  $0,83 \pm 0,9$ ) o ecográfica ( $6,2 \pm 5,7$  vs  $6,3 \pm 5,6$ ), tiempo de hemostasia ( $15,1 \pm 2,5$  vs  $17,4 \pm 34$  minutos), grado de dolor (EVA  $1,2 \pm 1,4$  vs  $1,1 \pm 1,2$ ) o flujo humeral (Qa  $167,3 \pm 496,2$  vs  $1605,8 \pm 579,3$  ml/min) ni en los parámetros de diálisis analizados. A lo largo del estudio, dos pacientes presentaron hematomas y extravasaciones. No se objetivaron trombosis PTFE.

## Conclusiones

El MPP permitió mejorar la técnica y optimizar la punción de nuestros PTFE sin complicaciones asociadas. Con nuestros resultados, consideraremos la implementación de nuestro MPP en la práctica clínica diaria. No obstante, son necesarios futuros estudios con otros diseños para valorar la utilidad a largo plazo en los AV protésicos tras implementar un MPP.

## Procedimiento de manipulación del catéter venoso central

Verónica Martín-Guerrero, Patricia Martín-Sánchez, Gema Palacios-García, Noelia Calle-Iraola, Rocío Díez-García, Ruth Ros-Nogales

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

### Introducción

El paciente con enfermedad renal crónica avanzada, es obligado el requerimiento de un acceso vascular para iniciar la hemodiálisis. Las guías recomiendan la fístula arteriovenosa como el acceso ideal. La utilización de un catéter venoso central (CVC) constituye una alternativa, pero se asocia a un mayor número de complicaciones y el significado incremento del riesgo de morbi-mortalidad. A pesar de ello sigue siendo indispensable su uso, por las posibilidades inmediatas de inserción y uso, y por permitir ante un lecho vascular agotado, disponer de un acceso definitivo. Los cuidados y manipulación del CVC deben realizarse por enfermeras expertas, siguiendo las guías y recomendaciones más actuales.

### Objetivos

**General:** Maximizar la calidad de la asistencia de las actuaciones de los profesionales de enfermería, en relación al manejo del catéter venoso central del paciente en tratamiento en hemodiálisis. **Específicos:** Adecuar la práctica clínica diaria del uso del CVC, unificar criterios de actuación, disminuir las complicaciones relacionadas con el manejo del catéter y realizar un seguimiento del procedimiento por indicadores de calidad.

### Material y Método

Tras una revisión de la bibliografía por parte de tres enfermeras expertas, desarrollaron el procedimiento de manejo del CVC. Manual que se revisó por la comisión de calidad de enfermería del hospital. Se presentó el procedimiento a los profesionales, mediante cuatro sesiones formativas y se envió por correo el manual junto con dos píldoras formativas. Al año de su implantación, seis enfermeras diseñaron un check list con 24 ítems, que mediante observación evaluaron la manipulación del catéter por enfermería, durante un total de ocho sesiones.

### Resultados

Las directrices KDQI, sugieren un 10% de CVC, en nuestra unidad el 28% de pacientes disponen de un catéter. Se eva-

luaron un total de 22 intervenciones enfermeras. De los 14 ítems de la conexión, todos se cumplieron al 100%, excepto en tres casos en los que no se realizó la limpieza de la superficie, la movilización de pinzas y el cierre del paño de forma correcta. Y de los 10 ítems de la desconexión, todos se cumplieron al 100% exceptuando la presión positiva del sellado en cuatro casos. Los indicadores de evaluación del procedimiento a medir tras un año de implantación, fueron el porcentaje de pacientes con infección relacionada con el CVC que fue de un único paciente (el año anterior fueron 5), y porcentajes de infección local del orificio de inserción, de dos pacientes (el año anterior fueron cinco).

### Conclusiones

La enfermera es la encargada del manejo del catéter venoso central, para ello son necesarios conocimientos y procedimientos actualizados de trabajo, según la última evidencia publicada. Herramientas como los procedimientos, nos ayudan a la toma de decisiones y mejoran nuestra actuación, ofreciendo la máxima calidad en los cuidados al paciente en hemodiálisis. Trabajar con procedimientos y con indicadores de calidad, es una forma de validar el trabajo enfermero, reforzando nuestra manera de proceder, unificando las pautas de actuación y ayudando a los profesionales en su trabajo diario.

# Satisfacción del paciente respecto a dos pautas de cura del orificio de salida del catéter venoso central de hemodiálisis

Raquel Pelayo-Alonso, José Luis Cobo-Sánchez, Sandra Pacheco-Martínez, Mirian García-Martínez, Marta Portilla-Sánchez, Patricia Martínez-Álvarez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

## Introducción

El catéter venoso central de hemodiálisis (CVCHd) sigue siendo una opción de acceso vascular de alta prevalencia en las unidades de Hemodiálisis. Por lo tanto, es fundamental, evitar complicaciones asociadas, como la bacteriemia o la infección del orificio de salida (OS). Existen diversas alternativas de material de protección para el manejo del CVCHd, pero dado que el paciente es el centro de los cuidados, es necesario tener en cuenta su percepción.

## Objetivos

Evaluar la satisfacción de los pacientes respecto a 2 tipos de cura del orificio de salida del CVCHd.

## Material y Método

Estudio comparativo entre 2 pautas de cura en pacientes adultos, portadores de un CVChd tunelizado, sometidos a hemodiálisis crónica, entre noviembre de 2020 y julio de 2022. A cada paciente se le asignó una pauta de cura de forma aleatorizada, según el grupo en el que había sido aleatorizado, con un periodo de seguimiento de 14 semanas. La pauta de cura del grupo control (GC) fue limpieza del OS con suero salino fisiológico, desinfección con clorhexidina en solución al 2% de base acuosa, secado ambiental durante 60 segundos y cubierta con apósito de poliuretano semipermeable autoadhesivo. La pauta de cura del grupo experimental (GE) fue limpieza OS con suero salino fisiológico, aplicación de apósito de poliuretano semipermeable autoadhesivo con una almohadilla de gel integrada que contiene gluconato de clorhexidina 2%. Se recogieron datos clínicos y demográficos del paciente (edad, sexo, grado de comorbilidad, tiempo en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis) y datos de filiación del catéter (diseño, material, fecha y vena de inserción e infecciones previas relacionadas con el catéter). La satisfacción del paciente con la pauta de cura se valoró en base a los ítems: molestias en la retirada del apósito, presencia de prurito, pérdida de adherencia, alteración de la imagen corporal y grado de confort, una vez finalizado el periodo de

estudio, mediante escala tipo Likert de 5 puntos (1- No del todo satisfecho, 5- Completamente satisfecho). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial para dar respuesta al objetivo del estudio (Test U de Mann-Whitney y chi cuadrado).

## Resultados

Se incluyeron 50 pacientes (25 en cada grupo), con edad media  $69 \pm 14$  años. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables sociodemográficas, clínicas y de filiación del catéter entre ambos grupos. El GE obtuvo puntuaciones más altas de satisfacción que el GC en la valoración del prurito (mediana 4 vs 3; IC 95%:3,42-4,10;  $p=0,145$ ), del grado de confort de la cura y las molestias con la retirada (mediana 5 vs 4; IC 95%:3,81-4,43;  $p=0,253$ ). El GE refirió estar muy/plenamente satisfecho en mayor proporción que el GC en relación al prurito/picor (72% vs 48%;  $p=0,138$ ) y pérdida de adherencia (92% vs 80%;  $p=0,647$ )

## Conclusiones

Las dos pautas de curas utilizadas en el estudio ofrecen altos niveles de satisfacción referida por los pacientes. Se debe completar el estudio con otros criterios de comparación, como puede ser su efectividad frente a complicaciones infecciosas.

# Valoración de la afectación de la pared posterior de la fístula arteriovenosa nativa según el material de punción

Isabel Pérez-García, Hilda Fernández-Punset, Laia Reixach-Aumatell, Alicia Rey-Miguel

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

## Introducción

Habitualmente, la punción de la fístula arteriovenosa interna nativa (FAVn) se efectúa con dos agujas convencionales que quedan introducidas en el vaso durante toda la sesión de hemodiálisis (HD). La alternativa a las agujas convencionales es el catéter fístula arteriovenoso periférico (CF), compuesta por una aguja de metal interna y un catéter de fluoruroplástico externo, este último, permanece en el interior del vaso durante el tratamiento. Está estudiado que el CF minimiza el daño en el vaso.

## Objetivos

Valorar si el CF causa menos lesiones en la pared posterior del vaso respecto a la aguja convencional. Seguimiento del AV, valorando las posibles complicaciones y/o lesiones. Realizar el tiempo de aparición de la lesión.

## Material y Método

Realizamos un estudio experimental, ensayo clínico controlado, durante 8 meses. Incluimos 12 pacientes con FAVn radiocefálica, con tramos de 4 cm de punción arterial y venoso, técnica escalonada. Los pacientes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, 6 con aguja convencional y 6 con aguja CF. Se excluyeron 2 por exitus. Finalizando el estudio 10 pacientes, 5 con aguja convencional y 5 con aguja CF. Enfermería efectuó una ecografía previa del AV eligiendo las zonas de punción sin lesión. También se hizo una medida del flujo de la FAVn pre y post estudio. Mensualmente, se valoró ecográficamente la aparición o no de lesiones en la pared posterior del vaso. Registrando los hallazgos en una hoja de cálculo.

## Resultados

Los resultados obtenidos fueron: de los 5 pacientes con aguja convencional, 4 de ellos presentaron lesión (40%). De los 5 pacientes con aguja CF, 2 de ellos presentaron lesión (20%). Durante el estudio visualizamos lesiones en los dos grupos y continuamos con punción escalonada. Al final del estudio observamos que las lesiones producidas por aguja convencional

no habían desaparecido, en cambio, las lesiones por CF si lo habían hecho. En la medida de flujo de la FAVn no hubo ningún cambio significativo pre y post estudio, pero pensamos que si el estudio hubiese durado más tiempo, se podrían haber generado complicaciones comprometiendo el flujo.

## Conclusiones

Confirmamos nuestra hipótesis inicial, el CF causa menos lesiones en la pared posterior del vaso respecto a la aguja convencional. Nuestra experiencia nos permite afirmar que usando todas las herramientas disponibles como el ecógrafo, controles mensuales, variedad de agujas, uso del CF, disponer de una guía de punción del AV y el trabajo en equipo, incrementa el éxito de la punción, disminuyendo el número de complicaciones. Al tener menos lesiones con el CF alargaremos la vida de las FAVn evitando así, intervenciones quirúrgicas, como las reparaciones de posibles estenosis (angioplastia) o la colocación de catéteres venosos centrales (CVC) en el caso en que la fístula se trombose. Disminuyendo también todas las desventajas y riesgos del paciente en la colocación del CVC, así como los costes que supone. Destacar que en este trabajo, enfermería realiza el control y registro de los AV, observando y detectando de manera precoz cualquier lesión o disfunción, aportando mayor empoderamiento a enfermería.

# Valoración del cuidado de la fístula arteriovenosa en una unidad de hemodiálisis

Verónica Martín-Guerrero, Gema Porrás-Montoro, Miriam Esquinas-Marta, Gema Palacios-García, M<sup>a</sup> Teresa Barahona-Muñoz, Patricia Martín-Sánchez

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

## Introducción

La fístula arteriovenosa (FAV) para efectuar la hemodiálisis es un aspecto fundamental para el enfermo renal, y no hay duda que condiciona su morbimortalidad. Por su trascendencia es necesario utilizar las guías clínicas para el cuidado y la toma de decisiones en la práctica clínica habitual.

## Objetivos

**General:** Analizar las características de las fístulas arteriovenosas de los pacientes en hemodiálisis para implementar cuidados de mejora según las últimas recomendaciones publicadas. **Específicos:** Describir el aspecto físico del brazo de los pacientes portadores de fístula arteriovenosa. Identificar el tipo de punción realizado en la fístula arteriovenosa del paciente. Valorar por ecografía el trayecto de la fístula de los pacientes con punción en área. Evaluar el número de pacientes que utilizan tapón hemostático para coagular. Identificar los pacientes que utilizan pinzas para ayudar con la coagulación.

## Material y Método

Estudio descriptivo transversal. Se autodiseña una encuesta con 17 ítems para valorar el objeto de estudio y se realiza ecografía de control a los 40 pacientes portadores de FAV de la unidad, por parte de 6 enfermeras expertas.

## Resultados

De los 40 pacientes analizados un 55% disponen de fístula radiocefálica y un 45% húmerocefálica. En 16 de los pacientes se apreciaba una piel fina, pigmentada o con hematoma. Signos de robo se identificó en 9 pacientes, manifestando síntomas de frialdad y dolor. En 28 pacientes se evidenciaron aneurismas, siendo de un diámetro mayor de dos centímetros en 22 de ellos. La técnica de punción utilizadas fue, en 1 paciente button hole, 26 en escalera, 13 en área. Realizadas la ecografía de los pacientes con punción en área, se evidencia que en 7 de ellos no era posible cambiar el tipo de punción, en 6 podría cambiar a escalera en al menos una punción y en 2 podría modificarse en ambas. Respecto al uso de hemostáti-

cos, 39 pacientes utilizaban tapones y se valora la retirada en 29 de ellos. En 22 pacientes el tipo de coagulación es de forma manual y pinzas en 13. Se valora que no se podría retirar en 9 pacientes, por sus características

## Conclusiones

Los resultados revelan la importancia de conocer la situación en la que se encuentran los pacientes para ofrecer los mejores cuidados adaptados de forma individualizada a las últimas recomendaciones. Con los resultados se va a implementar la retirada de tapones hemostáticos y de pinzas tras una valoración individualizada. También se van a programar sesiones clínicas por parte del grupo de enfermeras, para presentar el recorrido ecográfico y características a valorar de cada una de los pacientes con FAV subsidiarias de cambio de tipo de punción.

## Actividad de la enfermería en nuestra unidad de nefrología intervencionista. Sala de procedimientos

Miriam Silva-Noa, Juana María Carrasco-Caballero, Encarnación Elena Rincón-Elvira, Esther Díaz-González, Ana Romero-Valero

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

### Introducción

La nefrología diagnóstica e intervencionista (NDI) se define, según la American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology, como la aplicación de técnicas de imagen e intervencionismo en el campo de la Nefrología para mejorar el manejo y cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). El envejecimiento poblacional global conlleva un aumento en la incidencia y prevalencia de la ERC así como los pacientes en diálisis. Dicho envejecimiento además implica que la propia población en diálisis presente una elevada comorbilidad (enfermedad vascular, diabetes, cardiopatías ...), lo cual también supone una mayor dificultad en la creación de un acceso vascular adecuado. Ante esta situación, la realización del intervencionismo de nuestros pacientes nos da autonomía y nos permite ofrecer un tratamiento integral y sin demoras en la resolución de los problemas que plantea ésta patología.

### Objetivos

Describir y analizar la actividad intervencionista y las diferentes técnicas que se llevan a cabo, tanto urgentes como programadas, en nuestra sala de procedimientos.

### Material y Método

Hemos realizado un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todas las intervenciones llevadas a cabo en dicha sala de procedimientos. Para ello, hemos revisado los registros de las intervenciones en los últimos 7 años (enero 2016 - marzo 2023). Para llevar a cabo esta serie de intervenciones, nuestro servicio de nefrología cuenta con una sala de procedimientos dotada de todos los recursos materiales y humanos necesarios para ofrecer soluciones a los problemas planteados. Dicha sala se ofrece como una alternativa terapéutica a la hospitalización clásica, integrando el abordaje de diversas técnicas de urgencia y programadas, mejorando y optimizando la asistencia integral del paciente renal.

### Resultados

Entre la cartera de servicios que se ofrecen, tenemos registros de las siguientes intervenciones: Biopsias renales [335], implantación, retirada y recambio de catéteres para Hemodiálisis temporales y permanentes [1160], atención y tratamiento de peritonitis [27], complicaciones tanto de los accesos vasculares (sangrado en FAV o catéteres.) como peritoneales (obstrucciones, roturas catéter, incompatibilidad de sistema) [42], intercambios de Diálisis peritoneal (DP) en pacientes ectópicos, de los cuales, actualmente no disponemos de registros a pesar de ser una actividad recurrente, pero estimamos que podemos tratar anualmente unos 40 pacientes/año. En los últimos 3 años la actividad enfermera en este campo se ha visto incrementada siendo necesario un espacio físico donde llevar a cabo esta práctica y su correspondiente registro.

### Conclusiones

En definitiva, la sala de procedimientos proporciona mayor autonomía a los profesionales, optimiza los recursos existentes y reduce tiempos de espera, resultando en una mejora en la continuidad de cuidados del paciente renal con alta eficiencia. El contar con una sala destinada a este tipo de intervenciones permite ofrecer atención específica e individualizada a pacientes con complicaciones y dar apoyo a los diferentes servicios externos de nuestra unidad durante los fines de semana, tardes, noches y festivos; Mejorando la atención integral del paciente, reduciendo ingresos hospitalarios y otras futuras complicaciones.

# Conocimiento del personal de enfermería nefrológica sobre el prurito asociado a enfermedad renal crónica

Ariadna Morera-Mas, Vicenç Esteve-Simó, Javier Gutiérrez-de la Iglesia, Elisabeth González-Lao, Sandra Rubio-Páez, Manel Ramírez de Arellano-Serna

Hospital de Terrassa. Barcelona. España

## Introducción

El prurito asociado a la enfermedad renal crónica (Pa-ERC), es la sensación de picor directamente relacionada con la enfermedad renal, sin otra patología que lo justifique. Pese a que su prevalencia ha podido disminuir con la mejora de la eficacia dialítica y el tratamiento del paciente renal, todavía persiste y está infradiagnosticado. El personal de enfermería desempeña un papel muy importante en el correcto abordaje diagnóstico de este síntoma.

## Objetivos

Analizar el grado de conocimiento y práctica habitual del personal de enfermería de nuestra unidad de diálisis sobre este antiguo problema que afecta indiscutiblemente en la carga de enfermedad y en la calidad de vida del paciente renal.

## Material y Método

En marzo de 2023 se realizó una encuesta de 14 preguntas en relación al grado de conocimiento y práctica habitual por parte del personal de enfermería de nuestra unidad de diálisis sobre el Pa-ERC mediante la aplicación corporativa Microsoft Forms que forma parte del paquete de Office 365 proporcionado por el Centro de Telecomunicaciones y Tecnologías de la Información (CTTI).

## Resultados

24 encuestas (96% del personal de enfermería). 63% mujeres, con edad de  $43,8 \pm 11,8$  y  $14,2 \pm 11,1$  años de experiencia laboral (60% ámbito hospitalario, 81% Hemodiálisis). Un 42% estimó adecuadamente la prevalencia del Pa-ERC en nuestro centro. Un 78% diagnosticaba prurito únicamente si lo manifestaba el paciente y un 50% no utilizaba escalas de valoración específicas. La escala visual analógica simple (21%) fue la escala más utilizada. Un 92% y un 71% tenían conocimiento de los principales consejos higiénico-dietéticos y posibles causas del Pa-ERC respectivamente. Todos los encuestados consideraban que el Pa-ERC afectaba a la calidad de vida del paciente. La hidratación de la piel (91,6%),

evitar situaciones desencadenantes (75%) y el correcto seguimiento del fósforo de la dieta (62,5%) fueron los consejos más recomendados. En la práctica diaria, los antihistamínicos (66,6%) y las cremas hidratantes (45,8%) fueron los tratamientos más prescritos. La totalidad de los encuestados consideraron de utilidad recibir formación educativa del Pa-ERC, principalmente con talleres educativos (48%) o cursos on-line (21%).

## Conclusiones

Por lo general, nuestro personal de enfermería nefrológica tiene unos conocimientos adecuados relacionados con el Pa-ERC. Sin embargo, una actitud proactiva hacia su diagnóstico y una mayor utilización de cuestionarios específicos del Pa-ERC son algunos aspectos a tener en cuenta en nuestra práctica habitual. Con nuestros resultados consideraremos la formación continuada, fundamentalmente mediante talleres educativos, como herramienta de trabajo para mejorar el diagnóstico y tratamiento del Pa-ERC.



## El estilo de pensamiento ¿un determinante frente al síndrome de Burnout?

Antonio López-González<sup>1</sup>, Lorena Díaz-Rodríguez<sup>2</sup>, María Veiga-Rodríguez<sup>1</sup>, Teresa Pérez-López<sup>2</sup>, Mónica Pereira-García<sup>3</sup>, M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Quirón. La Coruña. España

<sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

<sup>3</sup>Unidad Fundación Renal del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. España

<sup>4</sup>Centro Fundación Renal Las Encinas. Salamanca. España

### Introducción

El estrés laboral es una condición común entre los trabajadores. Esto se debe a la presión y exigencia que conlleva el desempeño de su trabajo, teniendo efectos nocivos tanto físicos como mentales. Sin embargo, no afecta a todo el mundo por igual, pues son muchos los factores que influyen en la forma en que cada persona lo percibe y lo controla, siendo el tipo de pensamiento de cada individuo uno de los principales. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar como el estilo de pensamiento específico influye en el estrés, identificando cuales contribuyen a la génesis de estrés laboral.

### Material y Método

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo transversal desarrollado simultáneamente en 4 unidades de diálisis, siendo la población a estudio el equipo de enfermería. Como variables principales se han recogido datos relacionados con el estrés laboral a través del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y el estilo de pensamiento utilizando el Benziger Thinking Styles Assessment. Como complemento, se ha reunido información relacionada con la edad, sexo, centro de trabajo, categoría y experiencia profesional. Para evaluar la asociación entre variables se utilizó el test de chi-cuadrado.

### Resultados

Se han analizado a un total de 72 profesionales, 11% (n=8) hombres y 89% (n=64) mujeres, con una media de edad de 37,7±9,7 años. La prevalencia de Síndrome de Burnout fue del 8%, no identificándose diferencias entre sexos (p=0,520). El 31% presentaron indicios de cansancio emocional, siendo este más frecuente en los mayores de 37 años (p=0,028). Además, el 21% presentó indicios de despersonalización y el 31% indicios de alteración de la dimensión logro personal. Se ha evidenciado asociación entre el estilo de pensamiento, el Burnout y el cansancio emocional (p=0,039 y p=0,038). Así, el 100% de los trabajadores que presentan Burnout, tratan de

evitar los comportamientos asociados al cuadrante Basal Izquierdo (pensamiento rutinario, con una estructura secuencial y basada en los detalles y procedimientos). De igual manera, el 77% que presenta indicios de cansancio emocional tampoco tienen preferencia por este modo de pensamiento. Por otra parte, aquellos trabajadores que tratan de evitar el modo de pensamiento Basal Derecho (tipo de pensamiento no verbal y basada en lo sentimental) se sienten menos realizados frente a los que tienen una dominancia de este tipo de pensamiento (73% versus 27%, p=0,002).

### Conclusiones

Sentirse estresado depende tanto de las demandas del medio externo como de nuestros propios recursos para enfrentarnos a él, siendo el modo de pensamiento un factor importante. Así, los trabajadores que no presentan dominancia Basal Izquierda están más expuestos al Burnout y al cansancio emocional, pues este modo de pensamiento se asocia a la capacidad de análisis y la resolución de problemas, fundamentales a la hora de controlar el estrés. Por otra parte, la importancia del aspecto emocional y de la conexión con las personas, típico del tipo de pensamiento Basal Derecho, ayuda a las personas estar más motivadas y comprometidas en su vida, lo que impacta de manera positiva en la autoestima y realización personal.

# Evaluación de un programa de educación sanitaria sobre salud renal en la escuela a través de la literatura infantil

M<sup>a</sup> Dolores Ojeda-Ramírez

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería. España

## Introducción

La Enfermedad Renal Crónica es una gran desconocida para la población en general, pero aún más para los niños. El cómo debemos de actuar para cuidar nuestros riñones es algo de lo que habitualmente no se habla, por lo que se desconoce que con determinados hábitos saludables podemos ayudar a prevenir esta enfermedad. Por eso es muy importante llevar a cabo programas de Educación Sanitaria sobre enfermedad renal dirigido a los niños, porque es en esta etapa donde se afianzan los hábitos de vida. Además, el entorno escolar es el más favorable para llevar a cabo estas actividades. Utilizar la literatura infantil es una herramienta muy útil para que los alumnos puedan conocer de primera mano diferentes conceptos y puedan adquirir como rutinas las pautas sanitarias que se planteen para que las incorporen en su día a día de manera natural.

## Objetivos

- Evaluar si mejora el nivel de conocimientos de los niños sobre la enfermedad renal a través de la literatura infantil.
- Determinar si los niños actúan como agentes de cambio transmitiendo los conocimientos aprendidos a sus familias.

## Material y Método

Estudio cuasi experimental, con un diseño pre-post intervención con un único grupo. La muestra estuvo formada por 21 alumnos pertenecientes a una clase del tercer curso del segundo ciclo de Educación Infantil de un colegio público. La técnica de muestreo utilizada para este trabajo es muestreo por conveniencia. Para evaluar el nivel de conocimientos pre y post intervención se elaboró un cuestionario ad-hoc adaptado a la edad de los niños y otro cuestionario para los padres. Se cumplimentaron antes y después de impartir el programa de educación para la salud renal. La intervención educativa se llevó a cabo durante una jornada escolar con una charla-taller cuyo eje central fue la lectura de un libro sobre enfermedad renal dirigido a niños. A partir de ahí se desarrollaron los contenidos del programa educativo y las actividades programadas.

## Resultados

El 52,4% de los alumnos fueron niñas y el 47,6% niños. La nota media sobre diez del cuestionario de los niños fue de 2,75 para el pre frente a 9,19 para el post. En cuanto a los padres, la nota media del cuestionario fue de 6,95 para el pre, y 8 para el post. Al comparar proporciones de datos apareados mediante el test mcnemar, encontramos diferencias significativas pre y post intervención en cuanto al nivel de conocimientos en niños.

## Conclusiones

El programa de educación en salud renal ha mejorado el nivel de conocimientos sobre nefrología, enfermedad renal, prevención y tratamiento de los niños que participaron en él. A la misma vez, podemos afirmar que los niños pueden convertirse y actuar como agentes de cambio al transmitir lo aprendido a sus familiares.

# Implantación de un modelo de hospital de día en nuestra unidad de nefrología

Francisco José Granado-Romero, Estela Torres-Reyes, M<sup>a</sup> Cristina Benlloch-Monzo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

## Introducción

En los últimos años se ha ampliado enormemente el arsenal terapéutico en patologías renales de origen autoinmune, con la aparición de nuevos protocolos de administración de inmunosupresores (Obinutuzumab, Tocilizumab, Eculizumab, Ravulizumab, Rituximab y Ciclofosfamida) que requieren la especialización de todo el personal implicado en el manejo global de este tipo de pacientes (acceso venoso periférico y central, gran comorbilidad, ajuste de medicación y volumen de líquido administrado...). Con esta finalidad se implantó en nuestra Unidad un Hospital de Día (HdD).

## Objetivos

- Analizar la utilidad de un HdD en nuestra Unidad en relación a la organización y la racionalización de recursos.
- Describir las ventajas de un abordaje especializado en el manejo global del paciente renal.
- Analizar las complicaciones que presentan los pacientes renales en el entorno de un HdD.

## Material y Método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se realizó recogida de datos, análisis y evaluación de la actividad realizada en el HdD desde finales de 2016 hasta marzo de 2023. Se realizó revisión de la literatura de enfermedades autoinmunitarias que causan insuficiencia renal y tratamientos indicados.

## Resultados

Perfil del paciente: intervalo modal de edad 52-82 años, autónomo, con enfermedad glomerular en estadios iniciales. Tiempo de permanencia medio: 1 día. Se administraron 408 tratamientos: 2016 (5); 2017 (36); 2018 (54); 2019 (98); 2020 (74); 2021 (33); 2022 (87); 2023 (21). No se observaron complicaciones con Obinutuzumab, Tocilizumab, Eculizumab, Ravulizumab y Ciclofosfamida. Complicaciones y actitud con Rituximab:

### 1º. Durante la infusión:

- Reacciones leves (hiperemia, palpitaciones, temblores, cefalea o náuseas) en 4 pacientes: se redujo velocidad de infusión.

### 2º. Post-tratamiento:

- Reactivación de VHB en 1 paciente: no precisó nuevo bolo.- Agudización de EPOC/Neumonitis en 1 paciente: se administró Ciclofosfamida ante nuevo brote.
- Reacciones alérgicas cutáneas en tres pacientes: se trataron con corticoides vía oral y se redujo velocidad en infusiones posteriores.

## Discusión/Conclusiones

Los HdD constituyen una alternativa terapéutica y asistencial a las unidades de hospitalización convencionales. Promueven una asistencia coordinada y ágil, evitando los perjuicios que conlleva un ingreso hospitalario clásico y disminuyendo la estancia media. Disponer de gestión propia supone una mayor eficiencia en la organización y funcionamiento interno, racionalizando los recursos sanitarios. Aseguran un abordaje terapéutico integral y especializado actuando ante posibles complicaciones relacionadas con dicha terapia (ajuste de dosis y volúmenes administrados en función del estadio de la enfermedad renal), siendo capaces de dar una respuesta adaptada e inmediata, además de resolver inquietudes no relacionadas directamente con la administración del tratamiento (dieta, terapias renales sustitutivas, accesos vasculares...). La continuidad de esta modalidad asistencial y el aumento progresivo de tratamientos con el transcurso de los años indica el éxito y la aceptación del HdD.

# Importancia de la evaluación interdisciplinar de la alfabetización en salud del paciente en hemodiálisis

Marta Isabel San Juan-Miguelsanz, José Pombo-San Miguel, Alicia González-Horna, Dolores Piña-Simón, María Isabel González-Sánchez, María Mar Andrés-Vázquez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

## Introducción

La Alfabetización en Salud (AS) es la capacidad individual para asimilar e integrar información sobre salud y poder tomar decisiones apropiadas. Sin embargo, la AS no depende solo de las habilidades de los individuos, sino también de su interacción con los profesionales.

## Objetivos

Evaluar la AS de pacientes prevalentes en hemodiálisis. Determinar las diferencias de percepción entre distintos profesionales de salud del equipo interdisciplinar sobre las competencias evaluadas.

## Material y Método

Estudio observacional transversal. Se evaluaron pacientes prevalentes en hemodiálisis de 13 unidades diferentes, por parte de 4 colectivos de profesionales sanitarios (enfermeras, nefrólogos, psicólogos y trabajadores sociales) que componen el equipo interdisciplinar, mediante el instrumento Valoración de Competencias Salud. Consta de 5 ítems y valora la capacidad del paciente para leer y comprender un texto sencillo, comunicar y describir los propios síntomas, participar en las decisiones de manera activa, déficits visual, auditivo o cognitivo para realizar actividades de la vida diaria y pertenecer a una población no vulnerable (menores de 65 años, sin dificultades con el idioma o sin diferencias culturales). Se considera buen nivel de alfabetización 3 de 5 respuestas afirmativas. Estadística: Programa SPSS v20. Se utilizó t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas y el coeficiente de Pearson para el estudio correlacional. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas a través chi-cuadrado. Nivel de significación  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se estudiaron 705 pacientes 454 (64,4%) hombres, edad media  $67,9 \pm 15$  años y tiempo en diálisis  $69,8 \pm 75,7$  meses. Las enfermeras percibieron que un 17,7% de pacientes contaban con un nivel bajo de alfabetización, los médicos y psicólogos

un 17,1% y 17,8% respectivamente, mientras que los trabajadores sociales identifican 28,5%. Según este último grupo de profesionales, 85 (26,6%) pacientes tenían dificultad para comprender los textos, 57 (17,9%) dificultad para describir sus propios síntomas, 101 (31,7%) dificultad para participar en las decisiones que afectan a su salud, 130 (40,9%) presentaban alteraciones visuales, auditivas o cognitivas y 268 (84,3%) pertenecía a algún grupo de riesgo (dificultad idioma, edad). Esta percepción no resulta tan negativa en los otros 3 grupos de profesionales. Existe correlación en las respuestas de grado moderado entre médicos, enfermeras y psicólogos ( $r > 0,4$ ,  $p < 0,001$ ) y en grado bajo con los trabajadores sociales ( $r < 0,4$ ).

## Conclusiones

Dentro del equipo interdisciplinar el trabajador social identifica un mayor problema en la comprensión de la información por el paciente. Esto pone de manifiesto la importancia de la puesta en común de las distintas evaluaciones del equipo y la planificación conjunta para mejorar la AS de los pacientes.

# Modificación de la forma de presentación de los pacientes con síndrome hemolítico urémico por la pandemia por Covid-19

Alejandro Romero-Ramírez, Alicia Pino-García, Ana Isabel Rodríguez-Molina, Ana María Moreno-Sánchez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. España

## Introducción

El Síndrome hemolítico urémico es una patología potencialmente grave englobada entre las microangiopatías trombóticas, en ocasiones asociado a una disregulación del complemento. Entre los posibles triggers en las formas secundarias están las infecciones, clásicamente *Escherichia Coli* productor de Shiga-toxina. Desde 2020 se plantea una posible relación entre COVID-19 y microangiopatías trombóticas, aunque el mecanismo sigue sin esclarecerse.

## Objetivos

Analizar si la pandemia por COVID-19 ha modificado la forma de presentación de los pacientes con Síndrome hemolítico urémico.

## Material y Método

Estudio retrospectivo observacional analítico, unicéntrico, mediante revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes ingresados por Síndrome hemolítico urémico entre 2008-2022. Se analizaron por separado características clínicas y epidemiológicas antes y durante la pandemia (desde 2020)."

## Resultados y conclusiones

Obtuvimos 18 casos en total, 17 síndrome hemolítico urémico típicos. Coincidiendo con la pandemia observamos un claro aumento en la incidencia (3 frente a 0,75 casos/año) y predominio de pacientes de mayor edad (5,2 frente a 2,5 años,  $p=0,034$ ). A nivel analítico al ingreso, presentaron cifras menores de creatinina (1,43 frente a 4,23 mg/dl,  $p=0,02$ , IC 95% 0,45-5,13) y LDH (2.094 frente a 3,099 UI/l, IC95% 37,1-1972,35,  $p=0,043$ ). En ningún paciente se constató infección activa por SARS-CoV2 ni vacunación reciente. Sólo 5/9 pacientes del segundo periodo precisaron ingreso en cuidados intensivos pediátricos, con menor necesidad de técnicas de reemplazo renal (22% frente al 100%, RR 4,5,  $p=0,02$ , IC 95% 1,32-15,27). Se ha perdido seguimiento de 5/9 pacientes prepandemia, de los restan-

tes el 50% presenta ERC. Todos los pacientes con debut desde 2020 han presentado recuperación completa de la función renal.

## Conclusiones

Observamos un llamativo pico de casos, además clínicamente más leves, coincidiendo con la pandemia. Si bien no constatamos infección activa por COVID-19, no podemos descartar infecciones oligosintomáticas no diagnosticadas; tampoco objetivamos vacunación reciente, como se ha referido en la literatura. Sería de interés analizar si tras ello se encuentran un cambio en la virulencia de estos gérmenes, como se ha constatado en el caso de otras infecciones víricas y bacterianas en pediatría tras la pandemia, o quizás de nuestro sistema inmunitario como se postula con la "hipótesis de la higiene".

## ¿Somos empáticos con nuestros pacientes?

Silvia Casares, Antonio Bañobre, Susana Borge, Lidia Queija, Alfonso Alonso, Miriam Vázquez

Complejo Hospitalario de Ourense. España

### Introducción

La empatía se define como un atributo predominantemente cognitivo y no sólo emocional, que involucra la habilidad de entender las experiencias, las inquietudes y las perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar dicho entendimiento. La empatía ha sido reconocida como uno de los componentes principales de la atención sanitaria debido a su importancia en la relación entre los profesionales y sus pacientes.

### Objetivos

Estimar el nivel de empatía de los profesionales sanitarios del Servicio de Nefrología y su relación con variables sociodemográficas y/o laborales.

### Material y Método

**Diseño:** estudio descriptivo observacional. **Población:** profesionales del Servicio de Nefrología de nuestro hospital. **Variab**les e instrumentos **Variab**les sociodemográficas: edad y sexo. **Variab**les laborales: categoría profesional y años de experiencia. **Empatía:** se midió utilizando la versión para profesionales sanitarios de la Escala Jefferson de Empatía Médica (JSE-HP), compuesto por 20 ítems. Presenta 3 dimensiones: toma de perspectiva, atención compasiva y la disposición de ponerse en los zapatos del paciente. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de 7 puntos (1: totalmente en desacuerdo; 7: totalmente de acuerdo) con un rango global de respuesta entre 20 y 140 puntos. **Procedimiento:** Los datos fueron recogidos de manera anónima. Se realizó una reunión inicial con todos los profesionales del Servicio para invitarlos a participar y se habilitó una caja para el depósito de los mismos en la sala de descanso del personal. **Análisis estadístico:** Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias y porcentaje. Las variables cuantitativas, con su media, desviación estándar. La asociación entre JSE-HP y la edad se estudió mediante correlación de Pearson. La relación entre JSE-HP y las variables cualitativas se determinó mediante la t de Student para muestras independientes. Se utilizó el

programa SPSS 23, considerando significativos los valores de  $p < 0,05$ . **Aspectos éticos:** este estudio siguió toda las normativas éticas y legales aplicables.

### Resultados

Participaron un total de 40 profesionales, donde el 80% eran mujeres. La edad media fue de 45,3 años ( $\pm 10,34$ ) y la media de años de experiencia laboral en el contexto sanitario fue de años ( $\pm 10$ ) años. La puntuación total en el cuestionario de empatía de Jefferson fue de 94,5 ( $\pm 10,1$ ). La dimensión toma de perspectivas tuvo una media de 59,4 ( $\pm 9,05$ ); la dimensión cuidado por compasión 11,72 ( $\pm 6,23$ ) y la última dimensión ponerse en el lugar del otro 13,4 ( $\pm 3,44$ ). Las TCAEs son los profesionales que más puntúan en la escala total y en la dimensión cuidado por compasión, siendo los profesionales que más puntúan en la dimensión de toma de perspectiva, los profesionales de enfermería. No se obtuvieron diferencias significativas entre JSE-HP y ninguna variable sociodemográfica y/o laboral.

### Discusión y conclusiones

Comparados los resultados de nuestro estudio con los de otros similares, nuestro nivel de empatía es algo inferior por lo que parece necesario implantar acciones al respecto. La importancia de esto radica además en que la empatía se correlaciona positivamente con la calidad de vida y el bienestar, y negativamente con el estrés profesional.

# Soporte nutricional para pacientes en diálisis candidatos a trasplante renal mediante un servicio de nutrición digital

Judith Sánchez-Torres, Eva María Cotilla-de la Rosa, Isabel Martorell-Mariné, María Lydia Juan-Guil, M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez-Almarcha, Mercedes María Moreno-Salinas

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

## Introducción

Un elevado Índice de Masa Corporal (IMC) se ha asociado con mayores resultados adversos tras el trasplante renal, por lo que los pacientes con obesidad son habitualmente excluidos de la lista de espera. Las restricciones propias de la dieta renal dificultan la pérdida de peso, siendo necesario un estrecho acompañamiento multidisciplinar a los pacientes en el proceso.

## Objetivos

Facilitar la pérdida de peso a pacientes en diálisis candidatos a trasplante renal con elevado IMC, mediante un servicio de nutrición que incluye una aplicación digital liderada por nutricionistas con acompañamiento del equipo médico y de enfermería de la unidad.

## Material y Método

Se realizó un estudio observacional prospectivo multicéntrico sobre pérdida de peso en pacientes en diálisis potenciales candidatos a trasplante renal mediante una aplicación de nutrición digital en dos centros de hemodiálisis, como parte de un proyecto piloto para crear soluciones digitales con emprendedores en el ámbito sanitario. La plataforma consta de una aplicación que ofrece asesoramiento nutricional, creada y gestionada por nutricionistas, con material validado y supervisado por el equipo de diálisis. Incluye un chat con el nutricionista. Se diseña un plan de alertas que permite al equipo asistencial actuar proactivamente durante el proceso. En cada sesión, enfermería y nefrología tutorizan a los pacientes en el uso de la aplicación y refuerzan la adherencia al programa. Durante el seguimiento, se mide la composición corporal mediante bioimpedancia, se controla el metabólico glucémico mediante HbA1c, se realizan pruebas de esfuerzo mediante dinamómetro, así como otras mediciones antropométricas y de laboratorio. Se recluta a 36 adultos, con una media de 68,3 años, de los cuales 47,2% son mujeres y 52,8% hombres. 17 pacientes están en hemodiálisis y 4 en diálisis peritoneal. Los participantes, con un IMC entre 29,3 y 46,2 kg/m<sup>2</sup>, se siguen durante 12 semanas de febrero a abril de 2022.

## Resultados

Respecto a datos en salud, hay una diferencia promedio de -2,4 kg por persona y la disminución media del IMC es -3,4%. La diferencia de circunferencia de cintura es de -4,25 cm. El promedio de disminución del índice de tejido graso con bioimpedancia es de -3,8 puntos. Se detecta un descenso de -0,7 puntos de promedio de HbA1c, mejor control glucémico y menor requerimiento farmacológico. En cuanto a la funcionalidad, el 64% de pacientes presentan ganancia positiva de fuerza, con un promedio de +1,8 puntos en dinamómetro. Valorando la experiencia, el 76,8% de los pacientes están altamente satisfechos con el programa, presentado elevada interacción con la aplicación.

## Conclusiones

El uso de nuevas tecnologías permite seguimiento en tiempo real del estado del paciente y la posibilidad de chat con el nutricionista aumenta su fidelización, además disminuye la carga psicológica de paciente y cuidador al facilitar menús, lista de la compra, etc. El grado de satisfacción de los profesionales de diálisis que acompañan a los pacientes en el seguimiento y de los propios pacientes es muy elevado, además los usuarios redujeron significativamente su peso corporal y su IMC, logrando también reducir la medicación. La creación de sinergias multidisciplinarias acompañadas de herramientas digitales permite mejorar los hábitos nutricionales de los pacientes, presentando beneficios coste-económicos y en salud.

# Uso de escalas de comorbilidad, desnutrición, dependencia y fragilidad como predictores de mortalidad en población anciana

M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino<sup>1</sup>, Mónica Pereira-García<sup>1</sup>, Damián Caneiro-Teijeiro<sup>1</sup>, Paula Manso-del Real<sup>1</sup>, Marina Burgos-Villullas<sup>1</sup>, Antonio López-González<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

## Introducción

Al igual que con otras enfermedades crónicas, la baja funcionalidad correlaciona con la desnutrición, morbilidad y la mortalidad del paciente en pacientes ancianos con ERC.

## Objetivos

El objetivo del estudio fue estudiar la supervivencia a 1 año en una población anciana en hemodiálisis y la capacidad de predecir mortalidad por escalas habituales de comorbilidad, desnutrición dependencia y fragilidad, usadas comúnmente en las unidades de hemodiálisis (HD).

## Material y Método

Estudio observacional durante 1 año (2022) en todos los pacientes prevalentes en HD mayores de 75 años con más de 3 meses de tratamiento. Se valoró la mortalidad durante el periodo de seguimiento. Se analizaron variables sociodemográficas, de diálisis, analítica y estilo de vida. Por otro lado, comorbilidad (Charlson), dependencia (Barthel), malnutrición-inflamación (escala MIS) y fragilidad (FRIED). Estadística: programa SPSS V20. Se utilizó la t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas y la asociación entre variables cualitativas a través del test Chi- cuadrado. El mejor punto para discriminar la mortalidad se evaluó por el área bajo la curva (AUC), mejor valor predictor en curvas ROC. Nivel de significación  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se estudian 107 pacientes en HD que cumplían los criterios de inclusión. 61 (57%) varones. Edad media  $81,3 \pm 4,53$  años. Tiempo medio en HD  $51,71 \pm 51,04$  meses 24 (22,4%) diabéticos. 16 pacientes (15%) fallecieron antes del año. En relación a las variables analizadas encontramos que los fallecidos eran de mayor edad ( $p = 0,011$ ) y llevaban más tiempo en HD ( $p = 0,035$ ), así como tenían unos niveles de albumina y creatinina más bajos ( $p < 0,001$  y  $p = 0,021$ ). Tienen mayor puntuación en las 4 escalas analizadas (Charlson, Mis, Barther  $p < 0,001$  y Fried  $p = 0,005$ ), están residenciados ( $p < 0,001$ ), tie-

nen dificultad para caminar ( $p = 0,004$ ) y realizan los traslados a la unidad en camilla por pérdida de funcionalidad ( $p < 0,001$ ). El mejor punto para discriminar la mortalidad determinado por las curvas ROC, lo encontramos en 10,5 pts. AUC 0,797 (IC 95%: 0,68-0,91) para la escala de Charlson, comorbilidad alta definida por la escala. Para la escala MIS encontramos 7,5 puntos, AUC 0,805 (IC 95%: 0,66-0,91), correspondiente con una desnutrición muy severa. Para Barthel 72,5 puntos, AUC 0,767 (IC 95%: 0,64-0,88), dependencia moderada. Para FRIED corte en 2,5 puntos, AUC 0,684 (IC 95%: 0,55-0,81) correspondiente al estado de prefrágil.

## Conclusiones

Las escalas de Charlson, Barthel, MIS y FRIED son instrumentos útiles para predecir mortalidad en personas ancianas en hemodiálisis. Hemos definido puntos de corte que determinan el aumento de la mortalidad, específicos para esta población. Su empleo rutinario podría identificar un subgrupo de personas subsidiarias de recibir un mayor apoyo.



# Autocura del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis domiciliaria

Pablo Mora-Giménez, Alex Andújar-Asensio, Anna Luque-Hernández, Mar Blázquez-Rodríguez, Emma Caballero-Martín

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

## Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de primera magnitud en todo el mundo. Hay un crecimiento progresivo muy relacionado con el estilo de vida y el envejecimiento de la población. Se considera que en 2040 la ERC será la quinta causa de muerte (Foreman KJ et al, Lancet 2018). Dentro de la técnica de hemodiálisis (HD), una opción terapéutica poco utilizada es la hemodiálisis domiciliaria (HDD). La HDD es una alternativa de tratamiento, que permite flexibilizar los esquemas dialíticos convencionales de 3 veces a 5/6 días a la semana, haciéndola más frecuente y/o más prolongada, ya que se realiza en casa del paciente, mejorando de esta manera la calidad de vida del paciente. Hasta la fecha no existen estudios en HDD que avalen diferencias estratégicas en la cura del orificio del catéter venoso central (CVC), siendo la infección en HD la primera causa de complicación de técnica y la segunda más común de muerte en estos pacientes.

## Objetivos

Comparar la incidencia de infecciones de los catéteres venosos centrales con los diferentes protocolos existentes de cura de orificio en la unidad de HD de un hospital de tercer nivel desde julio de 2019 hasta la actualidad.

## Material y Método

Se realiza un estudio observacional retrospectivo desde el inicio del programa de HDD en julio de 2019 hasta la actualidad en un centro de tercer nivel. Se compararon 2 grupos de pacientes según el protocolo que siguió cada uno en la cura de su CVC y su orificio de salida, según práctica clínica. El grupo 1 se le entrenó a realizarse la cura del orificio y CVC en el momento de la conexión a su monitor y a realizarse su higiene tapándose con apósitos impermeables en el momento de la ducha. El grupo 2 se le entrenó a realizarse la cura del orificio y CVC postducha sin taparse con apósito impermeable y en el momento de la conexión a su monitor. Ambos grupos fueron formados en el manejo y cuidados del catéter y orificio. Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central.

## Resultados

El número de pacientes reclutados en programa ha sido de 38, de los cuales 25 han llevado un CVC en todo su proceso o en algún momento de forma provisional por problemas con su acceso vascular. De estos 25 pacientes 6 fueron mujeres y 19 hombres, con una edad media de 55,2 años, 24,1 días de entrenamiento intrahospitalario, 307 días en la técnica de HDD en su domicilio y el 100% de los pacientes salieron de programa por trasplante renal de cadáver o de vivo. En el grupo 1 ha habido 11 pacientes con un promedio de 22,7 días de entrenamiento intrahospitalario, 10 pacientes son autónomos y 1 necesita ayuda de su familiar para realizar la técnica, su edad media es de 56,8 años. En el grupo 2 ha habido 14 pacientes con un promedio de 25 días de entrenamiento intrahospitalario, todos son autónomos para realizarse la técnica como para su autocuidado en su domicilio, su edad media es de 54 años. No se observaron diferencias en la tasa de infección en los grupos de estudio durante su permanencia en la técnica domiciliaria (0 en el grupo 1 vs. 0 en el grupo 2).

## Conclusiones

La autocura que se les enseña a los pacientes en las técnicas domiciliarias es fundamental para conseguir evitar complicaciones tanto del manejo de su técnica como de su acceso vascular. Aunque no se observan diferencias en la tasa de infección según el tipo de cura, futuros estudios deben considerar los resultados obtenidos. Se ha podido demostrar que es fundamental un excelente entrenamiento, a cualquier persona que quiera hacerse una técnica domiciliaria. Por lo tanto, es esencial adaptar la cura del dispositivo a las necesidades individuales de cada persona.

# Desafío de la diálisis peritoneal en el manejo del síndrome cardiorrenal

Isabel Montesinos-Navarro, Pilar Escribano-Cuerda, Encarnación Bellón-Pérez, Mercedes López de Rodas-Campos, Javier Centellas-Pérez, Samuel Blas-Gómez

Hospital General Universitario de Albacete. España

## Introducción

El Síndrome Cardiorrenal constituye una entidad clínica que surge de la estrecha relación entre dos órganos vitales: corazón y riñón. Es por ello por lo que la alteración de uno de ellos afecta irremediablemente al otro. El manejo de estos pacientes suele ser complejo y requiere de un acercamiento multidisciplinar, hecho que ha motivado la necesidad de establecer Unidades de atención especializadas en las que tanto cardiología como nefrología trabajen de la mano y se comuniquen de forma fluida. Basándose en la capacidad de eliminar el exceso de líquido de forma gradual de la DP, lo que nos va a ayudar a mejorar a los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva refractaria a tratamientos con diuréticos. Concretamente, en nuestro hospital se ha formado recientemente uno de estos grupos de trabajo para optimizar la organización de aquellos de estos pacientes que requieren diálisis peritoneal (DP) y atención en cardiología. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de los pacientes con Síndrome Cardiorrenal en programa de DP de nuestro hospital desde la creación de esta unidad especializada.

## Material y Método

Incluimos pacientes con Síndrome Cardiorrenal que iniciaron diálisis peritoneal durante los 3 primeros años de la Unidad Cardiorrenal (desde el 15 de junio de 2018 hasta el 15 de junio de 2021) realizando un seguimiento de un año desde que inician técnica de DP. Se recogen datos de filiación de los pacientes, fecha en la que iniciaron DP y fechas de exclusión de técnica. Se compara en ellos el número de hospitalizaciones/visitas a Urgencias previo al inicio de DP y a lo largo del año siguiente. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS con un valor de significación de  $p < 0,05$ . Se incluyeron 12 pacientes en total, 9 varones y 3 mujeres con una edad media de 66,5 años encontrándose todos ellos entre los 50 y los 82.

## Resultados

La supervivencia de los pacientes en DP fue de 34,4 meses (rango 7-70). En cuanto al número de hospitalizaciones/visi-

tas a urgencias, la media de eventos era de 8,04/año antes de ser incluidos en el programa de DP como parte de su manejo cardiorrenal frente a los 0,44/año ( $p < 0,05$ ) observados durante el año siguiente al inicio de técnica. Además, de los 12 pacientes incluidos, 9 no presentaron ninguna hospitalización durante el año posterior al inicio de la diálisis peritoneal.

## Conclusión

La diálisis peritoneal constituye una opción prometedora en el manejo de los pacientes con síndrome cardiorrenal permitiendo, como hemos podido apreciar, una reducción significativa de las tasas de descompensación y hospitalización. Por tanto, la creación de nuevas Unidades de Cardiorrenal resulta esencial en el manejo integral de estos pacientes. En un futuro se espera que la DP juegue un papel aún más importante en el manejo del síndrome cardiorrenal debido a los avances tecnológicos y las investigaciones en curso.

## Experiencia con el uso de monitor portátil en hemodiálisis domiciliaria

María José Castro-Notario, María Paz Ruiz-Álvarez, Sandra Carrasco-Rubio, Irene Rey-Picazo,

Patricia Moreno-Liébaña, Gloria del Peso-Gilsanz

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

### Introducción

La hemodiálisis domiciliaria (HDD), comparada con la hemodiálisis en centro, se asocia con mejor tasa de supervivencia, control de la TA y calidad de vida del paciente permitiéndole mejor adaptación a su vida diaria y actividad socio-laboral. Desde 1975 hemos incluido pacientes en esta técnica en nuestra unidad pero con baja incidencia. Desde la introducción de los monitores portátiles ha aumentado de manera importante la incidencia de pacientes en nuestro programa.

### Objetivos

Analizar nuestra experiencia con HDD utilizando monitor portátil.

### Material y Método

Hemos incluido todos los pacientes desde septiembre/2014 a marzo/2023. Hemos valorado datos demográficos, dependencia, adaptación socio-laboral, acceso vascular, entrenamiento y tasa de complicaciones media por paciente/año.

### Resultados

Se han excluido 3 pacientes por no completar el entrenamiento. Estudiamos 56 pacientes, 38 hombres (67,8%) con  $56,1 \pm 18,3$  años (18,1-90,1), 28,6% mayores de 70 años. Tiempo medio en diálisis:  $28 \pm 23,9$  meses con seguimiento de 130 paciente/años. Han salido de la técnica 34 pacientes: trasplante 14, fallecieron 9 (3 Covid-19) y se transfirieron a centro 11 (por deterioro físico y/o incapacidad para seguir en domicilio 7, por problemas del acceso vascular 3 y por voluntad propia 1). El 66,1% era independiente para auto-diálisis, de ellos el 81,1% la realizaban sin compañía. Trabajaban fuera de casa 27 pacientes y 37 han viajado, realizando la diálisis fuera del domicilio. Los monitores utilizados fueron NxStage 64,3% y Physidia S3 35,7%. La mayoría realizaba 6 sesiones por semana y 150 minutos por sesión. Se entrenaron 37 pacientes sin cuidador, 9 con ayuda parcial y 10 sólo al cuidador. La duración media del entrenamiento fue de  $23,2 \pm 18,3$  días, no correlacionándose con edad, género, monitor o necesidad

de cuidador. Fue mayor cuando se entrenó para autopunción:  $29 \pm 17$  vs  $20 \pm 9$  días ( $p=0,024$ ). Inicialmente, 23 pacientes disponían de fístula arterio-venosa, con técnica de buttonhole para la punción. A 12 pacientes se les realizó FAV y se les formó para punción con la misma técnica. Al final del estudio seguían con catéter 21 pacientes. La tasa de complicaciones fue: de 0,015 por pérdida de sangre y de 0,038 por pérdida de conocimiento, tratándose ambas en el domicilio por disponer de cuidador. Otras complicaciones: imposibilidad para reinfundir el circuito sanguíneo 0,076 (un paciente requirió trasfusión sanguínea), imposibilidad para la punción del buttonhole 0,084 (45% requirió implantación de catéter), infección del punto de punción 0,023 e infección del catéter 0,046 (16,6% requirió implantación de otro catéter). Los pacientes no registraron los episodios de hipotensión leve solucionados con éxito. Todos los pacientes han expresado satisfacción y sólo uno ha abandonado la técnica por decisión propia tras 20 meses.

### Conclusiones

Los monitores portátiles han permitido iniciar HDD a un número creciente de pacientes en nuestra unidad, satisfechos al adaptar el tratamiento a su vida diaria, pudiendo viajar y realizar su actividad socio-laboral. La duración del entrenamiento ha sido algo menor que en otras series y es mayor si se incluye la autopunción. La incidencia de complicaciones ha sido baja y no ha conllevado peligro vital. Los problemas con el acceso vascular son las complicaciones más frecuentes.

# Análisis del perfil y las necesidades asistenciales de los candidatos a trasplante renal en un hospital de tercer nivel y los costes directos de estudiarlos

Guillermo Pedreira-Robles, Paloma Garcimartín, María José Pérez-Sáez, Anna Bach-Pascual, Marta Crespo, Victoria Morín-Fraile

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción

La atención a personas con necesidades crónicas complejas supone un consumo del 40% de los recursos disponibles en el Sistema Nacional de Salud Español. Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) cada vez son más mayores y tienen más patologías acompañantes. El Trasplante Renal (TR) sigue siendo la mejor opción de tratamiento en cuanto a calidad de vida, supervivencia y coste económico. No se identifica un límite superior de edad para el TR, pero si se estima un aumento en el riesgo de complicaciones y mortalidad posoperatoria en aquellas personas con criterios de complejidad.

## Objetivos

En 2020 se realizó un análisis de las necesidades asistenciales en el estudio de personas candidatas a donantes de riñón y nos proponemos ahora, en el mismo contexto, analizar el perfil y las necesidades asistenciales de los candidatos a trasplante renal en un hospital de tercer nivel y los costes directos de estudiarlos.

## Material y Método

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron los datos retrospectivos de los candidatos a TR estudiados en un hospital terciario. Se registraron variables socio-demográficas, clínicas, el tiempo de estudio y la inversión en visitas y pruebas complementarias. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

## Resultados

Se incluyeron 489 candidatos a TR (n=342; 69,9% hombres) con una media de 60,8±12,5 años. El 76,5% (n=374) eran españoles y el 32,5% (n=159) residía en la ciudad del centro hospitalario. Una parte de la población estudiada presentaba algún tipo de característica que puede tener implicación en el TR, como: dependencia física (n=46; 9,4%), patología emocional (n=164; 33,5%), conductas no adherentes

(n=123; 25,2%) o barrera idiomática (n=46; 9,4%). El estudio del índice de comorbilidades fue alto (>4 en un 64,3%) con una media de 5,6±2,4. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) fue igualmente alto (>3 en un 68,7%) con una media de 3,4±1,9 FRCV. El tiempo de estudio fue de 6,6 [3,4; 14] meses. Las principales causas de retraso en el tiempo de estudio fueron: la necesidad de ampliar la valoración a nivel cardiológico (n=98; 16,9%); la necesidad de ampliar el estudio con otra especialidad (n=69; 14,1%); tener un filtrado glomerular elevado (n=75; 12,9%); y la no adherencia manifiesta por la pérdida de pruebas o visitas (n=70; 12,1%). La ratio de visitas requeridas en el estudio de acceso al TR fue de 5,97:1, lo que supuso una inversión de 237,10 € por paciente. La ratio de pruebas complementarias requeridas en el estudio de acceso al TR fue de 3,5:1, lo que supuso una inversión de 402,96 € por paciente.

## Conclusiones

La población estudiada se describe como compleja por el perfil hallado y la inversión en cuanto a tiempo, visitas y pruebas complementarias. Es importante conocer estos datos y aportar evidencias sólidas a fin de adecuar nuestro trabajo a las necesidades reales de la población a la que prestamos nuestros cuidados. Este conocimiento y adecuación puede revertir en un aumento en la satisfacción y tiempos de espera más cortos para la población estudiada.

# Descripción del estado nutricional de los pacientes atendidos en una unidad de enfermedad renal crónica avanzada mediante el uso de la bioimpedancia

Sonia Elvira-Carrascal, Judit Bou-Folgarolas, Marta Colomer-Codinachs, Marta Roquet-Bohils, Aina Abuli-Armengol, Emma Puigoriol-Juventeny

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

## Introducción

El conocimiento de la composición corporal a través de la bioimpedancia (BCM) se considera una herramienta diagnóstica en la enfermedad renal crónica (ERC) y nos ayuda a valorar las distintas alteraciones del estado de nutrición. Estas alteraciones afectan a una importante población de pacientes renales y constituyen un factor de alto riesgo de morbi-mortalidad. En cuanto a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en estadio 5, sin tratamiento sustitutivo renal, son muy pocos los estudios que evalúan la presencia de malnutrición. Debido a que este estadio tiene una gran influencia sobre las etapas posteriores de tratamiento renal sustitutivo (TRS), decidimos realizar el presente estudio bajo la hipótesis de que el pronóstico nutricional a largo plazo del paciente en ERCA es modificable mediante un adecuado diagnóstico y posterior intervención. El presente estudio tiene como objetivo describir el estado nutricional de los pacientes en situación pre-diálisis, mediante el uso de la bioimpedancia en una unidad de ERCA.

## Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica tratados en la Unidad de ERCA del Hospital Universitario de Vic con filtrados  $\leq 15$  entre marzo del 2021 y 2023. Se recogieron variables sociodemográficas, valores analíticos, clínicos y de composición corporal mediante BCM de todas las mediciones de estos pacientes.

## Resultados

Se han realizado un total de 60 mediciones a 46 pacientes. La media de edad fue de  $67,83 \pm 15,13$  y el 65,2% fueron hombres. Los pacientes llevaban una mediana de 76,5 meses diagnosticados de ERC (Q1:36,8; Q3:192,5). Las 60 mediciones presentaron unos valores medios de ángulo de fase (AF):  $4,59 \pm 1,2$ ; albúmina (Alb):  $3,87 \pm 0,5$ ; índice de tejido graso (FTI)  $13,84 \pm 6,2$ ; índice de tejido magro (LTI):  $13,82 \pm 4,0$ ; índice de masa corporal (BMI):  $28,22 \pm 5,3$ . Ana-

lizando las correlaciones entre las mediciones se detectó una correlación positiva significativa entre el AF y la Alb ( $r=0,456$ ;  $p:0,001$ ). Los pacientes que llevaban 7 años o más diagnosticados de ERC presentaban una correlación negativa entre el AF y la FTI ( $r=-0,405$ ;  $p:0,04$ ) y una correlación positiva entre BMI y LTI ( $r=0,464$ ;  $p:0,017$ ).

## Conclusiones

El uso de forma sistematizada de instrumentos validados como la bioimpedancia, resulta de gran utilidad en el seguimiento del estado nutricional de los pacientes en la etapa ERCA, para así poder realizar un adecuado diagnóstico y posterior intervención. La evidencia conlleva que algunos parámetros como el AF sean considerados predictores de mortalidad. En nuestro estudio observamos un AF promedio  $>4$ ; por tanto, este valor nos indica que los pacientes están en buen estado nutricional, y éste se mantiene a lo largo del tiempo de la enfermedad en la etapa pre-diálisis.

## Evaluación de ansiedad y depresión en la enfermedad renal crónica avanzada

Rosa María Núñez-Morillo, María Cándida Santos-Ugía, María Isabel Gago-Gallardo, Cristina Pérez-Morujó, Ana María Silva-Lavado, María Belén González-Boyero

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España

### Introducción

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) condiciona el estado anímico propiciando ansiedad y depresión, cuyas prevalencias son variables, llegando a un tercio de la población con ERCA, diversos factores han sido involucrados en su desarrollo. Propósito del estudio: Evaluar de forma objetiva los factores asociados a la de ansiedad o depresión en sujetos con ERCA.

### Material y Método

79 pacientes incidentes en la Unidad de ERCA, 69,3% varones, a los cuales se les ofreció realizar la encuesta de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), 46 encuestas fueron validadas como correctas. Mediana de edad 72, P25 61, P75 80 años, el 34,2% eran diabéticos. Mediana de FG-CKEPI 15, P25 12, P75 20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, se evaluó IC de Charlson y Fragilidad (Rockwood Scale) y fuerza de prensión medida por dinamometría. SPSS 17.0.

### Resultados

Las prevalencias de ansiedad y depresión fueron del 19% y 21,7% respectivamente. No se observó diferencias atribuibles al sexo, edad o FGCKDEPI, se observó un aumento en el grupo de fragilidad moderada-severa, 29,374 p=0,009. Existió una tendencia en el aumento de puntuación en la valoración de síntomas depresivos en situación de sarcopenia, con una correlación negativa entre puntuación de depresión y fuerza muscular medida por dinamometría (Rho Spearman -0,260, p=0,081).

### Conclusiones

Los pacientes con ERCA sufren síntomas de ansiedad o depresión. Implantar medidas de cribado es necesario y su implementación requiere un esfuerzo adicional en las unidades asistenciales. Fragilidad y sarcopenia podrían contribuir a la presencia de depresión. Palabras claves: Depresión, Enfermedad Renal Crónica, Fragilidad.

## Evaluación de un programa piloto de consultas multidisciplinares grupales en enfermedad renal crónica avanzada

Laia Martínez-Segura, Isabel Bueno-López, Claudia Grau-Jiménez, Javier Tinoco-Closa, Meritxell Ibernón-Vilaro, Sara Núñez-Delgado

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona. España

### Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) genera alto impacto en la vida de los pacientes debido a los cambios en sus hábitos y estilo de vida y requiere un proceso de aprendizaje desde la consulta especializada. Además, la toma de decisión respecto a la elección del tratamiento renal sustitutivo (TRS) suele ser un evento estresante tanto para los pacientes como para sus familiares que muchas veces requiere de un soporte específico psicológico y social. El seguimiento de los pacientes desde una consulta multidisciplinares grupales (CMG) formada por una enfermera de ERCA, un psicólogo y un trabajador social sanitario (TSS) podría mejorar la vertiente psicoeducativa en los pacientes, además de contribuir a crear un grupo de apoyo entre iguales. Desde junio de 2021 nuestro centro ofrece la posibilidad de participar en un programa piloto de CMG. El programa se compone de 8 sesiones de 90 minutos con grupos de 14 a 17 pacientes además de sus acompañantes donde se tratan aspectos médicos, de autocuidado, emocionales y de soporte social para conseguir un mejor manejo de síntomas y ayudar en el proceso de decisión hacia el TRS más adecuado. Las sesiones constan de una parte didáctica mediante presentaciones de diapositivas y manejo de material sanitario impartida tanto por la enfermera como por el psicólogo o el TSS y una parte de debate en grupo de los conocimientos adquiridos. Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos tras el paso por un programa de CMG especializado en ERCA.

### Material y Método

Estudio transversal sobre los participantes en los programas de CMG entre junio de 2021 y marzo de 2023. Se envió de forma telemática un cuestionario web de satisfacción y autoevaluación. Los aspectos evaluados fueron el conocimiento de la consulta ERCA, el proceso evolutivo de la enfermedad renal, la anatomía del sistema renal y el acceso vascular, las medidas higienodietéticas, los conocimientos específicos sobre TRS, el tratamiento conservador y la cronicidad de la enfermedad renal.

### Resultados

Durante el periodo comprendido entre junio de 2021 y marzo 2023 se finalizaron 3 programas de CMG con la participación de 45 personas. Un 93,3 % (42) de los pacientes respondieron al cuestionario de autoevaluación posterior. Los pacientes mostraron un 100% de satisfacción con la información y las sesiones recibidas. Todos los pacientes mostraron un 100% de conocimientos sobre el proceso de seguimiento en ERCA, las medidas higiénico-dietéticas y la evolución de la enfermedad. Un 95,2% mostró conocimientos correctos sobre anatomía renal y del acceso vascular. En cuanto a técnicas de TRS, un 95,2% presentó la adquisición de conocimientos en hemodiálisis y un 97% tanto para diálisis peritoneal como para trasplante renal y tratamiento conservador.

### Conclusiones

Los programas de CMG mejoran el conocimiento de la enfermedad renal crónica y permitir una mejor decisión de los pacientes respecto a TRS. No se ha medido.

# Evaluación del impacto de “ERCA Acompaña” como proyecto humanizador en la transferencia del paciente a hemodiálisis

M<sup>a</sup> Dolores Ojeda-Ramírez, Sergio Antonio García-Marcos, M<sup>a</sup> Carmen Viñolo-López

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Poniente. El Ejido. Almería. España

## Introducción

Cuando el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) experimenta la transición desde la consulta a HD, se produce una vivencia de gran vulnerabilidad generando cambios profundos en su vida. El rol de los profesionales en las transiciones que acompañan al paciente durante la enfermedad renal es fundamental. Un paciente en esta situación es una persona vulnerable, con necesidad de sentir apoyo y cercanía de los profesionales que lo han cuidado, acompañado y preparado en la unidad ERCA. La atención humanizada debe estar presente en las actividades, procesos y tratamientos que ofrecemos a los pacientes y nosotros somos los responsables de cumplir esta premisa. Así nace el Proyecto ERCA Acompaña, para velar por el acompañamiento y transferencia segura del paciente desde ERCA a HD, pretendiendo facilitar la integración del paciente y familia en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano, respetuoso y seguro. Afrontar el inicio de diálisis junto a ellos nos permite: -Hacer una transferencia segura. -Aliviar la preocupación, incertidumbre y miedo. -Apoyarlos en esta nueva fase. -Prestar cuidados de calidad con calidez.

## Objetivos

- Evaluar el impacto del proyecto “ERCA Acompaña” como herramienta humanizadora en el inicio de diálisis.
- Evaluar el impacto del proyecto “ERCA Acompaña” como herramienta de seguridad en el inicio de diálisis.

## Material y Método

Desde nuestros inicios hemos apostado por el acompañamiento del paciente en su primer día de HD. ERCA Acompaña se presentó en 2021 como un proyecto enmarcado dentro del Plan de Humanización del Hospital, creando un grupo de trabajo para establecer objetivos y realizar un protocolo de transferencia segura y humanizada del paciente. Actualmente se han beneficiado 41 pacientes. Es un estudio observacional descriptivo transversal. La muestra está formada por 20 pacientes que iniciaron HD de forma programada desde la

consulta (2021 al 2023) y que cumplimentaron el cuestionario ad-hoc diseñado para valorar la satisfacción y calidad percibida. También se evaluaron indicadores relacionados con la seguridad del paciente.

## Resultados

Se cumplimentaron los 20 cuestionarios enviados a los pacientes. Edad media 62,85 años. El 45% eran mujeres. Valoraron con máxima puntuación los ítems relacionados con: confianza, amabilidad, trato personalizado, calidez, asesoramiento, tranquilidad, seguridad percibida y apoyo a familia. En la satisfacción media global se obtuvo la puntuación máxima. Al medir los indicadores sobre seguridad no se detectaron efectos adversos derivados de la transferencia del paciente. En el 100% de los casos se realizó Briefing de seguridad entre las dos unidades implicadas y se realizó la transferencia enfermera a enfermera. Los pacientes derivados a otro hospital por falta de plazas lo hicieron con situación clínica estable, buena tolerancia a la diálisis y buen funcionamiento del acceso vascular.

## Conclusiones

ERCA Acompaña tiene un impacto positivo en la vivencia del paciente porque se beneficia de un proyecto basado en la humanización y seguridad. Algo tan sencillo como coger la mano de una persona para guiarla, acompañarla y atravesar junto a ella la puerta de la sala de HD, es lo que le da valor a este proyecto. Esa persona se va a sentir comprendida, segura y querida por los profesionales sanitarios, creando un clima de seguridad y confianza.



# Importancia de la valoración del estado de nutrición como parte del cuidado integral de las personas con enfermedad renal crónica avanzada

Graciela Álvarez-García, Miguel Ángel Moral-Caballero, Patricia Ochoa-Pérez, Vanesa Hernández-Mora, Ángel Nogueira-Pérez, Eva Sanjuán-Suria

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

## Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se ha convertido en un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia, prevalencia y morbimortalidad. La progresión de la enfermedad renal crónica puede llevar a un deterioro del estado nutricional, de la composición corporal y de la capacidad funcional, y este deterioro es proporcional a la disminución del filtrado glomerular. La valoración y monitorización del estado de nutrición, proporcionada por la enfermera dentro de un equipo multidisciplinar, puede ayudar a mejorar la situación clínica del paciente, lo que supondría una mejoría en los resultados en salud y en una mejora en la calidad de vida.

## Objetivos

Analizar la importancia de la monitorización del estado nutricional, como parte del cuidado integral de las personas con ERCA.

## Material y Método

Estudio observacional retrospectivo transversal sobre una muestra de 180 pacientes en seguimiento en la consulta de ERCA de un hospital público. Se recogieron datos: edad, sexo, diabetes mellitus (DM), comorbilidad (Índice de Charlson). Se realizan valoraciones nutricionales completas (entre 3 y 6 meses), con marcadores bioquímicos: (Hemoglobina, transferrina, albúmina, prealbúmina, Proteína C Reactiva (PCR), leucocitos totales y filtrado glomerular (FG) (CKD-EPI). Valoraciones antropométricas (dinamometría) Escalas de malnutrición-inflamación (VGS, MIS). Estudio de composición corporal por bioimpedancia monofrecuencia BIVA. Otros datos analizados; seguimiento en la consulta de enfermería de ERCA y tipo de elección de la terapia renal sustitutiva (TRS).

## Resultados

La media de edad  $71,4 \pm 12,11$  años, el 67,2% hombres y el 42,3% eran mujeres. El 30,3% eran diabéticos. Índice de

Charlson  $6,58 \pm 1,23$ . La media del FG (CKD-EPI) en los pacientes en seguimiento en la consulta fue de  $15,03 \pm 2,6$  ml/min/ $1,73\text{m}^2$ , no seguimiento (CKD-EPI)  $10,45 \pm 3,8$  ( $p < 0,01$ ). Hemos encontrado diferencias significativas en la hemoglobina  $11,63 \pm 1,00$  entre los pacientes en seguimiento,  $9,97 \pm 1,48$  y no seguimiento ( $p < 0,01$ ), transferrina  $211,99 \pm 43,64$  seguimiento,  $176,05 \pm 45,89$  no seguimiento, pre albúmina  $30,71 \pm 4,36$  seguimiento,  $25,20 \pm 4,50$  no seguimiento, albúmina  $4,05 \pm 0,47$  seguimiento,  $3,35 \pm 0,60$  no seguimiento, PCR,  $0,35 \pm 0,60$  seguimiento y  $1,13 \pm 1,15$  no seguimiento ( $p < 0,01$ ). Del grupo valorado el 85% ha estado en seguimiento en la Unidad de ERCA % ha estado en seguimiento y el 15% no ha tenido seguimiento. Se observó un aumento de la fuerza muscular, en aquellos pacientes que estuvieron en seguimiento ( $p < 0,01$ ) vs no seguimiento. Los test de malnutrición-inflamación: Valoración Global Subjetiva (VGS), escala de Malnutrición Inflamación (MIS), indicaron que los pacientes en seguimiento, presentaban mejor estado nutricional que aquellos que no habían estado en seguimiento ( $p < 0,01$ ). Los parámetros de composición corporal, fueron mejores en aquellos pacientes en seguimiento, con aumento en el ángulo de fase y disminución del agua extra celular ( $p < 0,01$ ). La elección de la TRS fue: 60,8% eligieron TRS en hospital y el 39,2% TRS en domicilio.

## Conclusiones

Nuestros resultados nos indican que las actividades enfermeras en la valoración y monitorización periódica del estado nutricional, nos permite detectar e intervenir de manera precoz en situaciones de malnutrición, lo que resulta en una mejoría de la situación clínica del paciente. Esto influye positivamente en la evolución retrasando la entrada en TRS y mejorando la preparación del paciente para la entrada programada cuando sea inevitable y como consecuencia mejora en la calidad de vida.

## Intervención mentoring basada en la diversidad cultural

Marisol Fernández-Chamarro, Noelia Fernández-García, Silvia Collado-Nieto, Isabel Galcerán-Herrera, Marta Parella-Lázaro, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), tanto en su diagnóstico como en la adherencia a la terapia renal sustitutiva (TRS), conlleva un proceso de adaptación. Este proceso en algunos pacientes genera un sufrimiento y una amenaza unido a una carencia de recursos para hacer frente a la situación. En el ámbito de la salud, la mentoría es un proceso mediante el cual un paciente experto formado adecuadamente ayuda a otros pacientes a lograr sus metas y a promover un afrontamiento adaptativo, que contemple la promoción de la salud, a través de una serie de encuentros. Cuando además se une las diferencias de cultura, idioma, costumbres, religión... la intervención de un mentor de igual a igual, y además, de la misma cultura, toma gran importancia.

### Objetivos

Implantar y evaluar como es percibida la intervención de pacientes mentores interculturales en el proceso de adaptación de la ERCA para favorecer la adherencia a los tratamientos.

### Material y Método

De los 302 pacientes prevalentes en consulta ERCA durante los años 2021-2022 un 17,5% son de otra nacionalidad y cultura, y de éstos, un 44% presentan barrera idiomática total. Este grupo de pacientes ya estudiado comparándolo con los pacientes de nacionalidad española presentan menos adherencia a las visitas, más pérdidas de seguimiento (9,7% vs 3,8%,  $p < 0,001$ ), empiezan más TRS de forma urgente (26,5% vs 12,2%,  $p = 0,04$ ) y con mayor número de catéteres temporales es decir sin acceso vascular definitivo (25% vs 4%), a pesar de tener mediadora cultural en la consulta para ayudar a transmitir la información. Por ello creímos importante formar pacientes mentores interculturales. Entre 2021-2022 enfermería de la consulta lideró la formación de 4 pacientes con experiencia en ERC (2 filipinos, 1 pakistaní, 1 árabe) para poder ayudar a pacientes de la misma cultura con problemas de aceptación y adaptación a la ERC. Los motivos detectados por el equipo para éstos encuentros con los mentores

fueron: impacto de la enfermedad (miedo, rabia), baja adherencia a visitas y tratamiento que imposibilitaba buena preparación para TRS, falta de autocuidado.

### Resultados

Se realizaron 16 encuentros (8 pacientes) con éstos mentores interculturales. Fueron individualizados supervisados por enfermera ERCA-psicóloga del servicio. El 100% valoró mediante cuestionarios de satisfacción creados y validados por la sociedad española de nefrología (SEN) la sesión como muy positiva, el 100% consideró que le había ayudado a sobrellevar mejor su enfermedad, al 100% le ha reportado más tranquilidad y menor miedo en relación al futuro de su enfermedad. El 100% recomiendan el encuentro a otras personas en su misma situación.

### Conclusiones

El paciente mentor intercultural es una pieza más del equipo interdisciplinar de ERCA que ayuda al paciente renal en la aceptación y adaptación a su enfermedad con gran relevancia en pacientes que presentan barrera cultural i/o idiomática. Esta Información "entre iguales" es muy bien recibida y de gran ayuda en el proceso de aceptación de la enfermedad detectando necesidades y cambios en la adherencia de éste grupo de pacientes con más dificultad. Analizaremos los datos objetivos en cuánto a adherencia al tratamiento en éste grupo de pacientes que han recibido ésta intervención.

# Jornada de puertas abiertas de hemodiálisis domiciliaria: una estrategia en mejorar la información sobre la libre elección de la hemodiálisis en domicilio

Patricia Ochoa-Pérez, Graciela Álvarez-García, Miguel Ángel Moral-Caballero, Eva Sanjuan-Suria, Olga Almería-Gómez, Concepción Redondo-Polo

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

## Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública, siendo una de las enfermedades con mayor mortalidad. Se define ERC avanzada como aquella etapa donde la filtración glomerular es menor a 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Los pacientes tratados en un ámbito multidisciplinar demuestran un mejor conocimiento de la enfermedad renal crónica. El objetivo de estas consultas es asegurar el autocuidado y la autonomía del paciente, involucrando tanto a la persona como a su entorno familiar en el proceso, con la finalidad de mejorar su estado de salud y preservar, en la medida de lo posible, su función renal para prorrogar el inicio de la terapia renal sustitutiva, y que cuando llegue el momento estén preparados y sea una elección realizada por el propio paciente. De manera que es fundamental el proceso hasta llegar a la elección de TRS para luego una mejor adaptación y aceptación del tratamiento. El objetivo fue, aumentar los conocimientos, en nuestros pacientes y su familia, sobre las opciones de tratamiento renal sustitutivo y acercarlos más a las opciones de hemodiálisis (HD) en domicilio, a través de una Jornada de educación en grupo.

## Objetivos

Analizar si la información multidisciplinar aumenta la elección de la hemodiálisis en domicilio.

## Material y Método

Estudio retrospectivo que contó con 52 pacientes, asistentes a las jornadas. Se realizó un cuestionario de evaluación una semana después de la celebración de la Jornada, sobre nivel de conocimientos adquiridos. Las variables estudiadas fueron el sexo, edad, estadio de ERC, asistencia de un familiar y tipo de TRS actual.

## Resultados

El 52% fueron hombres. Edad media 68 años. El 48% fueron mujeres. Edad media 63 años. Del total 52% procede de la ERCA y el 48% estaba en TRS los cuales un 35% en Diálisis

peritoneal, 15% en HD en domicilio y un 50% en HD en hospital. Después de la asistencia a las jornadas, han cambiado la elección a HD en domicilio el 7,6% de los pacientes en ERCA y el 8,3% de los pacientes en TRS, de los cuales el 2% estaba en DP y el otro 6% en HD en el hospital. Analizando los resultados obtenidos del cuestionario de evaluación. El nivel de conocimientos acerca de la TRS en el domicilio, alcanzó una diferencia estadísticamente significativa antes y después de las jornadas ( $p=0,013$ ). El 100% de los asistentes dieron una valoración muy positiva de la experiencia, ya que ha aumentado el conocimiento sobre esta técnica y ha servido para disminuir sus inquietudes sobre la elección del TRS en domicilio. El 100% de los encuestados valoraron muy satisfactoriamente compartir la experiencia con otros pacientes en su misma situación.

## Conclusiones

La mayoría de los pacientes han aumentado sus conocimientos sobre la TRS en domicilio, han demostrado una alta satisfacción con la experiencia de esta Jornada y hemos experimentado un ligero aumento de la elección de la TRS en domicilio.

# Análisis de los efectos adversos en hemodiálisis tras implantar una nueva herramienta de registro

Ana M<sup>a</sup> Sacristán-Román, David Hernán-Gascuña, Ana Beatriz Martín-Conde, Luisa Fernanda Castaño-Castrillón, Silvia Aragón-Conde, Paula Manso-del Real

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

## Introducción

Los efectos adversos (EA) que ocurren en una sesión de hemodiálisis (HD) son variados y de gran importancia clínica, por lo que son complejos de analizar. Su registro facilita el posterior análisis y la toma de medidas para disminuir su aparición durante el tratamiento renal sustitutivo.

## Objetivos

Analizar la incidencia y prevalencia de síntomas/EA en las sesiones de hemodiálisis tras la implantación de una herramienta de registro en la historia clínica electrónica (HCl) Nefrosoft<sup>®</sup>.

## Material y Método

Estudio transversal, retrospectivo, observacional y multicéntrico. Tras implantarse un plan de seguridad en 15 unidades de diálisis hospitalarias y extrahospitalarias, se analizaron los datos sociodemográficos, índice de comorbilidad de Charlson, tipo de acceso vascular, tipo de HD de los pacientes y los registros de los síntomas/EA en las sesiones de todo un año, dividiéndolos en tres periodos de cuatro meses. Esto permitió realizar análisis mensuales, comparar los registros del mismo centro y con los demás centros, identificar pacientes de riesgo y realizar planes de actuación para mejorar la cumplimentación y prevenir nuevos síntomas/EA. Los datos se extrajeron mediante el módulo de consultas Qbuilder, se procesaron con Excel y se analizaron con SPSS.

## Resultados

Se analizaron un total de 162.646 sesiones de HD de 15 centros de diálisis durante un año. Fueron revisadas automáticamente las sesiones de 3409 pacientes. 2299 (67,4%) del total presentaron algún síntoma/EA durante alguna sesión de HD. A continuación, se dividieron en tres periodos de cuatro meses, observándose un aumento significativo del registro de incidencias ( $p < 0,001$ ) del 5,3%, 6,7% y 8,2%, progresivamente. Los principales síntomas que enfermería registró en todos los centros fueron la hipotensión (35,5%) seguido del dolor (14,9%), calambres (10,5%) y cefalea (7,5%). Los factores aso-

ciados a mayor presencia de síntomas/EA fueron: edad mayor de 75 años, mujer, diabéticos, menor tiempo en HD, mayor comorbilidad según ICM Charlson, ser portador de catéter venoso central y 3 o menos sesiones a la semana frente a más de 3 sesiones. No resultó significativo el turno en el que se dializaban. Se observan aumentos significativos en los registros, en 14 de los 15 centros ( $p < 0,05$ ).

## Conclusiones

La herramienta asociada a la HCl supuso una mejora en el registro y análisis de los síntomas/EA, pudiendo llegar a establecer un estándar- porcentaje aproximado en las sesiones de HD, que podría rondar el 10% de promedio. Es importante que los síntomas/EA que los pacientes sufren sean registrados para que posteriormente sean fáciles de localizar y se puedan analizar para realizar planes de acción que disminuyan su aparición, como debe establecerse en un buen Plan de Seguridad. El registro implantado en estos centros de diálisis es una buena herramienta para ello. Se ha observado que los efectos adversos aparecen en las sesiones, pero que no se registren no significa que los pacientes, no los sufran. Es trabajo de enfermería la buena notificación cumplimentación, seguimiento, prevención y actuación ante los mismos.

## Análisis de los factores asociados al riesgo de caídas en hemodiálisis: utilización de la escala Downton

Marina Burgos-Villullas, Alicia González-Horna, Elena Guerrero-Rodríguez, José Guerrero-Carrillo, María Isabel-González Sánchez, M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

### Introducción

El paciente renal tiene alrededor de un 30% más de riesgo de caída que la población en general debido a la presencia de comorbilidad asociada y a la edad avanzada. Las caídas se relacionan con una pérdida de autonomía del paciente y a una disminución en su calidad de vida. La enfermería nefrológica debe ser consciente de los factores de riesgo de caídas para poder poner en marcha medidas preventivas para intentar disminuirlas y, por tanto, mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

### Objetivos

Describir el riesgo de caídas de los pacientes en hemodiálisis según la escala J.H. Downton. Analizar los factores asociados al riesgo que se relacionan con la aparición de nuevas caídas.

### Material y Método

Estudio observacional longitudinal en el que se estudian los factores de riesgo de caída de los pacientes prevalentes de cuatro centros de hemodiálisis utilizando la escala validada traducida al español J.H. Downton. En función de la puntuación obtenida se clasifica en: sin riesgo (0 a 1 puntos), riesgo bajo (2 puntos), riesgo medio (3 a 4 puntos) y riesgo alto (5 a 9 puntos). Se evalúan las caídas previas, el uso de determinados medicamentos, déficits sensoriales, estado mental y deambulación. Tres meses después de realizar el test, se analizan las caídas que tuvieron los pacientes. También se llevó a cabo el análisis de datos demográficos y analíticos. El abordaje estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v20. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante Chi-cuadrado. Se consideró  $p \leq 0,05$  como estadísticamente significativa.

### Resultados

Se evalúan 471 pacientes prevalentes de cuatro centros de HD. Del total de la muestra 302 (64,1%) eran hombres, la edad media fue  $65,7 \pm 15,02$  años y el tiempo en diálisis  $58,6 \pm$  meses. Según la escala, 142 pacientes (53,1%) presen-

taron riesgo de caídas, siendo para 137 (29,1%) un riesgo medio-alto. El mayor riesgo se asoció con edad ( $p < 0,001$ ) y sexo masculino ( $p = 0,031$ ). La existencia de caídas previas, toma de medicación, alteración sensorial, estado mental y necesidad de ayuda para la movilización fueron también significativas ( $p < 0,001$ ). A los 3 meses, 18 pacientes (3,8%) sufrieron una nueva caída que se asoció con la edad ( $p < 0,001$ ), haber presentado riesgo medio-alto en la escala ( $p = 0,002$ ), presencia de caídas previas ( $p < 0,001$ ) y necesidad de ayuda para deambulación ( $p = 0,028$ ). Los pacientes con riesgo medio-alto de caídas tenían los valores de albúmina significativamente inferiores a los de riesgo bajo o sin riesgo,  $3,6$  vs  $3,8$  mg/dl ( $p = 0,01$ ). No hubo diferencias significativas en el P y vitamina D.

### Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes en HD tenía algún riesgo de caídas y un tercio tenía riesgo medio-alto. La puntuación alta en la escala Downton se asoció con un mayor riesgo de caídas en los 3 meses posteriores. Los factores de riesgo más importantes asociados a las caídas fueron: edad, caídas previas y la asistencia para la deambulación, siendo esta última un factor de posible intervención en las salas de diálisis. Este estudio nos abre la posibilidad de investigar que acciones podrían ser las más eficaces para disminuir la tasa de caídas.

# Análisis del tiempo de recuperación de una sesión de hemodiálisis

Ana Isabel Aguilera-Flórez, María del Rosario Castro-García, María Blanco-Álvarez, Israel Robles-del Río, Lydia Rodríguez-Pérez, Ángela González-Landeras

Complejo Asistencial de León. España

## Introducción

La fatiga post-diálisis, es un síntoma común en pacientes con Enfermedad renal crónica que tiene repercusión en su actividad y calidad de vida, es multifactorial y tiene un componente biopsicosocial, se define como una sensación subjetiva de debilidad, falta de energía y astenia. Se estima que más del 80% de los pacientes experimentan síntomas de fatiga y malestar después del tratamiento, necesitando descansar o tomar una siesta en las 5 horas posteriores a la diálisis.

## Objetivos

El objetivo que nos planteamos fue, analizar el tiempo de recuperación después de una sesión de hemodiálisis e identificar factores relacionados.

## Material y Método

Estudio transversal, cuantitativo, prospectivo y correlacional, realizado en una unidad de hemodiálisis en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron a pacientes crónicos que llevaban más de un mes en programa de hemodiálisis, durante el mes de marzo 2023. Se excluyeron a los pacientes que no fueron capaces de responder a los cuestionarios o salieron del tratamiento antes de finalizar la recopilación de datos. Los datos se recogieron en un documento excel, y su análisis se realizó con el programa JASP. Se solicitó consentimiento informado. Se registraron variables demográficas, tiempo de tratamiento, tiempo en tratamiento sustitutivo renal, volumen de ultrafiltración, complicaciones intra-diálisis, calidad del sueño, medio de transporte, tiempo de desplazamiento, escala de fragilidad de Frail, índice de Barthel, cuestionario de fatiga (cansancio) y el tiempo de recuperación post-diálisis estimado por el paciente. Se hizo la comparación de medias de Pearson con las variables cuantitativas y el Chi<sup>2</sup> en las cualitativas, estableciendo un valor estadísticamente significativo de  $P < ,05$ .

## Resultados

Se incluyeron 39 pacientes, 26 hombres, la media de edad fue  $66,12 \pm 13,41$  años, tiempo en tratamiento sustitutivo renal  $100,17 \pm 140,30$  meses, duración de la sesión hemodiálisis  $248,07 \pm 12,80$  minutos, volumen de ultrafiltración  $2311,33 \pm 733,83$  ml, tiempo estimado de recuperación post-diálisis  $92,69 \pm 97,93$  minutos. El 64,10% usaban la ambulancia como medio de transporte, la calidad del sueño era mala o regular en el 43,58%, presentaron complicaciones intra-diálisis el 15,38%, Barthel  $91,897 \pm 20,41$  (25,6% presentan algún grado de dependencia), eran pre-frágiles o frágiles el 94,9%, la puntuación media del cuestionario de fatiga fue  $18,92 \pm 7,93$  (física  $9,53 \pm 4,37$ , mental  $9,38 \pm 4,37$ ). No encontramos correlación entre el tiempo de recuperación post-diálisis y las variables cuantitativas y cualitativas estudiadas, excepto con el Barthel ( $p = ,021$ ). El tiempo estimado de desplazamiento ( $30,82 \pm 25,07$  minutos) si parece tener relación con la fatiga post-hemodiálisis sin llegar a alcanzar significación estadística ( $r = ,307$ ,  $p = ,057$ ).

## Conclusiones

La hemodiálisis tiene un efecto de cansancio en los pacientes, sin embargo, existe una gran variabilidad en el tiempo de recuperación entre pacientes, desde los que manifiestan no sentir cansancio hasta los que necesitan horas para recuperarse. En nuestra serie, la mitad de los pacientes, necesitaron 1 hora o más para recuperarse, sin embargo, y a diferencia de otros estudios publicados, no hemos encontrado relación causal estadísticamente significativa, con las variables estudiadas, salvo con el nivel de dependencia. La sensación de cansancio es una apreciación subjetiva que podría atribuirse a otras causas somáticas, psicológicas, ambientales y analíticas no estudiadas.

# Análisis sobre las prácticas enfermeras relacionadas con la evaluación y tratamiento del dolor durante la sesión de hemodiálisis: estudio observacional nacional

M<sup>a</sup> Trinidad Quesada-Armenteros<sup>1</sup>, Beatriz Liébana-Pamos<sup>2</sup>, Antonio Ochando-García<sup>1,3</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Jaén. España

<sup>2</sup> Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

<sup>3</sup> Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. España

## Introducción

El bienestar de los pacientes en hemodiálisis depende de una adecuada evaluación y manejo del dolor, ya que este es uno de los síntomas más comunes durante las sesiones.

## Objetivos

Analizar el manejo del dolor (evaluación y tratamiento), durante la sesión de hemodiálisis por parte del personal de enfermería, en los diferentes centros de diálisis a nivel nacional.

## Material y Método

Estudio descriptivo de corte transversal, realizado entre marzo-abril 2023, mediante un cuestionario online, dirigido a profesionales de Enfermería que trabajan en hemodiálisis, difundido a través de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y diferentes grupos de trabajo. La participación fue anónima y voluntaria, solicitando consentimiento informado a los participantes. Estudio aprobado por el comité de ética e investigación. Se recogieron: edad, sexo, tipo de centro de trabajo, experiencia laboral en hemodiálisis, comunidad autónoma, procedimiento evaluación del dolor intradiálisis, tipo de analgesia, vía de administración, lugar de administración, conocimiento sobre si los analgésicos se dializan durante la hemodiálisis, valoración de la eficacia del tratamiento, demanda formativa y autoevaluación sobre conocimiento del manejo del dolor. Análisis de datos: Las variables cualitativas se presentan como frecuencias/porcentajes, las cuantitativas como medias±desviación estándar. Análisis bivariante mediante test Chi<sup>2</sup> (cualitativas) y pruebas paramétricas y no paramétricas según la naturaleza de las distribuciones (cuantitativa-cualitativa). Nivel de confianza el 95%. Se utilizó el programa SPSS v 27.0.

## Resultados

Han participado 241 profesionales de 17 comunidades autónomas. Un 77,6% (n=187) mujeres, edad media de 43,70±9,99 años y experiencia en hemodiálisis de 14,49±10,37 años. Un 70,5% (n=170) trabajaban en cen-

tro público. En relación a la valoración del dolor, un 53,1% (n=128) no evaluaba el dolor en cada sesión y un 86,3% (n=208) no utilizaba escala validada. Un 42,7% (n=103) de los profesionales consideraba que no se hace un adecuado abordaje del dolor. El 80% (n=193) indicaba que no existen/no conocen la existencia de protocolos sobre manejo del dolor en su unidad y el 95,9% (n=231) opinaba que sería útil tener protocolos de referencia. La vía más frecuente para administración de analgesia fue la intravenosa (80,26%); considerándola un 77,6% (n=187) como la más efectiva. Analgésico más utilizado: Paracetamol 68% (n=164); un 22,82% (n=55) manifestaron desconocer si este se dializa. Un 41,9% (n=101) administraban el analgésico por línea arterial de circuito (prefiltro). El 66% (n=159) evaluaron sus conocimientos sobre el manejo del dolor en hemodiálisis como Nada/Poco. Un 96,7% (n=233) consideraron útil recibir formación específica sobre el manejo del dolor durante la sesión. Encontramos relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de evaluación del dolor y la consideración de si se realiza un adecuado manejo del mismo (p<0,001). Así mismo, se encontró relación entre administrar analgésicos por línea venosa (postfiltro) y la existencia de protocolos de manejo del dolor (p=0,002). Los profesionales con <5 años de experiencia consideran tener peor nivel de conocimientos (p=0,022), aunque son los que tienen ≥5 años de experiencia quienes creen útil recibir formación específica (p=0,048).

## Conclusión

Los profesionales valoran que el manejo del dolor durante la sesión de hemodiálisis es inadecuado. Demandan más formación y la existencia de protocolos específicos como herramientas útiles para mejorar estos aspectos.

# Ansiedad y depresión en el paciente en hemodiálisis: prevalencia y relación con variables demográficas

Amanda Hernandis-Latorre, Victoria Irazo-Quevedo, Manuel Vicente Ruiz-Carratalá

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

## Introducción

La ansiedad y la depresión son los trastornos emocionales que presentan mayor prevalencia en el paciente con una enfermedad renal avanzada. Estos pacientes sufren multitud de transformaciones en su estilo de vida para adaptarse a los cambios que conlleva su enfermedad, lo que tiene una gran repercusión a nivel emocional. Las propias características de la hemodiálisis conllevan una serie de limitaciones que pueden provocar un deterioro de la calidad de vida, lo que acaba repercutiendo en el estado emocional y es entonces cuando se pueden presentar estos trastornos, que tienen gran importancia ya que son capaces de agravar el estado de salud del paciente.

## Objetivos

Medir la influencia de las variables demográficas en la prevalencia de ansiedad y depresión en nuestros pacientes en el programa de hemodiálisis crónica.

## Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y unicéntrico. Los datos se recogieron durante el primer trimestre de 2022. Se recogieron las siguientes variables demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de ingresos, nivel de estudios y ocupación. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria para medir el estado emocional.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 36 pacientes, donde predominan los hombres (66,6%), los pacientes casados (63,8%), los pacientes que cobran algún tipo de prestación por jubilación o incapacidad (86,1%); los pacientes con estudios de graduado escolar o superior (75%); y los pacientes con ingresos mayores a 1000 euros (82,4%). La edad media de la muestra era de  $64 \pm 13,8$  años. La prevalencia de ansiedad era del 19,5% y la prevalencia de depresión era del 25%. En cuanto a los resultados del estado anímico, la ansiedad predominaba en las mujeres y la depresión predominaba en los hombres. El grupo de

edad más joven presentaba un 50% de prevalencia de ambos trastornos. Los pacientes casados y los jubilados presentaban mejores resultados. Los pacientes con menos ingresos tenían un 66,6% de prevalencia de ansiedad y depresión. Y los pacientes sin estudios presentaban una prevalencia de ambos trastornos del 33,3%).

## Conclusiones

La prevalencia de ansiedad y depresión coincide con los resultados de otros estudios con pacientes con enfermedad renal. En nuestra muestra, encontramos que las variables demográficas influyen en el tipo de trastorno desarrollado y que hay circunstancias personales que pueden resultar protectoras para el estado emocional y otras que pueden agravar el riesgo de desarrollar una alteración.



## Calidad de vida y autocuidado en el paciente en hemodiálisis

Ana María Ocaña-Quero, María Isabel Prados-Bravo, Nuria Ramírez-Estévez, Dolores Díaz-Gómez, Rocío Suárez-López, Mateo Alcántara-Crespo

Centro Periférico Reina Sofía Perpetuo Socorro. Córdoba. España

### Introducción

Numerosos estudios han demostrado que en el tratamiento de las enfermedades crónicas es importante que el paciente participe, asumiendo prácticas de autocuidado, para prevenir complicaciones, reducir hospitalizaciones y mejorar su calidad de vida. Para ello, la educación sanitaria del paciente se hace necesaria para que pueda asimilar su enfermedad, como paso previo a involucrarse en su tratamiento. El paciente en hemodiálisis (HD) mantiene un contacto muy estrecho y frecuente con enfermería, y recibe mucha información útil para su autocuidado, aunque sospechamos que algunos pacientes no asimilan correctamente esta información.

### Objetivos

Determinar el grado de conocimientos que tienen los pacientes en HD sobre su enfermedad y tratamiento. Valorar su capacidad para hacerse cargo de su autocuidado, y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

### Material y Método

Estudio descriptivo y transversal realizado en un centro de HD. Se incluyeron todos los pacientes con capacidades cognitivas conservadas y capaces de contestar cuestionarios, y que aceptaran participar. Para valorar el nivel de conocimientos empleamos un cuestionario diseñado por Sánchez et al en 2015, y la capacidad de autocuidado con la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA). La CVRS se valoró con el cuestionario Coop Wonca administrado por enfermería al final de una sesión. Se determinó el índice de comorbilidad (Charlson), grado de dependencia (Barthel). Se recogieron variables sociodemográficas, bioquímicas y clínicas, e índice de adecuación de la diálisis (KT/V).

### Resultados

Se estudiaron 31 pacientes, 22 hombres (71%) y 9 mujeres (29%) con edad media de  $67,2 \pm 14$  años, laboralmente activos el 9,7%. EL 80,6% vive en familia, y el 19,4% solo. El 61,3% tenía una FAV y 38,7% un CVC tunelizado, como Ac-

ceso vascular. Nivel de estudios: 16,1% sin formación, 38,7% básica, 32,3% secundaria, y 12,9% universitaria. KT/V medio  $1,67 \pm 0,33$ , y Charlson medio de  $6,58 \pm 2,4$  puntos. Valores medios de parámetros bioquímicos: Hb:  $11,31 \pm 1,57$ , albúmina:  $3,82 \pm 0,38$ . El 3,2% de pacientes presentaba dependencia severa, moderada el 22,6%, leve el 6,5% y eran autónomos el 67,7%. El grado de conocimientos fue alto en el 61% de pacientes, medio en el 32% y bajo en el 7%, y sobre la capacidad de autocuidado el 52 % mostraron alta capacidad y el 48% capacidad media, no encontrándose nadie con baja capacidad. La puntuación media alcanzada en el cuestionario de CVRS fue de  $24,06 \pm 6,5$  puntos. Al relacionar el grado de conocimientos con las variables estudiadas, observamos que existe relación significativa con edad (0,384,  $p < 0,05$ ), nivel formativo (0,464,  $p < 0,01$ ). La edad se correlacionó también con la comorbilidad (0,530,  $p < 0,01$ ) y la ocupación (0,386,  $p < 0,05$ ); mientras que la comorbilidad se asoció estadísticamente con la ocupación (0,396,  $p < 0,05$ ). No se encontraron otras relaciones significativas.

### Conclusiones

Este grupo de pacientes, presenta un alto nivel de conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento, alto grado de autonomía y alta capacitación para el autocuidado, siendo los más jóvenes y los de mayor nivel formativo los que muestran mejores resultados, sin que estas variables tengan relación con la CVRS.

# Comparación de las patologías previas y la mortalidad derivada del inicio de hemodiálisis crónica hospitalaria en pacientes de grupos de edad avanzada ( $\geq 70$ años)

Irene Larrañeta-Inda, Ana Ulzurrun-García

Hospital Universitario de Navarra (H.U.N.). España

## Introducción

No encontramos estudios que comparen las consecuencias de la hemodiálisis entre pacientes de grupos de edad avanzada ( $\geq 70$  años).

## Material y Método

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los años 2019-2020-2021. Variables a estudio: edad, sexo, causa de enfermedad renal crónica, presencia de: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y/o neoplasias; forma de inicio de hemodiálisis, acceso vascular y fallecimiento en el primer año de terapia y su causa. Población a estudio: 68 pacientes, entre 70-84 años que iniciaron programa regular de hemodiálisis hospitalaria en la unidad y cumplían los criterios de inclusión.

## Objetivos

**Objetivo general:** Comparar la mortalidad en el primer año de hemodiálisis hospitalaria por grupos de edad (70-74 años, 75-79 años, y 80-84 años). **Objetivos específicos:** Describir y comparar las características de los pacientes por grupos de edad en relación a las variables de estudio.

## Resultados

La mortalidad en el primer año de hemodiálisis hospitalaria y sus causas, en el grupo de edad de 70-74 años fue de 4 pacientes: 3 por causas cardiológicas y 1 por causas infecciosas; en el grupo de edad de 75-79 años fue de 3 pacientes: 1 por causas infecciosas, 1 por accidente cerebrovascular y 1 por neoplasia y en el grupo de 80-84 años fue de 6 pacientes: 2 por causas cardiológicas, 2 por causas infecciosas, 1 por neoplasia y 1 no filiada. Las causas de enfermedad renal que provocaron el inicio de hemodiálisis hospitalaria fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial, causas urológicas, enfermedad glomerular, sepsis, nefritis intersticial, poliquistosis, origen vascular, síndrome cardiorrenal, vasculitis y amiloidosis. Variables de estudio: la hipertensión arterial se evidencia en el 83%-94% de los pacientes, siendo la variable más frecuente

en los tres grupos de edad; la diabetes mellitus está presente en el 80% de los pacientes entre 70-74 años, cayendo hasta el 30% en el grupo de 80-84 años; las enfermedades cardiovasculares están presentes en cerca del 76% en el grupo de 70-74 años, cayendo hasta el 58% en el grupo de 75-79 y al 52% en de 80-84 años y, por último, las neoplasias están presentes en un 28% en el grupo de 70-75 años, quedando entre el 42-45% en los otros dos grupos de edad. El inicio de hemodiálisis hospitalaria fue de forma programada en el 80% de los pacientes del grupo de 70-74 años, en un 95,24% en el grupo de 75-79 años y de un 93,75% en el grupo de 80-84 años. El acceso vascular de elección mayoritaria en todos los grupos de edad fue el catéter venoso central tunelizado.

## Conclusiones y Discusión

El grupo en el que se ha producido mayor mortalidad en el primer año de hemodiálisis hospitalaria es el de 80-84 años. Comparando con la tasa de mortalidad general por grupos de edad, el grupo de 70-74 años en hemodiálisis hospitalaria, muere 11 veces más que la población general. En los otros dos grupos de edad, el hecho de estar en hemodiálisis hace que los pacientes mueran entre 5-6 veces más que la población general.

# Cuidados de enfermería y efectividad de la hemodiálisis para la eliminación de cadenas ligeras en el mieloma múltiple

Alba Martín-Muñoz, María José Castro-Notario, Begoña Rivas-Becerra, Filo Trocoli-González

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

## Introducción

El mieloma múltiple (MM) se define como aquella enfermedad neoplásica que genera una proliferación excesiva de células plasmáticas en la médula ósea. Se trata de una de las neoplasias hematológicas más frecuentes. Aproximadamente un 20-30% presenta fracaso renal con un filtrado glomerular (FG) inferior a 30 ml/min/m<sup>2</sup> al diagnóstico del MM. La principal causa de este fracaso renal es la nefropatía por cilindros de cadenas ligeras monoclonales (CLL) del tipo Lambda o Kappa, las cuales son producidas en exceso y obstruyen la luz del túbulo distal. El tratamiento de la afectación renal por el MM se sustenta en dos pilares; una primera línea basada en la reducción de la producción excesiva de cadenas ligeras con esquemas de quimioterapia y, en la eliminación de cadenas circulantes mediante hemodiálisis con membranas de alta permeabilidad (alto cut off), para reducir la exposición del riñón a las mismas.

## Objetivos

Valorar la efectividad del tratamiento renal sustitutivo para la eliminación de cadenas ligeras, así como, dar a conocer los cuidados y la actuación de enfermería durante la realización de dicha terapia.

## Material y Método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de fracaso renal secundario a MM tratados en la unidad de agudos desde enero de 2018 a diciembre de 2022. Se realizó hemodiálisis de 5 horas de duración mediante dializadores específicos de alta permeabilidad (BK 21F y Filtryzer NF-2.1H) y se monitorizaron los niveles de CLL, urea, creatinina y filtrado glomerular. Se estableció un protocolo de enfermería consistente en: vigilancia estrecha de constantes vitales, extracción de sangre pre y postdiálisis para evaluación de CLL Kappa y Lambda, montaje de máquina sin cebado del dializador, al venir este ya purgado, heparinización horaria para evitar la hemoconcentración, recambio de membrana a mitad de la sesión y

administración de albúmina (un vial antes del recambio del dializador y diez minutos antes de finalizar la terapia).

## Resultados

Se incluyeron 10 pacientes, 6 hombres y 4 mujeres con edad media de 68,4±11,4 años (50-88), 7 pacientes presentaban MM IgG Kappa y 3 MM IgG Lambda. De los pacientes diagnosticados de MM IgG Kappa, el 85,71% tuvieron una disminución de las CLL Kappa frente al 14,28% que no, y los diagnosticados de MM IgG Lambda el 100% presentó una reducción de CLL Lambda. Tras el tratamiento, cinco pacientes recuperaron la función renal no necesitando HD. Tres pacientes necesitaron HD de forma crónica y dos pacientes fallecieron en el primer mes tras el diagnóstico.

## Conclusiones

Según nuestra experiencia, el tratamiento con hemodiálisis de alto cut off es efectivo para la disminución de las CLL y mejora la función renal, actuando como coadyuvante a la quimioterapia en el tratamiento del fracaso renal secundario a mieloma múltiple.

# Decohe: detección del deterioro cognitivo y depresión en pacientes con terapia de hemodiálisis

Cristina Sáez-Elvira, Ana Isabel Tapia-Elvira, M<sup>a</sup> Ángeles Gómez-González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España

## Introducción

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) presentan trastornos en el Sistema Nervioso Central y Periférico que han sido descritos en la literatura sanitaria. Sin embargo, su abordaje solo es realizado cuando los signos y síntomas son evidentes, ocasionando que la intervención sea solamente paliativa. Por ello, es necesario establecer el grado de deterioro cognitivo primario (DCP) en pacientes con ERC en terapia de hemodiálisis.

## Material y Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo con diseño no experimental mediante corte transversal sin grupo control. Los instrumentos de medida son la Montreal Cognitive Assessment (MOCA) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La muestra son 53 pacientes que han querido participar y no presentan deterioro previo. Las variables predictoras son sexo, edad, nivel de estudios, meses en hemodiálisis; y las variables de resultado son nivel de deterioro cognitivo y nivel de depresión. Se realizó el test Chi<sup>2</sup> y el test de ANOVA para los análisis estadísticos. Se consideró estadísticamente significativa una  $p < 0,05$ .

## Resultados

Realizamos las mediciones de 53 pacientes, de los cuales 37,7% no presentaron deterioro según el test MOCA, 58,5% deterioro leve, frente a 3,8% con deterioro moderado-severo. Respecto al test de Yesavage: 58,5% no presentaron depresión; 26,4% leve y 15,1% moderada-severa. Según el sexo, 39,5 % hombres no presentaron deterioro frente a 33,3% mujeres, 6,7% mujeres deterioro moderado y 2,6% hombres deterioro severo ( $p=0,3$ ). Respecto a la depresión: 65% hombres no presentaron depresión frente a 40% mujeres, 18% hombres y 47% mujeres depresión leve y 16% hombres y 13% mujeres depresión moderada-severa ( $p=0,1$ ). Finalmente, según nivel de estudios: 60% nivel alto y 40% nivel bajo no presentaron deterioro, 39,7% nivel alto y 61% nivel bajo deterioro leve y 100% nivel bajo deterioro severo ( $p=0,1$ ). Y con respecto a la

depresión encontramos datos estadísticamente significativos ( $p=0,039$ ): 48% con nivel alto de estudios sin depresión frente a 52% con nivel bajo, 22% con nivel alto con depresión leve frente a un 79% con nivel bajo y 75% con nivel alto con depresión moderada-severa frente a un 25% con nivel bajo. La puntuación del test de MOCA disminuyó conforme aumentaba la edad ( $p=0,001$ ) y conforme aumentaban los meses en diálisis ( $p=0,057$ ).

## Conclusiones

Observamos que hay más pacientes sin deterioro o leve, frente al severo y un mayor número de pacientes sin depresión frente a los que sí. Respecto al sexo, no existe diferencia de género en el deterioro cognitivo. Sí existe un mayor porcentaje de mujeres con depresión frente a hombres. Existe un mayor porcentaje de deterioro cognitivo en pacientes con nivel de estudios bajo. Por otro lado, a mayor nivel de estudios la depresión es moderada a severa. La edad y el tiempo en diálisis influyeron en un aumento en el deterioro cognitivo; sin cambios significativos en la depresión. Determinar factores de riesgo permitirá a las autoridades y personal de salud realizar intervenciones para disminuirlos en pacientes ERC llevando a cabo cuidados individualizados según la situación de cada paciente.

## Factores relacionados con la alfabetización en salud de los pacientes en hemodiálisis

Alicia González-Horna, M<sup>a</sup> Teresa Marín-López, Dolores Piña-Simón, José Guerrero-Carrillo, José Pombo-San Miguel, Marta San Juan-Miguelsanz

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

### Introducción

La Alfabetización en Salud (AS) está ligada a la comprensión de la enfermedad y a la motivación, favoreciendo la capacidad del paciente para involucrarse en sus cuidados y la adherencia al tratamiento, siendo de especial relevancia en los pacientes en hemodiálisis.

### Objetivos

Determinar el nivel de alfabetización desde el punto de vista de las enfermeras. Describir los factores asociados a su deficiencia.

### Material y Método

Estudio multicéntrico observacional trasversal sobre 705 pacientes prevalentes en hemodiálisis. Las enfermeras evaluaron el nivel de alfabetización mediante el instrumento de Valoración de competencias en salud, que valora 5 ítems, la capacidad del paciente para leer y comprender un texto sencillo, comunicar y describir los propios síntomas, participar en las decisiones sobre su salud de manera activa, déficits visual, auditivo o cognitivo para realizar actividades de la vida diaria y pertenecer a una población no vulnerable (menores de 65 años, sin dificultades con el idioma o sin diferencias culturales). Se ha considerado buen nivel de alfabetización una puntuación de 3 respuestas positivas sobre 5. Se recogieron además variables sociodemográficas. El abordaje estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS v20. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante Chi<sup>2</sup>. Significación  $p \leq 0,05$ .

### Resultados

Se estudiaron 705 pacientes, la edad media  $67,9 \pm 15$ , 454 (64,4%) hombres y 251 (35,6%) mujeres y tiempo medio en hemodiálisis  $69,8 \pm 75,7$  meses. De esta muestra, enfermería ha cumplimentado 629 cuestionarios, las puntuaciones obtenidas clasifican a 117 (18,6%) pacientes con un nivel de alfabetización bajo ( $< 3$ ). Los profesionales identificaron a 92 (14,8%) pacientes con dificultad para comprender los textos,

64 (10,3%) con dificultad para describir sus propios síntomas, 125 (20,1%) no participaban activamente en la toma de decisiones que afectan a su salud, 109 (15,5%) presentaban alteraciones visuales, auditivas o cognitivas y 473 (76,3%) pertenecían a algún grupo de riesgo (edad avanzada, nivel bajo de estudios o sin estudios, dificultad con el idioma). Los factores asociados a un mal nivel de alfabetización fueron la barrera idiomática ( $p < 0,001$ ), ser inmigrante ( $p < 0,001$ ), un nivel bajo de estudios (sin estudios o estudios primarios) ( $p = 0,002$ ), raza no caucásica ( $p = 0,003$ ) y ser pensionista ( $p = 0,046$ ). No fueron significativos el estado civil, sexo o vivir en zona rural/urbana.

### Conclusiones

Las enfermeras perciben un porcentaje importante de pacientes con un nivel bajo de AS. Es importante conocer las barreras que interfieren en la capacidad del paciente para involucrarse en sus cuidados y adherencia al tratamiento, siendo la sala de diálisis un buen escenario para trabajar sobre ella.

## Fragilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada según el sexo

Judit Bou-Folgarolas, Sonia Elvira-Carrascal, Marta Colomer-Codinachs, Laia Claramunt-Fonts, Emma Puigoriol-Juvanteny, Alicia Minaya-Freire

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

### Introducción

La fragilidad es un síndrome multidimensional caracterizado por una disminución de reservas fisiológicas, de masa corporal magra, debilidad y disminución de resistencia al ejercicio físico, lo que lleva a un riesgo aumentado de evolución desfavorable hacia la discapacidad, la hospitalización y el fallecimiento. Existen condiciones y enfermedades que provocan cambios semejantes al envejecimiento y pueden derivar en un estado de fragilidad en edades más jóvenes como la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de fragilidad de los pacientes con ERCA en tratamiento renal substitutivo con hemodiálisis (HD) y de los pacientes atendidos en la consulta ERCA y explorar la influencia del sexo en la fragilidad.

### Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados en una Unidad de HD y de la consulta ERCA de un Hospital Universitario, de abril a diciembre de 2022. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, tiempo en hemodiálisis) y la fragilidad mediante el Índice de Fragilidad-VIG. El IF-VIG consta de 22 preguntas que valoraran 25 déficits. Se obtiene una puntuación final entre 0 y 1 que categoriza la fragilidad en 4 grados: No fragilidad (0-0,19) fragilidad inicial (0,20-0,35), fragilidad Intermedia (0,36-0,50) y fragilidad avanzada (0,51-1,00). La evaluación de la fragilidad la realizó la enfermera IP y los datos sociodemográficos se recogieron de la historia clínica de los pacientes, con el consentimiento de éstos.

### Resultados

Se incluyeron un total de 136 pacientes, 86 pacientes en programa de HD y 50 en seguimiento en la consulta ERCA. Los pacientes de HD tenían una media de edad de 68,9±12,5 años. El 36% eran mujeres y el 70,9% llevan en HD ≤3 años. Según el IF-VIG, 31,4% no presentan fragilidad, 47,7% de los pacientes presentaron fragilidad inicial, el 17,4% presentaron fragilidad intermedia y un 3,5% presenta fragilidad

avanzada. Los pacientes de la consulta ERCA tenían una media de edad de 73,0±13,7 años. El 40% eran mujeres. Según el IF-VIG, 52% no presentan fragilidad, el 40% de los pacientes presenta fragilidad inicial, el 6% fragilidad intermedia y 2% fragilidad avanzada. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la fragilidad y el sexo en ninguna de las dos muestras. Aunque cabe destacar que, en ambos grupos las mujeres presentaron en mayor porcentaje algún grado de dependencia (leve, moderada o grave) [(HD: 48,4% mujeres-27,3% hombres) (ERCA: 40,0% mujeres-23,3% hombres)], necesitaban más medicación antidepressiva [(HD: 25,8% mujeres-18,2% hombres) (ERCA: 20,0% mujeres-16,7% hombres)] y más benzodiacepinas y/o coadyuvantes para el insomnio o la ansiedad [(HD: 48,4% mujeres-32,7% hombres) (ERCA: 20,0% mujeres-3,3% hombres)]. Además, la mayoría tomaba >5 fármacos [(HD: 83,9% mujeres-72,7% hombres) (ERCA: 85% mujeres-80% hombres)].

### Conclusión

Los pacientes en HD presentan un índice de fragilidad superior respecto a los que acuden a la consulta ERCA. Las mujeres presentan mayor dependencia, necesitan más ayuda en aspectos económicos, la gran mayoría toma antidepressivos y están polimedicadas. Estos resultados permiten establecer acciones preventivas para mejorar el área social, cognitiva, física y terapéutica de nuestros pacientes.

## Fragilidad y tolerancia a la hemodiálisis

Aurelia Jiménez-Palmero, Marta López-Padilla, Francisca Molina-Herrera, Celia Caballero-Díaz, María Cuesta-Alcaide, Rafael Casas-Cuesta

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

### Introducción

La fragilidad es un estado de deterioro por descenso de las capacidades funcionales del individuo, y se relaciona con la edad y con enfermedades crónicas, donde su prevalencia es mucho más elevada que en la población general. Por ello, establecimos como hipótesis que los pacientes frágiles en hemodiálisis (HD) serían más vulnerables a sufrir sintomatología durante las sesiones, al no disponer plenamente de los mecanismos de adaptación a las condiciones de estrés inherentes a la HD.

### Objetivos

Determinar la prevalencia de fragilidad de nuestro grupo, y establecer si existe relación con el grado de confort o tolerancia de las sesiones.

### Material y Método

Estudio descriptivo y transversal. Se incluyeron los pacientes con capacidades cognitivas conservadas capaces de contestar cuestionarios, y que aceptaron participar. El grado de fragilidad se determinó con el cuestionario Frail, y la tolerancia a las sesiones se valoró utilizando un registro de creación propia en el que recogimos los síntomas, así como todas las complicaciones mecánicas y situaciones de estrés experimentadas por el paciente durante su estancia en la unidad ocurridos durante un mes, estableciendo como valor para su análisis, la media de eventos ocurridos durante este periodo. Además, se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, e índice de comorbilidad de Charlson (ICC).

### Resultados

Se estudiaron 64 pacientes, 40 hombres (63%) y 24 mujeres, con edad media de  $68 \pm 13$  años y un tiempo medio en hemodiálisis de  $67,8 \pm 2,3$  meses. El 45% diabéticos, y 66% FAV y 34% CVC tunelizado, como acceso vascular. El 33% de pacientes fueron calificados como frágiles, el 54% como pre-frágiles y el 13% no frágiles, con una mediana de 7 en el ICC. El Kt/V medio fue de  $1,68 \pm 0,33$ ; y los parámetros bio-

químicos fueron:  $11,1 \pm 1,5$  gr/dl de hemoglobina,  $3,8 \pm 0,33$  gr/dl de albúmina,  $12,8 \pm 27$  mg/l de proteína C Reactiva y  $4,4 \pm 1,12$  mg/dl de fósforo. En el mes de control (13 sesiones), se registraron 347 síntomas y/o eventos, con una media de  $3,5 \pm 0,49$  síntoma/paciente (P25=0-P75=8). Encontramos relación significativa de la edad con la comorbilidad ( $r=0,489$ ,  $p<0,01$ ), y de la fragilidad con la presencia de síntomas ( $r=-0,431$ ,  $p<0,01$ ). No se encontraron otras relaciones estadísticas.

### Discusión/Conclusiones

Aunque estudios previos han relacionado edad, comorbilidad y fragilidad, en nuestros resultados esta relación ha sido sólo entre edad y comorbilidad. Por tanto, podemos concluir que al menos, en la muestra estudiada, la fragilidad se relaciona con la presencia de mayor sintomatología durante la sesión de diálisis, independientemente del resto de variables, aspecto importante a considerar en futuros estudios, pues la detección de la fragilidad, puede ayudar a identificar en muestras amplias, a aquellos pacientes con más probabilidades de padecer sintomatología durante la sesión de HD.

### Consideraciones prácticas

Considerando la facilidad y el poco tiempo necesario para determinar el grado de fragilidad del paciente, pensamos que sería de interés que se generalizara en las unidades de HD, para implementar en aquellos pacientes que presenten un perfil de fragilidad o pre fragilidad medidas preventivas adicionales, para mejorar el confort de las sesiones.

# Grado de satisfacción global de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en centros extrahospitalarios en la Comunidad de Madrid

Elena Guerrero-Rodríguez, Alicia González-Horna, María Isabel González-Sánchez, José Guerrero-Carrillo

Centro Fundación Renal Los Llanos II. Madrid. España

## Introducción

La evaluación de la satisfacción de los pacientes con ERC que reciben tratamiento de hemodiálisis permite conocer como perciben ellos los cuidados recibidos por parte de los profesionales, así como realizar una valoración general del servicio donde se dializan.

## Objetivos

Evaluar la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en unidades extrahospitalarias e identificar los aspectos del proceso asistencial con capacidad de mejora.

## Material y Método

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, de corte transversal. La recopilación de las variables se ha realizado a través de un cuestionario Ad-Hoc anónimo y voluntario compuesto por 36 ítems, divididos en 6 bloques y 3 preguntas abiertas. Se establece un valor standard de 4 como referencia de calidad de servicio. Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa Excel v.2019.

## Resultados

Han participado el 53,4% de los pacientes prevalentes en los centros, lo que supone un total de 270 cuestionarios analizados. Todos los ítems revisados se encuentran por encima del estándar establecido, salvo la climatización de los centros, que ha obtenido una puntuación de 3,93 sobre 5. Analizando por bloques se ha obtenido una puntuación de 4,31 en relación a la información recibida por el paciente, 4,52 respecto a la atención que perciben, 4,21 para las instalaciones y 4,35 la confortabilidad de la sala. Evaluando al personal asistencial se han obtenido puntuaciones de

4,68 para los nefrólogos, 4,65 para enfermeros y 4,63 para TCAE. El personal asistencial no sanitario ha sido evaluado con una media de 4,28. La valoración global asistencial se sitúa en 4,56, superando ampliamente el estándar de calidad establecido. En las preguntas abiertas se destaca la atención y la limpieza de las unidades y se alude negativamente al horario de conexión y el transporte sanitario.

## Conclusiones

Los resultados de las encuestas de satisfacción reflejan un muy buen resultado en general. Gracias a la información obtenida se ha podido identificar las áreas más deficitarias permitiendo trabajar sobre ellas para mejorar así la calidad global del tratamiento. Por todo ello, destacamos la importancia de la realización periódica de este tipo de encuestas, lo que nos permitirá evaluar la tendencia y los resultados de las medidas de mejora adoptadas para optimizar el servicio.



# Humanización percibida del cuidado enfermero por parte de los pacientes de una unidad hospitalaria de hemodiálisis

Gustavo Manuel Contreras-Martos, María Trinidad Quesada-Armenteros, Andrés Ila-García, Antonio Ochando-García

Hospital Universitario de Jaén. España

## Introducción

Resulta paradójico que ante un sistema sanitario en el que cada vez se producen más avances científicos y con un elevado coste económico, las personas atendidas puedan llegar a sentirse desprotegidas y se muestren insatisfechas con la atención recibida. Los profesionales de enfermería de las unidades de hemodiálisis se enfrentan al reto de prestar una atención de calidad, centrada en la persona, a la vez que trabajan en un entorno altamente tecnificado; siendo el personal que más tiempo pasa en contacto con estos pacientes. La percepción de los pacientes sobre la atención recibida por parte de enfermería puede afectar a la experiencia de la hemodiálisis, siendo necesario reflexionar sobre la forma en que estos profesionales establecen la relación con el usuario, desde la humanización de su praxis.

## Objetivos

Analizar la percepción, por parte de los pacientes de una unidad de hemodiálisis, sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, identificando posibles áreas de mejora.

## Material y Método

Estudio observacional, de corte transversal, realizado en una unidad de hemodiálisis hospitalaria entre marzo-abril 2023. Para valorar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería se utilizó el cuestionario validado PCHE 3ª versión, constituido por 32 ítems (escala Likert de 4 puntos: Siempre, Casi siempre, Algunas veces, Nunca). Se obtuvo una puntuación sobre percepción global del cuidado humanizado y 3 puntuaciones correspondientes a las dimensiones: "Cualidades del hacer de enfermería", "Apertura a la comunicación" y "Priorizar al sujeto de cuidado". También se recogieron la variable sexo, edad y tiempo en hemodiálisis. La fiabilidad del cuestionario se estudió mediante el Alpha de Cronbach. Análisis de datos: programa SPSS V20. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas/relativas, media±desviación estándar y mediana (ran-

gos intercuartílicos). Para comparar la puntuación global y las 3 dimensiones según la variable sexo, se utilizó la U de Mann-Whitney, empleándose Rho-Spearman para el resto de variables; aceptando un error alfa=0,05. La cumplimentación del cuestionario fue voluntaria. El estudio se llevó a cabo cumpliendo con los principios éticos de investigación y la legislación vigente.

## Resultados

Se analizaron 38 cuestionarios, 57,9% (n=22) correspondían a hombres. La edad media de los participantes fue de 65,2±15,28 años, con una mediana de tiempo en hemodiálisis de 42 (P25:8-P75:96) meses. El Alpha de Cronbach del cuestionario fue de 0,919. Un 73,7% (n=28) de los participantes puntuó "siempre" la percepción global del cuidado humanizado, y un 5,3% (n=2) "nunca". Al analizar la puntuación "siempre" y "nunca" en cada una de las dimensiones encontramos: Comunicación (63,2% [n=24] vs 5,3% [n=2]), Priorizar al sujeto (63,2% [n=24] vs 5,3% [n=2]) y Cualidades del hacer (84,2% [n=32] vs 5,3% [n=2]). Al analizar la puntuación global y la de las 3 dimensiones con las diferentes variables estudiadas, no se encuentran relación estadísticamente significativa, salvo en "tiempo en diálisis" y la dimensión "Cualidades del hacer" (Rho-Spearman=-0,346; p=0,039).

## Conclusiones

La percepción por parte de los pacientes en hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de enfermería ha sido alta, identificándose como posibles áreas de mejora aspectos relativos a la comunicación y a priorizar al sujeto de cuidados.

# Implantación de un sistema de calidad asistencial: satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis

Sandra Rubio-Páez, Elisabet González-Lao, Vicenç Esteve-Simó, Manel Ramírez-de Arellano

Hospital de Terrassa. Barcelona. España

## Introducción

La satisfacción del cliente nos permite tomar decisiones para mejorar la calidad de la atención sanitaria y aumentar los beneficios de las personas. Los pacientes en diálisis están sometidos a un grado de estrés físico y mental importante. Existen numerosos estudios que avalan que la satisfacción del paciente influye de forma importante en la percepción de su propia salud, y por tanto en la mejora de la práctica clínica.

## Objetivos

Evaluar la satisfacción de los pacientes de una Unidad de Diálisis de un mismo hospital con amplia representación tanto de Hemodiálisis (HD) como de Diálisis Peritoneal (DP). Analizar la percepción de satisfacción en los últimos 3 años.

## Material y Método

Estudio prospectivo comparativo anual realizado entre el 2021-2023. Se les entregó para su cumplimentación de forma anónima un cuestionario que evalúa la satisfacción con seis preguntas tipo test, que inciden en los siguientes aspectos: confianza, información, confort y equipamiento. Adicionalmente entre el 2022-2023, se incorpora una pregunta nueva respecto al transporte.

## Resultados

La participación en el proceso de evaluación de la satisfacción ha sido la siguiente durante los años 2021-2023 respectivamente: –Hemodiálisis: 71,9%, 65,6% y 70,3% –Diálisis Peritoneal: 58,3%, 96% y 83,3%. Los resultados están divididos, en seis aspectos, diferenciados por hemodiálisis y Diálisis Peritoneal. En cuanto a confianza, el 100% de los pacientes en DP en el 2023 están muy satisfechos y en HD un 90% están bastante o muy satisfechos en el último año. La información de la dieta tiene una valoración de bastante aceptable, tanto en HD como en DP, en los tres años. Se observa que este aspecto ha mejorado levemente desde 2022. Sobre la

información diagnóstica y tratamiento, el total de los pacientes en DP en el 2023, están muy satisfechos. En HD, han evaluado como bastante o muy satisfechos durante los 3 años. En referencia al equipamiento, los pacientes de DP y HD están entre bastante y muy satisfechos. Respecto al confort de las instalaciones, en DP están muy satisfechos con un 90% en este último año, en HD en esta categoría están bastante satisfechos con un 54%, en el último año y ha mejorado respecto a los anteriores. En el transporte, los pacientes de DP, no aplican en la mayoría, y en HD están entre nada y poco satisfechos con el servicio en los tres años.

## Conclusiones

Tanto en Hemodiálisis como en Diálisis Peritoneal, el aspecto mejor valorado fue la confianza que le aporta el personal, y el peor valorado la espera de entrada y salida del transporte sanitario. Respecto a los resultados del transporte sanitario, hemos aumentado el esfuerzo en las medidas correctivas a realizar con la empresa de ambulancias. A raíz de los resultados del primer año, realizamos medidas correctivas, para aumentar el confort de las instalaciones y el equipamiento. En el segundo y tercer año, estas medidas hacen que en estas categorías mejorara la satisfacción. Se considera necesario continuar realizando estas encuestas para evaluar y conocer las necesidades de los pacientes de nuestra unidad.

# Importancia del diagnóstico correcto de las reacciones asociadas al uso de membranas sintéticas en hemodiálisis

Cristina Otero-Moral, Cristina Ledesma-Torre, Adriana Iglesias-González, Ana María Sacristán-Román, Mónica Pereira-García, M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

## Introducción

El diagnóstico de reacciones asociadas al uso de membranas sintéticas (RAMS) en hemodiálisis(HD) es un problema creciente en las unidades de HD. Pero en ocasiones los registros de alergias constan como dudosos, son transcritos de una historia a otra sin ser verificados o se atribuyen como reacciones de hipersensibilidad a otros procesos que nada tienen que ver, quedando esos pacientes limitados en el uso de membranas para la diálisis.

## Objetivos

El objetivo fue conocer la actual incidencia y características de las RAMS en pacientes en HD, analizando los registros en la historia clínica. Ante la duda diagnóstica valorar la respuesta obtenida a la reintroducción del dializador.

## Material y Método

Estudio observacional transversal multicéntrico en 15 centros de HD periféricos y hospitalarios. Del total de pacientes se analizan los pacientes que se dializan con triacetato de celulosa (TAC) por RAMS previas, y, en algunos pacientes ante la falta de registro diagnóstico o dudoso registro, a criterio del médico responsable se realizó una prueba con polisulfona (PS). Se registran datos demográficos, tipos de membrana y registros de la historia clínica referente a alergias a las mismas. Tras la reintroducción de PS se valoran síntomas presentados durante las sesiones. Estadística: programa SPSS V20. Se utilizó la t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas y el coeficiente de Pearson para el estudio correlacional. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas a través del test Chi<sup>2</sup>. Nivel de significación  $p < 0,05$

## Resultados

1161 pacientes con edad media  $66,6 \pm 14,9$  años, 751 (64,7%) varones. 298 (25,7%) nefropatía diabética. 59 (5,8%) se dializaban con TCA por sospecha de RAMS. De ellos, 31 (46,3%) no tenía registrada la alergia en la historia clínica y en 7 se registraba como dudoso o posible. Solo 8 pacien-

tes habían sido remitidos a alergología para confirmación de alergia. La prevalencia de RAMS varió entre centros (entre 0-10%,  $p=0,029$ ) y fue superior en centros hospitalarios que en los periféricos (8,2% vs 4,9%,  $p=0,033$ ). La membrana que más registros de alergias previas presentaba fue Polisulfona Classix 32 (62,7%). En 25 (37,3%) pacientes se probó el cambio de nuevo a PS y en 15 (60%) de ellos no se confirmó la RAM y volvieron a utilizar PS sin problemas. La prevalencia de RAMS se redujo en un 22% tras la prueba, quedando la nueva prevalencia en 4,5%. El riesgo de sospecha de RAMS fue superior si existían otras alergias (correlación de Pearson 0,76,  $p=0,009$ ). Sólo dos pacientes mostraron una reacción de hipersensibilidad tipo A, la mayoría fueron reacciones inespecíficas. La sintomatología que más se presentó fue disnea y desaturación 24 registros (46,2%) del total.

## Conclusiones

La variabilidad de registros de RAMS entre centros, la inespecificidad clínica de las reacciones asociadas a membranas sintéticas, la dificultad en el diagnóstico y el tratamiento “ex juvantibus” puede contribuir a un sobrediagnóstico de estas. La falta de seguridad diagnóstica favorece la no cumplimentación de este tipo de reacciones en el apartado de alergias. Sería importante remitir a los pacientes a alergología para ratificar la sospecha de alergia y realizar registros correctos, para evitar la limitación del uso de ciertas membranas.

# Influencia del estado de fragilidad en la respuesta a un programa de ejercicio físico intradiálisis ¿Cuál es la clave?

Adriana Iglesias-González, Carmen Peinado-García, Marcos García-Olegario, Adrián González-Santiago, Ana M<sup>a</sup> Sacristán-Román, M<sup>a</sup> Dolores Arenas-Jiménez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

## Introducción

La fragilidad se asocia a una mayor morbimortalidad en el sujeto anciano, por lo que el tratamiento precoz es fundamental, siendo el ejercicio físico la estrategia terapéutica que mejores resultados ha demostrado

## Objetivos

Analizar el impacto de un programa de ejercicio en pacientes frágiles, valorando los factores que lo dificultan.

## Material y Método

Estudio descriptivo de corte trasversal que incluye pacientes de prevalentes en HD de 6 centros de diálisis. Junto con variables demográficas se registró cuestionario FRAIL (fragilidad) que constaban de 5 preguntas. Según las puntuaciones se consideraba 0=robusto; 1 ó 2=prefragilidad;  $\geq 3$ =fragilidad. Se realiza un programa de entrenamiento supervisado y llevado a cabo por un profesional del ejercicio intradiálisis que incluye dos temporadas de 8 meses de duración cada una. Consiste en sesiones de ejercicio entre 30 minutos y 1 hora (con progresión individualizada y personalizada por paciente) de fuerza y/o aeróbico, con variación entre 1 a 3 sesiones/sem durante las dos primeras horas de la diálisis, mediante pelotas de foam, gomas elásticas, lastres para tobillos y pedalina. Las pruebas de rendimiento físico fueron: Fuerza en miembros superiores mediante dinamometría (HG), fuerza en miembros inferiores mediante 10-To Sit- to-stand (STS10), capacidad aeróbica con The six-minute walk test (6MWT) y velocidad de marcha (VM), equilibrio (pies juntos, semitanden y tanden), riesgo de caídas mediante The Timed-Up and Go test (TUG), Short Physical performance Battery (SPPB). Todas las medidas se realizaron al inicio y final de las dos temporadas. Estadística: programa SPSSV20. Para analizar el impacto del ejercicio se empleó la prueba de t-student o AVONA. La asociación de variables cualitativas se realiza mediante  $\chi^2$ . Nivel de significación  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

De los 343 pacientes, 206 (60%) eran varones. Edad media  $65,2 \pm 17,5$  años. La clasificación de los pacientes según el cuestionario de fragilidad fue: 194 (56,6%), pacientes resultaron no frágiles, 100 (29,2%) prefrágiles y 49 (14,3%) pacientes frágiles. La mayoría de las mejoras se observaron en el grupo de pacientes no frágiles, en las variables HG ( $p=0,001$  derecha y  $p=0,009$  izquierda), STS10 ( $p < 0,001$ ), 6MWT ( $p < 0,001$ ). Seguido del grupo prefrágil que presentaron mejora en las variables SPPB ( $p=0,008$ ), equilibrio en semitande ( $p=0,06$ ) y VM ( $p=0,036$ ) el grupo frágil mejoró tiempos o puntuaciones de las variables sin ser significativos. En el análisis de la adherencia al programa había diferencias significativas entre grupos respecto a porcentaje de pacientes que fallan a las sesiones ( $p=0,046$ ) y número de sesiones recibidas ( $p=0,03$ ) siendo menor en el grupo de pacientes frágiles. Las causas por las que se realizan menos sesiones en este grupo fueron problemas médicos en 5 (16,7%) pacientes, dolor 6 (20%) y desánimo 5 (16,7%).

## Conclusiones

El programa de ejercicio fue útil para mejorar el rendimiento físico de los pacientes en hemodiálisis no frágiles, seguido de prefrágiles, pero no obtuvo beneficio en aquellos frágiles, que tienen un grado de adherencia menor. La efectividad de un programa de ejercicio por tanto, va a depender de su cumplimiento. El inicio de estos programas debe ser precoz para evitar llegar al estado de fragilidad donde el cumplimiento es más escaso. Un programa de ejercicio destinado a pacientes frágiles debe contemplar la posible falta de cumplimiento del mismo y adaptarlo a la situación del paciente.

## ¿Influyen los anticoagulantes administrados intradiálisis en el INR del paciente?

Nemesio Manzano-Guerrero, Marta Fernández-Sampedro, Maria Escutia-Cilleruelo, Dora Núñez-Palomino, Beatriz Sánchez-Álamo, Cristiam Martínez-Gil

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

### Introducción

La anticoagulación en Hemodiálisis está dirigida a prevenir la coagulación del circuito sanguíneo con los mínimos riesgos posibles, para lo cual habitualmente empleamos heparina. La dosis se calcula con el objetivo de utilizar la menor cantidad de anticoagulante con la que el dializador y la cámara venosa queden limpios de restos hemáticos, pero ésta debe ser segura para el paciente. Por ello nos planteamos si la heparina administrada altera de manera sistemática el INR del paciente.

### Objetivos

- Analizar si la heparina administrada intradiálisis afecta al perfil de coagulación del paciente.
- Comparar los efectos de la heparina no fraccionada (HNF) y heparina de bajo peso molecular (HBPM).

### Material y Método

Realizamos estudio prospectivo de intervención, analizando una muestra de 41 pacientes, que se utilizaron como sus propios controles cruzados. La muestra incluye pacientes anticoagulados con Sintrom o HBPM (Clexane), y no anticoagulados.

- **Primera fase:** Se administró dosis habitual de HNF en bolo inicial, seguido de una pauta intermitente, y se realizó control con hemograma y coagulación, al inicio, a la hora y al finalizar sesión.
- **Segunda fase:** Se administró a los pacientes, HBPM por la línea arterial y se realizaron las mismas analíticas. Se valoró la coagulación del dializador y de cámara venosa mediante una escala visual semicuantitativa, y otras variables cuantitativas como el hematocrito, la hemoglobina, la ultrafiltración y tiempo de diálisis. Así como tipo de acceso vascular y tratamiento basal con anticoagulantes en domicilio.

### Resultados

#### Primera fase:

- Se observó un aumento del INR del 0,98% en la primera hora ( $p=0,9$ ). Y al finalizar la sesión un descenso del -7,22% con respecto al valor inicial ( $p=0,006$ ).
- El tiempo parcial de tromboplastina (APTT) varió en un 26,2% en la primera hora y del 3,7% al finalizar.
- Específicamente en los pacientes con Sintrom ( $n=11$ ), el INR sufrió variaciones no significativas del 0,27% ( $p=0,6$ ) en la primera hora y del 16,4% al finalizar la sesión ( $p=0,08$ ).

#### Segunda fase:

- El INR experimentó una variación del 0% en la primera hora ( $p=0,4$ ) y -5,9% al finalizar la sesión ( $p=0,06$ ).
- En los pacientes con Sintrom, el INR tuvo una variación del 0,2% en la primera hora ( $p=0,4$ ) y -7,6 al finalizar ( $p=0,4$ ).

No se observan diferencias al utilizar diferentes dializadores, técnicas depurativas, ultrafiltración, tiempo, y acceso vascular, ni influencia del hematocrito y hemoglobina basal del paciente. El 83% de los pacientes presentó una coagulación del sistema del 0-25% en la escala visual. Sin observarse diferencias ente diferentes tipos de heparinas administradas.

### Conclusiones

La heparina intradiálisis no afecta al perfil de coagulación del paciente de manera significativa, por los que podemos analizar el INR a lo largo de toda la sesión, independientemente del tipo/cantidad de heparina administrada y del estado de anticoagulación basal del paciente. Esto supone un gran avance en cuanto a seguridad del paciente se refiere. No se observan, a su vez, diferencias en la coagulación del circuito en función del tipo de heparina.

## Paciente en hemodiálisis, una visión más allá de lo físico

Jenny Rodríguez-Urbina, Sandra Rubio-Páez, Esther Arcas-Canalias

Hospital de Terrassa. Barcelona. España

### Introducción

El cuidado humanizado es una conducta ética que dirige nuestro comportamiento en la atención de enfermería. Para cuidar de una persona es preciso conocer sus necesidades físicas y emocionales de una manera individualizada, cuáles son sus fortalezas y limitaciones para dar respuesta a esas demandas.

### Objetivos

Identificar las necesidades humanizadoras basada en la teoría de Watson desde la perspectiva del paciente en tratamiento de hemodiálisis

### Material y Método

Estudio de metodología cualitativa descriptivo, con un análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas en pacientes que realizan hemodiálisis, (n=9), con el respectivo consentimiento informado y confidencialidad desde septiembre 2021 hasta junio 2022, cumpliendo los criterios de inclusión y realizadas en los domicilios de los pacientes. Las transcripciones fueron grabadas y transcritas literalmente para su posterior análisis usando el análisis de contenido de Strauss and Glasser (1967).

### Resultados

Una vez realizada la transcripción de estas entrevistas se analizó el contenido, buscando patrones, categorizando los significados, descubriendo las necesidades de los pacientes renales desde su perspectiva de acuerdo con el objetivo de nuestro estudio. Se obtuvieron 4 categorías principales: La promoción y aceptación de la expresión de sus sentimientos, la sensibilidad para reconocer su vulnerabilidad, la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la mejora de una relación de ayuda y confianza. Con la identificación de las necesidades del paciente renal, se dará inicio al proyecto de Humanización de la atención de enfermería al paciente en tratamiento de hemodiálisis, diseñando acciones concretas para cubrir estas necesidades, mejorando así la calidad asistencial de nuestro servicio.

### Conclusiones

Los pacientes renales son personas sufrientes, vulnerables que necesitan expresar sus sentimientos y emociones como experiencia enriquecedora de sentirse escuchados y de ser cuidados con una atención de enfermería basada en el respeto de su dignidad, con empatía y comprensión. Necesitan de una adecuada relación de ayuda-confianza, a través del acercamiento y acompañamiento con la escucha activa en el proceso de su enfermedad. Es de gran importancia la sensibilización y concienciación de la aplicación del cuidado humanizado, porque el cuidar y el aliviar su sufrimiento es parte de la atención integral de un paciente, ya sea en el mantenimiento o recuperación de la salud, como en el proceso del fin de la vida.

# Pacientes ancianos en hemodiálisis. Una población muy especial con necesidad de una pauta de diálisis individualizada

Mónica Pereira-García<sup>1</sup>, Paula Manso-del Real<sup>2</sup>, Concepción Pereira-Feijoo<sup>3</sup>, Damián Carneiro-Teijeiro<sup>4</sup>, Marina Burgos-Villullas<sup>5</sup>, M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Unidad Fundación Renal del Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

<sup>2</sup> Fundación Renal Madrid. España

<sup>3</sup> Centros Fundación Renal de Ourense. España

<sup>4</sup> Centro Fundación Renal "Os Carballos", Vigo. Pontevedra. España

<sup>5</sup> Centro Fundación Renal "Os Carballos II". Porriño. Pontevedra. España

<sup>6</sup> Centro Fundación Renal Las Encinas, Salamanca. España

## Introducción

La nefrología moderna intenta individualizar las pautas de hemodiálisis (HD), adaptándose a las necesidades del paciente. El intento de mantener la función renal residual (FRR), y la aparición de la diálisis incremental son algunos de esos avances. Sin embargo, existe la creencia que todo paciente en HD debe dializarse más de 210-240 min. Los pacientes ancianos, frágiles precisan muchas veces una diálisis corta para suplir la función renal residual (FRR), y sobre todo no deteriorar de forma acelerada su estado general. Se pretende que el paciente anciano tenga una adecuada calidad de vida. En este estudio pretendemos realizar un primer análisis de un proyecto más ambicioso que tiene como fin extremar la individualización de los ancianos más frágiles.

## Material y Método

Se han estudiado 340 pacientes, de los cuales 90 (26,47%) tenían más de 75 años correspondientes a 4 unidades de diálisis, una de ellas hospitalaria. En todos ellos se analizó la edad, sexo, años en diálisis, capacidad para caminar, situación en los días inter diálisis, necesidad de institucionalización, y de uso de ambulancia. Como datos de diálisis se encuentra el tiempo, días semana, KTV y diuresis residual. También la comorbilidad de Charlson, se cuantificó la fragilidad con la escala FRIED, y escalas de dependencia (Barthel) y nutrición (MIS). El abordaje estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS Statistics V20. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar. Las variables cualitativas, mediante cifras absolutas y porcentajes. Se utilizó la t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas y ji cuadrado para cualitativas. Se concretó el nivel de significación estadística para una  $p < 0,05$ .

## Resultado

Noventa pacientes con una edad media  $81,53 \pm 4,44$ . Sexo, 49 (54%) fueron hombres, 22 (24,44%) eran diabéticos. Se dializan  $3,57 \pm 0,47$  horas sesión ( $11,86 \pm 10,84$  horas semana), con  $48,9 \pm 53$  meses en HD. De ellos no tienen diuresis un 40% (33/90), con más de 500 ml/día un 33% (30/90). Tenían un IMC  $> 25$  un 45% (46/90), y Albumina  $> 3,5$  un 82% y  $< 20$  un 4,4%. La comorbilidad media (Charlson) es de  $9,36 \pm 2,09$ . El transporte es en ambulancia un 80% (silla y camilla), viven en residencia un 10% (9 de 90). Sufren cansancio post diálisis que les impide moverse de casa el día de diálisis un 48,8% (44 de 90). Los que no andan se dializan lo mismo (mismas horas semana, mismo KTV) pese a que tienen mayor dependencia, edad, desnutrición y fragilidad.

## Conclusiones

Los pacientes ancianos en diálisis se dializan una media de más de 210 minutos, con un KT/V superior a 1,2. Muchos han perdido la función renal residual. La mayoría acuden en ambulancia, y un 50% no pueden hacer vida normal en el día inter diálisis. Debemos intentar individualizar las diálisis en ancianos, para intentar que puedan realizar actividad, aunque sea limitada en los días de no diálisis.

## Prurito en pacientes con terapia de hemodiálisis

Silvia Casares, Antonio Bañobre, Susana Borge, Lidia Queija, Alfonso Alonso, Miriam Vázquez

Complejo Hospitalario de Ourense. España

### Introducción

Un síntoma frecuente y poco reconocido en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es el prurito, especialmente en etapas avanzadas en sujetos en tratamiento con terapia de reemplazo renal. La etiología del prurito es multifactorial, afectando a la piel y sus anexos.

### Objetivos

Conocer la prevalencia de prurito, así como sus características, en pacientes con ERC que acuden a Hemodiálisis (HD) en nuestro Hospital.

### Material y Método

Diseño: estudio descriptivo transversal Población: 73 pacientes que acuden al Hospital a HD. Procedimiento: Los participantes fueron reclutados por el personal de enfermería, que le informó del estudio y los invitó a participar. Aquellos que aceptaron, firmaron un consentimiento informado y se les hizo entrega de un cuestionario. Los datos analíticos fueron recogidos de las historias clínicas. Variables: variables socio-demográficas, valores analíticos y síntomas y características del prurito. Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Los datos se distribuyeron de manera normal, por lo que se utilizaron pruebas paramétricas para el contraste de hipótesis, considerando significativos valores de  $p < 0,05$ . Este estudio cumplió con toda la normativa ética y legal aplicable. Se utilizó el programa SPSS v23.0.

### Resultados

Participaron un total de 66 pacientes. El perfil del participante fue un hombre (66,7%), de 68,36 ( $\pm 12,2$ ) años, en terapia con HD desde hace 62,3 meses ( $\pm 58,5$ ). Los valores analíticos medios de la muestra fueron 8,6 ( $\pm 0,6$ ) para el Ca, 4,9 ( $\pm 1,3$ ) para el P y 137,8 ( $\pm 41,2$ ) para la Urea. Un 75,8% de los pacientes ha tenido picores en alguna ocasión. El inicio de estos picores se produce en un 48,5% una vez iniciado el tratamiento de HD. El 74,2% manifiesta su picor como localizado, siendo la zona de acceso vascular el área donde más se produce. El 63,6%

manifiesta que no nota diferencias en su picor según la estación del año. La media del máximo picor en su último brote (en una escala del 1 al 10) es de 4,67 ( $\pm 3,1$ ). El 98,5% dice que dicho picor no interfiere en su actividad habitual, pero un 25,8% ve afectado por este motivo su estado de ánimo y un 83,3% refiere que le ha interferido en su hábito de sueño/descanso. El 60% no conoce medidas para aliviarlo, y el 71,2% estaría interesado en recibir formación sobre este tema. Un 53% posee un prurito leve, seguido de un 18% de moderado. No se han encontrado diferencias relevantes ni significativas entre las distintas variables.

### Conclusiones

El prurito en nuestros pacientes tiene una prevalencia del 75,8%. Habitualmente se manifiesta como un picor localizado, de aparición variable a lo largo del día, y sin que la estación del año parezca influir. No hemos observado diferencias significativas en los valores analíticos entre los pacientes con y sin prurito. A la vista de los resultados podemos concluir que un alto porcentaje necesita información sobre como aliviar el prurito, lo que hace conveniente poner en marcha programas de educación por parte del personal sanitario sobre esta complicación.



# Reacciones adversas e intolerancia a fármacos en hemodiálisis. Conocimiento y registro adecuado por parte de la enfermería

M<sup>a</sup> Concepción Pereira-Feijoo, Cristina Otero-Moral, Marta Isabel San Juan-Miguelsanz, Dolores Piña-Simón, Adriana Iglesias-González, María Dolores Arenas-Jiménez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

## Introducción

Las reacciones asociadas al uso de fármacos en hemodiálisis y la intolerancia gastrointestinal es un problema importante que pueden afectar a la seguridad del paciente, los resultados clínicos y la adherencia terapéutica. Se distinguen dos tipos de situaciones asociadas al uso de fármacos;

- Reacciones tipo A: hipersensibilidad, intolerancia digestiva y efectos secundarios relacionados con el mecanismo de acción del fármaco que dependen o no de la dosificación.
- Reacciones tipo B: reacciones inespecíficas no relacionadas con los efectos farmacológicos del fármaco. Los pacientes pueden describirnos sintomatología que no saben tienen relación con la toma de determinados fármacos. Enfermería ha de conocer cuáles son las reacciones adversas e intolerancias más comunes a los tratamientos farmacológicos para hacer un registro adecuado, alertando al resto del equipo ante la aparición de las mismas.

## Objetivos

Analizar las reacciones adversas más frecuentes asociadas al uso de fármacos en una población prevalente en HD para el conocimiento y registro correcto por parte de la enfermería.

## Material y Método

Estudio transversal retrospectivo multicéntrico observacional. Se analizan las historias clínicas de pacientes de hemodiálisis de 15 centros de HD y se extrae la información de aquellos fármacos contraindicados en el paciente, bien por alergias, por presencia de efectos secundarios o por intolerancia digestiva. Estadística: programa SPSS V20. Se utilizó la t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas a través del test Chi<sup>2</sup>. Nivel de significación p<0,05

## Resultados

Se estudian 1163 pacientes en hemodiálisis. Edad media 66,6±14,9 años, 751 (64,7%) varones. Principal etiología 298 (25,7%) nefropatía diabética. En relación a las reaccio-

nes relacionadas con los fármacos, la más frecuente fue la alergia 396 (34%) pacientes, que afectaba fundamentalmente a antibióticos, 117 (10,1%) y en segundo lugar a filtros de polisulfona, 70 (6%). En segundo lugar se describieron efectos secundarios a fármacos 112 (9,6%) (tipo A 62% y tipo B 38%); las más frecuentes fueron los edemas por calcioantagonistas con 21 (1,81%) registros y 18 (1,55%) las mialgias por estatinas. En último lugar se encuentran los registros de intolerancia digestiva con 103 (8,5%), de los que 61 (5,25%) se referían a fármacos destinados al control del metabolismo mineral y óseo (captadores del P y cinacalcet). No hubo diferencias significativas por edad ni sexo en cuanto a los tipos de reacción.

## Conclusiones

La reacción alérgica es el efecto adverso más descrito en las historias clínicas de los pacientes, quizás porque la sintomatología que presenta es fácilmente reconocible. Pero síntomas tan frecuentes en las salas de diálisis como la presencia de edema, mialgias o alteraciones gastrointestinales pueden deberse al uso de fármacos y pasar desapercibidas. Es importante distinguir entre los síntomas que caracterizan las distintas reacciones a fármacos para identificarlas y hacer un registro adecuado, alertando al resto del equipo de las mismas.

# Relación entre sobrehidratación y marcadores biológicos CA 125 y NT-PRO-BNP en pacientes en hemodiálisis como predictores de insuficiencia cardiaca

Esther Asensio-González<sup>1</sup>, María Lorena Iglesias-González<sup>1</sup>, Silvia Villoria-González<sup>1</sup>, Silvia Aragón-Conde<sup>1</sup>, Antonio López-González<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Luz Sánchez-Tocino<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centros Fundación Renal Las Encinas y el Castañar. Salamanca. España

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

## Introducción

La enfermedad cardiovascular es muy frecuente entre la población en diálisis y es la principal causa de muerte. Esta patología se ve influida por el estado de sobrehidratación característico de esta población. Recientemente se ha relacionado la alteración en los niveles plasmáticos de diversos marcadores biológicos como el antígeno carbohidrato 125 (CA125) y el propéptido natriurético cerebral N-terminal (Pro-BNP) presencia de insuficiencia cardiaca en población general.

## Objetivos

Analizar la relación entre los niveles séricos de antígeno Ca125 y PRO-BNP con el estado de hidratación determinada mediante biimpedancia en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Describir la asociación de estas variables con la presencia de fracción de eyección alterada.

## Material y Método

Estudio descriptivo transversal de pacientes en programa de hemodiálisis crónica de dos centros de diálisis extrahospitalarios y una unidad hospitalaria. Se determina estado de sobrehidratación por bioimpedancia, marcadores biológicos Ca-125 y NT-PRO-BNP junto otros datos analíticos, además de datos demográficos y del acceso vascular. Por otro lado, se registró de fracción de eyección conservada/alterada. El análisis estadístico se realizó mediante programa SPSSV20. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar y las cualitativas como valores absolutos y porcentajes. Se utilizó t de Student para comparar variables cuantitativas y el coeficiente de correlación de Pearson. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante la prueba de Chi<sup>2</sup>, con el uso de mediana para Ca125 y PRO-BNP y se estableció como sobrepeso los pacientes con sobrecarga >15% del agua extracelular determinada por bioimpedancia. Nivel de significación p<0,05.

## Resultados

Se estudiaron 51 pacientes. 36 (70,6%) varones. Edad media 68,24±13,84 años. Tiempo medio en HD 51,79±48,73 meses, principal etiología 11 (21,6%) fue la diabetes, 40 (78,4%) portadores de FAV. La media de Ca125 fue 16,62±2,67 U/ml, PRO-BNP 8.556,75±1.349,2 pg/ml y sobrecarga 1,92±0,16 l. En el análisis correlacional entre las variables principales solo encontramos relación significativa entre PRO-BNP y fracción de eyección (r=-0,532, p=0,023). Sólo 4 (7,8%) pacientes presentaron valor de Ca125 alterado, sin embargo 49 (98%) tenían cifras de PRO-BNP elevadas. Se realizó una asociación de las variables cualitativas mediante el uso de la mediana para Ca125 que fue 11,1 (0-125) U/ml, PRO-BNP 4.662,5 (31,39-38.000) pg/ml, presencia de sobrehidratación en 13 (26%) pacientes y fracción de eyección disminuida en 6 (14,3%) pacientes. Igualmente solo se asociaron PRO-BNP y fracción de eyección disminuida (p=0,012).

## Conclusiones

A pesar de que se ha establecido una relación entre el Ca125 y el estado de sobrehidratación siendo buenos marcadores de congestión cardiaca en población general, en pacientes en hemodiálisis no encontramos esa relación, ni la asociación con una fracción de eyección deficitaria, las cifras de Ca125 estuvieron dentro de los límites normales y quizás en este tipo de población los estados continuos de sobrehidratación sean los que alteran los resultados. Sin embargo, el PRO-BNP muy elevado en nuestros pacientes, si se establece como un buen marcador de insuficiencia cardiaca.

# Repercusión de la sesión de hemodiálisis en la percepción del paciente sobre su estado de salud

Rocío Sarrión-Luna, Isabel Rudilla-Iribarren, Leonor Muñoz-López, Isabel Naranjo-Piñeiro, Victoria Eugenia Gómez-López, Rafael Casas-Cuesta

Unidad de Hemodiálisis. UGC Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

## Introducción

En las últimas décadas, la determinación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha convertido en un indicador de resultado imprescindible a la hora de valorar el impacto de una intervención sanitaria sobre el individuo, al aportar información sobre la percepción que tiene el propio paciente sobre su CVRS. Así pues, la valoración estrictamente clínica en hemodiálisis (HD), resultaría incompleta. Si consideramos que las sesiones de HD son intervenciones sanitarias poco confortables en ocasiones, y que provocan trastornos en la vida laboral, ocio, estado emocional y relaciones sociales del paciente, podríamos pensar que afectarían negativamente a la percepción del paciente sobre su CVRS, y por ello planteamos como objetivo: –Determinar si las sesiones de HD y su grado de confort, tienen repercusión en la percepción del paciente sobre su CVRS.

## Material y Método

Estudio descriptivo transversal sobre un grupo de pacientes en HD que aceptaron participar, y con capacidad cognitiva conservada y capaces de contestar cuestionarios. Se desarrolló en dos fases separadas cuatro semanas, actuando el mismo grupo como grupo control al comparar los resultados de ambas fases, siendo la variable resultado la CVRS. Primera fase: cumplimentación autoadministrada del cuestionario de CVRS Coop Wonka, en las 12 horas previas a la primera sesión semanal. Durante las cuatro semanas siguientes, recogida en un registro de elaboración propia, de todos los síntomas, complicaciones mecánicas y situaciones de estrés experimentadas por el paciente durante las sesiones. Segunda fase: cumplimentación del mismo cuestionario de CVRS, administrado por enfermería, al finalizar una sesión. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, e índice de adecuación de la diálisis (Kt/V).

## Resultados

Se estudiaron 61 pacientes, 39 hombres (64%) y 22 mujeres (36%). Edad media  $67,7 \pm 13$  años, y tiempo en HD de  $68,7 \pm 79$  meses. El 43% diabéticos, y acceso vascular: 66% fístula arteriovenosa y 34% catéter venoso central. El índice de Comorbilidad de Charlson de  $6,5 \pm 2$  puntos. Los parámetros bioquímicos fueron: hemoglobina  $11,2 \pm 1,5$  gr/dl, albúmina  $3,8 \pm 0,3$  gr/dl. El Kt/V medio fue  $1,66 \pm 0,32$ . Las puntuaciones globales de CVRS fueron  $25,6 \pm 6,9$  puntos en 1ª fase y  $24,2 \pm 7$  puntos en la 2ª fase, encontrándose diferencias significativas entre ambos periodos ( $p < 0,04$ , test de Wilcoxon), con una buena correlación entre ambas ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ). En el periodo de control (12 sesiones) se registraron 328 síntomas ( $0,44 \pm 0,54$ /paciente y sesión). Se encontró relación significativa entre edad y comorbilidad ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ). El tiempo en HD se relacionó con sintomatología ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ) y CVRS, pre-sesión y post-sesión ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$  y  $r = -0,37$ ,  $p < 0,01$ , respectivamente). Y la sintomatología se relacionó con CVRS pre y post-sesión ( $r = 0,42$ ,  $p < 0,01$  y  $r = -0,28$ ,  $p < 0,05$ , respectivamente). No se encontraron otras relaciones significativas.

## Conclusiones

A la vista de los resultados, podemos concluir que a mayor tiempo en HD los pacientes presentan peor CVRS y más sintomatología durante las sesiones, existiendo también una relación directa entre peor CVRS y mayor sintomatología por sesión de HD. Además, la percepción del paciente sobre su estado de salud, es mejor post-sesión en comparación con la percibida antes de la sesión de diálisis.

# Seguimiento de la adecuación en hemodiálisis crónica mediante aclaramientos continuos incorporando aclaramiento residual de la urea

María del Mar Castillo<sup>1</sup>, Joan Manuel Gascó<sup>1,2</sup>, María Francisca García<sup>1</sup>, Paloma Livianos<sup>1</sup>, Isabel García-Méndez<sup>1</sup>, María Antonia Bauzá<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Baleares. España

<sup>2</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares-IdISBa. España

## Introducción

Personalizar los tratamientos de hemodiálisis (HD) conlleva tratar pacientes (p) con esquemas de tratamiento, frecuencia y tiempo diferentes. En la preservación de la función renal residual se requiere seguimiento mediante aclaramiento residual de la urea (KRU). Monitorizar la adecuación exige aplicar modelos adaptados a estas necesidades como los cálculos de aclaramientos continuos: Kt/V standard semanal (stdKtV semanal) ajustado a superficie corporal (SANstdKtV) y equivalente de aclaramiento renal de Casino (Casino), ambos incorporando KRU. La metodología más exacta y validada para hemodiafiltración (HDF), es el cálculo del modelo cinético formal de la urea mediante calculador Solute-Solver. SANstdKtV representa el cálculo del aclaramiento de urea y de moléculas pequeñas con alto rebote postHD como guanidinas y metilamina ("solutos secuestrados").

## Objetivos

Analizar la aplicación de la medición de la adecuación dialítica según SANstdKtV y Casino incorporando KRU en pacientes en HD crónica, y su efecto sobre la evolución de las variables clínicas de toxicidad urémica.

## Material y Método

Estudio prospectivo observacional de 12 meses de p de una unidad hospitalaria. Determinación trimestral de MCU a partir de urea sanguínea pre/postHD por Solute-Solver y de KRU en p con diuresis residual >50 ml/24 h a partir de concentración de orina de 24 horas previa a la sesión y urea sérica preHDx0,9. Normalización de stdKtV semanal y de KRU a superficie corporal, y de Casino a volumen de distribución urea monocompartimental 40 L. Análisis de evolución trimestral de resultados de toxicidad urémica con media de picos de urea preHD (CmBUN), media BUN semanal (TACBUN), vacío aniónico (AG), fósforo (P) y beta2-microglobulina (β2M) como variables dependientes; SANstdKtV y Casino como variables predictoras. Métodos estadísticos: Friedman ANOVA (FA) para seguimiento de variables dependientes.

Estudio correlaciones de las variables cinéticas. Análisis supervivencia Kaplan Meier. Resultados: 43 pacientes (30 HDF, 12 HD alto flujo y 1 HD extendida). Edad (media±DS) 60,2±16,5 años, Charlson 7,8; 46,5% mujeres. Sesiones(s)/semana: 33 p 3 s (7 p 4h 15min, 8 p 4h 30min), 3 p 4 s, 2 p 2 s. 15 p (34%) con diuresis residual durante algún período del seguimiento (media±DS KRU 2,6±2,5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Supervivencia actuarial a 12 meses 82,5%. Medias±ES: SANstdKtV 2,85±0,06; Casino 16,4±0,3 ml/min/40L; generación de urea monocompartimental (Gsp) 4,37±0,22 mg/min; CmBUN 59,5±2,6 mg/dl; TACBUN 34,4±1,4 mg/dl; AG 17,4; P 4,6±0,1 mg/dl; β2M 25,2 mg/L. En el análisis de evolución de las variables dependientes trimestralmente según nivel de variables predictoras (≥ o < a la media), el grupo de p con SANstdKtV≥2,85 mostró pendiente de reducción de CmBUN (FA p=0,1) y TACBUN (FA p=0,06), sin observarse esta reducción con Casino ≥16,4 ml/min/40L. β2M mostró tendencia al incremento con Casino <16,4 ml/min/40L (FA p=0,1). Sin diferencias en la evolución de AG y P.

## Conclusiones

SANstdKtV ofreció mejor predicción de resultados clínicos de depuración de molécula pequeña con aumento de dosis depurativa que Casino. SANstdKtV≥2,85 se ha asociado con reducción de niveles de CmBUN y TACBUN. Solute-Solver facilita el uso del modelado formal de la urea, especialmente en aclaramientos continuos.

## ¿Son comparables los datos ofrecidos por los distintos modelos de bioimpedancia?

Laida Vitoria-Castillo, Cristina Pan-Esteban, Adrián Rodríguez-Negro, Eztizen Garzón-Otero, Irantzu Terreros Aguinaco, Lidia Santamaría-Gonzalo

Hospital Universitario de Basurto. Vizcaya. España

### Introducción

En el mercado existen diferentes monitores de medida de bioimpedancia (monofrecuencia, multifrecuencia, tetrapolares, octapolares, globales, parciales). A partir de sus mediciones crudas obtenidas realizan una serie de fórmulas matemáticas que nos informan de la composición corporal tanto de agua como de masa grasa y muscular. Algunas de esas mediciones no son equiparables entre los diferentes instrumentos y pueden dar lugar a resultados dispares. En nuestro entorno los bioimpedanciómetros más habitualmente utilizados son el monofrecuencia EFG de Akern y el multifrecuencia BCM de Fresenius. El objetivo de este trabajo es comprobar si las medidas que ofrecen estos dos dispositivos pueden ser intercambiables.

### Pacientes y Método

Estudio prospectivo realizado en nuestra unidad de hemodiálisis hospitalaria. Se realizó la medida con ambos monitores analizando los datos crudos obtenidos y los datos procesados resultantes, tanto de masa como de volumen corporal. Se realiza estadística descriptiva y comparación de media de datos pareados. Por otra parte, se ha realizado el cálculo de la masa muscular apendicular según fórmula de Sergi et al, y se ha clasificado en sarcopenia según el consenso de la EWGSOP2. Se analizan, mediante comparación de media para datos pareados (t student), la comparabilidad de las diferentes medidas si normalidad o test de Wilcoxon cuando no lo eran. Los datos se muestran mediante media  $\pm$  desviación estándar (intervalo) o mediana (rango intercuartil).

### Resultados

Se han incluido un total de 72 medidas en 54 pacientes, con una edad media de  $67,0 \pm 13,8$  años (34-86) y un IMC de  $27,0 \pm 5,8$  kg/m<sup>2</sup> (14,1-46,9). Encontramos diferencias en todas las medidas crudas ofrecidas por los dos monitores. La resistencia (Rz) media es  $518 \pm 106$  en multifrecuencia y  $524 \pm 106$  en unifrecuencia ( $p < 0,001$ ). La reactancia (Xc) fue de  $37 \pm 10,9$  con multifrecuencia y de  $42 \pm 10,3$  con monofre-

cuencia. El ángulo de fase ( $\theta$ ) es donde hubo mayor diferencia ( $4,1^\circ$  con multifrecuencia y  $4,6^\circ$  con monofrecuencia). Al analizar los datos calculados los volúmenes corporales dan valores más elevados con monofrecuencia que con multifrecuencia (TBW=  $38,9 \pm 8,6$  vs  $31,8 \pm 6,6$  L;  $p < 0,001$ ). En la medición de datos relativos (ECW/TBW) los valores, aunque diferentes, ofrecen resultados menos dispares ( $53,9 \pm 5,4\%$  vs  $51,7 \pm 3,0\%$ ;  $p = 0,015$ ). Con respecto a los datos de masa muscular, al realizar el cálculo con la fórmula de Sergi, la masa muscular apendicular en mujeres es  $15,7 \pm 3,0$  vs  $15,6 \pm 3,08$  y en hombres  $20,7 \pm 4,24$  vs  $20,6 \pm 4,33$   $p = 0,209$  para el global.

### Conclusiones

Los datos ofrecidos por los dos modelos de bioimpedancia no son idénticos y pueden generar confusión. A la hora de comparar ambas mediciones; para el volumen de hidratación se podría emplear el % de agua extracelular con respecto al total y para la masa muscular la medición de la masa muscular apendicular con la fórmula recomendada por el EWGSOP2.

# Uso de batería de test de desempeño físico para la validación de escalas de fragilidad y sarcopenia en pacientes en hemodiálisis

María Isabel González-Sánchez, Adrián González-Santiago, Marcos García-Olegario, Carmen Peinado-García, Concepción Pereira-Feijoo, María Luz Sánchez-Tocino

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

## Introducción

Con el envejecimiento de la población nos encontramos con un aumento de prevalencia de entidades diagnósticas como la fragilidad y la sarcopenia. El paciente renal además de la edad, tiene una serie de condicionantes por los que estas entidades se van a ver potenciadas. Identificar la fragilidad y la sarcopenia en nuestros pacientes es de vital importancia para iniciar las medidas correctoras pertinentes. Existen escalas sencillas para el diagnóstico precoz, validadas en población general pero aún pendientes de validar en poblaciones especiales.

## Objetivos

Validar los resultados de la escala FRAIL (fragilidad) y SARC-F (sarcopenia) en la población de diálisis mediante un batería de test de desempeño físico.

## Material y Método

Estudio descriptivo de corte trasversal que incluye pacientes de prevalentes en HD de 6 centros de diálisis. Se pasó cuestionario FRAIL (fragilidad) y cuestionario SARC-F (sarcopenia). Ambos constaban de 5 preguntas. Según las puntuaciones del cuestionario FRAIL se consideraba 0=robusto; 1 ó 2=prefragilidad;  $\geq 3$ =fragilidad y en el cuestionario SARC-F una puntuación mayor de 4 se consideraba sarcopenia. Se midió la función física mediante pacientes: Encuesta de actividad física (PASE), Fuerza en miembros superiores por dinamometría (HG), fuerza en miembros inferiores mediante 10-ToSit-to-stand (STS10), capacidad aeróbica con The six-minute walk test (6MWT) y velocidad de marcha (VM), equilibrio (pies juntos, semitanden y tanden), riesgo de caídas mediante The Timed-Up and Go test (TUG), marcador de discapacidad Short Physical performance Battery (SPPB). Además variables sociodemográficas. Estadística: programa SPSS v20. Se empleó la prueba de t-student o AVONA, según correspondiera. Nivel de significación  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

343 pacientes. 206 (60%) varones. Edad media  $65,2 \pm 17,5$  años. La clasificación de los pacientes según el cuestionario de fragilidad fue: 194 (56,6%), pacientes resultaron no frágiles, 100 (29,2%) prefrágiles y 49 (14,3%) frágiles. En relación a la escala SARC-F, 84 (24,5%) fueron clasificados como sarcopénicos. En relación a los test realizados existió diferencia significativa entre las medias obtenidos por los distintos grupos no frágiles, prefrágiles y frágiles clasificados por FRAIL y sarcopénicos y no sarcopénicos clasificados por SARC-F, para todas las variables que determinaron función física. Los resultados de significación se presentan a continuación: Comparación de medias entre no frágiles, prefrágiles y frágiles: PASE ( $p < 0,001$ ), HG ( $p < 0,001$  derecha y  $p < 0,001$  izquierda), STS10 ( $p < 0,001$ ), 6MWT ( $p < 0,001$ ), VM ( $p < 0,001$ ), Equilibrio juntos ( $p = 0,007$ ), E. tanden ( $p = 0,007$ ), E Semitanden ( $p < 0,001$ ), con disminución del riesgo de caídas ( $p = 0,039$ ) y riesgo de discapacidad ( $< 0,001$ ). Comparación de medias entre sarcopénicos y no sarcopénicos: PASE ( $p < 0,001$ ), HG ( $p < 0,001$  derecha y  $p < 0,001$  izquierda), STS10 ( $p < 0,001$ ), 6MWT ( $p < 0,001$ ), VM ( $p < 0,001$ ), Equilibrio juntos ( $p = 0,018$ ), E. tanden ( $p = 0,015$ ), E. Semitanden ( $p < 0,001$ ), así como disminuyó también el riesgo de caídas ( $p < 0,001$ ) y riesgo de discapacidad ( $< 0,001$ ).

## Conclusiones

Las escalas que miden fragilidad y sarcopenia presenta una excelente correlación con los resultados de los test físicos que miden funcionalidad, fuerza en extremidades inferiores, riesgo de caídas, equilibrio y velocidad de la marcha en los pacientes en hemodiálisis, quedando estas escalas validadas para la clasificación de los pacientes en hemodiálisis.

## Uso de *sustained low efficiency dialysis* en pacientes críticos con enfermedad renal

Olga Sobrado-Sobrado, María Vera-Casanova, Eva Márquez-Mosquera, Andrés Ribas-Closa, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

### Introducción

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) con frecuencia presentan insuficiencia renal (IR) que requiere terapia renal sustitutiva (TRS). Las TRS más utilizadas son: Hemofiltración veno-venosa continua (HFVVC) y la Hemodiálisis intermitente (HDI). La Sustained low efficiency dialysis (SLED) es un híbrido entre las técnicas convencionales. Pues se utilizan monitores y material de HDI, pero con duración y parámetros de baño y flujo sanguíneo similares a la HFVVC.

### Objetivos

Describir el perfil de los pacientes que han requerido de SLED y los resultados obtenidos en nuestro centro.

### Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todos los casos en los que se empleó SLED realizadas en nuestro centro entre diciembre del 2021 hasta abril 2023. Los datos se obtuvieron de los cursos clínicos. Se utilizó el programa SPSS para el estudio estadístico. Variables recogidas: datos demográficos, diagnóstico principal, antecedentes patológicos, uso de drogas vasoactivas (DVA), nº sesiones, parámetros de la sesión, estado renal y vital.

### Resultados

La muestra es de 18 casos, un 66,7% hombres, con una edad media de 70 años ( $\pm 10,8$ ) y una mediana 28,5 días [17-77,5] de ingreso. El 55,6% eran diabéticos tipo 2, un 94,4% hipertenso, un 55,6% sufría de alguna cardiopatía (22,2% cardiopatía isquémica) y con una vasculopatía periférica en un 38,5%. El 88,9% tenía enfermedad renal crónica (ERC), un 66,7% se encontraba en ERC-5 en TRS. Diagnóstico principal, sepsis en un 44,4%, seguido de evento cardiovascular (16,7%) con una mediana 1,79 sesiones [1-3], siendo 9 el máximo en un único caso. El 55,6% estaba vivo 30 días después de realizar la última sesión de SLED. De las 38 sesiones, destacar flujos de baño de 200 ml/min y flujos sanguíneos de 180-200 ml/min. La duración de las sesiones fue de 360 min, solo en 4 (10,5%)

se pautaron 480 min. La duración real fue 358 min [317-360] y se cambió a únicamente ultrafiltración (UF) un 7,9%. Las sesiones se han realizado en un 39% de los casos salas convencionales de HD. El 31,6% requería de drogas vasoactivas (DVA) previa conexión. La ultrafiltración objetivo media fue de 2.192 ml ( $\pm 855$ ml) con un máximo de 4.100 ml y la media de UF real de 1.982 ml ( $\pm 1.094$ ). En cuanto a los parámetros analíticos encontramos la hemoglobina previa 9,93 mg/g ( $\pm 1,48$ ) y posterior de 9,8 ( $\pm 1,38$ ). Conclusiones Se han beneficiado de esta técnica los pacientes en TRS, varón, hipertenso con diagnóstico septicemia. El uso de DVA durante estas sesiones es habitual y no siempre se realizan en un entorno de cuidados intensivos. En cuanto a los parámetros analíticos, habrá que seguir estudiando la tendencia de la bajada de hemoglobina y como se puede mejorar esta pérdida. Desafortunadamente la supervivencia del paciente que ha requerido SLED es baja y es algo que se debe seguir comparando con las otras técnicas dialíticas.

### Conclusiones

Podemos concluir que el paciente que se ha beneficiado de esta técnica es un paciente con ERC grado 5, varón, hipertenso y en el que el diagnóstico principal de ingreso suele ser una septicemia.

También que el uso de DVA durante estas sesiones es habitual y no siempre se realizan en un entorno de cuidados intensivos, el 39% de las sesiones se han realizado en una sala convencional de diálisis.

En muchas de las sesiones no es posible completar la sesión o alcanzar el objetivo de ultrafiltración.

En cuanto a los parámetros analíticos, habrá que seguir estudiando la tendencia de la bajada de hemoglobina y como se puede mejorar esta pérdida.

# Utilidad de la ecografía, la bioimpedancia y los biosensores de volumen en la valoración del estado hemodinámico de los pacientes en hemodiálisis

Moisés Reula-Ratia, M<sup>a</sup> Teresa Sánchez-Sánchez, Antonia Rosado-Sánchez, Nuria Esther Sánchez-Cabeza de Vaca

Centro de Hemodiálisis AVERICUM. Chiclana. Cádiz. España

## Introducción

Ajustar el peso seco y ajustar la UF es uno de los retos diarios a los que nos enfrentamos cuando trabajamos con pacientes en HD. Tanto las hipotensiones intradiálisis como los episodios de insuficiencia cardíaca se asocian con una mayor morbilidad, por lo que es imprescindible llevar a nuestros pacientes a un estado de euvolemia. El manejo hemodinámico del paciente en hemodiálisis se ha enfocado tradicionalmente en la clásica exploración física, actualmente existen diferentes herramientas accesibles a enfermería que pueden ayudar en la evaluación del estado de hidratación, Ecografía clínica (POCUS), bioimpedancia y la valoración del volumen plasmático.

## Objetivos

- Evaluar la eficacia de estos 3 métodos de estimación del peso seco.
- Establecer peso seco adecuado.
- Mejorar la tolerancia hemodinámica durante las sesiones de diálisis.

## Material y Método

Se llevó a cabo un estudio de casos y controles para evaluar las 3 estrategias diferentes para ajustar el peso euvolémico y evitar la aparición de hipotensiones durante el tratamiento con hemodiálisis. Para ello seleccionamos una muestra de los pacientes de nuestro centro y se aplicó en cada uno cada estrategia diferente durante 2 semanas, de modo que cada caso fuese su propio control en diferentes periodos de tiempo.

## Resultados

Se trata de una muestra de 10 pacientes (60% mujeres). El 100% eran hipertensos, el 40% diabéticos, el 30% tenían historia de cardiopatía y el 40% eran fumadores. Llevaban una mediana de 14,5 meses en hemodiálisis. Con la estrategia ecografía se registraron 11 episodios de hipotensión (1 calambres, 4 hipotensión que requiere parar la ultrafiltración,

3 hipotensión que requiere parar la ultrafiltración + infundir suero fisiológico y 1 episodio de hipotensión severa sintomática). Con la estrategia bioimpedancia solo 6 (1 calambres, 1 hipotensión que requiere parar la ultrafiltración, 3 hipotensión que requiere parar la ultrafiltración + infundir suero fisiológico y 1 episodio de hipotensión severa sintomática) y con la estrategia curva de volumen se registraron también 6 (0 calambres, 3 hipotensión que requiere parar la ultrafiltración, 1 hipotensión que requiere parar la ultrafiltración + infundir suero fisiológico y 2 episodios de hipotensión severa sintomática). Tras el análisis descriptivo, realizamos las pruebas de normalidad en la muestra, rechazándose la normalidad en los tres grupos de tratamiento (ecografía - bioimpedancia - curva de volumen), por lo que realizamos el test de Kruskal-Wallis para muestra independientes. Obtuvimos una  $p$  0,856 por lo que se mantiene la hipótesis nula: la distribución de la hipotensión es similar en todas las categorías de tratamiento, es decir, ninguna estrategia demuestra superioridad para prevenir la aparición de hipotensiones durante el tratamiento con hemodiálisis.

## Conclusiones

En la práctica clínica, tras análisis de los datos no podemos concluir que algún método prevalezca sobre otro, debido quizás al poco tiempo de valoración o lo reducido de la muestra, por lo que recomendamos continuar con el ensayo. Sí podemos concluir que los tres modelos han favorecido la aplicación de numerosas intervenciones de enfermería, como adaptar peso seco, establecer tasa de ultrafiltración adecuada y mejorar la tolerancia durante las sesiones.



# Valoración de los conocimientos de autocuidado en pacientes de hemodiálisis

Miriam Silva-Noa, Juana María Carrasco-Caballero, Encarnación Elena Rincón-Elvira, Esther Díaz-González, Ana Romero-Valero

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

## Introducción

El número de pacientes con insuficiencia renal crónica (E.R.C.) que inicia tratamiento renal sustitutivo (T.R.S.) aumenta cada año. Según datos obtenidos del Registro Español de Enfermos Renales en los que colaboran la Organización Nacional de Trasplante (O.N.T.) y la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N). La hemodiálisis (HD) es la técnica más prevalente (79,5%), seguida de la Diálisis peritoneal (DP) (16%). Además, hay una mayor prevalencia de T.R.S. en varones (23,1%) frente a mujeres (7,3%), siendo en grupo de edad de más de 75 años el más numeroso. Dicho envejecimiento, conlleva la aparición de dudas y desconocimiento sobre los cuidados que necesitan, así como el acceso a recursos de apoyo que faciliten la autogestión de sus cuidados, adaptados a su conocimiento. Ante la magnitud de este problema, se analizan los conocimientos que tienen los pacientes en HD en nuestra unidad sobre la gestión de sus cuidados, la existencia de recursos disponibles y acceso a los mismos para mejorarla. De esta forma, podemos detectar cuáles son sus carencias y ofrecerles el abordaje necesario para mejorar su autocuidado.

## Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en el cual, se valoran los conocimientos que tienen sobre los canales informativos a los que tienen acceso y el grado de conocimientos acerca de su tratamiento y cuidados. Para el análisis de datos estadísticos se utilizó una encuesta autoadministrada anónima de 34 ítems elaborada por el personal realizador del estudio, de las cuales 3 preguntas eran abiertas y 31 cerradas. Se evalúan 97 pacientes que reciben hemodiálisis en el centro periférico y en la sala crónicos de nuestro Hospital.

## Resultados

En nuestro estudio el 61,9% de la muestra son hombres y el 38,1% mujeres, destacando que el 66% tienen más de 61 años y sólo el 23,7% tienen formación secundaria y superior. La mayoría presentan conocimientos básicos/elementales en áreas de alimentación, régimen terapéutico, efectos secundarios del tratamiento y desconocen los dispositivos de apoyo tecnológicos de los que disponen (app, web...) siendo las asociaciones con sede física las más conocidas, según los datos recogidos. La edad, apoyo social y conocimientos tecnológicos supone una diferencia notoria en el grado de información de los pacientes, siendo la población más joven la que presentó un mayor acceso a las tecnologías, conocimiento sobre su tratamiento y alimentación frente a la población más mayor.

## Conclusión

Si bien hay factores inmodificables tales como el apoyo familiar en muchos casos o la incapacidad para alcanzar un conocimiento tecnológico adecuado que permita acceder a recursos en pacientes longevos, hay otros sobre los que podemos ser muy proactivos. Consideramos necesario el refuerzo educativo continuo (asesoramiento) durante todas las fases de la E.R.C., evaluando periódicamente y de forma individual los conocimientos y adherencia del tratamiento de cada uno de nuestros pacientes, a fin de poder conocer los campos de mejora sobre los que poder actuar.

# Valoración de los parámetros dialíticos en hemodiálisis convencional y hemodiafiltración respecto a la modificación del líquido dializante

Alicia Rey-Miguel, Cristina Vázquez-Ros, Laia Reixach-Aumatell, Miriam Lladó-Barragán, Isabel Pérez-García, Sonia Larios-Nevado

Fundación Salut Empordà. Gerona. España

## Introducción

El líquido de diálisis (LD) es un elemento fundamental de la hemodiálisis (HD). La calidad y pureza del LD es uno de los principales requisitos de la técnica de HD. La hemodiafiltración en línea (HDFOL), es una técnica en la que predomina el transporte convectivo, por ello la presencia de contaminantes en el LD expone al paciente a un riesgo de acumular sustancias tóxicas. Para estas técnicas necesitamos agua ultrapura. Gracias a los nuevos diseños de los dializadores, no es necesario mantener un flujo de baño (Qd) elevado. Por otra parte, la escasez de agua es un problema muy importante que no debe pasar desapercibido, ya que afecta a todo el mundo.

## Objetivos

En nuestro trabajo nos planteamos analizar la variación de parámetros dialíticos respecto a la modificación del volumen del líquido de diálisis, valorando el Kt y el volumen infundido en la hemodiafiltración, así como el consumo de agua relacionado con el Qd de 800 ml/min, 400 ml/min y auto flujo del monitor Fresenius 5008.

## Material y Método

Realizamos un estudio prospectivo, cuasi experimental de un periodo de duración de 6 semanas que corresponden a 18 sesiones de diálisis por paciente. Inicialmente se incluyeron en el estudio 79 pacientes con edad media 66,3 años (DE=16,7). El 65,4% fueron hombres. Se excluyeron un total de 8 pacientes, 4 de ellos por disfunción del acceso vascular, 1 por cambio de dializador, otro por intolerancia al tratamiento y otros dos por defunción. En total finalizaron el estudio 71 pacientes.

## Resultados

Los resultados obtenidos fueron: el flujo de 800 ml/m mostró un mejor Kt y mejor volumen de infusión, pero sin significación estadística y con un doble consumo de agua. Al comparar Qd de 400 ml/min y el auto flujo del monitor Fresenius 5008, observamos que el consumo de agua es menor en el auto flujo que incluso con el flujo continuo de 400 ml/min, sin que

por ello haya diferencias significativas respecto a los Kt obtenidos como tampoco hay diferencias significativas respecto al porcentaje de pacientes que obtienen un volumen de litros superior a 20.

## Conclusiones

Pensamos, por tanto, que la utilización del auto flujo del monitor Fresenius 5008, es la mejor de las tres opciones estudiadas, ya que con ella, se obtiene un menor consumo de agua, el porcentaje de pacientes en on line que obtuvieron un valor igual o superior a 20 litros es muy similar (81,9% a Qd de 400 ml/min vs 81,4% en auto flujo) y respecto a los valores de Kt, aunque la diferencia es algo mayor (88,9% >45 en hombres y >40 en mujeres a Qd 400 ml/min vs un 85,7% >45 en hombres y >40 en autoflujo) no es estadísticamente significativo.

# Vulnerabilidad de una población en programa de hemodiálisis desde una perspectiva de género

Nazaret Sáez-González, Regina Guasch-Campaño, Carmen González-Grande, Jaime Places-Balsalobre

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

## Introducción

Los términos identificativos de población adulta vulnerables son comorbilidad, fragilidad y discapacidad. Una población en programa crónico de hemodiálisis, mayoritariamente, de edad avanzada, con mayor supervivencia en mujeres, consecuencia del aumento de esperanza de vida en el nacimiento que ha pasado de 75,9 a 79,6 en hombres y de 82,7 a 85,1 en mujeres, siendo la brecha de género a favor de la mujer de 5,6 en la UE-27 y 5,9 en España y de 65 años de 3,6 y 4,4, respectivamente, según datos Instituto Nacional de Estadística (2022). En este escenario, encontramos alta tasa de comorbilidad y fragilidad, factores predictivos de complicaciones de difícil manejo. En un programa de hemodiálisis crónica, la incorporación de una perspectiva de género para la detección y seguimiento de aquellas situaciones que pueden comprometer los cuidados nos permite conocer si existen diferencias entre ambos sexos (femenino y masculino).

## Objetivos

Analizar la prevalencia de vulnerabilidad en una unidad de hemodiálisis desde una perspectiva de género en un centro hospitalario.

## Material y Método

Estudio cuantitativo, descriptivo transversal, con muestreo no probabilístico discrecional. La población estudiada fueron pacientes en programa de hemodiálisis de un hospital. La muestra estuvo compuesta de 119 pacientes, en tres turnos de hemodiálisis, entre septiembre 2022 y febrero 2023. Se incluyeron variables sociodemográficas, acceso vascular, fragilidad mediante escala Frail, grado de dependencia a través del índice de Barthel, riesgo de padecer Lesiones por Presión a la Dependencia (LPD) con escala Norton modificada y deterioro cognitivo, aplicando escala Pfeiffer. Los datos estuvieron analizados con programa SPSS v.27.0, tipo de análisis T-student.

## Resultados

De 119 casos analizados, según género: 67% hombres y 33% mujeres. Edad media 70 (rango 25-93). Mayores de 65 años: 59% hombres (47/80) y 82% mujeres (32/39). El 36% de mujeres fueron portadoras de fístula arterio-venosa, frente al 40% de hombres. Las mujeres presentaron 53,84% de fragilidad y 43'58% de prefragilidad frente al 28,75% y 51,25% respectivamente en hombres. Una media superior al 80% del total de la muestra tuvieron funcionamiento cognitivo normal, encontrando 15,38% de déficit en población femenina y 10% en hombres. En términos de dependencia, 15,38% mujeres y 5% de los hombres reveló dependencia. En el 78% del estudio apareció riesgo mínimo de LPD, aunque 25% de mujeres tuvieron riesgo alto o muy alto frente al 6,25% hombres. El 23% de mujeres y 21% de hombres mostraron comorbilidad al padecer más de 5 patologías asociadas.

## Conclusiones

El método propuesto para la valoración de la vulnerabilidad, nos ha permitido observar que existen claras diferencias entre la perspectiva de género, siendo el género femenino más vulnerable por su mayor esperanza de vida. De la lectura del estudio, se puede comprender la dificultad en identificar el motivo de estas diferencias, probablemente debidas a causas biológicas derivadas de la misma enfermedad y comorbilidad asociada, requiriendo estudios más concretos para estimar su causa. La incorporación de una perspectiva de género en los cuidados, podría mejorar la calidad de los mismos al permitir establecer protocolos diferenciados en la vigilancia y monitorización.

# Análisis del perfil del receptor de trasplante renal con complicaciones de la herida quirúrgica y candidato a terapia de presión negativa

María Teresa Alonso-Torres, Marta Rivero-Moreno, Mireia Plans-Marcobal, Simón Juárez-Zapata, Esther Franquet-Barnils, Anna Matamala-Gascón

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

## Introducción

La aparición de complicaciones de la herida quirúrgica en trasplantados renales supone un aumento de morbilidad, estancia hospitalaria y coste para el sistema sanitario. Entre las complicaciones más frecuentes son la dehiscencia e infección de la herida quirúrgica, ocasionando que la herida sea de mayor complejidad y conlleve un manejo dificultoso. La Terapia de Presión Negativa (TPN) aplicada en una herida quirúrgica compleja y/o infectada permite mantener un entorno estéril y oclusivo que estimula el tejido de granulación, aumenta la perfusión sanguínea, disminuye la carga bacteriana y elimina el exudado.

## Objetivos

Conocer la prevalencia de dehiscencia e infecciones de herida quirúrgica en el receptor de trasplante renal y determinar el perfil de receptor de trasplante renal candidato a Terapia de Presión Negativa en 2022.

## Material y Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal del 2022. La población objeto de estudio fueron pacientes trasplantados renales de los cuales se recogieron para el estudio 109 receptores mayores de 18 años. Se estudiaron variables relacionadas con complicaciones de herida quirúrgica, como antropométricas, parámetros analíticos nutricionales, factores de riesgo, aspectos quirúrgicos, origen enfermedad renal, modalidad de tratamiento sustitutivo previo, dehiscencia, infección de herida, infección urinaria y tratamiento de terapia de presión negativa, así como la capacidad de autonomía en actividades de la vida diaria con índice de Barthel, riesgo de desarrollar lesión por presión con escala Norton modificada, cribado escala nutricional y valoración de riesgo de caídas con escala Downton. El procedimiento consistió en realizar un seguimiento durante 30 días una vez realizada la cirugía para observar las complicaciones relacionadas con infección de la herida quirúrgica siguiendo las recomendaciones del programa VINCAt. Las determina-

ciones analíticas se extrajeron previamente a la cirugía. Fueron determinados los niveles séricos de filtrado glomerular, parámetros inflamatorios (proteína C reactiva [PCR], velocidad de sedimentación globular, ferritina, fibrinógeno y prealbúmina), así como los parámetros nutricionales (proteínas totales, albúmina y prealbúmina). Todas las determinaciones analíticas se realizaron mediante métodos automatizados y estandarizados.

## Resultados

De 109 casos analizados, 41,28% mujeres y 58,71% hombres, de los cuales 85,32% trasplante renal donante cadáver y 14,67% vivo. La edad media fue 58 años (rango 22-79). El 38,53% presentaron complicaciones siendo 24% infección relacionada con la asistencia sanitaria de la cual un 14% fue de la herida quirúrgica y un 10% del tracto urinario. El 22,02% presentó dehiscencia de la herida quirúrgica y el 6,42% requirieron TPN, de ellos 76% hombres y 24% mujeres. Los principales factores de riesgo que presentaron dehiscencia y/o infección de la herida quirúrgica fueron un 80% IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup>, con una edad superior a la media y la mayoría con factores de riesgo asociados, observándose diferencias en parámetros analíticos post-cirugía.

## Conclusiones

La valoración inicial del receptor de trasplante renal permite conocer el perfil de aquellos que presentan un manejo complejo de la herida quirúrgica siendo candidatos a TPN.

# Complicaciones más frecuentes durante el ingreso tras la realización del trasplante renal

Lisbeth Carolina Dávila-Torres, Soraya Calvo-Sánchez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

## Introducción

El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento para los pacientes que padecen ERCA ya que mejora su calidad de vida y reduce su mortalidad. La supervivencia del injerto se ha visto incrementada en los últimos años. Este éxito se basa en la administración de inmunosupresores que previenen el rechazo del órgano. Sin embargo, esto provoca un incremento de las complicaciones infecciosas.

## Objetivos

Conocer las complicaciones que nos encontramos en un paciente durante su estancia hospitalaria (tras realización de un trasplante renal) así como determinar aquellas que el equipo de enfermería pueda detectar de forma precoz.

## Material y Método

Se trata de un estudio observacional de incidencia, retrospectivo y longitudinal en pacientes trasplantados renales de donante fallecido durante el año 2022 en nuestro Hospital. Se excluyen a pacientes trasplantados renales de donantes vivos y a los dobles trasplantes (renal – hepático, renal – cardíaco). Se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos de los receptores. Se analizó la incidencia de las siguientes complicaciones: hiperpotasemia, dehiscencia de herida quirúrgica, disfunción precoz del injerto, infecciones, sangrado, hematomas peri-injerto, colecciones, reintervención y trasplantectomía. Consideramos que las complicaciones que pueden ser detectadas precozmente por el personal de enfermería cualificado, a través de signos y síntomas, serían la hiperpotasemia, el sangrado, la infección y la dehiscencia de la herida. Alguna de las intervenciones mediante las cuales podemos detectar estas complicaciones son: la toma de constantes vitales (TA, FC, temperatura, saturación de oxígeno, glucemia capilar), diuresis horaria y su aspecto, toma de pulsos pedios, control del dolor, valoración de herida quirúrgica y del drenaje. El resto de las complicaciones requieren de la intervención de un equipo multidisciplinar.

## Resultados

Se incluyeron a 67 pacientes con una edad media de  $55,22 \pm 14,05$  años, siendo el 65,67% hombres. De estos pacientes, el 35,82% padecen diabetes tipo 2 y el 80,59% presentan HTA. Las variables estudiadas, en orden descendente de incidencia, fueron: colección peri-injerto (43,28%), hiperpotasemia (38,80%), disfunción precoz (38,80%), sangrado (28,35%), hematoma peri-injerto (26,86%), infección (7,46%), reintervención quirúrgica (7,46%), trasplantectomía (5,97%) y dehiscencia de herida (2,98%). Como tratamiento a la hiperpotasemia y/o disfunción precoz del injerto, fue necesaria la realización de sesiones de HD (en el 38,80% de los pacientes, con una media  $2,88 \pm 2,9$  sesiones).

## Conclusiones

Este estudio ayudó a conocer la importancia de la labor del personal de enfermería y de su adecuada capacitación para la detección precoz de las complicaciones a través de signos y síntomas, debiendo ser parte integral en la valoración continua del paciente durante su ingreso hospitalario. La presencia de complicaciones, así como su diagnóstico y tratamiento precoz, influyen en la supervivencia del injerto a corto y largo plazo.

# Emocionalidad negativa en el trasplante renal: estudio descriptivo transversal

Verónica Gimeno-Hernán<sup>1,2,3</sup>, María Belén Peix-Jiménez<sup>1</sup>, Rocío Fernández-Díaz<sup>1,3</sup>, María Rosario del Pino-Jurado<sup>1</sup>, Ana Sánchez-Fructuoso<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid. España

<sup>3</sup> Instituto para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

## Introducción

La enfermedad de carácter crónico supone una fuente de estrés especial por la exposición a situaciones ambiguas que requieren cambios o adaptaciones<sup>1</sup>, esto unido a la neurotoxicidad y su consecuente afectación de las funciones sensoriales y motoras, como principal efecto adverso de los inhibidores de calcineurina<sup>2</sup>, siendo la principal formulación para prevenir el rechazo en pacientes trasplantados renales. El objetivo principal del estudio fue describir las reacciones emocionales negativas, como la ira, el estado de ansiedad y depresión en una población de trasplantados renales de un hospital de tercer nivel. Como objetivos secundarios se analizó la relación de las reacciones emocionales con factores sociodemográficos y comorbilidades, tiempo post-trasplante y calidad de vida referida.

## Material y Método

Con una metodología observacional de corte transversal, se obtuvieron los datos relativos a la variable principal mediante el cuestionario STAXI-23 (Inventario de Expresión de Ira Estado-Rango), el STAI4 (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) y el HAD5 (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria). Para la recogida de los datos relativos al tratamiento y el resto de variables se accedió al programa de la unidad revisando el historial clínico de cada uno de los pacientes. Finalmente, se pretendió relacionar la influencia cada una de las variables a estudio en las reacciones emocionales de los pacientes trasplantados renales.

## Resultados

Se incluyeron 107 pacientes a estudio con un trasplante renal funcional, realizado hace más de un año, de los cuáles un 50,5% (n=56) eran mujeres y una edad media de 60 años ( $\pm 13,5$ ). Un 30,6% (n=33) eran diabéticos y un 87% (n=94) tenían algún tipo de enfermedad cardiovascular. La media de años de realización de trasplante fue de 12,14 ( $\pm 7$ ). En los resultados obtenidos en la escala HAD en un 31% (n=34) de los pacientes se diagnosticó la depresión como un proble-

ma clínico y una relación significativa de esta con una menor edad ( $p=0,01$ ). En STAI un 25% de los pacientes tenían un nivel elevado de ansiedad, siendo mayor en las mujeres, tanto la ansiedad de rasgo ( $p=0,00$ ) como en la ansiedad estado ( $p=0,018$ ). De la misma manera se objetivó una asociación entre una menor puntuación de calidad de vida y una mayor ansiedad ( $p=0,11$ ) y depresión ( $p=0,05$ ). Respecto al cuestionario STAXI, un 35% de los pacientes incluidos (n=38) refirieron expresión de ira y un 27% (n=29) rasgo de ira, siendo en ambos aspectos mayor en los hombres ( $p=0,00$  y  $p=0,002$ ). No se encontró relación significativa de los resultados obtenidos en los cuestionarios con el resto de las variables sociodemográficas, comorbilidades o tiempo desde el trasplante.

## Conclusiones

Según los datos obtenidos en nuestro estudio se puede concluir que un alto porcentaje de los pacientes refirieron tener emocionalidades negativas, pudiendo ser el trasplante renal un riesgo potencial para el equilibrio psicológico del paciente. Es por ello que la inclusión de programas de atención emocional pudieran tener una gran relevancia en la mejora de la calidad de la atención.

# Fragilidad y estado nutricional de los pacientes en lista de espera de trasplante renal

Cristina Quintana-Reyes, María Isabel Díaz-Jurado, María Luisa Gallego-Español, María Rocío Mellado-Moreno, Rosa María Sánchez-Cabrera

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

## Introducción

En los últimos años la edad de los receptores de Trasplante Renal (TR) ha aumentado considerablemente. Algunos de estos pacientes presentan otras patologías crónicas además de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRC). Determinar el grado de fragilidad de los pacientes que están incluidos en lista de espera puede permitir intervenciones que mejoren su fragilidad durante este período en lista de espera.

## Objetivos

Conocer el grado de fragilidad y estado nutricional de los pacientes que están en lista de espera para recibir un Trasplante renal (TR).

## Material y Método

Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado entre el año 2018 y el año 2022 en pacientes en lista de espera para TR en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron en el estudio a 284 pacientes, de forma consecutiva. Las principales variables de estudio fueron: Grado de Fragilidad a partir de la Escala de Fried: Esta escala consta de 5 variables cuantitativas: Pérdida de peso, Agotamiento, Rapidez en la marcha, Pérdida de fuerza (debilidad muscular) y nivel de actividad física. Se evaluó el estado nutricional con el test Mini Nutritional Assessment (MNA), que consta de dos partes: Cribaje y Test de Evaluación. Las variables evaluadas son: pérdida de apetito, pérdida reciente de peso, movilidad, enfermedad aguda o situación de estrés psicológico, problemas neuropsicológicos e IMC, en los últimos tres meses. Se realizó un análisis descriptivo a partir de medidas de tendencia central.

## Resultados

Durante el período de estudio se incluyeron 188 hombres y 96 mujeres, edad media de 65 años. El 70,1% fueron categorizados como no frágiles, el 15,1% presentó fragilidad leve y el 14,4% fueron frágiles. Se observa que las mujeres presentaron mayor porcentaje de fragilidad (16,6% vs

10,16%). Finalmente, el 16,6% presentó pérdida de peso, nivel de actividad física (52,1%), rapidez de la marcha (23,2%), agotamiento (16,5%) y pérdida de fuerza (8,5%). Respecto al estado nutricional: pérdida de peso reciente (15,5%), movilidad alterada (15,5%), problemas neurológicos (14,4%), situación aguda de estrés psicológico (11,3%), pérdida apetito (7%), IMC >23 (84,5%), IMC entre 19-23 (14,4%) y IMC <19 (1,1%). Del total de la muestra se observó que 5,59% (N=16) presenta riesgo de malnutrición. De los pacientes afectados en el cribaje (N=16), 12 pacientes presentan riesgo de malnutrición, 1 paciente malnutrición y 3 pacientes excluidos por su situación clínica en el momento de la evaluación. Se destaca que los hombres presentan mayor riesgo de malnutrición que las mujeres, siendo 13 hombres y 3 mujeres.

## Conclusiones

Los pacientes en lista de espera de TR presentan importantes alteraciones, tales como IMC elevados (IMC>23:84,1%), nivel de actividad física (52,1%) y problemas neuropsicológicos (14,4%). Aplicar programas para detectar y mejorar estas situaciones de salud liderados por equipos multidisciplinares (psicólogos, enfermeras, nutricionistas y fisioterapeutas) podrían tener un impacto positivo en los resultados de salud de los pacientes en lista de espera de TR. Futuros estudios deberían evaluar el impacto de programas específicos en el manejo de estos pacientes.

# Reducción de complicaciones tras la implementación del programa de terapia intravenosa en pacientes nefrológicos

Yolanda Amarilla-Tostado, Emma Gomà-Freixes, Mónica Milagros Gastelo-Anhuamán, Alicia Fernández-Bombín, María Angels Llauredó-González, Blanca Sampedro-Sanchís

Hospital Clínic de Barcelona. España

## Introducción

El programa de terapia intravenosa (PTI) es un dispositivo transversal formado por un equipo de enfermeras expertas que se dedican a la colocación, seguimiento, resolución de incidencias y formación en accesos venosos. Uno de los principales retos que nos plantea el manejo del paciente nefrológico es la compleja canalización de accesos venosos durante el ingreso, debido en parte a la calcificación de los vasos y la presencia de Fístula Arteriovenosa para hemodiálisis. El uso de los catéteres de línea media (LM) parece tener varias ventajas sobre los catéteres venosos periféricos (CVP) en términos de durabilidad, éxito de inserción y reducción de complicaciones. La aplicación de este dispositivo en la población de pacientes nefrológicos puede contribuir en la mejora del bienestar y la calidad de vida, así como una reducción de su morbimortalidad.

## Objetivos

Evaluar la prevalencia y el impacto del uso de las LM canalizadas por el equipo de infusión y accesos vasculares (EIAV) mediante la punción eco guiada comparada con la estrategia endovenosa convencional que consiste en el uso de los CVP en una unidad de nefrología y trasplante renal de un hospital de tercer nivel.

## Material y Método

Estudio observacional retrospectivo. Se comparó el periodo comprendido entre enero-marzo 2020 (P1: previa implantación EIAV), enero-marzo 2021 (P2: implantación EIAV) y enero-marzo 2022 (P3: consolidación EIAV). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la sala de Nefrología y Trasplante renal que requirieron de la colocación de CVP y LM. Se analizó la prevalencia de acceso venoso, el tiempo de permanencia y los motivos de retirada (complicaciones). La recogida de datos se realizó a través de la Plataforma electrónica Power BI.

## Resultados

La prevalencia de los CVP en el primer período analizado fue del 94% (P1). Pasó a ser del 95% en el segundo (P2) y del 90% en el tercero (P3). En relación a las LM se incrementó progresivamente pasando del 1% en el primer período, al 8% en el segundo llegando al 15% en el tercero. Asimismo, no se observaron diferencias en el tiempo medio de permanencia del CVP en los tres periodos estudiados (P1: 3,15, P2: 3,06, P3: 2,87 días) mientras que la permanencia de días de la LM se incrementó de 6,9 días en el primer periodo a más de 9 en los siguientes. Se confirma en todos los periodos una tasa de complicaciones (extravasación, flebitis y disfunción) más elevada en los CVP (P1: 26%, P2: 34%, P3: 32%) mientras que en la LM la tasa de complicación es menor (P1: sin datos, P2: 21%, P3: 17%).

## Conclusión

La implementación de un programa de terapia intravenosa en pacientes nefrológicos ha permitido minimizar el número de dispositivos venosos por paciente, con la consecuente reducción de punciones durante el ingreso (mejoría en la calidad de vida y su bienestar), así como la disminución de las complicaciones asociadas a la canalización venosas (menor morbilidad).



## Significado de la enfermedad y el trasplante de vivo para las personas receptoras de riñón

Laura Rota-Musoll, Judit Bou-Folgarolas, Sonia Elvira-Carrascal, Ester Oriol-Vila, Meritxell Mondéjar-Pont, Esmeralda Molina-Robles

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

### Introducción

El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal tienen un gran impacto en la vida de las personas. La percepción de la situación de enfermedad y la vivencia personal influyen de forma significativa en la adaptación emocional y el afrontamiento de la persona a su nueva situación. El personal de enfermería es una figura clave en el cuidado y el apoyo al enfermo renal. Comprender las percepciones de la persona enferma ayuda a los profesionales a prestar cuidados de calidad y apoyo en cada una de las etapas en las que se verá inmersa la persona que se trasplanta de riñón.

### Objetivos

Conocer el significado que atribuyen las personas con trasplante renal de donante vivo a su enfermedad y a su tratamiento, y detectar si existen cambios antes y después del trasplante renal de vivo.

### Material y Método

Estudio cualitativo fenomenológico. Participaron en el estudio 7 personas con enfermedad renal candidatas a recibir un trasplante renal de donante vivo preventivo, es decir, antes de iniciar diálisis. La obtención de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad, hasta la saturación de los datos, y la observación cualitativa. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y la autorización de los Comités de Ética de los tres centros que los seleccionaban.

### Resultados

Del análisis temático de las entrevistas emergieron tres temas: sin sentimiento de enfermedad (no se sentían enfermos ni a nivel físico ni psicológico, pero sí cuando iban a visitas de seguimiento y también en la toma de medicación); sin necesidad de trasplantarse (la enfermedad no les alteró su vida pero confiaron en los profesionales y aceptaron la cirugía); y trasplantarse para mantener el mismo modo de

vida (para evitar la diálisis y recuperar actividades, aparentaron normalidad y la relación con la persona donante se mantuvo igual).

### Conclusiones

El significado de la enfermedad y del trasplante renal cambian según la etapa en la que esté el paciente: la identificación con la enfermedad está relacionada con la falta de sintomatología, con la sintomatología física y con las rutinas de toma de medicación diarias y visitas médicas de seguimiento; y el trasplante renal, significa evitar la diálisis, hacer la misma vida, superar un reto y recuperar la condición física y alguna actividad que les limitaba. Este estudio ayuda al personal de enfermería a conocer qué significa la enfermedad y el trasplante renal de donante vivo para los enfermos renales y poder planificar los cuidados y el apoyo durante su proceso de salud-enfermedad.

# Análisis del riesgo para incidentes graves de salida de aguja venosa

María del Carmen Domínguez-Berruero<sup>1</sup>, Laura Infantes-Gutiérrez<sup>2</sup>, Gema Uribe-Gallardo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Centro de Diálisis de La Axarquía, Málaga. España

<sup>2</sup> Centro de Diálisis de Málaga. España

## Introducción

La enfermedad renal está en incremento, son diversos estudios los que lo abalan, y son cada vez más los pacientes con esta patología que necesitan de una terapia sustitutiva renal, siendo la hemodiálisis el tratamiento más aconsejado. Sin duda el acceso vascular es el epicentro del tratamiento, éste debe proporcionar un flujo sanguíneo suficiente para una adecuada hemodiálisis, debe de ser seguro y tener mayor permeabilidad en el tiempo y menor tasa de complicaciones posibles. Estas características las cumple las Fistulas arterio-venosas. A pesar de sus pocas complicaciones hay algunas que pueden llegar a ser muy graves como es la salida de la aguja durante el tratamiento de HD. El riesgo de un accidente grave por desplazamiento de la aguja venosa o por separación del acceso/línea de hemodiálisis depende de la probabilidad de que la aguja se desplace y de que la línea de hemodiálisis y el acceso se separen, así como de la probabilidad de que las medidas necesarias para detener la pérdida de sangre no se tomen a tiempo para prevenir daños más graves. Para la evaluación del riesgo realizaremos la evaluación del riesgo para incidentes graves de salida de aguja venosa.

## Objetivos

Conocer el riesgo de cualquier episodio de salida de aguja venosa (SAV) observando las puntuaciones obtenidas con la evaluación del riesgo para incidentes graves de salida de aguja venosa.

## Material y Método

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. Realizado en el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2022, donde se incluyeron tres centros de diálisis con una muestra de 473 pacientes. Se recogen variables demográficas, y se les realiza la escala del riesgo para incidentes graves de salida de aguja venosa.

## Resultados

Se analizan datos de 473 pacientes en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis procedentes de tres centros de diálisis periféricos diferentes. Con una media de edad de 68,69 años. El 40,59% hombres y el 59,41% mujeres. De los cuáles el 47,78% son diabéticos y 93,87% hipertensos. Los resultados tras realizarles la escala de SAV son los siguientes: No aplicable en 144 pacientes que corresponde con el 40,59%. El 57,51% tienen una puntuación correspondiente al ítem muy bajo, el 57,51% tiene un ítem bajo. El 4,02% tiene un ítem medio y tan solo el 0,42% tienen un ítem alto.

## Conclusiones

El porcentaje de riesgo de salida de aguja venosa es muy bajo, pero existe. Este mínimo porcentaje es gracias a las medidas preventivas como tener visible el acceso vascular del paciente en todo momento, la comunicación con el paciente para que este nos pueda avisar y tener totalmente implementado el procedimiento de fijación de las agujas.

## ¿Está justificado el uso de un apósito con clorhexidina para disminuir la incidencia de infecciones en los catéteres venosos centrales tunelizados?

Ana Yesica Fernández-Menéndez, Clara Fernández-González, Begoña García-González, Yolanda Artos-Montes, Saray Martín-Basoredo, Sheila Suárez-Iglesias

Hospital Valle del Nalón. Asturias. España

### Introducción

Nuestro centro dispone de una unidad de hemodiálisis que ofrece tratamiento renal sustitutivo a 32 usuarios crónicos, con una prevalencia de portadores de catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) del 69 %. En 2021, la incidencia de infección del orificio asociada a los CVCT fue de un 11,11% y un 8,3% en el primer semestre de 2022. En la unidad se realiza el cambio de apósito cada siete días (el primer día de sesión de la semana). Es un procedimiento aséptico, con dos operadores, en el que se realiza una limpieza con suero fisiológico, clorhexidina alcohólica monodosis y apósito transparente parcialmente reforzado. Desde el servicio de medicina preventiva se indica la necesidad de introducir un apósito con gel de clorhexidina a todos los pacientes portadores de un CVCT para reducir la tasa de infección.

### Objetivos

Comparar el uso de dos apósitos de clorhexidina (A y B) frente al apósito usado habitualmente en la unidad, respecto a la prevención de infecciones y la tolerancia al mismo.

### Material y Método

Estudio descriptivo cuya muestra incluyó todos los pacientes de la unidad portadores de un CVCT. Se tomaron como criterios de exclusión el sangrado activo y el rechazo del paciente. Se monitorizaron y evaluaron durante cuatro semanas ambos apósitos con gel de clorhexidina (A y B), frente al apósito transparente sin gel habitual. El apósito A se monitoriza en julio y el apósito B en octubre del 2022. En la semana previa a cada intervención se realizó un registro del estado del orificio y piel circundante. Las variables recogidas fueron: estado del orificio y de la piel, adherencia y duración del apósito. Se proporcionó a los profesionales las instrucciones sobre el manejo de los apósitos y la hoja de recogida de datos. Los cambios de apósitos y la cumplimentación de la hoja de valoración se realizaron a los siete días, según protocolo, y cada vez que se precisó cambio del mismo antes de los 7 días.

### Resultados

La muestra total fue de 22 pacientes. En las mediciones basales previas a la introducción de ambos apósitos la totalidad de los pacientes presentaban buena adherencia del apósito, buen estado de la piel y ninguno presentó infección. Durante las intervenciones ningún paciente presentó signos de infección ni reacción alérgica. Para el APÓSITO A, fueron evaluados 76 apósitos. El 10,5% de los pacientes presentó piel irritada y el 5,2% presentó escasa adherencia, precisando recambio diario del mismo. 0% presentaron signos de infección. Para el APÓSITO B, se evaluaron 82 apósitos. Durante la intervención el 18% presentaron la piel irritada, el 4,5% signos de infección con resultado negativo y el 23% escasa adherencia al apósito precisando recambio del mismo durante todas las sesiones.

### Conclusiones

No se han evidenciado diferencias significativas en la prevención de infecciones respecto del apósito habitual. Se ha descrito peor adherencia de los nuevos apósitos respecto del apósito sin clorhexidina precisando recambio antes de los 7 días. Se ha observado más reacciones de la piel circundante que con el apósito habitual.

## Experiencia con la implantación del control ecográfico de las fístulas arteriovenosas en nuestra unidad

M<sup>a</sup> Asunción Morte-Romero, M<sup>a</sup> Cruz Esteban-Guajardo, Ana Belén Sánchez-Agudo, Alejandro Cortés-Sáez, Vanessa Gimeno-Doñagueda, Rocío Lastra-Villar

Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza. España

### Introducción

Desde marzo de 2021 contamos en nuestro servicio con un ecógrafo para valoración de las fístulas arteriovenosas (FAV). Se recibió una formación acreditada, impartida por la Nefróloga de nuestro servicio, a todo el personal de enfermería. Comenzamos con su utilización en pacientes con sospecha de malfuncionamiento debido a diferentes causas tales como: estenosis, trombosis, aneurismas, dificultad para puncionar etc.

### Objetivos

Valorar el uso del ecógrafo en nuestra unidad.

### Material y Método

Hemos realizado una revisión y análisis de las ecografías realizadas en nuestra unidad desde la implantación del ecógrafo.

### Resultados

Desde junio de 2021 hemos realizado un total de 30 ecografías en 14 pacientes (4 pertenecientes a consulta ERCA y el resto en pacientes con tratamiento en diálisis). En 4 pacientes, tras detectar la presencia de un trombo parcial, se pudo actuar con rapidez. Se pautó heparina de bajo peso molecular y se solucionó el problema sin necesidad de derivar al Servicio de Cirugía Vasculat, previniendo así complicaciones mayores. En otras ocasiones, donde había más dificultad de canalización de la FAV, nos ha posibilitado el cambio de zona de punción. A la hora de puncionar por primera vez una FAV, sobretodo en las poco desarrolladas, nos ha facilitado la técnica de acceso, transmitiendo mayor confianza y seguridad en la relación enfermera-paciente y disminuyendo la ansiedad que pueda generar.

### Conclusiones

La ecografía tiene un número considerable de ventajas, ya que es un método no invasivo, permite el estudio morfológico y funcional del acceso, ayuda a tomar decisiones rápidas y evita la pérdida de tiempo al remitir al paciente a otros servicios, ayuda al personal de enfermería a tomar decisiones sobre dónde insertar la aguja, decidir si un acceso vascular está preparado para su uso durante el proceso de maduración y reducir la extravasación en accesos de punción difícil. El uso del ecógrafo nos ha permitido detectar complicaciones y así adelantarnos a su resolución. Consideramos interesante sistematizar el uso del ecógrafo en nuestra unidad, tanto por el beneficio del paciente como para el nuestro propio. Sobre todo, nos planteamos el incrementar su uso en la consulta ERCA de forma sistemática, sin necesidad de esperar a futuras complicaciones, obteniendo con ello una adecuada y más precisa valoración de la FAV.

# Experiencia en nuestro servicio: uso preventivo de la urokinasa en el sellado del catéter disfuncionante durante el periodo interdialítico largo

Celia Matesanz-Sanchidrián, Noelia Blanco-Velasco, Maite de la Cruz-Isabel, Alba Fernández-López, Noelia Velasco-Cardiel, Verónica Gamarra-González

Hospital General de Segovia. España

## Introducción

En los últimos años se ha visto incrementado el porcentaje de pacientes portadores de catéter venoso central (CVC) en nuestras unidades; este aumento está directamente relacionado a una mayor edad media de los pacientes y a la comorbilidad de los mismos. Y a la vez que ha aumentado el número de CVC, también lo han hecho sus complicaciones asociadas, especialmente las disfunciones y obstrucciones por trombosis. Esto conlleva un empeoramiento a largo plazo de la funcionalidad de los accesos venosos, una disminución de la eficacia de diálisis y un aumento de las manipulaciones del acceso, así como del riesgo de infección, provocando además situaciones complicadas en la toma de decisiones en el mantenimiento del CVC para el equipo de enfermería. En la literatura actual no existen recomendaciones definidas sobre el sellado ideal de catéteres que se muestran disfuncionales con cierta frecuencia y precisan del uso de fibrinolíticos de manera habitual. Así bien, la Urokinasa se presenta como el fibrinolítico de uso habitual en las unidades de hemodiálisis, siendo especialmente importante su eficacia terapéutica cuanto más reciente es el trombo, por lo que usado de manera preventiva hace pensar que podría ser de gran utilidad para mantener la luz del catéter limpia, consiguiendo buenos flujos y que la disfuncionalidad por obstrucción sea más difícil. Frente a esto se nos presentó una posible solución a una problemática habitual en nuestras unidades, realizar un sellado preventivo con Urokinasa, en el periodo interdialítico largo, manteniendo el sellado habitual durante el resto de las sesiones, con el fin de minimizar las manipulaciones del catéter, el uso de fibrinolíticos de manera urgente y los gastos derivados de procedimientos angiorradiológicos por disfunción.

## Objetivos

Aplicar un nuevo protocolo de sellado con Urokinasa durante el periodo interdialítico largo en aquellos catéteres disfuncionantes y estudiar su eficacia.

## Material y Método

Se incluyeron todos los CVC prevalentes con criterios de malfuncionamiento: no conseguir y/o mantener flujos >300 ml/min o precisar de sellados de desobstrucción con fibrinolíticos de mensualmente. Se realizó un estudio observacional longitudinal durante ocho meses, en el que se analizó la eficacia de sellar dichos catéteres con Urokinasa a una concentración de 10.000 ui/ml durante el periodo interdialítico largo, teniendo en cuenta, principalmente, los casos de trombosis, malfuncionamiento, el número de manipulaciones y la necesidad del uso de sellados extras con fibrinolíticos.

## Resultados

Se analizaron 9 pacientes con CVC disfuncionante frente a los 27 pacientes prevalentes con CVC de nuestra unidad. Se observaron mejorías en cuanto a medias de KT, flujos y presiones, además de una disminución en el número de manipulaciones del catéter, así como del uso de sellados extras con Urokinasa.

## Discusión

La principal limitación de nuestro estudio es el tamaño muestral, razón por la cual la mayoría de los resultados no son estadísticamente significativos, siendo necesarios más estudios con mayor número de pacientes. Pero ha sido de especial importancia para nuestro trabajo diario, ya que hemos conseguido reducir tanto las manipulaciones, como los sellados extras por disfuncionalidad, y, con ello, mejorar la supervivencia de los CVC de nuestros pacientes.

# Impacto de distintas pautas de cura del orificio de salida del catéter de hemodiálisis. Un estudio de cohortes multicéntrico

José Luis Cobo-Sánchez<sup>1</sup>, Ian Blanco-Mavillard<sup>2</sup>, Raquel Pelayo-Alonso<sup>1</sup>, Irene Larrañeta-Inda<sup>3</sup>, Ana Ulzurrun-García<sup>3</sup>, Isidro Sánchez-Villar<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

<sup>2</sup> Hospital Manacor. Baleares. España

<sup>3</sup> Complejo Hospitalario de Navarra. España

<sup>4</sup> Hospital Universitario de Canarias (HUC). Santa Cruz de Tenerife. España

## Introducción

Las guías de práctica clínica sobre accesos vasculares indican el uso de apósitos de poliuretano transparentes (APT) y de clorhexidina como antiséptico de elección, para la cura del orificio de salida (OS) de los CVC-HD, como opinión de expertos, ante la falta de estudios con mayor evidencia.

## Objetivos

Determinar la eficacia de distintas pautas de cura del OS del CVC-HD en la tasa de infecciones del OS (IOS).

## Material y Método

Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico (9 centros) entre pacientes adultos prevalentes portadores de un CVC-HD tunelizado, entre abril 2021 y abril 2022 que otorgasen consentimiento para el estudio. Tamaño muestral estimado: 246 pacientes (confianza 95%, precisión 5%, estimación poblacional 20%). Se recogieron datos de filiación del paciente y del catéter, frecuencia de cura, solución de limpieza, antiséptico, apósito de cobertura. Se compararon las pautas de cura (PC) habitual en los centros participantes: -PC1: suero salino fisiológico (SSF) + clorhexidina acuosa 4% solución jabonosa (CA4J) + apósito gasa (AG). -PC2: SSF + clorhexidina alcohólica 2% (CH2) + APT. -PC3: SSF + clorhexidina acuosa 0,5% (CA05) + APT. -PC4: SSF + CH2 + AG. -PC5: SSF + CH2 + APT con almohadilla de gel integrada que contiene gluconato de clorhexidina 2% (ACHG). -PC6: SSF + ciprofloxacino ótico 1 mg en solución (CO) + AG. -PC7: SSF + clorhexidina acuosa 2% (CA2) + APT. -PC8: suero hipertónico 20% (SH20) + ACHG. -PC9: SSF + CA2 + AG. Variable dependiente: IOS durante periodo de estudio con confirmación microbiológica tras presentar clínica compatible. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial a partir de las variables a estudio (chi cuadrado, test exacto de Fisher, odds ratio).

## Resultados

Se incluyeron 335 pacientes: 39,4% mujeres, edad media 67,78±14,65 años, 35,8% diabéticos, 96,4% un OS, 83,3% insertado en yugular derecha. El 36,7% se realizaba cura en cada sesión, 63,3% semanal. Pautas de cura: PC1 6,6%, PC2 10,4%, PC3 8,1%, PC4 7,2%, PC5 9,6%, PC6 34,6%, PC7 9,3%, PC8 9% y PC9 5,4%. La frecuencia de cura semanal se asoció a mayores tasas de IOS: en cada sesión 16,4% vs semanal 25,9% (OR 1,78, IC95% 1,11-2,86; p=0,019). El uso de SH20 obtuvo más IOS (56,5%) que el SSF (17,5%) (OR 6,13, IC95% 3,59-10,47; p<0,001). El antiséptico que presentó mayor tasa IOS fue la CA2 (CA2 42,6%, C4J 31,3%, CH2 20,7%, CA05 14,6%, CO 0,8%; p<0,001). El apósito de cobertura que mayores tasas de IOS presentó fue el ACHG (ACHG 41,1%, APT 29,1%, AG 9,7%; p<0,001). La PC8 fue la que mayor tasa de IOS presentó (PC1 31,3%, PC2 27,7%, PC3 3,6%, PC4 20,4%, PC5 13,2%, PC6 0,8%, PC7 42,6%, PC8 56,5%, PC9 5,3%; p<0,001).

## Conclusiones

La frecuencia de cura en cada sesión y la pauta de cura con SSF + CO + AG se asoció con una menor tasa de IOS en la muestra estudiada.

# La estimación del flujo del acceso vascular mediante el sistema DMed NephroFlow®: ¿es posible flexibilizar su medición en cualquier momento?

Esther García-García, Pablo Alejandro Sarduy-Coronado, Sonia Mendoza-Mendoza, José Luis Merino-Rivas, Raquel del Pozo-Gondín, Laura Baena-Ruiz

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

## Introducción

La estimación del flujo del acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es un aspecto clave para detectar fistulas arteriovenosas (FAV) en riesgo de trombosis. Aunque persiste controversia sobre la eficacia de una vigilancia periódica del AV mediante estimaciones de flujo, las Guías del AV desarrolladas por el GEMAV aconsejan su mediación periódica. El sistema DMed NephroFlow (NIPRO®), basado en métodos dilucionales mediante ultrasonidos, ha demostrado que puede obtener valores del flujo del AV con una buena correlación respecto al sistema de medición clásico con Transonic® y puede aplicarse para el seguimiento del AV.

## Objetivos

Determinar si existen diferencias significativas al realizar mediciones de flujo con NephroFlow® entre la primera hora y segunda hora de la sesión de hemodiálisis, así como entre cualquiera de los tres días en los que el paciente acude a HD.

## Material y Método

Durante dos semanas consecutivas a los pacientes con FAV o prótesis (FAVp) en HD en nuestra unidad se les practicaron mediciones del flujo del AV mediante el sistema NephroFlow® a primera y segunda hora de la HD, los 3 días que acudían a sesión, intercalando primera hora con la segunda cada semana para evitar pérdida importante en la calidad de diálisis. Para el estudio se ha procedido según las recomendaciones habituales de flujo estable a 250 ml/min, ultrafiltración correspondiente, agujas en la misma vena, sin modificación del peso seco y pasando a todos los pacientes a HD convencional.

## Resultados

Se han incluido un total de 21 pacientes, 13 varones y 8 mujeres, edad media de 68±12,3 años. El tiempo medio en HD fue de 36±23 meses. El tipo de AV que portaban era: 10 pacientes una FAV radio-cefálica, 5 una FAV húmero-cefá-

lica, 2 pacientes una FAV húmero-basílica y 4 pacientes una FAVp. El flujo medio estimado obtenido mediante NephroFlow® en la primera hora de todas las sesiones y en la segunda hora fue de 1.056±754 y de 1.130,16±769 ml/min respectivamente; índice de correlación intraclase fue de 0,737 y Test H de K-W 0,349 (p≤0,05). El flujo medio el primer día fue de 1.129±794,5 ml/min, ICC=0,662; segundo día 102,5±729 ml/min, ICC=0,812; tercer día 1.121,5±ml/min, ICC=0,774. En todos los casos p<0,05.

## Conclusiones

No se han observado diferencias significativas con respecto a variaciones en el flujo estimado con el sistema dilucional mediante ultrasonidos NephroFlow® con respecto a la hora (primera o segunda hora de la sesión de HD) o día de realización (primero, segundo o tercer día de HD), presentando resultados comparables.

## Percepción de los pacientes ante un programa piloto de monitorización de la fístula arteriovenosa

M<sup>a</sup> Amaya Mateo-Sánchez, Manuel Fernández-Núñez, Ana Isabel Sierra-Sánchez, Víctor Cantín-Lahoz, Emilia Ferrer-López, Francisco Javier Rubio-Castañeda

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

### Introducción

Las guías sobre el acceso vascular para hemodiálisis recomiendan disponer de programas protocolizados de seguimiento de la fístula arteriovenosa (FAV) con el objetivo de diagnosticar precozmente estenosis, prevenir trombosis y aumentar su supervivencia. Se desarrolló un programa piloto de monitorización el cual incluía métodos de primera y segunda generación: inspección física detallada y 3 test manuales (elevación del brazo, aumento de pulso y oclusión secuencial) realizados trimestralmente, métodos indirectos recogidos diariamente pero evaluados bimensualmente, métodos diluccionales trimestralmente y de forma anual revisión ecográfica por parte del enfermero de la consulta de accesos vasculares de hemodiálisis. Dicho programa se convirtió en un proyecto de mejora aceptado por la Comisión de gestión clínica y calidad asistencial de nuestro hospital.

### Material y Método

Los pacientes fueron informados al comienzo de dicho programa del objetivo e importancia del mismo, de los distintos procedimientos y la frecuencia con la que se llevarían a cabo. Una de las cosas que más nos preocupó al principio fue la percepción de los pacientes ante este programa, dado que tras las primeras explicaciones informativas la mayoría de las cuestiones que planteaban los pacientes era su temor a cómo influiría la realización de dichas técnicas en el tiempo que permanecerían en la unidad, si éste se alargaría o la incomodidad de tener que acudir a una nueva consulta, independientemente de la importancia en la mejora del seguimiento, cuidado y supervivencia del acceso vascular. Una vez transcurrido un año se procedió a reevaluar las frecuencias de los diferentes métodos, los resultados obtenidos y la satisfacción tanto del personal como de los pacientes. La encuesta de satisfacción de los pacientes era totalmente anónima, fue contestada por 36 pacientes de los 39 incluidos en el programa y constaba de 5 aspectos a valorar los cuales se puntuaban del 1 al 5 siendo 1 totalmente en desacuerdo con la pregunta y 5 totalmente de acuerdo con la pregunta. Estos aspectos tenían relación con la percepción ante las distintas iniciativas sobre la aten-

ción, vigilancia, cuidados, influencia en la supervivencia de la fístula y su calidad de vida.

### Resultados

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios con una media que osciló en las distintas preguntas de 4,528 a 4,611, una mediana de 5 y una moda de 5.

### Discusión

Se nos generaron ciertas dudas ante si las escasas respuestas negativas estaban relacionadas con el desarrollo del programa realmente o con la redacción de alguna de las cuestiones, alteraciones en el nivel cognitivo de algunos pacientes o que la encuesta sirviera para expresar su insatisfacción ante otros aspectos de la unidad.

### Conclusiones

La percepción de los pacientes ante el programa piloto fue satisfactorio y el temor ante las posibles incomodidades que el programa pudiera causarles como el desplazamiento para acudir a una nueva consulta se disipó una vez los pacientes vieron su funcionamiento y expresaron su agradecimiento.



# Consulta enfermera de hipertensión arterial: ecografía carotídea y factores de riesgo cardiovascular

Carme Camps-Fernández, Yessica Advíncula-Pomacaja, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona

## Introducción

La aterosclerosis es una enfermedad de origen multifactorial que afecta al grosor y elasticidad de las capas íntima y media de las arterias. La localización superficial de las carótidas posibilita la utilización del ultrasonido Doppler en la práctica clínica para el diagnóstico de las alteraciones del endotelio vascular como cambios en el grosor de la íntima-media (GIM) carotídea y la presencia de placas de ateroma que son predictores de mayor probabilidad de ictus y eventos cardiovasculares. Factores de riesgo como son la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo, la diabetes mellitus (DM), la dislipemia y la obesidad son conocidos por su capacidad aterogénica.

## Objetivos

Describir los resultados ecográficos carotídeos detectados por ultrasonografía Doppler de las personas atendidas en la consulta enfermera de Hipertensión Arterial y determinar su relación con factores de riesgo cardiovascular.

## Material y Método

Descriptivo retrospectivo. Muestra: personas derivadas a la consulta de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (RV) de enero a diciembre de 2022. La enfermera referente según protocolo de la unidad realizó ecografía Doppler de las arterias carótidas para el diagnóstico de posibles lesiones. Se definió placa de ateroma un GIM carotídeo  $\geq 1,5$  mm. Se valoraron los territorios a nivel de la pared anterior y posterior en carótida común, bulbo y carótida interna en ambos ejes carotídeos. Se diseñó una base de datos con las variables: sexo, edad, GIM carotídeo, localización de placa de ateroma y factores de riesgo modificables (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, índice masa corporal (IMC) e índice cintura-cadera (ICC)). Análisis de datos con SPSS v22.

## Resultados

n=82 (100%). 48 (58,5%) presentan placas de ateroma (bilateralmente el 72,9% y con localización en el bulbo carotídeo

el 89,6%). Su diagnóstico fue similar en hombres y mujeres (59,1% y 57,9% respectivamente) y se observaron diferencias significativas en función de los siguientes factores de riesgo: edad mayor/menor 60 años (83,7% vs 30,8%,  $p < 0,001$ ), hipertensión de  $\pm 10$  años de evolución (80,4% vs 30,6%,  $p < 0,001$ ), diabetes mellitus si/no (87,5% vs 46,6%,  $p < 0,001$ ), hipercolesterolemia si/no (77,5% vs 40,5%,  $p < 0,001$ ), ICC alterado/normal (65,2% vs 23,1%,  $p = 0,006$ ),  $IMC \geq 25 / < 25$  (58,9% vs 55,6%,  $p = 1,0$ ), tabaquismo si/no (81% vs 50,8%,  $p = 0,02$ ).

## Conclusiones

La mayoría de las personas atendidas presentaron ateromatosis carotídea, mostrando asociación significativa con los factores de riesgo vascular estudiados. Además, el ICC parece asociarse mejor con el daño vascular que el IMC. La realización sistemática de la ecografía carotídea en la Consulta Enfermera de HTA y RV permite actuar precozmente teniendo el soporte visual de las imágenes, y facilita definir estrategias enfermeras, como el abandono del hábito tabáquico, para mejorar estilos de vida y evitar la progresión de la enfermedad vascular y sus posibles consecuencias.

## Dieciocho años de granulocitoaféresis, experiencia de nuestro centro

Víctor Cantín-Lahoz, Emilia Ferrer-López, Manuel Fernández-Núñez, Francisco Javier Rubio-Castañeda, Ana Isabel Sierra-Sánchez, M<sup>a</sup> Amaya Mateo-Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### Introducción

La granulocitoaféresis es un tratamiento que depura la sangre en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) -Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU)- no respondedores a tratamientos habituales biológicos o inmunosupresores. Se requiere de varias sesiones en función del grado de afectación de la enfermedad, utilizando dos accesos venosos periféricos contralaterales de calibre adecuado (18G). La sangre pasa por una columna de acetato de celulosa (Adacolum®), fijándose los granulocitos, linfocitos y mediadores de la inflamación. No suelen aparecer complicaciones graves durante el tratamiento y es realizado por enfermería en Unidades de terapias depuratorias extracorpóreas como hemodiálisis.

### Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo desde febrero 2005 a abril 2023, de pacientes en tratamiento con granulocitoaféresis en una unidad de hemodiálisis en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos clínico-epidemiológicos y el tratamiento realizado, y se analizaron los registros de las sesiones y las complicaciones sucedidas.

### Objetivos

Analizar las sesiones de tratamiento de granulocitoaféresis en el servicio de hemodiálisis.

### Resultados

Se analizaron sesiones de 33 pacientes, 54% varones, edad media 45 años [18-81]. La causa de enfermedad fue CU en 29 pacientes (88%) y EC 4 pacientes (12%) el 42% (n=14) estaba ingresado en el momento de la terapia. El acceso vascular utilizado fue vía periférica venosa 18G en 13 pacientes (40%), vía central yugular en 10 pacientes (30%), aguja de fístula calibre 16G en 7 pacientes (21%), vía central femoral en 3 pacientes (9%). Las complicaciones clínicas durante las sesiones fueron 1 caso de hipotensión, 1 extravasación y 4 episodios de fiebre durante la sesión de tratamiento (relacionado con el acceso vascular). Se realizaron un total de 339 sesiones

(x=10 sesiones/paciente [2-29]). Se utilizó anticoagulación en el 96% (n=31) de los pacientes (Enoxaparina 20 o 40 mg). El flujo de tratamiento se fijó en 30 ml/min y en 90 minutos de sesión. Las complicaciones por el tratamiento fueron problemas de flujo arterial en 52 sesiones (15%), aumento de presión venosa en 48 sesiones (14%) y se coaguló el circuito en 24 ocasiones (7%). En 4 pacientes no surgió ningún tipo de complicación (12%).

### Conclusiones

Las sesiones realizadas han resultado seguras para los pacientes sin producirse complicaciones graves en los pacientes. La más frecuente es debida al acceso vascular, resultando idóneo valorar el más adecuado en cada paciente. El uso de agujas de alto calibre (16G, catéter fístula o catéteres línea media "Midline") son una oportunidad de mejora para finalizar el tratamiento y preservar su árbol venoso. Se desconoce posterior evolución en los pacientes beneficiarios de estas sesiones de tratamiento, así como en aparición de brotes de su EII por ser tratados por el servicio de Gastroenterología, por lo que resultaría de elevado interés realizar estudios conjuntos futuros para valorar su eficacia de manera longitudinal. Enfermería de la Unidad de terapias depuratorias extracorpóreas, dentro del servicio de hemodiálisis, es responsable de una vigilancia estrecha y monitorizar las sesiones de tratamiento para detectar de manera precoz posibles complicaciones, así como ofrecer cuidados de calidad.

# Grado de conocimiento sobre la enfermedad renal crónica en los estudiantes del máster universitario en actividad física y salud en la Universidad Europea

Elena Guerrero-Rodríguez, Cristina González-Amor, Marta Dorado-Saavedra, Marcos García-Olegario

Centro Fundación Renal Los Llanos II. Madrid. España

## Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología que, a pesar de su elevada prevalencia e incidencia, sigue siendo una gran desconocida para la población, incluso para aquellas personas que tienen estudios universitarios relacionados con la salud.

## Objetivos

Evaluar el conocimiento sobre ERC en los estudiantes del Master Universitario en Actividad física y Salud.

## Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado mediante encuesta Ad Hoc, compuesta de 24 ítems, de opinión voluntaria a 42 estudiantes del Máster Universitario en Actividad Física y Salud.

## Resultados

Participan en el estudio 8 médicos, 20 entrenadores deportivos y 14 fisioterapeutas. La media de respuestas correctas es de  $14,52 \pm 4,26$ . Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según los estudios base de los participantes, los graduados en medicina han obtenido mejores resultados (20,75 vs 13,03) que educadores deportivos y fisioterapeutas. El bloque que mayor número de respuestas correctas ha obtenido es el de trasplante renal ( $18,72 \pm 3,36$ ) y el de fisiología renal el que ha obtenido peor puntuación ( $10,73 \pm 4,02$ ).

## Conclusiones

Esta encuesta confirma que el grado de conocimiento acerca de la ERC es bajo incluso entre personas con estudios relacionados con la salud. Se han identificado varios aspectos preocupantes, especialmente los relacionados con la fisiología renal. Se deben establecer estrategias que permitan dar a conocer y mejorar los conocimientos acerca de la ERC en la población general y más concretamente en aquellos profesionales relacionados con la salud.

# Implantación de la figura de enfermera de enlace entre los ámbitos de atención primaria y nefrología hospitalaria: experiencia clínica dentro de un programa de atención integrada en la enfermedad renal crónica avanzada

Marblava Buades-Sabater<sup>1</sup>, Esther Salillas-Adot<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Rosa Sánchez-Cabrera<sup>1</sup>, Inés Rama-Arias<sup>1</sup>, Iris Lumillo-Gutiérrez<sup>2</sup>, Pilar Sancho-Campos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

<sup>2</sup> Atención Primaria. Servicio de Atención a la cronicidad y complejidad. Baix Llobregat Centre. Barcelona. España

## Introducción

Las guías internacionales de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) recomiendan el seguimiento compartido entre los ámbitos de primaria y hospitalaria en determinados casos, especialmente en personas con manejo conservador. La atención primaria (AP) es fundamental en el manejo de los factores de riesgo de progresión desde su inicio, hasta fases muy avanzadas. Actualmente el abordaje de la ERCA en AP tiene capacidad de mejora en cuanto a un seguimiento estandarizado y coordinado con el ámbito hospitalario. En algunos contextos, la única vía de comunicación entre los servicios de nefrología y AP es la interconsulta virtual, pero no existen otros canales para mejorar el seguimiento de este perfil de pacientes.

## Objetivos

Ofrecer un manejo integrado entre AP y la unidad de ERCA hospitalaria, en pacientes en fase avanzada de la enfermedad.

## Material y Método

**Contexto:** Se presenta una experiencia clínica de la implantación de la figura de enfermera de enlace hospitalaria para realizar un manejo compartido con AP, a través de la activación de vías de contacto directo entre los diferentes ámbitos y la identificación de referentes de nefrología en AP. Estas estrategias se realizan en el contexto de un programa de mejora del manejo de la ERCA (Proyecto MARECA código 22/092-P) donde se aplican estrategias formativas, digitales y de interrelación entre los distintos ámbitos.

**Intervenciones:** En el primer trimestre de 2023 se identifican referentes de nefrología en AP para establecer reuniones periódicas entre los diferentes ámbitos y valorar necesidades de mejora. Durante un año, la enfermera de enlace lleva a cabo la evaluación de los pacientes con ERCA (FG<30 ml/min) valorados por Nefrología a través de la interconsulta virtual desde AP, o pacientes visitados en la unidad de Enfermería ERCA

hospitalaria. Ofreciendo un soporte clínico o seguimiento compartido según la necesidad: a profesionales del EAP, referentes de nefrología o al equipo de cronicidad (gestión de casos).

**Medidas:** En base a las recomendaciones TIDIER, el análisis y descripción de las intervenciones de la enfermera de enlace y de los referentes de nefrología se realiza a través de una base creada con las actividades de distribución, tareas y variables clínicas de los pacientes que han requerido un manejo conjunto.

## Resultados

Se presentan resultados del análisis del primer semestre, actividades de enlace y reuniones con los referentes de nefrología de AP identificados. Los contactos realizados a través de la enfermera se han enfocado en consensuar actuaciones clínicas basadas en guías, activando recursos para el abordaje paliativo, pactando seguimientos periódicos basados en el control de FRCV, recomendaciones dietéticas y manejo de fármacos.

## Conclusión

A raíz del análisis de los resultados se estandarizaran pautas futuras de seguimiento compartido, consolidando vías de interrelación clínica entre profesionales de AP y hospital. Mejorando así, el manejo de la ERCA, control de los FRCV, detección precoz de las complicaciones y disminución de los eventos cardiovasculares y renales.

## Importancia de la intervención enfermera en una unidad de diálisis de agudos

Marta María Torres-Romero, María Sol Torres-Romero, Miguel Ángel Moral-Caballero, Graciela Álvarez-García

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

### Resumen, Introducción y Justificación

Una unidad de diálisis de agudos (UDA) es un servicio de atención médica especializado en la administración de terapias de diálisis a pacientes con insuficiencia renal aguda que necesitan atención urgente. Es un servicio esencial en el tratamiento de pacientes críticos y puede marcar una gran diferencia en su recuperación y bienestar, ya que reciben atención constante y un seguimiento riguroso que asegura unos cuidados adecuados. Los pacientes son monitorizados por un equipo multidisciplinar especializado en diálisis, que trabajan juntos para proporcionar la mejor atención posible. Además de la terapia de hemodiálisis, en la UDA también se proporcionan otros tratamientos, como diálisis peritoneal, terapias continuas de reemplazo renal (TCRR), plasmaféresis, administración de medicamentos, realización de biopsias renales, retirada de dilatadores y catéteres tunelizados y canalización de catéteres temporales, entre otros.

### Objetivos

Analizar la importancia de las intervenciones de enfermería en la UDA.

### Material y Método

Diseño del estudio. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en la UDA de un hospital terciario, dentro de un periodo de doce meses, enero-diciembre 2022.

Variables a estudio -Variables clínicas: HD, UCI, TCRR, plasmaféresis, inserción catéteres temporales y retirada de tunelizados e introductores, peritonitis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD), diálisis peritoneal automatizada (DPA), administración de medicación ambulatoria, transfusiones de hemoderivados y biopsias renales.

### Resultados

Procedimientos de enfermería: Terapia renal: HD: mensual=149,5±46,14. N=1.794 anuales. Mes más prevalente: enero (N=243) y menos: agosto (N=98). HD en UCI: mensual=9,3±4,9. N=112 anuales. TCRR y plasmaféresis: men-

sual=1,8±1,3 y N=5 anuales; y mensual=1,6±1,15 y N=5 anuales, respectivamente. Terapia peritoneal: Peritonitis: mensual= 2,66±1,8. N=24 peritonitis anuales. CAPD: mensual=14,16±15,11. N=170 CAPD al año. Mes más prevalente: enero (N=55) y menos: agosto (N=2). DPA: mensual=8, sin DE, 8 sesiones en el mismo mes. Retirada introductores: mensual=2,83±1,47. N=17 retiradas anuales. Administración medicación intravenosa ambulatoria: mensual=15±10,12 y N=166 pacientes anuales. Transfusión hemoderivados: mensual=8,55±7,24 y N=77 transfusiones anuales.- Colaboración de enfermería con equipo multidisciplinar: Inserción VVC y CVCNT: mensual=6±3,1, N=66 catéteres anuales. Retirada CVCT: mensual=4,54±3,2. N=50 retiradas de CVCT anuales. Biopsias renales: mensual=2,54±1,83. N=28 biopsias renales al año.

### Conclusiones

Las terapias más realizadas en nuestra UDA son terapias de HD.-La HD en UCI, no es frecuente, muchos de estos pacientes están sometidos a TCRR. -Las TCRR y plasmaféresis tienen datos muy pobres. ¿Son tan importantes en la UDA? -Hay gran número de pacientes que requieren CAPD. La DPA está en desuso. -Gran prevalencia de administración de medicación ambulatoria y transfusión de hemoderivados. -Establecemos una relación en cuanto al mes más y menos prevalente de las técnicas más frecuentes (CAPD y HD). Meses de invierno vs meses de verano. Está relacionado con la falta de personal antiguo (en periodo vacacional). -Por ello es necesario un personal experto en UDA. Las técnicas de enfermería son complejas y exclusivas, necesitando una formación adecuada y extensa que asegure al paciente una máxima calidad y seguridad.

# Importancia del apoyo de la supervisión de enfermera en fomentar la investigación en la unidad de nefrología

Miguel Ángel Moral-Caballero, Graciela Álvarez-García, María Vanessa Hernández-Mora, Marta María Torres-Romero, Eva Sanjuan-Suria

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

## Introducción

La Enfermedad renal crónica (ERC) constituye hoy día un importante problema de salud en las sociedades desarrolladas, vinculado al progresivo envejecimiento de la población y a la elevada prevalencia de patologías como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), las cuales son a su vez factores de riesgo para padecer una enfermedad renal crónica. El éxito y funcionamiento de un servicio, se atribuye al trabajo multidisciplinar en conjunto con una supervisión sistemática. Una de las principales funciones de la supervisión de enfermería, es garantizar una atención de calidad en los cuidados a los pacientes con ERC. La investigación tiene una influencia en la mejora de calidad de los cuidados y satisfacción de los usuarios. La supervisión de enfermería plantea unas estrategias para fomentar la producción científica en nuestra unidad de nefrología y con ello mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos.

## Objetivos

Analizar la influencia del apoyo de la supervisión de enfermería en fomentar la investigación en la unidad de nefrología.

## Material y Método

Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo para analizar los resultados de impulsar la actividad científica enfermera en nuestra unidad. Para ello la supervisión de Enfermería, crea en el año 2021 como herramienta, un grupo de trabajo de Investigación de enfermería, liderado por el supervisor de la unidad y con el apoyo de una enfermera con experiencia en investigación. Se desarrollan las estrategias: Captación del talento, contar con una enfermera de apoyo con experiencia en investigación, obtención de ayudas económicas para fomentar la divulgación científica. Plan de acción:

- Asesorar a las enfermeras de la unidad sobre estrategias de desarrollo profesional a través de la investigación.
- Mejorar la producción científica de las Enfermeras de nefrología.

- Impulsar cuidados enfermeros basados en la evidencia.
- Promover un grupo de trabajo en investigación Enfermera.
- Facilitar información sobre ayudas y convocatorias científicas.
- Promover la difusión de los trabajos científicos.

## Resultados

En el último año 2022:

- Se han presentado 17 trabajos en Jornadas y Congresos.
- Se ha creado una línea de investigación en cuidados a las personas con ERCA.
- Se ha publicado una "Guía de Herramientas de valoración del paciente con ERCA" y una "Guía rápida para enfermería de manejo de monitores de diálisis".
- Se han publicado 3 artículos en revistas científicas de primer cuartil (Q1).
- Se ha organizado las primeras Jornadas de puertas abiertas de hemodiálisis domiciliaria en nuestro hospital, organizadas por enfermería.

## Conclusiones

El fomento y el impulso de la investigación, desde la supervisión de enfermería nos ha aportado un aumento en la producción científica de nuestra unidad. Esto repercute positivamente en los cuidados ofrecidos al paciente con ERC, basados en la evidencia científica. También beneficia al profesional de enfermería, contribuyendo al desarrollo del conjunto de conocimientos con lo cual mejora la práctica asistencial. A nivel hospitalario también hay una repercusión positiva, dado que la optimización de los recursos conlleva un aumento de su eficiencia.

## Nivel de estrés del personal de enfermería de la unidad de diálisis versus nivel de estrés del personal de hospitalización y servicios centrales

Nuria Belén Martín-Laso, María Virginia de la Cruz-Díaz, M<sup>a</sup> Carmen Ruiz-Lozano, M<sup>a</sup> Luz Sanz-Barrientos, Julita Lozano-Franco

Hospital Río Carrión. Palencia. España

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación (Organización Mundial de la Salud, 2004). Muchos factores de riesgo, llamados estresores, se han identificado como causantes del estrés en enfermería, entre ellos los implícitos de la profesión como el dolor, sufrimiento y muerte de los pacientes, o los derivados de la organización del trabajo como sobrecarga, falta de personal, turnos...La profesión de enfermería se considera estresante con una alta prevalencia de trastornos psíquicos relacionados con el estrés generando insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puestos de trabajo y/o abandono de la profesión.

### Objetivos

Estudiar y comparar el nivel de estrés de enfermería en la unidad de diálisis frente al nivel de estrés de enfermería en las unidades de hospitalización y servicios centrales.

### Material y Método

Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo y comparativo, sin grupo control, no aleatorio, con una muestra de 180 profesionales de enfermería que trabajan en un hospital general en distintas áreas de hospitalización, sin criterio de inclusión. Para recoger los datos se utilizó la escala de KARASEK modificada con 29 ítems y 3 dominios; como variables se han utilizado edad, sexo y unidades funcionales de trabajo. Para comparación entre grupos de variables continuas, el test de la t de Student, el test de ANOVA, el test de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis cuando se precisó. Para la correlación entre las variables continuas se utilizó el test de Spearman.

### Resultados

Resultados más relevantes: edad media 50,9 (DE 9,7) sexo (96,1% mujeres 3,9% hombres) y en unidades funcionales (Diálisis 12,7%, hospitalización 42,9% y servicios centrales 45,3%) La escala ha sido respondida por 180 participantes comparándose los resultados de la unidad de diálisis con el resto de las unidades estudiadas Los valores estudiados y comparados hacen referencia a los 3 dominios de los que se compone la escala: 1-Control dimensión decisional (demanda psicológica del trabajo), puntuación media sobre 4 en el que se obtiene:  $3,1 \pm 0,03$  para diálisis, frente al  $2,9 \pm 0,4$  hospitalización y  $2,9 \pm 0,4$  servicios centrales, todos con un nivel de significación de 0,12-Exigencia del trabajo, puntuación media sobre 4 con resultados de: 2,7 para diálisis, 3,0 hospitalización y 2,7 servicios centrales todos con un nivel de significación de  $<0,0013$ -Apoyo social, puntuación media sobre 4 en el que se obtiene  $2,9 \pm 0,4$  para diálisis,  $2,9 \pm 0,3$  hospitalización,  $2,7 \pm 0,5$  servicios centrales, con un nivel de significación de 0,03.

### Conclusión

Sólo en el dominio exigencia del trabajo existen diferencias estadísticamente significativas sin significación clínica, a pesar de que el tamaño de la muestra es grande (sólo se detectan décimas). En los otros dos dominios NO se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los distintos servicios estudiados.

# Pautas de actuación enfermera para la realización segura de la biopsia renal en planta de hospitalización

Margarita Civera-Miguel, José Miguel Díaz-Pizarro, Minerva Arambarri-Segura, María Elena Nieto-Cruz

Hospital General Universitario de Ciudad Real. España

## Introducción

La biopsia renal (BR) es una prueba diagnóstica clave, de gran ayuda en el manejo terapéutico y pronóstico de una gran variedad de síndromes renales. Las indicaciones más frecuentes son el síndrome nefrótico, las alteraciones urinarias asintomáticas y la insuficiencia renal aguda. Es una prueba diagnóstica invasiva, no exenta de riesgos, por lo que la enfermera tiene una gran responsabilidad a la hora de preparar, adecuar y asistir la técnica, así como detectar posibles alteraciones y cambios en la monitorización de las constantes del paciente, tanto durante como después de la prueba.

## Objetivos

El objetivo de este trabajo es ver cuáles son las complicaciones más frecuentes de la BR y la forma de poder prevenirlas.

## Material y Método

Se trata de un estudio observacional, longitudinal y descriptivo de las BR realizadas en el servicio de Nefrología de nuestro hospital entre 1991 y 2022. De 1.005 BR realizadas en el periodo indicado, se han registrado datos en 781, que son las que se han analizado.

## Resultados

Se observa que en 719 pruebas no ha existido ninguna complicación (92,06%). En 34 ha aparecido hematuria y/o hematoma leve (4,35%). En 14, hematuria y/o hematoma grave (1,79%). En 11 casos ha aparecido fístula arterio-venosa (1,40%), 1 caso de nefrectomía (0,12%), 1 de perforación de órgano (0,12%) y 1 de éxitus (0,12%).

## Conclusiones

A la vista de los resultados, se observa que en el 92% de las BR realizadas no hubo ninguna complicación, por lo que se puede concluir que se trata de una técnica muy segura para el paciente. En la bibliografía consultada, el hematoma perirrenal se presenta hasta en un 75% de los casos. En el presente estudio, sólo se ha registrado en un 6,14% de casos, lo que prueba que la técnica se está realizando de una forma adecuada. El resto de complicaciones, que son las más graves, constituyen un porcentaje pequeño de casos, apenas el 2%. Tras este estudio, se pueden establecer unas pautas de actuación para evitar que se produzcan complicaciones en la realización de la BR: Antes de la prueba, suspender la toma de antiagregantes o anticoagulantes con antelación y administrar desmopresina en pacientes con insuficiencia renal la mañana del procedimiento. Durante la prueba, colocación adecuada del paciente, asegurar vía venosa permeable, monitorización de tensión arterial. Después de la prueba, el reposo absoluto en decúbito supino durante 24h, control horario de constantes durante las primeras 4h, control de diuresis, realización de ecografía renal y hemograma de control a las 24h o antes si aparecen ciertos síntomas (dolor, hipotensión arterial, taquicardia o hematuria). Para finalizar, tras el alta, se recomienda reposo relativo durante la primera semana.



# Prevalencia de neoplasias en pacientes con terapia renal sustitutiva, adaptación e individualización de cuidados de enfermería

María Henar Sanz-Frutos, Beatriz Arriero-López, Cristina Fernández de Alba-Herrerros, Judith García-Hernández, María del Carmen López-López, Verónica Ruth Mercado-Valdivia

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España

## Introducción

Durante estos últimos años hemos observado un aumento significativo de neoplasias en pacientes con enfermedad renal crónica en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS). Por consiguiente, hemos tenido que reevaluar y adaptar los cuidados de enfermería a las nuevas necesidades de los pacientes debido a su delicado estado de salud.

## Objetivos

Dar visibilidad a los cuidados de enfermería de los pacientes oncológicos con TRS.

## Material y Método

Estudio transversal descriptivo en una cohorte de pacientes en TRS con antecedentes de neoplasia, o neoplasia activa, en nuestra unidad.

## Resultado

La muestra consta de 69 pacientes (56 en hemodiálisis y 13 en diálisis peritoneal). De estos, 18 fueron diagnosticados en algún momento de neoplasia, con 35 episodios de tumores de nueva aparición, obteniendo una tasa de 1,9 neoplasias por paciente. De ellos 15 son hombres y 3 mujeres; 12 están en hemodiálisis y 6 en diálisis peritoneal. El 54% se diagnosticó previo a la entrada en TRS. En el momento del estudio el 43% de los tumores se encuentra en situación estable, el 34% en remisión completa, el 17% en remisión parcial y el 6% en progresión, manteniendo 15 pacientes la enfermedad neoplásica activa. Los cuidados que realizamos con nuestros pacientes están destinados a garantizar la seguridad y a mejorar su calidad de vida. Entre ellos está el manejo de líquidos, control del dolor, nutrición adecuada, prevención de infecciones, manejo de los efectos secundarios del tratamiento y apoyo emocional. Proporcionamos facilidades para compaginar los dos tipos de tratamiento tanto en procesos agudos como en las posibles complicaciones que presenten en cada momento. En dos pacientes ha sido necesario realizar un cambio de modalidad de diálisis, no por déficit de autocuidado, sino porque

la diálisis peritoneal no les permitía tener todas las opciones de tratamiento para su patología tumoral. La confianza del paciente con el profesional de enfermería es clave para dar el apoyo emocional en este momento tan difícil de su vida. En nuestra unidad al ser pacientes ambulatorios, optimizamos los cuidados evitando duplicidades de analíticas y coordinamos el seguimiento del paciente para disminuir visitas al hospital, por ejemplo, al servicio de urgencias que es de los lugares que más ansiedad les genera. Siempre de forma multidisciplinar con el resto del equipo de nefrología, de cuidados paliativos y del hospital de día oncológico.

## Conclusión

La incidencia de neoplasia en nuestro servicio es elevada, 20%. El papel de enfermería es fundamental para ayudar al paciente a integrar estos dos procesos que tienen tanta repercusión en su vida. Esto hace que tengamos que individualizar los cuidados de enfermería a los pacientes con este tipo de patología durante su TRS, ya que son fundamentales para su bienestar tanto físico como emocional. La relación del equipo de enfermería con el paciente se convierte en un gran apoyo siendo una figura muy importante ante esta situación a la que se enfrenta.

## Programación de taller didáctico sobre salud renal para concienciación juvenil en prevención y donación de órganos

Trinidad López-Sánchez, Concepción Cabello-Romero, Olga Caballero-Rubio, Demersa Carmona-Santos, Patricia Colilles-Gómez, Inmaculada Palomino-Fenet

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

### Introducción

Con motivo de la celebración del Día Mundial del Riñón cuya campaña anual persigue "Salud renal para todos", un grupo de enfermeros hemos programado una intervención educativa a un grupo juvenil en etapa escolar obligatoria. Con el objetivo general de sensibilizarles sobre los factores de riesgo y medidas preventivas de la salud renal (prevalencia del 10% población).

### Objetivos

El objetivo específico es: Elaborar un taller teórico práctico para concienciar y motivar sobre la prevención/promoción de la salud y donación de órganos.

### Material y Método

Elaboración de unidad didáctica con enfoque participativo/investigativo, coherente/flexible, búsqueda de integración de conocimiento, aprendizaje significativo y cambio de actitudes con el siguiente guión de elementos programación:

1. Tema principal y contextualización/justificación-Título de la unidad didáctica: Conocimiento salud y enfermedad de los riñones. Hábitos preventivos saludables. Trasplante y donación de órganos. Discentes: alumnos de 4º ESO (14-15 años) de IE Secundaria dentro del programa "Forma Joven" en la línea: Estilo de vida saludable con mención transversal: prevención drogodependencia, sexualidad segura y valores como solidaridad/ responsabilidad/empatía/compasión. Docentes: enfermeros de UGC Nefrourología hospitalario con competencia didáctica profesional (H026 Capacidad docente/Certificado aptitud pedagógica). Contexto didáctico: taller teórico práctico. Cuestionario riesgo renal.
2. Elaboración del temario: selección de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales relacionados con los objetivos didácticos o capacidades terminales.
3. Actividades aprendizaje, temporalización: Exposición teórica de contenidos conceptuales con apoyo audiovisual (15 mt. aprox) Exposición caso clínicos de joven con ERC

debido a hábito tóxico modificable (5 m.) Formación de grupos de trabajo actividades prácticos: Medición parámetros biológicos riesgo o afectación renal: tensión arterial/FC-glucemia capilar-Cálculo del IMC con análisis/interpretación para evitar aparición y/o agravamiento. (síndrome metabólico) (25 m). Espacio de debate participativo sobre trasplante de órganos y/o preguntas abiertas libres (5 m).

4. Recursos necesarios y disponibles: Material: tensiómetro y glucómetro digital, tiras reactivas, báscula, peticiones de analítica, frascos de orina/sangre. Desinfectante manos. Reparto de: cuestionario, formulario valores obtenidos, trípticos de recomendaciones (lenguaje sencillo/pictogramas), tarjetas de donantes/catálogo actitudes prodonación.
5. Evaluación: Definición criterios evaluación: -entender funcionamiento de los riñones/tratamientos; -enumerar factores de riesgo y pautas saludables; -entender donación y comprender su importancia/trascendencia. Continuada: control/notas de docentes e interés del alumnado. Final o sumativa: Cuestionario de adquisición de contenidos para autoevaluación con 5 preguntas conceptuales con cuatro respuestas posibles. Examen final: 5 preguntas aportadas al tutor para incluir en el examen final de asignatura. Cuestionario satisfacción de los alumnos con propuestas de mejora incluidas (logística, contenidos, opinión sobre docentes).

### Resultado

Edición programación taller teórico práctico incluido en conograma docencia externas del tercer trimestre en 2 institutos (IES) para impartir en 7 aulas 4º ESO extendido a otros centros en próximo curso 2023/2024 (con adaptación didáctica para etapa infantil y centro de mayores).

### Conclusiones

Las intervenciones a adolescentes de concienciación sobre la prevención de la ER ayudan a reducirla y ralentizar su progresión además de hacerlos agentes de cambio en la promoción de la salud y la defensa de la donación de órganos.

## ¿Qué música escuchamos hoy?

Ana Romero-Valero, Francisco Javier Gallego-Montes, Ana María Pedraza-Núñez, Laura Palomo-Bravo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

### Introducción

El Plan de Humanización de un Sistema Sanitario tiene como objetivo impulsar el desarrollo de estrategias que respeten la dignidad de las personas y sus derechos, que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente y unas condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales. La Organización Sanitaria debe estar centrada en las personas, con empatía hacia pacientes y familiares, siguiendo un enfoque holístico donde se garantice una atención personalizada en base a sus necesidades y expectativas. Detectar posibles mejoras, ponerlas en marcha y así iniciar el camino. La biopsia renal es un proceso para diagnosticar la enfermedad renal con un alto porcentaje de pacientes provenientes de un proceso agudo. La humanización y la atención personalizada pueden mejorar la percepción de la asistencia y la ansiedad. La musicoterapia durante la realización de la biopsia renal es una de las mejoras.

### Material y Método

Hemos pasado tres cuestionarios entre los pacientes que debían realizarse una biopsia renal entre julio de 2022 y enero de 2023 (pre, post y tras 24 horas del proceso) con preguntas *Ad Hoc*. Ha sido hetero administrado por la TCAE y la enfermera de nefrología. Los pacientes han participado libremente siendo informados del fin de este estudio. Reciben la información de los nefrólogos y enfermeras en el ingreso. Durante la prueba se les ofrece a los pacientes la posibilidad de escuchar música, estando todo el equipo de acuerdo.

### Datos

Se ha realizado a un total de 36 pacientes con una edad media de 55,92 años. El 61,1% son hombres y el 38,9% mujeres. El 63,9% proceden de un proceso agudo y el 30,6% proceden de la consulta ERCA. La información es suministrada por el nefrólogo en el 61,1% y en el 36,1% informan el nefrólogo con la TCAE y la enfermera. El 36,1% manifiestan estar bastante o extremadamente preocupados por el proceso de biopsia renal. El 61,1% le gustaría saber todo lo posible sobre el procedimiento que se va a realizar. Tras la realización, se

han sentido completamente cómodos el 69,4%. Se han sentido seguros en el 91,7%. La información previa les sirvió para estar más cómodos en el 91,7% y el ambiente dentro de la sala de biopsia se valoró de manera positiva en el 91,7%. El 100% aceptan escuchar música durante la prueba y el 66,7% manifiesta que le ayuda completamente a estar más cómodo y tranquilo. El 97,2% manifiestan que el trato humano recibido durante la realización de la prueba ha sido muy positivo y durante el ingreso ha sido muy bueno en el 97,2%.

### Conclusión

La biopsia renal es una técnica invasiva que supone estrés y ansiedad para los pacientes. Recibir información por parte del nefrólogo y del equipo de enfermería (TCAE y enfermera) ayuda a que el paciente se encuentre más seguro y menos preocupado. Escuchar música durante la realización de la prueba ha conseguido que los pacientes estén más cómodos y tranquilos. La humanización de la asistencia ha implicado a todos los profesionales que participan durante todo el proceso siendo muy bien valorada por los pacientes. El trabajo en equipo da valor a la asistencia global que recibe el paciente.

# Uso de las redes sociales como herramienta de apoyo en la enfermedad renal crónica

Dolores Cortés-Sáez, Ana Peña-Peñate

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

## Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud ascendente en nuestra sociedad debido al aumento de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y al aumento de la esperanza de vida. En España según el estudio EPIRCE se estima que un 10% de la población padece algún grado de enfermedad renal y este porcentaje se incrementa a medida que aumenta la edad. Esta situación demanda una extensa y continua intervención por parte de enfermería en las diferentes etapas de la ERC. Debido a la pandemia por COVID-19 se ha visto restringido el acceso presencial a las consultas de enfermería, lo que ha limitado la atención de estos pacientes. Instagram se ofrece como una de las redes sociales (RRSS) más populares a nivel mundial por su acceso libre y fácil manejo, lo que brinda una oportunidad para subsanar la demanda asistencial creada.

## Objetivos

Implantar una nueva vía de información a través de las redes sociales que permita hacer llegar a un número elevado de usuarios información sobre ERC.

## Material y Método

Se abrió una cuenta en Instagram en el mes de febrero de 2021, en la que se realizan publicaciones periódicas relacionadas con la ERC. Utilizar una red social como Instagram facilita el conocimiento de la ERC a los pacientes, familiares, cuidadores y seguidores de una forma rápida y eficiente. Las publicaciones son realizadas por personal de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) con lenguaje sencillo, claro, de forma escueta y basadas en la evidencia científica actual. El abordaje se orientó a conocer y mejorar la alimentación en la enfermedad renal, facilitar menús y evitar complicaciones clínicas derivadas de una dieta inadecuada. También se aleccionó en el manejo de la medicación y toma de muestras, así como informar y facilitar la toma de decisiones en la elección del tratamiento renal sustitutivo. Uno de nuestros pilares principales fue empoderar en el ma-

nejo de la enfermedad renal y mejorar los hábitos de vida de los pacientes.

## Resultados

El periodo de actuación se inició en febrero de 2021 continuando activo en la actualidad, se han realizado 207 publicaciones y 10 "reels" que alcanzaron 4.301 visualizaciones. Durante estos 27 meses la cuenta alcanza 1.018 seguidores, habiendo observado una correlación positiva entre el número de publicaciones realizadas y el número de seguidores.

## Conclusiones

La difusión de información sobre la ERC a través de Instagram por parte de enfermería, es un tema de interés que mejora la atención integral de los pacientes con ERC y que se correlaciona con el número creciente de seguidores conseguido. Las RRSS es un recurso que abre nuevas herramientas de atención sanitaria al que pueden llegar un número elevado de pacientes. En nuestra experiencia, motivar en el manejo de redes sociales estimula el estado cognitivo, reduce el aislamiento social y logra apoyo entre pacientes.

# Valoración de los conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos de los alumnos de grado de enfermería de la universidad de Valladolid

Mónica Brazález-Tejerina, Aranzazu Aparicio-García, Isabel Crehuet-Rodríguez, Cristina Franco-Valdivieso, Julia Hernando-García, Ángela Valer-Pelarda

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el fomento de la higiene de manos (HM) como la estrategia prioritaria para una asistencia sanitaria segura. Los estudiantes de enfermería deben estar formados y tener la capacidad de comprender la importancia que tiene la HM en la disminución de las tasas de infección nosocomial. Esta formación se contempla en el Plan de Estudios, dentro de las competencias transversales y específicas, así como en el Practicum.

## Objetivos

Evaluar el nivel de conocimientos respecto al lavado de manos y la prevención de infecciones entre los alumnos de Grado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid.

## Material y Método

Estudio descriptivo transversal mediante la cumplimentación de encuesta online, dirigido a todos los estudiantes de 3º y 4º curso de Grado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid.- Variables: sociodemográficas (sexo, edad, curso académico) y relacionadas con los conocimientos y percepciones respecto a la HM (duración del lavado de manos, protección del paciente y del profesional sanitario, etc). -Instrumentos de medida: para evaluar los conocimientos y percepciones respecto a la HM se utilizó un cuestionario de 14 ítems basado en el cuestionario desarrollado por la OMS.-Tipo de análisis: se utilizó el programa estadístico SSPS v24.

## Resultados

95 alumnos cumplimentaron la encuesta. El 94% eran mujeres con una media de 22,2 años. El 92% afirman haber recibido una educación de manera formal sobre HM y el 52% que usan preparados de base alcohólica para su higiene de forma habitual. Con relación a los conocimientos sobre HM. Entre el 98% y 100% de los casos confirma que la HM antes de tocar al paciente o inmediatamente antes de realizar un procedimiento aséptico previene la transmisión de microorganismos al mismo. Si hablamos de la prevención de la transmisión de

microorganismos al personal sanitario obtenemos entre un 42% y 65% respectivamente en las mismas situaciones. Resaltar que el 99% relacionan la vía principal de transmisión de agentes patógenos con una inadecuada HM. El 98% del alumnado considera necesario realizar una fricción con sus manos de 15-20 segundos. Ante las cuatro posibles situaciones que el alumnado de enfermería podría encontrarse en su práctica habitual, para valorar si conocían o seguían algún protocolo HM, los resultados obtenidos son similares en lavado y fricción para cada uno de los ítems. El 100% del alumnado afirma que llevar joyas/uñas artificiales o tener la piel lesionada, son situaciones que pueden aumentar el riesgo de transmisión de microorganismos patógenos, sin embargo el 61% cree que el uso frecuente de cremas de manos no acarrea tal riesgo.

## Conclusiones

Nuestros alumnos poseen un nivel de conocimientos respecto a la HM y prevención de infecciones aceptable, cumpliendo así, las directrices propuestas por la OMS. Numerosas sociedades científicas reivindicaron la importancia de la HM durante la pandemia del Covid-19, destacando el papel de las enfermeras, por su cercanía al paciente. Consideramos imprescindible continuar fomentando los valores de la cultura de HM y seguridad clínica, mediante protocolos y acciones formativas.

# YouTube como medio docente y divulgador para enfermería

María Luisa Pérez-Lapiente, María Francisca López-Pina

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

## Introducción

Muchos sanitarios divulgan en RR.SS, fomentan la interacción entre usuarios, pacientes, colegas y estudiantes creando un espacio donde difundir contenido de calidad mientras recogen sugerencias y se debaten diversos temas. Tener información de fácil acceso ayuda a pacientes a tomar mejores decisiones sobre su salud y adquirir hábitos saludables; a colegas comparar métodos de actuación y a estudiantes a asentar conocimientos y agilizar su proceso de aprendizaje.

## Objetivos

Examinar la utilidad de YouTube como herramienta de enseñanza sobre enfermería y hemodiálisis. Analizar la audiencia, suscriptores, cuántos repiten y activaron notificaciones. Descubrir el contenido más consultado y desde qué dispositivo; total de visualizaciones y tiempo medio visualizado; país y ciudades españolas con mayor acceso. Detectar carencias o errores que podemos solventar gracias a sugerencias de colegas.

## Material y Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, observacional. Se analizan los vídeos subidos a Youtube, entre mayo de 2016 y mayo del 2023. Éstos tratan sobre monitores, conceptos básicos, parámetros que vigilamos y resolución de problemas intradiálisis, accesos vasculares, bioimpedancia, plasmáfesis y testimonios de pacientes, entre otros.

## Resultados

Hay 96 vídeos con 2,3M visualizaciones; 7,7K suscriptores; el tiempo de visualización es de 83 mil horas siendo la duración media 2:11min. En los últimos 3 meses, 196K son nuevos espectadores, mientras que 8K son recurrentes. Predominan mujeres 60,2% frente al 39,8% hombres; Edad: 31% tiene entre 25-34 años; 22,4% entre 35-44 años; 18,8% entre 18-24 años; el 14,4 % entre 45-54 años; un 8% 55-64 años. Desde México se visualizan el 21,9% de los vídeos, le siguen España 19,7% y Argentina 7,7%. Las ciudades españolas que más han

consultado: Madrid 1%, Barcelona 0,6%, Sevilla 0,4% y Valencia 0,3%. El 39,6% buscó los vídeos en YouTube; al 31,4% la plataforma se los sugirió, y el 67,9% decidió ojearlos. Un 1,2% consultó directamente la página. El 96,3%, de usuarios no está suscrito, habiendo sumado 2,1M visualizaciones. Sólo el 3,7% lo está, con 85K visualizaciones y al 12,7% les llega notificaciones. El contenido más consultado: purgado de suero terapia intradiálisis 10%; funciones de enfermería en HD 9% y montaje del monitor Fresenius 5008 5,3%. El 68,4% lo vió en el móvil.

## Conclusiones

Por el gran número de visualizaciones y comentarios, concluimos que estos videos son útiles, como medio divulgativo y herramienta de formación, tanto como un primer contacto con los monitores cuando llegan a una unidad, así como complemento a las formaciones que realizan sus casas comerciales. El canal principalmente es usado por profesionales sanitarios, también indaga parte de población general y estudiantes, seguramente para resolver dudas ya que visualizan pocos minutos desde la palma de la mano y son pocos los que vuelven a reproducir el video. La temática del canal ha ido variando, no está centrada exclusivamente en Hemodiálisis y el perfil de visitantes puede ser variado, pero en un mundo sanitario especializado como nefrología el personal de hemodiálisis puede tener carencias de conocimientos en otras áreas y puede beneficiarse de estas píldoras de información. Compartiendo conocimientos, experiencias y sugerencias entre compañeros y pacientes nuestra profesión crece y avanza.

## Adherencia al ejercicio físico intradiálisis

Lydia Juan-Guil, Judith Torres-Sánchez

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante, España

### Introducción

El bienestar completo de los pacientes es una de las principales premisas de nuestro sistema de salud. El tratamiento de sustitución renal de nuestros pacientes crónicos en hemodiálisis les lleva a permanecer unas 12 horas semanales en centros sanitarios, tiempo que dedicaremos a fomentar la educación de su patología y su estado físico. La implementación del ejercicio físico intradiálisis tiene como finalidad mejorar el estado físico de los pacientes, ayudando a reducir los riesgos cardiovasculares, controlar el peso mejorar la salud mental, fortalecer el sistema músculo-esquelético y reducir el riesgo de caídas, además de favorecer el entretenimiento durante la sesión.

### Objetivos

Analizar la adherencia de los pacientes al programa de ejercicio físico durante la hemodiálisis.

### Material y Método

Se lleva a cabo un programa de ejercicio físico intradiálisis al que se adhieren 106 pacientes de la unidad de hemodiálisis. La implementación del programa de ejercicio físico fue desarrollada por el equipo multidisciplinar de la unidad, liderada por los fisioterapeutas. En el periodo inicial se realizó valoración individualizada a los pacientes y se planificaron los ejercicios a realizar, elaborando el material necesario en forma de videos que se proyectan cada día y folletos informativos que se entregan a los pacientes. Al inicio, un fisioterapeuta acudía a la unidad en cada sesión y acompañaba a pacientes y profesionales durante la realización del ejercicio. Dos meses después de la puesta en marcha, enfermería y TCAE lideraban el programa, tutorizados por el fisioterapeuta que acudía una vez a la semana o a demanda, en caso de necesidad. El enfermero a cargo del paciente, tras cada sesión cumplimenta un registro sobre adherencia en la historia clínica del paciente, indicando si se han adherido al ejercicio o no en esa sesión.

### Resultados

De los 106 pacientes iniciales que comenzaron el programa, 31 pacientes hacen ejercicio en cada sesión, 33 pacientes lo hacen en más del 50% de las sesiones, 24 pacientes no hacen ejercicio o lo hacen en menos del 50% de las sesiones, 6 han sido transferidos a otras técnicas, 3 se han trasladado de centro, y 9 han sido éxitos.

### Conclusión

La respuesta obtenida de los pacientes que sí participan en las sesiones de ejercicio físico es positiva, refiriendo que les sirve para mantenerse activos y amenizar su estancia en el hospital. Muchos de ellos han observado una evolución en su capacidad de resistencia y fuerza. Han incorporado la rutina a su vida, realizándola también los días que no acuden a diálisis. Los pacientes que no se han adherido al proyecto mencionan la falta de motivación como factor principal. El estado de pluripatológico de los pacientes y la media de edad elevada también pueden influir en la adherencia al ejercicio físico y serán estudiadas en futuras revisiones del programa.

# Ahorrar agua en una unidad de hemodiálisis es posible sin repercusión sobre la seguridad ni la calidad del tratamiento

Ainoa Sandoval-Morán, César Fernández-Prieto, M<sup>a</sup> Remedios González-Gago, Ana Alija-Carballo, Elvira Núñez-Gómez, Sara Granado-Villacé

Hospital El Bierzo. León. España

## Introducción

En un contexto de crisis climática, donde el aprovechamiento de los recursos es una medida obligada, el manejo eficiente del agua en el ámbito sanitario en general, y en las terapias de reemplazo renal en particular, adquiere una gran importancia.

## Objetivos

El objetivo principal del presente estudio, es valorar si existen diferencias en los parámetros de dosis adecuada de nuestros pacientes en hemodiálisis empleando diferentes flujos de baño de diálisis (Qd) como estrategia a implementar para el ahorro de agua en los baños de diálisis.

## Material y Método

- Material:** 19 pacientes en hemodiálisis crónica, 13 varones (68,42%) y 6 mujeres (41,58%), con edad media de  $70,05 \pm 12,86$  (rango 49-90 años). Acceso vascular: 11 pacientes (57%) tenían catéter permanente tunelizado; y los 8 restantes (42,1%), mediante fístula Arterio-Venosa.
- Métodos:** Estudio observacional descriptivo. Los pacientes recibieron pauta habitual de HD, mediante técnica de hemodiafiltración en línea (HDF-OL), baño de diálisis con citrato y durante un tiempo de diálisis por sesión de  $203 \pm 18,3$  (rango 195-240 minutos). Se utilizaron monitores Nipro Surdial X; y dializadores con membranas de polietersulfona polinefrona de  $2,1 \text{ m}^2$  (84,21%), polisulfona de  $1,8 \text{ m}^2$  (10,52%) y triacetato de celulosa asimétrica  $2,1 \text{ m}^2$  (5,26%). Se comparó la dosis de diálisis adecuada mediante el cálculo del Kt (depuración de urea) en 1434 sesiones de HDF-OL durante 6 meses (01/10/2022 a 31/03/23). Durante este período, cada paciente fue control de sí mismo utilizando dos flujos de baño diferentes: 1.400 ml/min; y 2.500 ml/min, respectivamente.
- Estadística:** Estudio observacional descriptivo en el que se utilizó la T de Student para su análisis (Software libre PSPP, versión 1,4).

## Resultados

1- Qd 400 ml/min: media Kt 58,63 y desviación típica 7,24;  
2- Qd 500 ml/min: media Kt 58,85 y desviación típica 6,49.  
No se observaron diferencias estadísticamente significativas independientemente que se utilizaran flujos de 400 o 500 ml/min: p-valor=0,542, IC 95% (-0,93, 0,49). 2.- Ahorro de agua al utilizar flujos de baño de 400 ml/min: 24 litros sesión/paciente. Ello representa un ahorro de 72 litros/semana/paciente y de 3.744 litros/año/paciente. El ahorro de agua para los 19 pacientes podría alcanzar los 71.136 litros al año.

## Discusión y Conclusiones

Gestionar adecuadamente un recurso natural tan limitado como es el agua, es una obligación de toda la sociedad y el ámbito sanitario no puede estar al margen de ello. Los resultados obtenidos, demuestran que la reducción del flujo de baño de diálisis de 500 a 400 ml/min en HDF-OL, podría ser una de las potenciales estrategias a implementar para disminuir el consumo de agua en una unidad de diálisis. Esta medida no afectaría la seguridad ni la calidad del tratamiento de diálisis, valorada a través del análisis del Kt. Sin embargo, el presente estudio tiene algunas limitaciones como son el tamaño reducido de la muestra y también que no se han comparado estos resultados con los parámetros bioquímicos de la analítica mensual. Por ello, estudios más amplios que tengan en cuenta estos y otros posibles aspectos serán necesarios para confirmar nuestros resultados.



## Análisis de las desviaciones de la norma de un sistema de calidad en una unidad de hemodiálisis

Patricia Arribas-Cobo, Marian Bernabé-Villena, Elena Herrera-Martín, Raquel Cerrajero-Calero, Ana Isabel Avilés-de Miguel, Esther Rodríguez-Suárez

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

### Introducción

Los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) son herramientas que nos permiten conocer los procesos asistenciales con detalle, prevenir errores, reducir la variabilidad y tienen como objetivo la mejora continua. Dentro de estos SGC, se encuentra la Certificación de la agencia de calidad AENOR. En 2010 comenzamos la implantación de la Norma ISO 9001-2015 cuya Certificación alcanza el Proceso de Hemodiálisis (HD) en una Unidad Hospitalaria Pública (UHP). El objetivo es la mejora continua y la gestión de los recursos para mejorar su eficiencia e incidir en el aumento de la satisfacción de los clientes. Para ello es imprescindible que se detecten desviaciones de la Norma (No conformidades), que son un incumplimiento de un requisito de la norma, incumplimiento de un requisito legal o de cualquier requisito especificado en los procedimientos del sistema. En las Unidades de HD suelen ser problemas con la documentación, suministros, desviación de algún indicador, problemas con el servicio técnico o informático, problemas de conservación de productos o de seguridad del paciente.

### Objetivos

Describir los las desviaciones de la norma ocurridas tras trece años de implantación de la Norma ISO en una unidad de HD con evaluación de las No Conformidades detectadas, quienes han sido los responsables de detectarlas y las correcciones implantadas.

### Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo, observacional retrospectivo, para lo que se han revisado todas las no conformidades detectadas en la documentación de calidad desde su implantación. Se trata de un total de 121 no conformidades detectadas desde marzo de 2010 a marzo de 2023. Las variables analizadas han sido:

– Responsable de la detección de la NC (enfermería, médico, auditoría interna o externa, quejas de pacientes u otras).

- Tipo de NC (documentación, suministros, tratamiento de agua, desviación de indicadores, servicio técnico, conservación de material, problemas informáticos o seguridad del paciente).
- Acción llevada a cabo para solucionarla (acción correctiva, sesión formativa o elaboración de un nuevo procedimiento). Se utiliza el programa IBM SPSS Statistics para valorar frecuencia de variables expresadas en porcentaje y Chi<sup>2</sup> para relacionar las variables cualitativas.

### Resultados

De las 121 NC han sido detectadas en mayor porcentaje (50,4%) en los 4 primeros años de implantación de la norma, detectadas por las auditorías relativas a la documentación de implantación (72,41%). Los responsables de detectar las NC: Enfermería 41,3%, Medicina 22,3%, Auditoría interna 24%, auditoría externa 9,1%, pacientes 1,7% y otros 1,7%. La distribución del tipo de NC: documentación 22,3%, suministros 29,8%, tratamiento agua 18,2%, indicadores 10,7%, servicio técnico 8,3%, conservación de productos 4,1%, informática 1,7% y seguridad del paciente 5%. La resolución de las NC ha sido con acciones correctivas 85,1%, sesiones de formación del personal 8,3% y elaboración de nuevos procedimientos 6,6%. En las correlaciones encontramos que las NC de suministros han sido detectadas principalmente por enfermería, las de documentación por auditorías y las de la planta de agua por medicina ( $p < 0,005$ ). La solución principalmente ha sido la implantación de acciones correctivas. En el caso de las de indicadores y seguridad del paciente, ha conllevado sesiones de formación de profesionales ( $p < 0,005$ ).

### Conclusiones

Las NC de suministros se tratan de defectos o roturas en líneas, dializadores, por lo que se detectan por enfermería. Las del agua las detecta el personal médico que recibe los resultados de los análisis. Las auditorías se centran mucho en la elaboración y seguimiento de la documentación.

# Estudio de prevalencia del estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis

Miriam García Blanco, Meritxell Morral-Pucurull, Almudena Jérez-García, Liliana Trinidad Bedoya-Escobar, Eva María Rodríguez-Moreno

Corporación Sanitaria Parc Taulí. Barcelona. España

## Introducción

La malnutrición es un trastorno frecuente en los pacientes en hemodiálisis (HD) crónica que contribuyen a aumentar su elevada morbilidad. Las alteraciones metabólicas que definen al DPE (desgaste proteicoenergético) resultan en la pérdida de masa muscular, con un posible impacto sobre la calidad de vida y mayor tasa de mortalidad. Con la hemodiálisis surge un efecto negativo sobre el balance proteico y se producen pérdidas de aminoácidos, péptidos y proteínas. Además, la falta de apetito y las restricciones dietéticas dificultan un buen aporte de proteínas.

## Objetivos

Describir el estado nutricional de los pacientes en HD crónica y la prevalencia de malnutrición con la intención de prevenir un empeoramiento del estado nutricional y de esta manera, establecer un plan de cuidados individualizado para cada paciente.

## Material y Método

Estudio transversal observacional de pacientes en HD >3 meses en situación de estabilidad clínica. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, clínicas, analíticas, adecuación de HD. La valoración nutricional se realizó mediante el Malnutrition Inflammation Score (MIS), la Valoración Subjetiva Global (VSG), la tasa de catabolismo proteico normalizado (nPCR) y el diagnóstico del Protein Energy Wasting (PEW). La recogida de datos se realizó por personal de enfermería entrenado y se incluyeron todos los datos en la base de datos de Corporación Sanitaria Parc Taulí.

## Resultados

Total de pacientes registrados 79: 59% varones, edad media  $71,0 \pm 3,4$  años, 53% diabéticos, IMC  $25,8 \pm 5,6$  Kg/m<sup>2</sup>, 50,6% en hemodiafiltración *online* (HDF-OL). El 9% estaba en tratamiento con suplementos nutricionales. Según la valoración

subjetiva global VSG: 35,4% estaban bien nutridos, 57% tenían desnutrición leve-moderada, 7,6% una desnutrición severa. Según la valoración del MIS las medias fue de  $6,72 \pm 4,76$ . El 45,6% MIS <5 que corresponden a paciente bien nutridos, 30,4% MIS 6-8 posiblemente en riesgo de desnutrición y 25% MIS ≥9 con desnutrición. El 10% tenían el diagnóstico de desgaste energético proteico (PEW). En el análisis univariante, los pacientes malnutridos o en riesgo de malnutrición (MIS ≥9) tenían mayor edad ( $p=0,029$ ), mayor eKt/V ( $p=0,043$ ), menor creatininaséica ( $p<0,001$ ). No hubo diferencias en género o el antecedente de diabetes. En el análisis multivariante fueron factores predictores independientes de un mayor MIS: una menor creatinina séica ( $p=0,004$ ), menor nPCR ( $p=0,005$ ), mayor proteína C reactiva PCR ( $p<0,001$ ). El eKt/V alcanzaron significación estadística.

## Conclusiones

- 1) En nuestra población en HD entre 7,6-25% presentan riesgo de desnutrición en función del test de screening utilizado.
- 2) El 10% tienen desgaste energético proteico PEW.
- 3) Una mayor edad, mayor eKt/v y menor creatinina fueron factores predictores de un MIS elevado.
- 4) La valoración nutricional en HD crónica es una herramienta determinante para el paciente y útil en el trabajo de enfermería.

# Evaluación del riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis

M<sup>a</sup> del Carmen Domínguez-Berruezo, Laura Infantes-Gutiérrez, Jorge Iglesias-Martín

Centro de Diálisis de La Axarquía. Málaga. España

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones accidentales en todo el mundo. Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis son cada vez mayores y presentan una alta comorbilidad asociada que, unido a una serie de alteraciones en el metabolismo óseo-mineral propios de la enfermedad, condiciona que sean una población especialmente más vulnerable ante las caídas. Además estos pacientes presentan alteraciones que pueden generar inestabilidad postural y riesgo de caídas. La escala de caída de Morse es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de que un paciente sufra una caída. Es fácil de usar y rápida, ya que la evaluación del riesgo lleva menos de 3 minutos.

## Objetivos

Conocer el riesgo de caídas medido con el instrumento: Escala de Morse en pacientes en hemodiálisis.

## Material y Método

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. Realizado en el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2022, donde se incluyeron tres centros de diálisis con una muestra de 473 pacientes, a quienes se les aplicaron la Escala de Morse: Se realiza valoración de 6 ítems que son:

1. Antecedentes de caídas recientes, si ha tenido alguna caída en los últimos 3 meses.
2. Diagnóstico secundario, si tiene más de 1 diagnóstico en la historia clínica.
3. Ayuda para deambular, si necesita algún tipo de dispositivo, ayuda, o deambula apoyándose en los muebles.
4. Vía endovenosa, si tiene vía endovenosa.
5. Marcha, se realiza valoración de la misma comprobando si esta es normal, débil o esta alterada.
6. Conciencia, estado mental, este ítem se valora chequeando la propia valoración del paciente sobre su capacidad para caminar.

La suma total de los 6 ítems identifica el riesgo de caídas. Además de variables demográficas.

## Resultados

Se analizan datos de 473 pacientes en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis procedentes de tres centros de diálisis periféricos diferentes. Con una media de edad de 68,69 años. El 40,59% hombres y el 59,41% mujeres. De los cuáles el 47,78% son diabéticos y 93,87% hipertensos. El 53,28 % de los pacientes obtienen una puntuación entre 0 y 24 por lo que existe un riesgo reducido. El 34,67% obtienen una puntuación entre 25-50 por lo que es el riesgo moderado. Y el 12,05% de los pacientes padecen un alto riesgo de sufrir caídas.

## Conclusión

El riesgo de caídas entre pacientes en tratamiento sustitutivo renal existe, por lo tanto, es preciso tomar medidas para prevenir que éstas ocurran y evitar las posibles consecuencias.

# Evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes de hemodiálisis

M<sup>a</sup> del Carmen Domínguez-Berruezo, Laura Infantes-Gutiérrez, Jorge Iglesias-Martín

Centro de Diálisis de La Axarquía. Málaga. España

## Introducción

La escala de Waterlow es una escala de evaluación del riesgo de úlceras por presión, que fue desarrollada en Inglaterra, en 1985, por la Sra. Waterlow a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la Escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras y es ampliamente utilizada a nivel europeo. Waterlow presentó una escala con seis subescalas (relación talla/peso (IMC), continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito) y cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación). Tras revisar los factores que intervienen en la etiología y la patogénesis de las UPP.

## Objetivos

Conocer el riesgo de desarrollar úlceras por presión medido con el instrumento: escala de Waterlow en pacientes en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis.

## Material y Método

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. Realizado en el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2022, donde se incluyeron tres centros de diálisis con una muestra de 473 pacientes, a quienes se les aplicaron la Escala de Waterlow.

## Resultados

Se analizan datos de 473 pacientes en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis procedentes de tres centros de diálisis periféricos diferentes. Con una media de edad de 68,69 años. El 40,59% hombres y el 59,41% mujeres. De los cuáles el 47,78% son diabéticos y 93,87% hipertensos. Los resultados tras realizarles la escala de Waterlow son los siguientes: El 24,52% tienen una puntuación entre 0-10 puntos, por lo que tienen un riesgo normal. El 27,70% tiene una puntuación entre 11 y 15 puntos, que se encuentran en riesgo. El 23,04% tienen una puntuación entre 16 y 20 puntos, padecen un alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Y el 24,74% tienen

una puntuación mayor o igual a 21 puntos por lo que existe un riesgo muy alto.

## Conclusión

El riesgo de desarrollar úlceras por presión entre los pacientes renales existe y hay que valorarlo para intentar de prevenirlo y ayudar a evitar las consecuencias que estas puedan ocasionar en nuestros pacientes.

## Hipersensibilidad en el paciente crítico con terapia de reemplazo renal crónico

María Ruiz-García, Marina Peñalba-Sanz, Rosa Melero-Martín, Marta Broncano-Rodríguez, Francesca Sgarbossa, Juan Francisco Pulido-Pulido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

### Introducción

La terapia de reemplazo renal continuo (TRRC) es una de las modalidades de tratamiento renal sustitutivo que se utiliza en el paciente crítico y al igual que sucede en la hemodiálisis intermitente la interacción de la sangre con los componentes del circuito extracorpóreo puede producir reacciones adversas. Entre ellas, se encuentran las reacciones de hipersensibilidad asociadas al uso de membranas sintéticas (RAMS) generalmente polisulfonas aunque se han descrito casos asociadas a polimetilmetacrilato entre otras. La sintomatología va desde cuadros leves con hipotensión, disnea, prurito o fiebre hasta parada cardiorrespiratoria y muerte. Cuando aparecen estas reacciones, cambiamos el dializador por uno de triacetato de celulosa (TAC) de hemodiálisis crónica que adaptamos a la TRRC. La naturaleza del TAC al carecer de componentes como el polivinilpirrolidona o el bisfenol A, es menos inmunogénico.

### Objetivos

Determinar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad del paciente crítico con necesidad de TRRC.- Identificar la necesidad de filtro de triacetato en pacientes previamente diagnosticados o que desarrollan alergia de novo.

### Material y Método

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de una cohorte de pacientes con requerimiento de TRRC, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Se analizaron las características y frecuencia de aparición de reacciones de hipersensibilidad atribuidas al uso de polisulfona. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

### Resultados

Un total de 236 pacientes necesitaron TRRC, 9 de ellos 3,81%, precisaron TAC, de estos 9 pacientes, 4 fueron reacciones de novo y los otros 5, usaban ya filtro de TAC en sus sesiones de HD. Los pacientes cuyo diagnóstico de hipersensibilidad se realizó en UCI requirieron durante mayor tiempo TRRC, 15,2 días frente a 43,2 días siendo significativo.

### Discusión

El diagnóstico de novo de RAMS en el escenario del paciente crítico resulta complejo, porque la sintomatología asociada como la hipotensión, la necesidad de oxígeno, de vasopresores, la intolerancia a la ultrafiltración, la trombopenia y la coagulación repetida del sistema, es frecuente y poco específica del paciente de UCI. Hace falta una alta sospecha diagnóstica, por lo que es importante que el personal que maneja TRRC tenga conocimiento de este tipo de reacciones, ya que la modificación del filtro puede salvar la vida del paciente. Una vez se establece la sospecha, y a pesar de no existir filtros TAC específicos para TRRC, modificamos y adaptamos una conexión de los filtros habituales de HDI a las líneas de la TRRC, pudiendo realizar la TRRC sin problemas revirtiendo la sintomatología asociada a la misma.

### Conclusión

Las RAMS son típicas pero no exclusivas de las unidades de diálisis crónicas, por tanto las podemos encontrar igualmente en el paciente crítico que usa material extracorpóreo para la TRRC. Nos parece importante dar a conocer este tipo de reacciones ya que el diagnóstico y tratamiento condicionan el pronóstico del paciente.

# Importancia de la valoración de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes de la unidad de hemodiálisis

Margarita Civera-Miguel, Ruben J. Bernal-Celestino, Leticia Arias-del Campo, María García-Navas, María del Pilar Romero-Barragán, José Miguel Berenguer-Martínez

Hospital General Universitario de Ciudad Real. España

## Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es una enfermedad agresiva y que provoca un claro deterioro de las funciones vitales, y gran afectación en el aspecto biopsicosocial de la persona. Constituye un grave problema de salud pública. La ERCA afecta a 1 de cada 7 adultos en España e impacta de forma negativa en la calidad de vida de los mismos, con consecuencias sobre su bienestar social, financiero y psicológico. Las Guías de Práctica Clínica ponen de relieve la necesidad de incluir en los estudios de investigación en el campo de la ERCA, la evaluación de variables relevantes para los pacientes, como son la calidad de vida y/o la progresión de la enfermedad, identificando los factores que más afectan para proponer medidas higienicodietéticas con el fin de mejorar el bienestar de los pacientes.

## Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar mediante un método objetivo y científico la calidad de vida de los pacientes en TRS y la sintomatología que presentan.

## Material y Método

Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal en el que se incluyeron todos los pacientes crónicos de la unidad de hemodiálisis en el periodo de 1 año, comprendido entre el 1 de noviembre de 2020 y el 1 de noviembre de 2021. Los criterios de exclusión fueron pacientes con déficit cognitivo y pacientes con barrera lingüística. Participaron 62 pacientes con un tiempo medio en Hemodiálisis de 73,49 meses. Previa firma del consentimiento informado, a los pacientes seleccionados se les entrevistó de forma personal para recabar sus datos sociodemográficos y clínicos, y posteriormente se les realizaron tres cuestionarios. El primero, el cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-SF), que incluye dos partes, una genérica y otra específica para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y que finalmente, tras una normalización de los datos, ofrece una puntuación de 0 a 100,

siendo 100 el índice más alto de calidad de vida. En segundo lugar, el cuestionario Palliative Outcome Scale-Symptoms Renal (POS-S Renal) que evalúa 17 síntomas con formato de respuesta de Likert de 5 puntos. Para finalizar, se realizó el índice de Charlson para valorar comorbilidades. A continuación, se realizó un análisis estadístico descriptivo bivariado de los datos con el programa SPSS v23.0.

## Resultados

La puntuación media del cuestionario KDQOL-SF fue de 44,9 siendo las menores puntuaciones en las tres dimensiones siguientes: componente físico (34,5), carga de la enfermedad renal (37,8) y componente mental (44,30). Las puntuaciones más altas correspondieron a las dimensiones síntomas / listado de problemas (68,73) y efecto de la enfermedad renal (62,70). Por otro lado, se observó que una mayor puntuación en la escala de valoración de síntomas (POS-S Renal) se correlaciona con peores puntuaciones en el cuestionario KDQOL-SF.

## Conclusión

Este estudio demuestra que la calidad de vida de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis es baja y su autopercepción es mala. Por tanto, utilizar escalas de valoración que permitan detectar estos problemas, debería ser una herramienta importante para los profesionales sanitarios y convertirse en una parte integral de la atención centrada en el paciente.

# Influencia de la convivencia socio-familiar en el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis

Lorena Castro-Trabanco, Gloria Ballesteros-Terol, Reyes Fernández-Díaz, Noelia García-Antolín, Patricia Esteban-Hernández, Miguel Navarro-Gregorio

Hospital de Cabueñes. Asturias. España

## Introducción

La desnutrición calórico-proteica en los pacientes de hemodiálisis (HD) tiene una alta prevalencia. La edad avanzada, las restricciones dietéticas o la falta de apoyo familiar son factores que dificultan alcanzar los objetivos nutricionales en esta población, siendo un problema que repercute en su calidad de vida.

## Objetivos

Determinar la influencia de la convivencia socio-familiar de los pacientes de hemodiálisis en su estado nutricional.

## Material y Método

Estudio descriptivo y transversal en pacientes de HD con un mínimo de 3 meses en programa, entre marzo-abril de 2023. Se excluyeron aquellos en hemodiálisis domiciliaria, con déficit cognitivo, trastorno psiquiátrico y/o trastorno de alimentación. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas. El estado nutricional se valoró mediante la escala MIS (Malnutrition Inflammation Score) y el ángulo fase con frecuencia de 50 KHz (AF50) tras la realización de bioimpedancia. En cuanto a la convivencia socio-familiar se distinguió entre: solos, con familiar e institucionalizados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica y el análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 19.0.

## Resultados

El estudio observacional se llevó a cabo en 41 pacientes con una edad media de  $73 \pm 13$  años (rango entre 31 y 92 años), siendo el 58,5% hombres. La media de tiempo realizando el tratamiento de HD se situó en  $3 \pm 3$  años. Del total de la muestra el 65,9% vivían junto a un familiar, el 22% solos y el 12,2% se encontraban institucionalizados. Todos los pacientes presentaron desnutrición, el 78% en grado leve y el 22% moderado según escala MIS, obteniendo una media de  $7,98 \pm 2,39$  puntos. El promedio de AF50 fue de  $4,15 \pm 0,820$  (bajo). Ninguno de los sujetos presentó desnutrición severa.

De los pacientes que vivían en una residencia el 40% presentó desnutrición moderada frente al 33,3% de los que vivían solos y el 14,8% que convivían con familia. El 83% de los pacientes presentaron un AF50 bajo. Respecto al índice de masa corporal (IMC), el 36,6% de los pacientes presentaron normopeso mientras que un 29,3% resultaron ser obesos. No se encontró asociación significativa entre el tipo de convivencia y el grado de desnutrición ni con el resto de variables.

## Conclusiones/Discusión

El tipo de convivencia no ha resultado ser significativo frente al estado nutricional de los pacientes de HD, pero el estudio nos sugiere una alta prevalencia de desnutrición en nuestros pacientes, lo que nos orienta a reforzar una intervención educativa en nutrición, que incluya a redes de apoyo como el núcleo familiar y las residencias geriátricas. Por otra parte, la limitación en el tamaño de la muestra y la no asociación significativa entre las variables nos anima a poder incrementar el número de sujetos con otras unidades en futuras investigaciones.

# Intervención de enfermería en las medidas correctoras aplicadas tras la valoración exhaustiva de los eventos adversos en una unidad de hemodiálisis periférica en un periodo de siete años

Carmen Ramírez-Moreno, María José Sag-Legrán, María de las Mercedes Sánchez Ramade-Moreno, Rafael Casas-Cuesta, Mateo Alcántara-Crespo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

## Introducción

Son numerosas las publicaciones donde se hace referencia a los Eventos Adversos (EA) en unidades de hemodiálisis (HD) donde los pacientes acuden de forma ambulatoria. Es primordial realizar valoraciones de las medidas correctoras que se aplican, para garantizar la seguridad del paciente en hemodiálisis.

## Objetivos

Analizar medidas correctoras implantadas en nuestra Unidad a raíz de la evaluación de forma sistemática, exhaustiva y minuciosa de la incidencia de los EA ocurridos desde 2016 a 2022 incluido.

## Material y Método

Estudio descriptivo y retrospectivo con enfoque cuantitativo de los EA ocurridos en nuestra Unidad de Hemodiálisis durante unos meses aleatorios, (desde 2016 a 2022 incluidos), tras la implantación de las medidas correctoras aplicadas desde la valoración inicial en 2016 de los EA y utilizando las siguientes medidas: protocolo de anticoagulación, protocolo de punción de FAV, protocolo de medidas encaminadas a reducir la hipotensión. Otras medidas: báscula nueva, utilización de mascarilla, lavado y desinfección de la Fav, acompañamiento-ubicación del paciente, hoja de conciliación, asignación paciente- enfermera. Es importante para nuestra Unidad la estimación anual de los EA ocurridos y la valoración de las medidas correctoras implantadas, para crear cultura de seguridad entre el personal sanitario de la Unidad.

## Resultados

Realizamos un análisis de todas las sesiones de hemodiálisis realizadas a pacientes durante tres meses: marzo, mayo y julio en un centro periférico de HD: sesenta y dos pacientes y 2.125 sesiones en 2016; cincuenta y tres pacientes y 2026 sesiones en 2017; cincuenta y siete pacientes y 1897 sesiones en 2018; cincuenta y cinco pacientes y 2129 sesiones en 2019; sesenta y cinco pacientes y 2394 sesiones en 2020;

sesenta y cinco pacientes y 2389 sesiones en 2021 y sesenta y ocho pacientes y 2335 sesiones en 2022. Encontramos: 9,2% de EA en las sesiones de 2016; 5,8% en 2017; 5,2% en 2018; 3,7% en 2019; 3,9% en 2020; 2,9% en 2021 y 3% en 2022. Los EA más frecuentes fueron: hipotensión (33%), problemas con la punción en fístula (29%) y coagulación del circuito extracorpóreo (20%). La mayoría fueron leves y evitables.

## Conclusiones

Los EA disminuyeron desde 2016, una vez se comenzaron a aplicar medidas correctoras, tras el análisis de los EA más frecuentes. Los EAs más frecuentes fueron: hipotensión, problemas con la punción de la fístula y coagulación del circuito extracorpóreo. La mayoría de los EAs fueron leves y evitables. Establecer medidas oportunas y crear cultura de seguridad entre nosotros, ha permitido mejorar la calidad asistencial. La notificación de los EA, de forma anónima y sin carácter punitivo, nos permite seguir notificando de forma clara y sencilla nuevos EA para poder implementar nuevas medidas en beneficio del paciente que incrementen la seguridad del mismo.



## La transferencia de masa iónica como predictor de la ingesta de sal en pacientes en hemodiálisis

Ana Isabel Aguilera-Flórez, Marta Manzano-Figal, Rosa María Carnero-García, Elena María Castrillo-Cineira, Raquel Fernández-Ibán, Sara Prieto-Fidalgo

Complejo Asistencial de León. España

### Introducción

Una de las funciones principales de la hemodiálisis, es conseguir un adecuado balance salino. La pérdida de líquido durante el tratamiento de hemodiálisis determinada por la UF, tiene influencia sobre el balance de sodio. Actualmente es posible, con métodos no invasivos, conocer la transferencia de masa iónica o balance iónico equivalente a la ingesta de sal (1 g Cl Na= 0,4 g de ión sodio= 17 mmol/l de ión sodio). Conocer estos parámetros puede resultar relevante para valorar la adherencia a la dieta hipo sódica e implementar intervenciones que mejoren la adherencia terapéutica.

### Objetivos

El objetivo que nos planteamos fue describir y correlacionar la transferencia de masa iónica, la ingesta de sal y la pérdida de peso intradiálisis.

### Material y Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y correlacional. Se incluyeron los pacientes crónicos que llevaban más de un mes en programa de hemodiálisis, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2022. La recogida de datos se realizó del soporte informático Versia® y su análisis con el programa JASP. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, tiempo en tratamiento sustitutivo renal, pérdida de peso intra HD, ganancia inter-hemodiálisis, transferencia de masa iónica, ingesta de sal, aclaramiento de urea, KT y flujo de sangre. Se hizo la comparación de medias de Pearson con las variables cuantitativas. Estableciendo un valor estadísticamente significativo de  $P < 0,05$ , con intervalo de confianza del 95%.

### Resultados

La muestra fue de 53 pacientes, 31 hombres y 22 mujeres. Media de edad  $70,24 \pm 12,91$ , tiempo en diálisis  $63,52 \pm 104,07$  meses. Media de pérdida de peso intrahemodiálisis  $2,08 \pm 0,87$  kg y ganancia interhemodiálisis  $2,06 \pm 1,10$

Kg, transferencia de masa iónica  $251,95 \pm 126,89$  mmol/l, ingesta de sal estimada  $14,52 \pm 5,95$  g/día. Aclaramiento  $205,59 \pm 17,33$  ml/min, KT  $43,97 \pm 7,20$  l, flujo de sangre  $331,48 \pm 35,69$  ml/min. Existe una correlación positiva entre transferencia de masa iónica, la pérdida de peso intrahemodiálisis ( $r=0,759/p < 0,001$ ) y la ganancia de peso interhemodiálisis ( $r=0,682/p < 0,001$ ), también entre transferencia de masa iónica y Kt ( $r=0,553/p < 0,001$ ) y la edad, a menor edad mayor ingesta de sal ( $r=0,307/p < 0,001$ ). En cuanto a la ingesta de sal, 3 pacientes  $\leq 6$  g/día, 7 pacientes entre 6 y 9 g/día, 28 pacientes entre 9 y 18 g/día y 15 pacientes  $> 18$  g/día.

### Conclusiones

Según los resultados de este estudio, a mayor ganancia de peso interdiálisis y ultrafiltración, mayor transferencia de masa iónica y por tanto, de ingesta de sal. Este dato es similar al encontrado en otros estudios previos. La ingesta de sal, es mayor en las personas más jóvenes. A pesar de las recomendaciones de dieta sin sal realizada a los pacientes, la ingesta es elevada, ya que solo 10 hacían una dieta hiposódica ( $< 9$  gr/día) y 15 una dieta con exceso de sal ( $> 18$  gr/día), esto nos mueve a realizar una intervención educativa, en dieta hiposódica a nuestros pacientes. Pensamos que la transferencia de masa iónica, puede ser una herramienta útil para identificar a los pacientes con una ingesta elevada de sal, permitiendo incidir de forma individual en los consejos dietéticos.

# Nuevo cuestionario para la evaluación de conocimientos sobre nutrición del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ECONU-HD)

Leyre Martínez-Lara, Elena Gutiérrez-García

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España

## Introducción

La relación entre educación nutricional del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis y sus resultados en salud ha quedado demostrada en diversos estudios. Sin embargo, es complejo identificar qué grado de conocimientos tienen los pacientes con respecto a su alimentación recomendada. Esto puede conducir a sobreestimar dichos conocimientos o a la repetición de las mismas recomendaciones, sin individualizar ni adaptarlas a sus necesidades. Por ello, se necesita una herramienta que evalúe los conocimientos sobre nutrición en el paciente con ERC en hemodiálisis.

## Objetivos

El objetivo principal es la creación de un cuestionario que determine el grado de conocimientos del paciente con ERC en hemodiálisis sobre las recomendaciones nutricionales para su proceso. El objetivo secundario es comprobar la viabilidad y utilidad práctica de dicho cuestionario, realizando una prueba piloto con una muestra pequeña de pacientes.

## Material y Método

Revisión bibliográfica para comprobar si existen herramientas que permitan valorar los conocimientos que dichos pacientes tienen sobre su alimentación recomendada. Creación de un nuevo cuestionario que cumpla los objetivos planteados. Las pautas que se siguen para su elaboración son:

- Orientado a la población residente en España, teniendo en cuenta los hábitos alimenticios generales.
- Completo, incluyendo los elementos más habituales de control en los que se puede influir mediante la dieta: sodio, potasio, fósforo, proteínas y líquidos.
- Sencillo, para que pueda ser autoadministrado o heteroadministrado, según las necesidades del paciente y las de la unidad donde se utilice.

Estudio observacional transversal, que consiste en el análisis de las respuestas al cuestionario, autoadministrado, en una muestra por conveniencia de 16 pacientes de la unidad de

hemodiálisis. Se seleccionaron los pacientes de cuyo seguimiento las autoras son responsables.

## Resultados

En la búsqueda bibliográfica se hallaron escasos resultados. Se encuentra un solo cuestionario original. Sin embargo, no cumplía nuestros objetivos, por no estar adaptado a la alimentación española, y los cuestionarios modificados se centraban en un solo elemento, el fósforo. Se crea el "Cuestionario para la Evaluación de Conocimientos sobre Nutrición del paciente con ERC en hemodiálisis" (ECONU-HD). Consta de 25 preguntas con 4 apartados: líquidos, sodio, potasio, y fósforo y proteínas. De los 16 pacientes, 13 respondieron el cuestionario. Ningún participante obtuvo el 100% de respuestas correctas. La puntuación media total fue 50,44%. La puntuación media por apartados fue: líquidos 60%, potasio 60%, sodio 48%, y fósforo y proteínas 42,64%. El apartado con menor puntuación fue el de fósforo y proteínas.

## Conclusiones

El cuestionario se ha mostrado útil para la evaluación de conocimientos sobre nutrición de los pacientes con ERC en hemodiálisis, permitiendo además individualizar sus necesidades. La puntuación obtenida fue considerablemente menor de la esperada, por lo que es necesario incidir más en el consejo nutricional y en la evaluación continua de los resultados.

## Prevalencia de amputaciones en pacientes en hemodiálisis. Programa diálisis sin calcetines

Cristina Ledesma-Torre, Rosa Sánchez-Hernández, Raquel Díaz-Manjón

Unidad Fundación Renal del Hospital Universitario General de Villalba. Madrid. España

### Introducción

La enfermedad arterial periférica afecta de forma muy común en los enfermos con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en diálisis. Frecuentemente dichas lesiones preceden a complicaciones severas que conllevan a hospitalizaciones, amputaciones e incluso la muerte.

### Objetivos

Estudiar la prevalencia de úlceras y amputaciones en diálisis, analizar factores de riesgo relacionados, resultados postquirúrgicos y establecer programa de prevención.

### Material y Método

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo (7 años), unicéntrico en pacientes con ERCA en diálisis.

### Resultados

202 pacientes: 12 Diálisis Peritoneal, 190 Hemodiálisis (HD), 67 activos y 135 de baja. 127 hombres, 75 mujeres. Edad media 69 años. Tiempo medio en diálisis 47 meses. Acceso vascular: 56% fístula nativa, 37% catéter y 7% protésica. Causa ERCA 30,20% Nefropatía diabética (ND), 22,8% Nefroangioesclerosis (NAE), 95,54% Hipertensión arterial (HTA), 46,53% Diabetes Mellitus (DM), 26,73 % Cardiopatía Isquémica, 31,19% Isquemia Crónica de Miembros Inferiores (ICMMII), 26,24% presentaban claudicación intermitente. Un 12,38% presentaba todas las comorbilidades señaladas. Mayor comorbilidad en varones H: M 4:1. 53,47% exfumadores o hábito activo. Úlceras: 29,7%, (40 hombres 20 mujeres), 76,67%, diabéticos. La mitad de los pacientes con DM (48,94%) presentaron úlceras. La más frecuente fue la vascular (43,67%) seguida de la asociada al pie diabético (26,67%) y de la úlcera por presión (15%). Amputaciones (11 mayores y 13 menores) en 24 pacientes (16 hombres 8 mujeres) con una prevalencia: global 12%, si DM 22,34%, con úlceras 40% y 46% si son diabéticos. Analítica en amputados. Media de: PTH 352 mg/dl, Fósforo 4,4 mg/dl, Vit D 19 mg/dl, Albúmina 3,3 g/dl, hipercolesterolemia en 20%.

17pacientes con ICMMII fueron revascularizados (76,47%, acabaron en amputación) Mortalidad: fallecieron 88 pacientes (43,56%) de los cuales 41 fueron pacientes con úlceras (un 68,33%) y 20 fueron pacientes amputados (un 83,33%, 3 mortalidad precoz y 17 mortalidad tardía)

### Conclusiones

La prevalencia de amputaciones en diálisis es elevada. La mayoría son varones, DM con elevada comorbilidad cardiovascular y con antecedentes previos de úlceras. La mortalidad aumenta en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada grado 5 en diálisis (ERCAG5D) con úlceras y amputaciones. Hay necesidad de programas “diálisis sin calcetines” de detección precoz de úlceras en diálisis para disminuir incidencia de amputados.

## Realización simultánea plasmaféresis y hemodiálisis. Ventajas para el paciente

Rafael Casas-Cuesta, Mercedes Sánchez-Ramade-Moreno, Victoria Eugenia Gómez-López, Ana María Domingo-Parra, María Isabel Sánchez-Ortiz, Carmen Ruiz-de Castroviejo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

### Introducción

La plasmaféresis (PF) es una técnica depurativa en la que, por convección, se separa y retira el plasma del paciente, que es repuesto con albúmina al 5% o plasma fresco. Esta técnica está indicada en múltiples procesos en los que en ocasiones aparece una insuficiencia renal, y el paciente precisa terapia sustitutiva con hemodiálisis (HD). Teniendo en cuenta que la duración de una sesión de HD es de unas 4 horas, y que para una sesión de PF se precisan unas 3 horas, el paciente debería estar recibiendo terapia unas 7 horas el día en las que necesita de ambas técnicas, a no ser que se realicen simultáneamente.

### Objetivos

El objetivo de esta presentación es mostrar el procedimiento que empleamos en nuestra unidad para realizar ambas técnicas simultáneamente, destacando los beneficios que aporta para el paciente.

### Material y Método

Se han utilizado para la HD monitores 5008 de Fresenius® y Flexia de Medtronic® con líneas de sangre de bipunción al necesitar un flujo de sangre (Qb) continuo, y filtros de baja permeabilidad. Para la PF se han utilizado monitores multifiltrate de Fresenius® y Amplya de Medtronic®, con sus equipos específicos para PF. Para simultanear HD y PF se ha seguido el siguiente procedimiento: Conexión del paciente al monitor de HD, fijando Qb prescrito y tras comprobar que las constantes del paciente y las presiones del circuito sean adecuadas y estables, conexión del equipo de PF al circuito de HD. Para ello, según el monitor de PF que estemos utilizando, se conectará la línea arterial de PF en un lugar diferente, ya que el monitor Amplya no permite realizar la técnica con presiones positivas en la línea arterial, mientras que el monitor Multifiltrate sí. En función de esta consideración técnica, se conectará la línea arterial del circuito de PF en el puerto de infusión de la línea venosa de HD si es Multifiltrate, y en el puerto de infusión de la línea arterial

del circuito de HD si estamos utilizando el monitor Amplya. En este segundo caso se requiere que el acceso vascular ofrezca un Qb alto, ya que debe aportar flujo para los dos monitores. La línea venosa del circuito de PF se conecta en la cámara venosa del circuito de HD.

### Resultados

Durante los años 2020, 2021 y 2022 se han realizado en nuestra unidad 169 sesiones simultáneas de HD y PF en 14 pacientes. No se han registrado dificultades técnicas ni complicaciones clínicas destacables, y estimamos que se ha reducido el tiempo de permanencia del paciente en nuestra unidad, conectado a un circuito extracorpóreo, de unas 42 horas por paciente de media.

### Conclusiones

Realizar simultáneamente la HD y la PF, se muestra como una técnica sin dificultad y segura, al mismo tiempo que supone un beneficio para el paciente al reducir el tiempo de conexión al circuito extracorpóreo. Además los pacientes se han beneficiado al requerir menos anticoagulación, y se han realizado menos manipulaciones sobre el acceso vascular.

# Utilización del QR como forma de difusión de nuevos protocolos dentro de la unidad de hemodiálisis

Anna Astudillo-Segura, Carolina Sorolla-Villas

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

## Introducción

La implementación continua de cambios dentro de la unidad de hemodiálisis (HD) requiere de nuevas estrategias de difusión entre los profesionales sanitarios. Por ello se decidió, a parte de hacer una sesión formativa inicial, aprovechar las nuevas tecnologías y crear un QR para disponer en todo momento de los protocolos explicados mediante diapositivas, imágenes y audios dentro de la sala de HD. De esta forma se consigue que los profesionales nuevos en la unidad, de refuerzo, que no hayan podido asistir a la sesión informativa o que simplemente quieran resolver dudas o refrescar conocimientos tengan a mano la explicación del nuevo protocolo.

## Objetivos

Evaluar la utilidad de la implementación de los QR dentro de la unidad de hemodiálisis como método de difusión, así como la satisfacción de los profesionales respecto a este nuevo método de divulgación.

## Material y Método

Estudio observacional transversal, cuali-cuantitativo. 34 profesionales (entre enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería TCAE) de la unidad de hemodiálisis que disponen de QR informativos colocados en la sala de HD. La realización del QR fue llevada a cabo por cinco enfermeras y dos TCAE especializadas en cada ámbito de interés dentro de la unidad. Se realizó una estadística descriptiva de las diferentes variables recogidas mediante un cuestionario de satisfacción a todos los profesionales.

## Resultados

**Resultados demográficos:** De una muestra de 44 profesionales, respondieron 34 a la encuesta: 27 enfermeras y 9 TCAE. **Resultados de satisfacción:** Más del 70% (n=24) habían consultado el QR, el 46,2% (n=12) para informarse del nuevo protocolo, seguido de un 26% (n=6) que lo consultó por curiosidad. En cuanto a la facilidad de uso del formato,

la media de puntuación fue de 9,53 puntos. El 61,7% (n=21) puntuó con un 9 o más la ayuda del QR para resolver dudas. La satisfacción general del formato QR fue valorada con una media de 9 puntos. **Resultados cualitativos:** En cuanto a lo que más gusta del formato QR, las respuestas más repetidas fueron un acceso rápido y fácil: "es sencillo y muy entendible, facilidad para obtener la información". También se sugirieron mejoras como aumentar la divulgación de la presencia de la presencia de dicho QR en la unidad, ya que había personal que la desconocía.

## Conclusiones

El formato QR resultó un método útil de difusión dentro de la sala de HD, tanto para los profesionales que trabajan habitualmente en HD como para los que trabajan en otras áreas del servicio de nefrología. Los encuestados manifestaron estar satisfechos con la utilización de este método considerándolo una buena forma de consultar protocolos y resolver dudas.

# Vacunación contra la Covid-19 en pacientes en programa de hemodiálisis de la unidad de nefrología de un hospital universitario

Elisabet Uroz-Talo, Almudena Jérez-García, Eva María Rodríguez-Moreno, Liliana Trinidad Bedoya-Escobar, Laura Picazo-López

Corporación Sanitaria Parc Taulí. Barcelona. España

## Introducción

La expansión de la pandemia por el coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) ha ocasionado más de un millón de muertos en todo el planeta. Numerosos tratamientos se postularon sin llegar a alcanzarse resultados clínicamente significativos, a excepción de los corticoides en pacientes con afectación moderada-severa de la enfermedad por coronavirus-19 (Covid-19). En este escenario, la prevención mediante vacunas centró la atención de la comunidad científica. Los pacientes renales se han visto afectados duramente por la pandemia en nuestro país. Desde el momento inicial, se evidenció la alta incidencia de la infección en esta población, especialmente entre los pacientes en hemodiálisis en centros sanitarios por lo que se les considera grupos de vacunación prioritarios. Presentamos los resultados del impacto de la vacunación en los pacientes renales en programa de hemodiálisis de una Unidad de Nefrología de un Hospital Universitario.

## Material y Método

Estudio observacional unicéntrico descriptivo, de cohorte retrospectivo. Se ha llevado a cabo con pacientes en hemodiálisis, que se realizaban tratamiento desde el 1 de enero de 2021 hasta el 1 de enero de 2022 año en el que se produjo la vacunación completa (dos dosis) de dichos pacientes. La recogida de datos se ha realizado en base al registro de pacientes COVID-19 de la unidad y datos de las historias clínicas de los pacientes.

## Resultados

Nuestro estudio se llevó a cabo del 1-01-2021 hasta un año después, fecha en la que se administró la vacunación completa en nuestros pacientes. Se analizaron 139 pacientes en programa de hemodiálisis. La tasa de vacunación completa de los pacientes que aceptaron la vacunación fue del 98,4 % (123), frente al 1,6 % (2) que no completaron la vacunación, debido a que fueron exitus antes de recibir la 2ª dosis de la vacuna. En los pacientes vacunados, la tasa de contagio fue

del 12% (15), frente al 88% (110), que no se contagiaron. La media de edad de los contagiados es de 67,73 años. En el 60% (9) de los pacientes el contagio fue post vacunación, de éstos el 55,55% (8) fueron mujeres y el 44,44% (7) hombres. Del total de pacientes contagiados, presentaron complicaciones 20% (3), en todos ellos la complicación fue la neumonía donde uno de ellos acabó ingresando en la UCI y cuyo desenlace fue exitus por dicha patología.

## Conclusiones

La aceptación de nuestros pacientes en cuanto a vacunarse fue mayoritaria. De esta manera en este estudio se pudo concluir que los pacientes en programa de HD vacunados contra la COVID-19 no sufrieron complicaciones graves derivadas de la enfermedad.

# Valoración del balance hídrico de los pacientes con insuficiencia cardíaca en programa de hemodiálisis a través del sistema cardiomems

Elisabeth Marcos-Ballesteros, María Vicenta Ruiz-Carbonell, Clara Castillo-Tudela, Yaritza Trujillo-Villén, Marina Gómez-Atset, Javier García-Pérez

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España

## Introducción

El sistema de medición y monitorización inalámbrico de las presiones de la arteria pulmonar (CARDIOMEMS), es una herramienta basada en el implante permanente de un sensor de medición que permite realizar un seguimiento más estricto a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Se compone de un sensor ubicado en la arteria pulmonar, insertado mediante un cateterismo cardíaco derecho realizado en la Unidad de Hemodinamia, siendo un procedimiento sencillo y breve que se lleva a cabo con anestesia local.

## Objetivos

Optimizar el balance del volumen corporal de los pacientes dentro del programa de hemodiálisis hospitalaria y hemodiálisis domiciliaria antes de que las manifestaciones clínicas de la descompensación sean evidentes.

## Material y Método

Se implantó el sensor a 4 pacientes, 2 de ellos dentro del programa de hemodiálisis hospitalaria, 1 en la modalidad de hemodiálisis domiciliaria (HDD) y 1 en diálisis peritoneal (DP). El paciente ingresa en el hospital durante 24 horas para la colocación del sensor. Una vez se encuentra de alta en el domicilio, comienza la monitorización remota a través de una unidad externa (almohada) que emite una lectura diaria de datos que son enviados a un software Cardiomems Hf System al que accede el equipo médico.

## Resultados

El equipo interdisciplinar ha conseguido mantener un correcto balance de volumen corporal de los pacientes, evitando congestión tisular, vascular o de manera deficiente por hipovolemia. También se han evitado complicaciones derivadas de la técnica como pueden ser cefalea, fatiga, sed, rampas/calambres, edema e hipotensión intradialítica.

## Conclusiones

La valoración enfermera sobre el estado de hidratación del paciente en el programa de hemodiálisis es fundamental para el conocimiento del estado de salud del mismo. La implicación enfermera en este aspecto mejorará la adherencia al tratamiento renal del paciente y evitará posibles complicaciones. La monitorización inalámbrica de la presión de la arteria pulmonar (PAP) podría ser una herramienta adecuada para mantener un óptimo control del peso seco en pacientes en terapia sustitutiva renal.

# Valoración del estado nutricional de los pacientes hemodializados mediante bioimpedancia: estudio descriptivo transversal

Verónica Gimeno-Hernán<sup>1</sup>, Natividad Codesal-Sanabria<sup>1,2,3</sup>, Guillermo Pérez-Duque<sup>1</sup>, María Rosario del Pino-Jurado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. España

<sup>3</sup> Instituto de investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

## Introducción

Debido al alto gasto energético proteico asociado a la inflamación e hiperhidratación, la valoración del estado nutricional ha de estar incorporada en la práctica clínica habitual de los profesionales de enfermería de hemodiálisis, con la finalidad de detectar, prevenir y diagnosticar complicaciones en los pacientes y por lo tanto conseguir disminuir la morbilidad y mortalidad asociada al tratamiento. El uso de la bioimpedancia como instrumento de medición, proporciona unos valores, que junto con los parámetros analíticos proporcionará la información para una adecuada valoración.

## Objetivos

El objetivo principal del estudio fue describir los parámetros nutricionales de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de un hospital de tercer nivel. Como objetivos secundarios se analizó la relación entre variables relativas al tratamiento, determinaciones analíticas, sociodemográficas y comorbilidades de la población a estudio.

## Material y Método

Con una metodología transversal y observacional, se obtuvieron los datos de la composición corporal mediante mediciones de bioimpedancia (masa grasa, masa magra e hidratación). A través del registro de la base de datos de la unidad y del servicio de análisis clínico del hospital se recogieron las variables sociodemográficas, comorbilidades y determinaciones analíticas. Finalmente, se pretendió realizar una valoración del estado nutricional de los pacientes describiendo los valores obtenidos de la composición corporal y analizando su relación con el tipo de tratamiento recibido, variables sociodemográficas y comorbilidades.

## Resultados

Se incluyeron 42 pacientes del programa de hemodiálisis, tres días a la semana. Un 64% eran hombres, con una edad de 62 años ( $\pm 16$ ) de los cuáles un 38,5% diabéticos y 84,6% hipertensos. Un total de 71,1% pacientes presentaron una

albúmina inferior a 4mg/dl y solo un 2,6% de los pacientes presentaron un índice de masa corporal inferior a 18 kg/m<sup>2</sup>. La hiperhidratación media de los pacientes fue de 0,85 litros ( $\pm 1,8$  litros), la masa grasa de 12,8Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 3,4$ ) y la masa magra 15,74 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 15,5$ ). Se objetivó una relación entre los niveles de albúmina inferiores, el sexo masculino ( $p=0,02$ ) y ser hipertenso ( $p=0,002$ ) y entre los valores de sobrehidratación superiores a 2,2 litros en los pacientes con cardiopatías ( $p=0,01$ ). No se demostraron diferencias significativas en las variables de tratamiento con las determinaciones analíticas y los valores de la medición de bioimpedancia.

## Conclusiones

Los resultados del estudio nos permiten realizar una valoración global de nuestros pacientes y así plantear una adecuación y educación nutricional. Abordarlo de forma prospectiva y ampliando el tiempo de observación permitiría realizar un seguimiento adecuado e individualizado, valorando las acciones a tener en cuenta y los tratamientos necesarios para conseguir un adecuado estado nutricional de los pacientes, logrando así aumentar su calidad de vida.



# Valoración del estado nutricional del paciente en hemodiálisis mediante la bioimpedancia y escala malnutrition inflammation score

Ester Guerrero-Espinosa, Mireia Cots-Galobart, Gemma Novell-Asensio, Marina Serra-Ayala, Merce Ribera-Gracia, Marina Fenollar-Boixader

Althaia-Manresa. Barcelona. España

## Introducción

La desnutrición es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad del paciente en tratamiento en hemodiálisis (HD). El deterioro del estado nutricional se produce por las propias comorbilidades, la aparición de procesos catabólicos y alteraciones endocrinas asociadas, además de la pérdida de nutrientes en el dializado y la falta de adaptación a la nueva dieta. La valoración continua del estado nutricional es la intervención enfermera que permitirá controlar y detectar precozmente las posibles desviaciones nutricionales, al mismo tiempo servirá para hacer prevención de las complicaciones de la insuficiencia renal y del estado general de salud asociadas a la desnutrición. Las guías de nutrición y estándares de buenas prácticas clínicas en HD recomiendan realizar un cribado periódico e identificar los factores causales del compromiso nutricional mediante una evaluación combinada de diversos criterios para poder realizar un adecuado diagnóstico. Malnutrition Inflammation Score (MIS) es el cuestionario nutricional más utilizado en los pacientes en HD que incluye datos objetivos, subjetivos y parámetros analíticos. La prueba de bioimpedancia con Body Composition Monitor (BCM) se considera una herramienta útil para identificar masa magra (LTM), masa grasa (LTI) y estado hídrico del paciente, y así evaluar el estado nutricional y determinar el peso normohidratado del paciente.

## Objetivos

Valorar el estado nutricional del paciente en hemodiálisis del hospital de segundo nivel mediante escala MIS y BCM de enero a marzo 2023.

## Material y Método

Estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo de la población de estudio, midiendo múltiples variables que se correlacionan entre las mismas. La duración del estudio es de 3 meses de enero a marzo 2023. Muestra 94 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, excluyendo pacientes ingresados, periodo vacacional y exitus. Para el análisis del esta-

do nutricional se utiliza la escala de valoración MIS donde se incluyen datos antropométricos, historia clínica y parámetros de laboratorio. Junto con la valoración de composición corporal con la máquina de BCM de Fresenius. Cada instrumento tiene escala propia para identificar el estado nutricional del paciente. Los datos obtenidos con la escala MIS han sido registrados en el programa GACELA, los datos obtenidos del BCM han sido registrados en el programa Therapy, y han sido tratados mediante excel.

## Resultados

La escala MIS indica que 91,5% presentan desnutrición leve y 8% desnutrición moderada. El BCM indica que 56,38% presenta necesidad de monitorización, 8,51% insuficiencia nutricional y 35,10% estado nutricional normal. En comparación de resultados de ambos instrumentos de valoración nutricional coinciden en que la población identificada según BCM con necesidad de monitorización y estado nutricional adecuado se encuentran en desnutrición leve según escala MIS. En las personas que indica BCM con insuficiencia nutricional coincide con el resultado de desnutrición moderada en la escala de valoración MIS.

## Conclusiones

La valoración del estado nutricional con la combinación de ambos instrumentos se correlacionan y se complementan puesto que la escala MIS nos aporta información de la historia clínica y parámetros de laboratorio que junto al BCM se puede objetivar al evaluar en porcentaje la pérdida de masa magra (LTM) y masa grasa (LTI). Además de objetivar el estado hídrico del paciente, parámetro de gran importancia, ya que la correcta adecuación del peso normohidratado podría ayudar a mejorar el status nutricional siendo un próximo proyecto de estudio.

# Valoración del grado de satisfacción de los pacientes en el programa de hemodiálisis domiciliaria

Elisabeth Marcos-Ballesteros, María Vicenta Ruiz-Carbonell, Clara Castillo-Tudela, Yaritza Trujillo-Villén, Marina Gómez-Atset, Javier García-Pérez

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España

## Introducción

La hemodiálisis domiciliaria (HDD) es una modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica. Ésta técnica proporciona una mayor flexibilidad y calidad de vida a los pacientes debido a sus beneficios documentados. El paciente se convierte en gestor de su propio tiempo, pasando de los horarios rígidos de las unidades de HD a la flexibilidad horaria propia de la HDD, adecuando la terapia a su propio estilo de vida e incrementando su autonomía. Todo ello contribuye a una mejor conciliación familiar, así como a facilitar el acceso al mercado laboral. Por otra parte, no se pueden olvidar los beneficios adicionales que aportan las técnicas que potencian el autocuidado: aumento de la responsabilidad en los tratamientos, disminución de la dependencia, aumento de la autoestima, mejoría de la calidad de vida, etc.

## Objetivos

El objetivo de este estudio fue comparar el grado de satisfacción de los pacientes dentro del programa de hemodiálisis domiciliaria (HDD) en nuestro hospital.

## Material y Método

Se realizó un cuestionario para los pacientes en técnica de HDD. El cuestionario constaba de 23 preguntas agrupadas en 3 apartados: grado de satisfacción y seguridad en la técnica (7), valoración emocional (9) y valoración física (7).

## Resultados

Se incluyeron un total de 7 pacientes con una media de edad de 48,71 años. El tiempo medio de los pacientes en el tratamiento fue de 1 año. Según los resultados, se mejoró su situación laboral y social desde que iniciaron el tratamiento, se sintieron apoyados por el equipo interdisciplinar ante cualquier duda o problema y volverían a escoger la hemodiálisis domiciliaria como primera opción. Así mismo refieren una mejora física desde que están en tratamiento, aunque un 54,7% verbalizó cansancio al hacer esfuerzos intensos tales como correr o levantar objetos pesados.

## Conclusiones

La HDD presenta beneficio respecto a la hemodiálisis en centro ya que es una opción de tratamiento que proporciona una mayor independencia y sensación de bienestar a los pacientes y a sus respectivas familias y que permite adaptar el tratamiento a su estilo de vida. Como profesionales de la salud debemos incentivar los autocuidados del paciente sometido a tratamiento renal. El resultado de las encuestas nos hace reflexionar, como profesionales, que delegar los cuidados al paciente los sitúa en el eje fundamental del tratamiento. La HDD consigue optimizar resultados clínicos y mejorar la calidad de vida del paciente, permitiendo una mayor flexibilidad en la terapia y mayor disponibilidad de su tiempo libre.

## Valoración del síndrome de desgaste proteico-energético en pacientes en tratamiento de hemodiálisis

Gemma Novell-Asensio, Ester Guerrero-Espinosa, Marina Fenollar-Boixader, Mireia Cots-Galobart, Marina Serra-Ayala, Merce Ribera-García

Althaia-Manresa. Barcelona. España

### Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública, por su frecuencia y alta morbi-mortalidad. La patología cardiovascular es la primera causa de mortalidad de los pacientes con ERC en hemodiálisis (HD), sin embargo, a pesar de corregir los factores de riesgo cardiovasculares, se mantiene una alta tasa de mortalidad relacionada con la presencia de malnutrición. La malnutrición es uno de los principales problemas que se presentan en la ERC y tiene una estrecha relación con el riesgo cardiovascular y la mortalidad en pacientes en tratamiento sustitutivo renal. El síndrome de desgaste proteico energético (DPE) se desarrolla con frecuencia en estos pacientes y causa un deterioro en la calidad de vida. El DPE es un estado patológico donde disminuyen los depósitos proteicos y las reservas energéticas, incluyendo pérdida de grasa y músculo. Es muy importante la identificación de los marcadores apropiados para conocer el estado nutricional del paciente en tratamiento de HD para poder lograr un reconocimiento temprano para el tratamiento oportuno del DPE.

### Objetivos

Identificar el síndrome de desgaste proteico energético en pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de segundo nivel.

### Material y Método

Estudio de tipo observacional, prospectivo y descriptivo en el cual se miden múltiples variables sociodemográficas y clínicas correlacionadas con el DPE. Muestra de 56 pacientes del turno de martes, jueves y sábado. El estudio tiene una duración de 6 meses des de enero del 2022. Durante estos meses se han recogido datos clínicos de la analítica mensual de los pacientes, se ha realizado la biomedancia con un Monitor BCM de Fresenius y se ha mesurado la fuerza con el dinamómetro. Los datos son recogidos teniendo en cuenta los criterios del DPE que describe la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo (ISRNM). Todos los

resultados son tratados mediante el programa informático Excel.

### Resultados

La muestra total es de 56 pacientes y un 59% presentó DPE, con diferencias significativas entre hombres y mujeres, con un 39% y 19% respectivamente. Teniendo en cuenta el tipo de tratamiento pautado, se puede observar que un 37% de los pacientes que realizan HD de alto flujo (HDF) han desencadenado un DPE, mientras que un 21% de los pacientes que realizan HD convencional han desencadenado un DPE. Según el tipo de acceso vascular el más prevalente es la fístula arterio-venosa interna (FAV) con un 34% del total de los pacientes y va seguida del catéter venoso central (CVC) con un 25%.

### Conclusiones

Existe DPE en nuestra unidad, destacando el sexo masculino con un tratamiento de HDF. Se ha considerado conveniente actuar ante esta situación. Este estudio nos ha ayudado a detectar el DPE para poder actuar precozmente y poder mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este estudio es el principio de otros proyectos para poder realizar una mejor monitorización nutricional de nuestros pacientes.

# Vigilancia y control de los multirresistentes en la sala de hemodiálisis de Manresa

María Francisca Orgaz-Prieto, Margarita Fraile-Pérez, Marina Fenollar-Boixader

Althaia-Manresa. Barcelona. España

## Introducción

Las infecciones por Microorganismos Multirresistentes (MMR) son la primera causa de morbimortalidad y representan un gran desafío en las estrategias de gestión de riesgo, prevención y seguridad de los pacientes en hemodiálisis. Los pacientes con enfermedad renal crónica que realizan tratamiento de hemodiálisis, son una población con un elevado riesgo de contraer infecciones, por la complejidad técnica de la asistencia que reciben y el estado de inmunosupresión que les caracteriza. La vigilancia epidemiológica es un componente especialmente importante de cualquier programa de control de infecciones por MMR. La vigilancia permite detectar precozmente nuevos patógenos resistentes o nuevas resistencias en un microorganismo, así como la aparición de nuevos brotes, monitorizar las tendencias epidemiológicas, diseñar estrategias activas de control y medir la efectividad de las intervenciones.

## Objetivos

Identificar los Microorganismos Multirresistentes más comunes en la Unidad de Hemodiálisis de nuestro hospital, desde junio del 2019 hasta junio del 2022.

## Material y Método

Estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal en el tiempo. La muestra del estudio es de 274 pacientes del servicio de hemodiálisis. Los resultados se han obtenido a partir de la realización de cultivos, cada 6 meses, a los pacientes de la unidad que cumplen los criterios implantados por la comisión de Infecciosas de nuestro hospital. Estos criterios son: pacientes procedentes de residencias, ingresados en hospitalización, portadores de catéteres y/o aquellos que presentan úlceras o heridas crónicas, aislando los pacientes positivos a los MMR: MARSA, Klebsiella Pneumoniae BLEA, Klebsiella Oxytoca BLEA, Klebsiella Pneumoniae AMP C, Pseudomona Aeruginosa multiresistente XDR, Acinetobacter, Carbapenemasa tipo OXA48 y Clostridium difficile (si presentan diarreas). Los resultados se han tratado mediante el programa informático Excel, exclu-

yendo y no registrando todos aquellos pacientes con resultado negativo del cultivo y centrándose únicamente en los resultados positivos.

## Resultados

Observamos que, de los 274 pacientes en hemodiálisis, 33 pacientes dieron positivo a más de un MMR a la vez. De estos pacientes se obtuvieron 63 muestras positivas. Concretamente, se ha obtenido: Klebsiella Pneumoniae BLEA (34;54%), Sthapylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA) (13;21%), Carbapenemasa tipo OXA 48 (6;10%), Klebsiella Pneumoniae AMPC (3;5%), Klebsiella Oxytoca BLEA (3;5%), Pseudomona Aeruginosa Multiresistente XDR (2;3%) y Clostridium Difficile GDH (2;3%).

## Conclusiones

Este estudio se ha realizado para conocer el predominio de MMR que hay en la Unidad de Hemodiálisis de nuestro hospital. Se verifica que un 12% de los pacientes de nuestra unidad de HD y según nuestros criterios dieron positivos a MMR. De los 63 resultados positivos en MMR, el que más predomina es Klebsiella Pneumoniae BLEA, con un 54%. Este estudio pretende ser el inicio de nuevas investigaciones relacionadas con los MMR en nuestra unidad de hemodiálisis.

## Creación de una consulta de enfermería para el control y seguimiento del acceso vascular mediante estudio ecográfico

Sonia Mendoza-Mendoza, Esther García-García, Raquel Moya-Maillos, María Teresa López-Pascual, José Luis Merino-Rivas, Laura Baena-Ruíz

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

### Introducción

El seguimiento y la vigilancia del acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es un aspecto clave para el paciente renal. La ecografía es una técnica inocua, reproducible y económica que, en manos de personal experimentado, es una herramienta muy útil para el control del AV. En nuestra unidad, junto al seguimiento habitual protocolizado del AV, se planteó añadir el seguimiento del AV mediante ecografía realizada por personal de enfermería. Dos enfermeras expertas con práctica avanzada en HD se formaron en la técnica de estudio mediante ecografía del AV e iniciaron la consulta del AV.

### Objetivos

Analizar la actividad realizada en los primeros años de la puesta en marcha de la consulta de seguimiento ecográfico del AV.

### Material y Método

Estudio retrospectivo sobre la actividad desarrollada en la consulta de enfermería durante los años 2019-2022. Se planteó que al menos todo paciente con AV para HD tuviese un control ecográfico en dicha consulta. A su vez, también se procedió a indicar una ecografía del AV, siempre y cuando hubiese alguna incidencia o se detectase alguna anomalía en la práctica clínica habitual de seguimiento, a petición de nefrología o del personal de enfermería.

### Resultados

En el periodo de estudio se han realizado por el personal de enfermería un total de 172 ecografías de AV. De ellos, 148 pacientes en HD y 24 en ERCA. En el año 2019 el 71% de los pacientes en HD fueron evaluados mediante ecografía, en el año 2020 el 68%, en el año 2021 el 46% y en el año 2022 el 79%. En todos los años el 100% de los pacientes de la consulta ERCA con AV fueron evaluados al menos una vez mediante estudio ecográfico.

### Conclusiones

La ecografía es una herramienta accesible en muchas unidades, que en manos de personal entrenado y experimentado puede aportar beneficios. El estudio ecográfico por parte de enfermería puede organizarse y estructurarse para ser un pilar básico en el seguimiento del AV, por su inmediatez, su disponibilidad y la rentabilidad a la hora de tomar decisiones en equipos multidisciplinarios.

# Influencia del género en el acceso a la consulta de enfermería renal crónica

Antonio David Caparrós-Florido, Carmen Solís-Domínguez, Rafael Barrios-García

Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol. Málaga. España

## Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta al 10% de la población adulta española y a más del 20% de los mayores de 60 años. Aunque la literatura no haya volcado su mirada en la perspectiva de género es importante incorporar al quehacer profesional el estudio de esta herramienta con el fin de no favorecer desigualdades entre géneros.

## Objetivos

El objetivo principal del estudio es analizar si existen diferencias respecto al género en la captación de los pacientes que debutan en la consulta de enfermería renal crónica avanzada (ERCA) y establecer el perfil del paciente que acude a la consulta.

## Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recopiló una muestra de 106 pacientes mediante un muestreo por conveniencia donde se incluyeron los pacientes que acudieron a la consulta durante enero-marzo del 2023, recopilándose las siguientes variables; variables demográficas (edad, sexo), factores de riesgo cardiovascular (comorbilidad, IMC) y variables bioquímicas (filtración glomerular de inicio (FG) y cociente albúmina/creatinina en orina). La comorbilidad se analizó con el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

## Resultados

Los resultados se expresan como media  $\pm$  SD. Del total de la muestra, el 60,34% eran hombres y el 39,66 % mujeres, con una edad media de 72,61 $\pm$ 10,91 años en hombres y 73,52 $\pm$ 12,01 años en mujeres y una comorbilidad de 2 $\pm$ 1 en ambos grupos. El IMC en hombres 28,42 $\pm$ 3,8 y en mujeres 27,78 $\pm$ 6,2. En cuanto a los parámetros analíticos, presentan un FG inicial de 28,29 $\pm$ 8,72 ml/min en hombres y 22,78 $\pm$ 9,12 ml/min en mujeres. Los hombres presentan un coeficiente de albúmina/creatinina del 565,57 $\pm$ 696,75 mgr/g y las mujeres de 709,81 $\pm$ 1423,66 mgr/g.

## Discusión

Se observa que las mujeres captadas en la consulta presentan un FG menor que los hombres (22,78 $\pm$ 9,12 ml/min en mujeres vs 28,29 $\pm$ 8,72 ml/min en hombres) lo que es indicativo de una derivación tardía, suponiendo un hándicap en el acceso a la atención especializada. Así lo refuta también Labrador (1), que acuñe el término de insuficiencia renal crónica oculta, haciendo referencia al infradiagnóstico de la ERC en la mujer en atención primaria. Arenas (2) identifica elementos que perpetúan desigualdades y considera el hecho de que los hombres tienen más posibilidad de acceder al tratamiento renal sustitutivo (TRS) que las mujeres. En el estudio DOOPS (3), las mujeres inician el TRS con mayor edad y menor FG que los hombres.

## Conclusión

Se señala un sesgo de género en el acceso a la atención especializada. Aunque las diferencias en tasas de progresión o de prevalencia tengan su raíz en diferencias biológicas existen patrones culturales y sociales que impactan en la salud renal de las mujeres, estableciéndose una brecha de género digna de analizar en la mejora asistencial.

# Nunca es tarde para rediseñar la consulta de enfermedad renal crónica avanzada

María del Carmen Coca-García, Lucía Carmen Rodríguez-Gayo

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

## Introducción

Las unidades multidisciplinares de ERCA han demostrado cumplir una serie de objetivos vitales para el paciente con enfermedad renal: mejorar su calidad de vida, optimizar el control de comorbilidades, realizar educación sanitaria, acompañar adecuadamente en el proceso de toma de decisiones sobre las terapias renales sustitutivas (TRS) y disminuir los inicios urgentes de las mismas. En nuestro centro se decidió rediseñar la Unidad ERCA (UERCA): se destinó un nefrólogo y un profesional de enfermería con dedicación a tiempo completo a la consulta ERCA, sustituyendo al modelo previo en el que la consulta ERCA estaba a cargo de varios nefrólogos con tareas compartidas con las áreas de diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD). Se protocolizó la actividad en la consulta en relación a la creación de accesos vasculares, vacunación, consejo nutricional, tratamiento paliativo de la ERC, estudios de candidatos a trasplante y toma de decisiones compartida. Evaluamos el primer año de actividad protocolizada y lo comparamos con la atención estándar previa.

## Resultados

En 2022, seguimos a 406 pacientes (5 visitas/paciente/año), todos ellos con una tasa de filtración glomerular estimada inferior a 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. 234 pacientes pasaron por el protocolo de decisión compartida y el programa de educación sobre TRS: 33 pacientes (14%) eligieron diálisis peritoneal, 88 pacientes (37,6%) eligieron hemodiálisis, 22 pacientes (9,4%) eligieron trasplante renal de vivo y 91 pacientes (38,8%) eligieron tratamiento conservador. Durante 2022, 87 alcanzaron un desenlace: 17 pacientes fallecieron (82% en tratamiento conservador, edad media de 87±7 años) y 70 pacientes iniciaron TRS. La edad media al inicio de diálisis fue de 62 años (mediana 65) y el tiempo medio de seguimiento en ERCA de 14 meses (mediana 10 meses). La nefropatía diabética y la glomerulonefritis fueron las causas más frecuentes (21% y 17%, respectivamente). El 68,5% de los pacientes iniciaron HD, el 20% DP y el 11,5% recibieron un trasplante renal de donante vivo. El 80% de los pacientes

en TRS iniciaron diálisis o recibieron un trasplante según lo previsto en la UERCA. El 20% restante inició diálisis durante un evento de hospitalización. En comparación con 2021, el número de fístula arteriovenosa en pacientes incidentes en hemodiálisis creció del 21% al 70% y el porcentaje de trasplante de donante vivo subió del 7,3% al 15,3%. Los inicios no planificados de diálisis se redujeron del 26 % de los pacientes incidentes en 2021 al 20% en 2022. Todos los pacientes recibieron educación sobre adherencia, estilo de vida, nutrición y terapias en la consulta de enfermería ERCA, atención inexistente en 2021.

## Conclusiones

El abordaje multidisciplinar ha demostrado su eficacia en numerosos estudios de cohortes. Después de décadas de avances clínicos y tecnológicos, nuestros pacientes siguen enfrentándose a los mismos problemas (inicio no planificado de diálisis, catéteres, infrautilización de terapias domiciliarias, etc). Reflexionar y reinventar el manejo de los pacientes, incluso en centros con largo recorrido, es fundamental para continuar mejorando los resultados.

## Taller de cocina terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

María Vicenta Ruiz-Carbonell, Javier García-Pérez, Sandra Rodríguez-Real, Neus Agulló-Núñez, Natalia Almendros-Valera, Yaritza Trujillo-Villén

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España

### Introducción

La educación nutricional del paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es uno de los retos más importantes para el profesional sanitario. Una adecuada educación dietética puede mejorar la adherencia al tratamiento, el bienestar del paciente ayudar a retrasar el avance de la enfermedad renal. Es de suma importancia que todos los pacientes diagnosticados con ERC (Enfermedad renal crónica) y derivados a la consulta de ERCA deben de tener un amplio conocimiento de una dieta de nefrología, para retardar el avance de su enfermedad y la entrada en TRS (tratamiento renal sustitutivo).

### Objetivos

Diseñar una formación sobre la nutrición para los pacientes con enfermedad crónica avanzada con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar del paciente y sus cuidadores.

### Material y Método

Se diseñó una formación conjuntamente enfermería y nutrición. Para ello se llevó a cabo una programación entre las consultas de ERCA enfermería y el Nutricionista. Se organizaron talleres presenciales donde se contaba con la ayuda de un cocinero, se explicaban todas las posibles variantes de preparación y técnica para una dieta saludable propia de un paciente con ERCA. En estos talleres se recogieron cuestionarios de conocimientos de los participantes, antes de iniciar la formación (basal) y en cada taller, es decir un total de 105 cuestionarios, para evaluar su progresión. Así mismo, se recogió la satisfacción de los pacientes.

### Resultados

Se hicieron 6 talleres con un total de 50 participantes, se distribuyeron a los pacientes en grupos de 10, cada grupo hizo 3 talleres. Los resultados de las encuestas fueron en un rango de 1 al 10. Los basales resultaron: de los 50 pacientes, 35 se encontraban en una puntuación por debajo de 5 es decir un 70% tenían escasos conocimientos de la dieta re-

nal. Los resultados de las encuestas posteriores 2 y 3 habían mejorado la puntuación y 40 pacientes se encontraban entre 7 y 8 es decir un 80% habían mejorado sus conocimientos de una dieta renal aconsejable.

### Conclusiones

La iniciativa de crear un taller presencial fue todo un reto que sorpresivamente los pacientes recibieron con un nivel de satisfacción muy superior al esperado. Además, se observó un claro aumento en el nivel de los conocimientos de los participantes. La educación nutricional a través del taller nos permitió acoger a un importante número de pacientes y establecer una participación activa en el proceso de la enfermedad crónica del propio paciente.



## ¿Tienen los pacientes de diálisis peritoneal una “muerte digna”?

Jessica Blanco-Sierra, Adela Suárez-Álvarez, Fabiola Menéndez-Servide, Mónica Fernández-Pérez, Magdalena Pasarón-Alonso, Miguel Núñez-Moralo

Hospital Universitario Central de Asturias. España

### Introducción

La consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), se fundamenta en la Ley de Autonomía del paciente, permitiendo que éste elija la terapia renal sustitutiva (TRS), favoreciendo el concepto de “vida digna” y autonomía. Nos pareció oportuno comprobar si los pacientes de diálisis peritoneal (DP), mantienen esta autonomía al final de la vida, teniendo una “muerte digna”. Concepto complejo, pero que la mayoría de autores coinciden en evitar el sufrimiento respetando la autonomía y dignidad del paciente en el final de la vida.

### Objetivos

Por todo esto, nuestro objetivo es analizar el proceso de morir de los pacientes que eligieron la diálisis peritoneal como TRS.

### Material y Método

Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Incluimos a todos los pacientes que realizaban DP y fallecieron entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2022. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tipo de técnica (manual/automatizada), causa de enfermedad renal crónica (insuficiencia renal/ insuficiencia cardíaca/ insuficiencia hepática), lugar de fallecimiento (hospital/domicilio), realización de TRS las últimas 24 antes del deceso (si/no), cese de la técnica previamente (si/no), y si disponían de instrucciones previas (IP) registradas (si/no). Utilizamos el programa Excel para el análisis de los datos.

### Resultados

Se produjeron un total de 45 exitus letalis, con una edad media de 74,5 años (entre 60 y 91 años), 32 fueron hombres (71,1%). 31 pacientes precisaban diálisis a causa de enfermedad renal crónica. El 88,8% del total, realizaban diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). 31 pacientes fallecieron en el hospital (68,9%), 10 en su domicilio (24,4%) y 4 (6,2%) otros lugares: 3 en instituciones y 1 en la vía pública

por parada cardiorrespiratoria. El 71,1% de los finados, realizó diálisis 24 horas antes de su muerte. Solo 1 de los fallecidos disponían de IP registradas. Se registraron 5 (11,1%) ceses de la técnica previo al exitus.

### Discusión

Algunos autores, consideran la muerte en el propio domicilio como un indicador de “buena muerte”. Llama la atención, que todos estos pacientes hayan elegido realizar el tratamiento en domicilio y sólo el 24,4% fallezca en él. Máxime si tenemos en cuenta, que nuestro hospital carece de un servicio de cuidados paliativos. La bibliografía, también indica que durante la agonía (3-5 días pre-mortem), no se deberían realizar tratamientos médicos activos (Ej: diálisis) que busquen la mejoría del paciente, en vez del confort de éste y su familia. Nuestros datos muestran que a más del 70% se les realizó diálisis en las últimas 24 horas de vida. Nos parece llamativo que, a pesar de haberse regulado la prestación de ayuda para morir a inicios de 2021, de todos nuestros pacientes solo 1 tenía IP. La práctica inexistencia de voluntades anticipadas en nuestros pacientes, nos impresiona que agrava y dificulta este complejo problema de la “muerte digna”.

# Uso de la escala pos-s renal en una consulta de enfermedad renal crónica avanzada como marcador de la progresión de enfermedad

Kelly Patricia Romero-Baltodano, Sergi Aragó-Sorrosal, Nuria Clemente-Juan, Lida María Rodas-Marín

Hospital Clínic de Barcelona. España

## Introducción

En la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), la utilización de la escala POS-S Renal, es una herramienta útil para evaluar la carga de sintomatología urémica en los pacientes, y para consolidar la toma de decisiones sobre su tratamiento, realizando el ajustes de los mismos.

## Objetivos

Describir el uso de la escala POS-S Renal, en el seguimiento de los pacientes ERCA y su relación con los valores analíticos.

## Material y Método

Estudio observacional de 162 pacientes con estadios 4 (n=60) y 5 (n=102) de ERCA. Se incluyó en el análisis los datos clínicos (comorbilidad, dependencia, fragilidad, carga sintomática, resultados analíticos). Se evalúa la prevalencia de síntomas de acuerdo al estadio y la relación con los valores analíticos de hemoglobina, BUN, potasio, calcio y fósforo.

## Resultados

Cohorte con media de edad 67 años (+/-14), FG medio 14,5 (+/-3,9), y seguimiento medio de 9,2 meses. Índice de Barthel 93 en promedio, Charlson 6 medio, el 62% frágiles o prefrágiles según FRAIL. En cuanto a la sintomatología POS renal, el 79% presentaban >2 síntomas, 10% como debilidad o falta de energía como único síntoma y 11% ausencia de síntomas. Al analizar los valores de Hemoglobina, se aprecia un 65,2% en rango según guías KDIGO, sin una relación significativa con la carga sintomática, así como un valor promedio BUN de 90 mg/dl, con una relación estadísticamente significativa con relación a la carga sintomática ( $p<0,002$ ). El 61% de la población analizada, se aprecian unos valores en rango de calcio y potasio de acuerdo a las guías KDIGO, con relación estadísticamente significativa en cuanto a la ausencia de síntomas ( $p=0,001$ ).

## Conclusiones

La valoración de la sintomatología urémica, utilizando la escala POS-S Renal en la consulta de ERCA, puede acercarse a predecir el requerimiento de inicio temprano de terapia renal sustitutiva o derivación a equipo de soporte paliativo; pudiendo mejorar la calidad de vida relacionada con los síntomas y ayudar al equipo asistencial nefrológico y al paciente a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y manejo de los síntomas de la ERCA. Es importante tener en cuenta que los niveles elevados de BUN pueden ser indicativos de varios trastornos médicos, pero también pueden ser causados por factores como la dieta, los medicamentos y el ejercicio intenso. Por lo tanto, siempre es necesario interpretar los resultados del BUN en el contexto clínico general del paciente.

# Análisis del impacto de la fragilidad en la calidad de vida en diálisis peritoneal

Sara Arranz-Arroyo, Sandra Peña-Blázquez, María Teresa Alonso-Torres, Esther Franquet-Barnils

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

## Introducción

El envejecimiento poblacional determina un aumento de comorbilidad de pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) y, con ello, un mayor riesgo de presentar fragilidad. Un factor de riesgo de evolución hacia un estado de dependencia e incapacidad que puede influir en la calidad de vida. Considerada como un concepto multidimensional que incluye elementos objetivos (condiciones de vida de la persona) y subjetivos (satisfacción experimentada con dichas condiciones). Existe controversia en los autores sobre la relación entre calidad de vida y el grado de fragilidad. El conocimiento de ambos nos informa del impacto de la enfermedad y permite promover intervenciones de enfermería necesarias para conseguir una atención integral.

## Objetivos

Analizar la prevalencia de fragilidad y su influencia sobre la calidad de vida percibida por el paciente en diálisis peritoneal.

## Material y Método

Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado desde diciembre 2022 a abril 2023. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, en tratamiento de DP mínimo un mes, que desearon participar y firmaron consentimiento informado. De 24 pacientes en programa, 21 cumplieron criterios de inclusión. La fragilidad se midió mediante Escala Frail y la calidad de vida con el cuestionario KDQOL-36. Otras variables recogidas fueron: edad, género, tiempo en DP, modalidad de tratamiento y presencia de cuidador. Se elaboró un excell para la recogida y análisis de datos. Además, se utilizó programa 'KDQOL-SF36 Scoring Program' para evaluar los datos.

## Resultados

De 21 pacientes analizados; 62% hombres, con edad media de 61,6 años, el 52,4% mayores de 65 años, 57,1% en tratamiento DPCA, media de tiempo realizando DP de 19 meses y 3 pacientes con cuidador. La prevalencia de fragilidad fue 14,3%, pre-fragilidad 28,6% y la mayoría (57,1%) no presen-

taron fragilidad. De aquellos frágiles, 66,6% del género femenino, presentaron 3 o más dominios de calidad de vida afectados; obtuvieron además puntuajes más bajos en el dominio síntomas de la enfermedad, en comparación con el resto. A destacar que el 19,05% de pacientes no frágiles presentaron afectación de 3 o más dominios. De la muestra, se encontró que la percepción de salud física tuvo la media más baja con valor de 40,9. El 71% de las puntuaciones estuvieron por debajo de la media referencial de 50. La percepción de salud mental (MCS) y el impacto de la enfermedad (BKS) fueron consecutivamente los dominios peores valorados, medias de 47 y 47,3 respectivamente. El 57% de evaluaciones del MCS y del BKS fueron menores del puntaje referencial de 50. Las puntuaciones más altas fueron síntomas de enfermedad y efectos de enfermedad.

## Conclusiones

La identificación de fragilidad es un primer paso para el desarrollo de medidas que pueden ayudar a mejorar su evolución: entre ellas la implementación de programas de ejercicio físico y de consejo dietético. La evaluación emocional y cognitiva-social son aspectos necesarios para obtener una valoración integral del paciente, imprescindible para comprender su percepción de salud y mejorar su calidad de vida. Los resultados del estudio nos hacen reflexionar que es pertinente seguir investigando sobre la asociación de ambos factores.

## Análisis del nivel de ansiedad y depresión en los pacientes de diálisis peritoneal

Mercedes M<sup>a</sup> Moreno-Salinas, Dolores Rizo-Martinez, Elisabet Castillo-Jabalera, María Dolores Rodríguez-Almarcha, Judith Sánchez-Torres, Rafael Martínez-Calderón

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

### Introducción

Tras el diagnóstico y progresión de la enfermedad también se puede iniciar una fase de duelo en la persona que la desarrolla, manifestado por sentimientos de ansiedad o depresión. La ansiedad es una reacción natural del ser humano que se activa de manera automática ante situaciones de estrés, peligro o amenaza.

### Objetivos

Analizar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes de diálisis peritoneal de una unidad de Nefrología.

### Material y Método

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal a pacientes prevalentes del programa de diálisis peritoneal entre los meses de enero y febrero de 2023. Fueron incluidos 18 pacientes, 11 hombres y 7 mujeres, con edad comprendidas entre 28 y 88 años de edad. El cuestionario utilizado para evaluar el nivel de ansiedad fue la Escala de Beck.

### Resultados

Los resultados obtenidos tras valorar las respuestas de las personas encuestadas fueron: el 33,33% de los pacientes tenían altibajos normales, al igual que los que presentaban depresión leve-moderada, el 22,22% depresión moderada-severa, el 5,5% manifestaba una posible negación y, también el 5,5% rechazó responder al cuestionario. Se propuso valoración por Psicología a las personas que en el cuestionario de Beck obtuvieron una puntuación entre 20-28, relacionada con depresión moderada-severa; a quien se objetivó una posible negación y también a quien rechazó responder al cuestionario. El 66,66% aceptó ser remitido a la unidad de Psicología y continúan en seguimiento con una evolución favorable. El 33,33% rechazó valoración por dicha especialidad y decidió afrontar la situación con sus

propios recursos. No obstante, continúan en seguimiento por Nefrología y se ofrecerá la posibilidad de nueva remisión si precisa.

### Conclusiones

Las personas con enfermedad renal crónica pueden tener grandes cambios a lo largo de su vida y el afrontamiento ineficaz de ellos puede llevar a un estado de ansiedad, entre otros. El uso de cuestionarios de mediciones de niveles de ansiedad y depresión se consideran una herramienta útil para la prevención y e identificación de signos y síntomas de ansiedad y progresión de la depresión.

## ¿Es seguro el cambio de prolongador en domicilio? Experiencia en nuestro centro

Carmen Flores-Oneto, Carmen Reguera-Morales, Elena María Zampaña-Muñoz, María José Chaves-Velázquez, José Javier Fernández-Montero

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España

### Introducción

El prolongador o línea de transferencia es un tubo que conecta el catéter con el sistema de diálisis a través de un conector que puede ser de titanio o plástico. Su recambio es recomendable cada 6 meses y es de competencia enfermera. Nuestro centro tiene amplia experiencia en visita domiciliaria y, entre las intervenciones en domicilio, se encuentra el cambio de prolongador. Este cambio puede propiciar la entrada de gérmenes en la cavidad peritoneal. En el medio hospitalario, los más frecuentes son estafilococo aureus y pseudomona aeruginosa, gérmenes altamente resistentes. Por ello, es necesario realizarlo de manera protocolizada minimizando riesgos.

### Objetivos

El objetivo principal de este estudio es comparar la seguridad del cambio de prolongador en domicilio frente a los realizados en hospital y, como objetivo secundario, comprobar si existen beneficios añadidos al realizarlo fuera del medio hospitalario.

### Material y Método

- Estudio descriptivo observacional, en el que se monitorizaron un total de 205 pacientes que estuvieron en programa de diálisis peritoneal al menos un año, en un período comprendido entre, enero de 2012 y diciembre de 2022.
- Se monitorizó a cada paciente dos cambios de prolongador cada 6 meses sólo durante el primer año, uno que se realizó en el hospital y otro en domicilio. Se crearon dos grupos de recogida de datos: Hospital (H) y domicilio (D). El protocolo seguido en ambos procedimientos fue el mismo.
- En la visita domiciliaria, además, se evaluó las condiciones del domicilio y entorno familiar. El intercambio tras el procedimiento lo realizó el paciente, que también se supervisó.

- Se obtuvieron los datos mediante autoauditoría de historias clínicas.
- Programa Excel para tratamiento de los mismos.

### Resultados

- Se registraron un total de 410 cambios de prolongador: 205 se realizaron en hospital y 205 en domicilio.
- Grupo H: Se registró 1 peritonitis tras las primeras 48 horas tras cambio de prolongador por estafilococo epidermidis.
- Grupo D: Se registró 1 peritonitis tras las primeras 48 horas tras cambio de prolongador por raoultella ornithinolytica. Se produjeron 82 intervenciones en domicilio para corregir desviaciones de la técnica. 2 pacientes se citaron en hospital para re-entrenamiento.
- No se registraron más incidencias por este procedimiento.

### Conclusiones

No hemos encontrado diferencias en las complicaciones que puedan relacionarse con el lugar donde se realiza el cambio de prolongador. De igual manera, no podemos relacionar directamente las peritonitis como consecuencia de los mismos. Nuestro centro incorpora el cambio de prolongador, como procedimiento protocolizado a realizar durante la visita, desde la década de los 90. Esta experiencia ha resultado muy enriquecedora. Para el paciente, aumenta la confianza y cercanía al hospital y optimiza los desplazamientos mejorando la accesibilidad. Para el profesional, nos aporta muchos datos que no nos son propicios en el medio hospitalario, valoramos adecuación de domicilio y entorno familiar, además de supervisar la técnica in situ detectando posibles desviaciones que nos hacen adelantarnos a las complicaciones.

## ¿Ha aumentado el tiempo de espera de trasplante renal en nuestros pacientes de diálisis peritoneal en pandemia?

Juan Ramón Guerra-Ordóñez, Aranzazu Sastre-López, Ana Cristina Alonso-Rojo, Erika Jenelia Romero-Zaldumbide, Marta Manzano-Figal, Celia Ordás-García

Complejo Asistencial de León. España

### Introducción

La reciente pandemia de coronavirus y sus distintas olas, durante estos últimos 3 años han supuesto un esfuerzo para todos los sanitarios, ante la necesidad de atender a pacientes infectados se tuvo que priorizar esa atención y reducir el ritmo de operaciones quirúrgicas no urgentes. Nos planteamos estudiar si esto ha repercutido en el tiempo de espera de un trasplante en nuestros pacientes de diálisis peritoneal.

### Material y Método

Estudiamos a los pacientes en diálisis peritoneal de nuestro hospital que recibieron un trasplante en el centro de referencia trasplantador, desde comienzo del año 2018 hasta septiembre 2022 y comparamos el tiempo medio, con la prueba T de Student para variables independientes, hasta la recepción del injerto en el periodo prepandemia 2018-2020 y en plena pandemia 2020-2022.

### Resultados

Un total de 41 pacientes se trasplantaron en este periodo, 27 hombres y 14 mujeres. La edad media fue de  $62,18 \pm 13,47$  años, con un rango de (28-82). La media de tiempo en DP fue de  $363,49 \pm 62,18$  (10-2017) días hasta el trasplante. Se realizaron 20 trasplantes en prepandemia con un tiempo medio de espera de  $278,2 \pm 29,7$  días frente a los 21 en pandemia con un tiempo medio de espera de  $444,71 \pm 48$  días, sin encontrar diferencias significativas ( $p=0,103$ ), aunque con una cierta tendencia a ser mayor.

### Conclusiones

A pesar de la presión sobre la capacidad asistencial en nuestros hospitales durante la pandemia, y que encontramos una tendencia a mayor tiempo de espera de trasplante renal, no hemos demostrado en nuestros pacientes un incremento significativo en este tiempo, probablemente debido a la diligencia del equipo de trasplantes en el periodo entre olas de coronavirus.

## Importancia de la telemonitorización para prevenir complicaciones en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal automatizada

María Delfina Calero-García, Javier Centellas-Pérez, Samuel Blas-Gómez, Isabel Montesinos-Navarro, M<sup>a</sup> Pilar Escribano-Cuerda, Encarnación Bellón-Pérez

Hospital General Universitario de Albacete. España

### Introducción

El uso de la telemonitorización permite realizar el seguimiento de los pacientes en Diálisis Peritoneal Automatizada de forma proactiva permitiendo actuar para prevenir posibles complicaciones.

### Objetivos

- Evaluar el tratamiento de 24 pacientes con diálisis peritoneal automatizada, 11 de ellos con telemonitorización y 13 sin ella.
- Clarificar si la telemonitorización puede influir a la hora de prevenir complicaciones, entre ellas hospitalizaciones y peritonitis.

### Material y Método

Se realiza un estudio retrospectivo unicéntrico con 24 pacientes de nuestra unidad de diálisis peritoneal, durante un periodo de 2 meses. Para ello, se utilizan como variables: datos demográficos, Índice de masa corporal, Escala Charlson, Hipertensión Arterial, Número de fármacos antihipertensivos, Diabetes Mellitus, Síndrome cardiorrenal, Número de visitas presenciales y teleconsultas tanto programadas como no programadas, número de peritonitis y número de hospitalizaciones. Se registran un total de 38 visitas presenciales al hospital no programadas, 23 visitas presenciales programadas, 17 teleconsultas no programadas y 4 teleconsultas programadas.

### Resultado

No se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al número de consultas entre grupos, excepto en teleconsultas no programadas. No hubo diferencias ni en número de hospitalizaciones, ni de peritonitis entre grupos.

### Conclusión

Este estudio piloto pone de manifiesto, a pesar de sus limitaciones (unicéntrico y solo 2 meses de seguimiento) que la telemonitorización en el paciente con diálisis peritoneal automatizada, puede permitir la prevención de posibles complicaciones asociadas a la técnica, ya que permite al personal responsable, equipo de enfermería, la actuación de forma proactiva ante eventuales complicaciones, como pone de manifiesto el mayor número de teleconsultas No programadas realizadas en estos pacientes. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y mayor seguimiento, para confirmar estos hallazgos.

## Inmunidad frente al COVID en diálisis peritoneal

Juan Ramón Guerra-Ordóñez, Aranzazu Sastre-López, Ana Cristina Alonso-Rojo, Erika Jenelia Romero-Zaldumbide, Marta Manzano-Figal, Celia Ordás-García

Complejo Asistencial de León. España

### Introducción

Después de 3 años desde el inicio de la pandemia por SARS-Cov2, en los que se ha demostrado que la vacunación es la forma más segura de adquirir inmunidad y reducir el riesgo de enfermedad grave y muerte, especialmente en pacientes de riesgo, nos planteamos estudiar los niveles de inmunidad de nuestra población de pacientes prevalentes en programa de diálisis peritoneal.

### Material y Método

Estudiamos a todos los pacientes prevalentes en nuestra unidad de diálisis peritoneal, analizamos la edad, sexo, la modalidad de diálisis, la presencia de diabetes, nº de vacunas recibidas, la presencia de anticuerpos contra proteína S y proteína N del SARS-Cov2 mediante serología realizada en el primer trimestre de 2023. Comparamos mediante la prueba T Student para muestras independientes la media del título de anticuerpos entre los que habían recibido menos de 3 dosis de vacunación y 3 o más, y entre los que sólo se habían vacunado y los que presentaron inmunidad híbrida.

### Resultados

Un total de 28 pacientes, 19 hombres y 9 mujeres. 10,71% diabéticos. 42,86% en DPCA y 57,14% en DPA. La edad media fue 55,14 años, con un rango (22-82). 17 habían pasado la enfermedad a lo largo de la pandemia. Solamente 1 paciente no se había vacunado, 5 pacientes habían recibido 2 dosis, 6 recibieron 3 dosis, 12 pacientes 4 dosis y 3 pacientes recibieron hasta una 5ª dosis. El título medio fue 1373,6 BAU/mL en los pacientes que recibieron menos de tres vacunas. Los pacientes que recibieron 3 ó más dosis, tuvieron un título significativamente mayor  $p=0,016$ , (1694,6 BAU/mL  $\pm$  488,1). No encontramos diferencia ( $p=0,5$ ) en la media del título de los pacientes con inmunidad híbrida 1565,3 BAU/mL  $\pm$  551,5, frente a los sólo vacunados 1728,8 BAU/mL  $\pm$  653,7.

### Conclusiones

En el presente, la mayoría de nuestros pacientes en diálisis peritoneal han recibido más de 3 dosis de la vacuna frente al covid, el 32% se han infectado con el virus en algún momento de la pandemia. Aquellos que habían recibido al menos 3 dosis de vacuna tenían niveles significativamente mayores de anticuerpos que el resto, mientras que no encontramos diferencia en los niveles de anticuerpos entre los solamente vacunados y los que tenían inmunidad híbrida. Para tratarse de pacientes inmunodeprimidos la respuesta a la vacunación ha sido excelente en esta población.



## Nuevas herramientas en el entrenamiento de diálisis peritoneal

Clara Castillo-Tudela, María Vicenta Ruiz-Carbonell

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona. España

### Introducción

El entrenamiento es una de las etapas más importantes dentro del proceso de iniciación del tratamiento de diálisis peritoneal (DP). Este es fundamental para garantizar el éxito de este tratamiento. El objetivo de este es dotar a los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para lograr el autocuidado del paciente y mantener un buen estado de salud.

### Objetivos

Valorar la experiencia del entrenamiento por parte de los pacientes para crear nuevas herramientas y mejorar su experiencia y aprendizaje.

### Material y Método

Se realizó una encuesta a los pacientes que estaban actualmente realizando DP en domicilio para valorar su experiencia en el proceso de entrenamiento. A partir de los resultados se diseñaron diferentes herramientas educativas para responder a las necesidades detectadas.

### Resultados

Se incluyeron un total de 35 pacientes con una media de 67,75 años. Donde el 87,5% estaba en diálisis peritoneal manual y el 12,5% en diálisis peritoneal automática. El tiempo medio de los pacientes en el tratamiento fue de 1 año. El 85% de los pacientes refiere estar muy satisfechos con la formación recibida en el entrenamiento. Lo que mejor valoraron de su experiencia en el tratamiento fue la atención recibida por parte del personal de enfermería. Aunque un 13,5% piensan que la formación recibida carece de algún aspecto importante como recursos visuales. Así mismo piensan que modelos de simulación visual o recursos visuales como videos son recursos que les hubieran podido ayudar para la formación. En base a estos resultados, se creó un modelo de simulación fácil y económico donde los pacientes pueden practicar de manera visual como realizar la técnica y como realizar la cura del orificio. Así mismo, se realizaron diferen-

tes videos explicativos descargables a través de códigos QR para que los pacientes puedan repasar la técnica en el domicilio tantas veces como lo crean necesario.

### Conclusión

Existe una gran satisfacción en el proceso de entrenamiento por parte de los pacientes y familiares, pero se detectó la necesidad de más recursos visuales para poder maximizar el aprendizaje durante el entrenamiento. Por el que se empezaron a crear infografías, videos explicativos a través de códigos QR y un modelo de abdomen de simulación visual.

# Percepción de pacientes ante un cambio de monitor en programa de hemodiálisis domiciliaria

Silvia Marco-Agulló, Carolina Sorolla-Villas, Xènia Moline-Fusta

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

## Introducción

La hemodiálisis domiciliaria ha ganado popularidad como una opción de tratamiento para los pacientes con enfermedad renal crónica; ya que brinda una mayor libertad y flexibilidad en su vida social, laboral y familiar. La formación individualizada que reciben los pacientes previamente, permite que se caractericen, por ser pacientes empoderados en su estado de salud y en su tratamiento. Pero ¿qué impacto tendría un cambio de monitor en estos pacientes y en su entorno? Para conocer el impacto psicosocial que provoca el cambio se ha seguido las recomendaciones 1.4 de la guía de "Los cuidados centrados en la persona y la familia" de la Registered Nurse's Association of Ontario.

## Objetivos

Analizar el impacto psicosocial que genera el cambio de monitor en pacientes en hemodiálisis domiciliaria y en su familia.

## Material y Método

Estudio longitudinal retrospectivo, cuali-cuantitativo, a 3 pacientes en tratamiento activo en la unidad domiciliaria que han vivido un cambio de monitor recientemente. Para evaluar el impacto que causa el cambio de monitor y realizar una estadística descriptiva de las variables; se utilizó la escala "hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS), y un cuestionario con el fin de conocer la percepción personal de los pacientes.

## Resultados

El impacto que ha causado el cambio de monitor en el estilo de vida de los pacientes fue valorado con una media de 8,33 puntos. El 66,7% de la muestra manifiesta haberse sentido tenso o nervioso durante el proceso de cambio. Los aspectos más destacados por los pacientes fueron la incertidumbre y el miedo al cambio, así como el sentimiento de preocupación de su entorno.

## Conclusión

Un cambio de monitor en pacientes en programa de hemodiálisis domiciliaria provoca alteraciones en su estilo de vida. Conocerlo, nos permite proporcionar estrategias de apoyo.

## Promoviendo las terapias renales sustitutivas domiciliarias

Mar Blázquez-Rodríguez, Ana Luque-Hernández, Alex Andújar-Asensio, Pablo Mora-Giménez, Enma Caballero-Martín

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

### Introducción

Dializarse en el domicilio ayuda a evitar traslados a los centros de hemodiálisis con el consiguiente ahorro en recursos así como en tiempos de espera previos y posteriores a la realización del tratamiento. El paciente puede gestionar su tiempo, adecuando la terapia a su propia vida e incrementando su autonomía y calidad de vida. En nuestro hospital contamos con el servicio de Técnicas Domiciliarias que engloba: Diálisis peritoneal (DP) y Hemodiálisis domiciliaria (HDD), esta última implantada desde el año 2019, aumentando de esta manera la elección de Terapias Renales Sustitutivas (TRS) Domiciliarias.

### Objetivos

Evaluar la implantación de un servicio de Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) en pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel de enero de 2019 a enero de 2023.

### Material y Método

Durante este período evaluamos a los pacientes que tuvieron problemas con la terapia de Diálisis Peritoneal y tuvieron que abandonar la técnica. Estos fueron informados de las alternativas: Hemodiálisis Hospitalaria y Hemodiálisis Domiciliaria. Estudio observacional retrospectivo en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en programa de Diálisis Domiciliaria, de enero 2019 a Enero 2023. Los criterios de inclusión fueron pacientes en programa de D.P fallida, y se informó sobre las dos TRS, dando a conocer las ventajas/desventajas de las TRS hospitalaria (hemodiálisis) frente a la Hemodiálisis domiciliaria (como algo innovador en nuestro centro). Se reforzó información de terapia domiciliaria, mostrando el servicio de Hemodiálisis Domiciliaria y hablando con pacientes "expertos" ya realizando dicha terapia. Las principales variables de estudio fueron; prevalencia de la técnica de diálisis: Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis Hospitalaria y Hemodiálisis Domiciliaria. Se recogieron otros datos sociodemográficos y el motivo de cambio de terapia. Los datos fueron analizados con estrategia descriptiva mediante medidas de tendencia central.

### Resultados

Durante este período se estudiaron a 171 pacientes, con una edad media de 62 años. La prevalencia de pacientes en Técnicas domiciliarias por años fue: en el año 2019 hubo 67 pacientes (3 pacientes realizaban HDD, 1 de ellos provenía de DP) el año 2020 fueron 73 (8 pacientes realizaban HDD, 2 eran transferencia de DP) en 2021 era de 68 pacientes (11 pacientes realizaban HDD, 2 de ellos provenían de DP), el año 2022 preveían 115 pacientes (20 pacientes en HDD, 3 de los cuáles habían tenido que abandonar la DP) a enero del año 2023 contamos con 65 pacientes: 20 realizan HDD y 3 de ellos habían abandonado la DP. En estos años la prevalencia en este nuevo servicio ha aumentado, a la vez que los pacientes se han decantado por continuar en domicilio su técnica.

### Conclusiones

- Durante los últimos años el número de pacientes en diálisis domiciliaria está aumentando. Se trata de una técnica eficaz y segura, que aporta una serie de ventajas para los pacientes y para el sistema sanitario.
- Es necesario promover las terapias domiciliarias debido a los buenos resultados que se observan durante los últimos años.

# Donantes marginales y técnicas de preservación: máquina de perfusión hipotérmica

Estefanía Iglesias-González

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

## Introducción

El trasplante de riñón es el tratamiento de elección en la insuficiencia renal terminal, sin embargo, es insuficiente el número de órganos disponibles. Esta escasez ha generado un mayor uso de injertos renales marginales, aunque este dato sigue siendo barrera principal para el trasplante. El inconveniente que genera, es que los órganos a trasplantar presentan un mayor índice de daño celular y de rechazo lo que se asocia con una menor supervivencia de los riñones trasplantados. En la actualidad, la preservación renal se basa en el almacenamiento frío estático o máquina de perfusión hipotérmica. El mantenimiento de la viabilidad de los órganos durante la preservación se convierte en un reto. Diferentes estudios demuestran que la utilización de la máquina en órganos marginales mejora la supervivencia y disminuye el rechazo, algo que no puede lograrse con los métodos de conservación clásicos. La máquina de perfusión pretende mitigar el efecto del almacenamiento estático sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado y el donante marginal.

## Objetivos

- Evaluar los beneficios de los receptores renales  $\geq 70$  años con dos tipos de preservación (estática fría o perfusión hipotérmica).
- Dar a conocer nuestra experiencia en su uso.

## Material y Método

- Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de tercer nivel.
- Analizar la evolución de los receptores de injerto renal de donantes con muerte encefálica  $\geq 70$  años desde el 1 de febrero de 2016 al 31 de enero de 2018.
- Los individuos se dividieron en dos grupos según el método de conservación.
- Las variables de estudio: estancia hospitalaria, horas de isquemia, necesidad de diálisis y número de sesiones posttrasplante y del dispositivo de almacenamiento, edad y patologías asociadas al donante.

## Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 100 trasplantes renales, de los cuales 76 fueron de donantes  $\geq 70$  años. Los pacientes se dividieron en dos grupos según el método de almacenamiento renal utilizado: máquina de perfusión ( $n=32$ ) o preservación estática ( $n=44$ ). Nuestros hallazgos fueron que con un tiempo de isquemia casi igual, el uso de la máquina de infusión conllevó a una disminución, a la mitad, de los casos de función retardada con menor número de sesiones de diálisis posttrasplante y descenso de la estancia media hospitalaria.

## Conclusiones

El papel de la preservación es crucial para el resultado del trasplante renal y la perfusión hipotérmica pulsátil puede ser el método de elección para riñones marginales. En nuestro centro más del 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años de edad y casi un 25% son mayores de 70 años todos con algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Riñones de donantes marginales muestran tasas más altas de no función primaria y complicaciones postquirúrgicas, en consecuencia, parece apropiado buscar estrategias como la perfusión pulsátil para optimizar el trasplante y mejorar resultados.

## Fotoaféresis extracorpórea como tratamiento en el rechazo crónico refractario en el paciente trasplantado renal

Teresa Jofre-Bujaldón, John Jairo Gallego-Pérez, María Jesús Mustieles-Ezquerro, Marta García-Pascual, Miquel Lozano-Molero, Laura Rubia-Béjar

Hospital Clínic de Barcelona. España

### Introducción

La fotoaféresis extracorpórea (FAE) es una terapia inmunomoduladora que consiste en la recolección de las células mononucleares (CMN) de sangre periférica del paciente, su tratamiento con psoraleno y radiación ultravioleta A y su reinfusión inmediata al paciente. Actualmente sus indicaciones aprobadas son la enfermedad del injerto contra el huésped tras el trasplante de progenitores hematopoyéticos, linfoma cutáneo de células T (síndrome de Sezary). La FAE también está indicada en el ámbito del trasplante de órgano sólido, en concreto pulmón y corazón. Actualmente, la experiencia de esta técnica terapéutica en el campo del trasplante renal es limitada por los escasos estudios que evaluaban su efectividad y seguridad. En nuestro centro hemos realizado un estudio piloto del papel de la FAE en pacientes trasplantados de riñón con un rechazo crónico, humoral y celular, refractario.

### Objetivos

Describir la experiencia de la FAE para tratar a los pacientes con rechazo renal crónico.

### Material y Método

La FAE se realizó mediante la técnica desconectada. Las CMN se recogieron en un separador celular Spectra Optia (Terumo BCT, Lakewood, EEUU) donde se procesó una volemia del paciente. Tras añadir suero fisiológico hasta 200 mL y 5 mL de metoxaleno (Metoxalen SALF, Italia) (las células se iluminaron en un iluminador Macogenic (MacoPharma, Francia) Se trataron pacientes tras un trasplante renal con rechazo crónico humoral y celular refractario al tratamiento convencional.

### Resultados

Hemos tratado cuatro pacientes (tres varones y una mujer) con una edad media de 39,5 (extremos 30-69) Los pacientes habían recibido una mediana de 2,5 trasplantes (extremos 1 a 3). La mediana del número de sesiones fue 13,5 (extremos

10-22) En uno de los pacientes no se observó mejoría de la función renal y progresó a un fallo del injerto. Los otros tres mostraron estabilización de la función renal. No se observó ningún efecto adverso asociado a la FAE en las 59 sesiones realizadas.

### Conclusiones

La FAE es un tratamiento inmunomodulador seguro y bien tolerado en pacientes trasplantados renales con rechazo crónico, humoral y celular, refractario a los tratamientos habituales. En 3 de 4 pacientes se observó una estabilización de la función renal que duró hasta una mediana de 29 meses. Se necesitan más estudios clínicos comparativos aleatorizados para establecer el papel de la FAE en el rechazo crónico del trasplante renal.

# Identificación de motivos de consulta telefónica y detección de áreas de mejora en la consulta de enfermería de trasplante renal

Ana María Gómez-Romero, Ana María García-Alcaraz, José Jesús Montero-Vallejo

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

## Introducción

El progresivo aumento del número de trasplantes renales, junto al incremento de la teleasistencia como modelo asistencial tras la pandemia de covid, ha influido en el número de consultas telefónicas realizadas por los pacientes que atendemos. Estos precisan de una educación sanitaria continuada para conseguir una adecuada adherencia terapéutica y una gestión eficaz de salud.

## Objetivos

Analizar la incidencia de llamadas telefónicas a la unidad, identificando los principales motivos de consulta, así como áreas de mejora en la atención al paciente por vía telemática.

## Material y Método

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las llamadas recibidas en la consulta de trasplante durante el primer cuatrimestre del año 2023. Quedan excluidas las llamadas que realizan los profesionales, las que van dirigidas a consulta de ERCA y general. Estimamos que un 10% de llamadas no se han registrado debido a la carga laboral. Se ha utilizado excel para el análisis de los datos.

## Resultados

La incidencia de llamadas registradas es de 363. Un total de 171 de mujeres y 192 de hombres. Los motivos de consultas han sido agrupados en consultas relacionadas con complicaciones 23,7%, llamadas de carácter administrativo 18,2%, prescripción de inmunosupresores 14,3%, otros motivos 14,3%, conocimientos deficientes 11,3%, prescripción de otros fármacos 10,74%, vacunas 3,6%, covid 3,31% y manejo inefectivo del régimen terapéutico 0,55%.

## Discusión

La mayor carga de llamadas son de consultas relacionadas con complicaciones médicas, le siguen las llamadas de carácter administrativo y prescripción de medicación. Propo-

nemos medidas de mejora para optimizar el recurso tiempo y humano de la consulta:

1. Dedicar uno de los teléfonos que existen a sólo consultas administrativas será atendido por TCAE, y el otro para resolución de problemas asistenciales, editando y distribuyendo tarjetas de teléfonos a los pacientes.
2. Actualizar el material educativo para el paciente trasplantado y aumentar las sesiones de educación terapéutica en el postrasplante inmediato para aumentar su capacidad de resolución y afrontamiento de los problemas, potenciando su autonomía.
3. Orientar al usuario a una cultura de buen uso de los recursos sanitarios mediante la información en las primeras visitas de revisión.

## Conclusiones

La atención telefónica es una vía rápida para solucionar problemas, evita desplazamientos innecesarios y fomenta el buen uso de otros recursos asistenciales. Proponemos una evaluación de las medidas de mejora una vez implantadas, incluyendo la edad de los pacientes e identificando si las llamadas son realizadas por cuidadores o pacientes. Así mismo, consideramos relevante analizar la carga de tiempo de llamada y de resolución para una mejor gestión de los recursos.

# Incorporación metodológica del inspirómetro de incentivo en los cuidados de enfermería postoperatorios al paciente sometido a trasplante renal

Demersa Carmona-Santos, Trinidad López-Sánchez, Rosa Valderrama-Díaz, Ana Rosa García-Villalón, Ana María Ruiz-Parejo, María José Fernández-Carranza

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

## Introducción

Los procedimientos quirúrgicos como la cirugía del trasplante renal TXR promueven cambios en la función/mecánica respiratoria que pueden ocasionar complicaciones pulmonares postoperatorias (CPP) como la NAVM o bronquitis relacionada con la manipulación abdominal, los efectos de la anestesia general o el tiempo de encamamiento. El espirómetro de incentivo (EI) es un dispositivo para estimular visualmente a los pacientes mientras realizan inspiraciones lentas y profundas incorporado en el Plan de cuidados del paciente trasplantado renal (PCTXR) junto con "tos forzada" TF con beneficios demostrados pero sin rigor metodológico y escasa evidencia sobre su eficacia.

## Objetivos

Incorporar un protocolo estandarizado de uso EI/TF en el plan de cuidados al PTX. Evaluar la mejora de la función pulmonar (capacidad inspiratoria alcanzada CIA/saturación oxígeno STO<sub>2</sub> tras el uso del EI/TF en PCTXR.

## Material y Método

**Diseño:** protocolo estandarizado elaborado tras consenso interdisciplinar. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes adultos trasplantados (enero a abril de 2023) con inclusión protocolizada EI/TF:

**Material:** Espirómetro tipo volumétrico ALTM-2500 ml y pulsioxímetro de O<sub>2</sub>. Normograma predictivo (hoja cálculo capacidad pulmonar inspiratoria ideal CII según sexo/altura/edad) con valores estándar inferiores en mujer (alrededor de 4,5 l) respecto al hombre (5,75 l). Cuadro seguimiento registros de: volumen progresivo alcanzado CIA (partiendo de 500 ml como volumen corriente VC o respirado en reposo de forma involuntaria) medida del aumento de STO<sub>2</sub> y eliminación de secreciones junto con antecedentes/observaciones. Exención de realización: dolor, disnea, cansancio, tras ingesta de alimento o con SatO<sub>2</sub><92%.

**Medidas:** bundless prevención NAVM (posición incorporada, almohada protectora herida quirúrgica, hidratación suficiente,

lavado de manos e higiene bucal).

**Análisis taxonómico NANDA:** riesgo/limpieza ineficaz vías aéreas.

**NOC:** Estado respiratorio:(0402)intercambiogaseoso/(0403) permeabilidad y NICS con protocolo EI/TF en 3230: Fisioterapia respiratoria; 3250: Mejorando la tos combinado con programa movilidad articular.

## Resultados

31 pacientes (16 hombre (H) y 15 mujeres (M) con antecedentes de fumadores activos (5 p), asma (1 p) rinitis (1 p), apnea del sueño (1p) que realizaron sin contraindicación el protocolo EI/TF (3 veces al día; 5-7 días postx.) alcanzaron:

- El 61,3% (19 pacientes) consiguieron aumentar la capacidad inspiratoria (CIA) el 70-89% respecto al volumen ideal calculado CII, el 3,3% (1 p) obtuvo el 100%, 6,5% (2 p) el 90-99% y el 9,7% (3 p) el 60-69%, el 16,1% (5 p) aumentaron en un 50-55% y el 3,2% (1 p) no llegó al 50%.
- El 96,8% aumenta la Saturación de O<sub>2</sub> con un promedio total de mejora del 2,92% (3,02% H./2,86 % M).
- Expulsión real de secreciones en el 90,3% (53,6% h/33,3% m). El día 1º el 21,4%, el día 2º el 50%, el día 3º el 25% con doble expulsión en el 14,3% con buen aspecto y sin CPP registrada.
- Mejora del 99% escalas liker (2 al 5) de indicadores NOC (040324-040303: VI/ERE; 040306: Movilización esputo; 040211: SatO<sub>2</sub> y satisfacción recuperación física/mejora del cansancio registradas en evoluciones de enfermería.

## Conclusiones

El uso de la EI/TF protocolizada constituye una herramienta eficaz de mejora de la función pulmonar y rendimiento físico con optimización de la saturación/renovación de oxígeno, circulación y prevención de CPP con participación activa del paciente en su recuperación.

# Perspectiva de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en el momento del trasplante renal

Esther Salillas-Adot, Marblava Buades-Sabater, M<sup>a</sup> Rosa Sánchez-Cabrera

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

## Introducción

El TR es la terapia de sustitución de la función renal más óptima en pacientes con enfermedad renal crónica (ERCA). En la unidad de ERCA se debe informar adecuadamente de esta opción cuando se explican los diferentes tratamientos sustitutivos de la función renal (TSFR), aunque habitualmente precisan diálisis antes de ser trasplantados. En nuestro centro el servicio de Nefrología dispone de Unidad Funcional de ERCA, donde cada nefrólogo acompaña a su paciente hasta el inicio de TSFR, de modo que no hay nefrólogos dedicados exclusivamente a ERCA. El paciente en los últimos estadios de ERC (4 y 5), es remitido a la consulta de enfermería de la Unidad ERCA que realiza una valoración, información y educación adecuada permitiendo planificar los cuidados de forma protocolizada.

## Objetivos

- Conocer la situación de TSFR y características en las que se encuentran los pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) en el momento del TR.
- Evaluar la relación de pacientes visitados en consulta de enfermería ERCA y TR.

## Material y Método

Estudio cuantitativo descriptivo transversal y retrospectivo. Se han analizado las condiciones y características de las personas receptoras de TR en el 2022.

### Variables:

- Edad.
- Sexo.
- Atención previa en consulta enfermera de ERCA.
- Tipo de donante.
- N.º de trasplante: 1,2,3 o más
- Técnica de diálisis: en centro o domiciliaria.
- Tipo de acceso vascular en pacientes en HD.
- Trasplante anticipado de vivo o de cadáver.

## Resultados

Durante el año 2022 se realizaron 224 TR en nuestro centro.

1. Relación entre la edad de los pacientes que reciben un TR, tipo de diálisis en ese momento y acceso vascular. La franja de edad con mayor número de TR es entre 60-79 años siendo la media de edad de 65'5 años, distribuidos en 64% de hombres y 36% mujeres. De los cuales un 67% realizaban HD en centro y un 16% terapias domiciliarias (97% DP y 3% HDD). Respecto al acceso vascular un 56% eran FAV y 44% CVC.
2. Número de pacientes que reciben un TR anticipado, relacionado con la edad. Un 15% de los trasplantes han sido anticipados al inicio de diálisis, de los cuales un 82% tienen entre 60-79 años, la mayoría de donante vivo (un 74%) aunque un 26% lo han hecho desde lista de espera de donante cadáver.
3. Pacientes trasplantados visitados en la consulta de enfermería de la unidad ERCA. De todos los pacientes un 29% han sido visitados en la consulta de enfermería ERCA, aunque todos son controlados por su Nefrólogo en la consulta ERCA.

## Conclusiones

El trasplante renal constituye el mejor tratamiento de la IRT en cuanto a supervivencia, calidad de vida, complicaciones y relación coste-efectividad frente a la diálisis. En el TRV, con bajo riesgo de complicaciones para el donante. El momento ideal para promover TRV anticipado es en la consulta de la unidad de ERCA, especialmente indicado en gente joven. En el acceso vascular el CVC sigue siendo muy utilizado en comparación con la FAV que ha de ser prioritaria.



# Abordaje interdisciplinario: la clave de la recuperación de las complicaciones por Covid-19 en un paciente en hemodiálisis

Carolina Palomar-Ceballos, Teresa Gabarro-Taule, Cristina Guerrero-Ruiz, Marta Arias-Guillén, Anna Yuguero-Ortiz, M<sup>a</sup> del Tránsito Suárez-Plata

Hospital Clínic de Barcelona. España

## Introducción

La infección por COVID-19 da lugar a una respuesta inflamatoria sistémica, con graves consecuencias metabólicas y un gasto energético, que sumados a otros factores relacionados directamente con la diálisis, empeoran el pronóstico de los pacientes.

## Objetivos

Identificar y evaluar estrategias interdisciplinarias, para la recuperación favorable de un paciente en hemodiálisis, tras complicaciones graves por COVID-19.

## Material y Método

estudio observacional y descriptivo. Los datos se obtuvieron de la historia clínica del paciente y del seguimiento analítico. Se obtuvo consentimiento informado del paciente.

## Resultados

**Caso clínico:** Paciente de 74 años, con HTA, Diabetes tipo II, Obesidad y enfermedad renal crónica en hemodiálisis desde septiembre de 2020. Independiente para las actividades de la vida diaria. En diciembre de 2020, presenta infección grave por COVID-19: neumonía bilateral, tromboembolismo pulmonar, miopatía del paciente crítico y úlceras por presión grados IV / II a nivel sacro y talones; con estancia hospitalaria de 56 días y 91 días en centro de convalecencia, presentando deterioro nutricional, funcional y anímico. En abril del 2021, reinicia diálisis en centro periférico habitual; donde se realizó una valoración interdisciplinar, integrando la valoración de enfermería focalizada:

- Comorbilidad alta índice de Charlson: 7 puntos.
- Estado de desnutrición severo según: parámetros analíticos (albúmina, prealbúmina, proteína C reactiva), desgaste proteico energético (1 punto), bioimpedanciometría, escala de desnutrición inflamación (17 puntos) y valoración global subjetiva (2 puntos).
- Limitación funcional severa mediante test short physical performance battery (0 puntos)

- Dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria; escalas de Barthel (20 puntos), Lawton-Brody (1 punto) y Dawton (3 puntos).
- Estado de tristeza y ansiedad mediante cuestionario para evaluación del estado emocional (7 puntos). Desde abril a septiembre de 2021, se plantean estrategias que permiten una intervención individualizada interdisciplinar, con un plan de cuidados de enfermería con taxonomía NANDA, NOC y NIC.
- Nutricional: por ingesta calórico-proteica insuficiente, se inicia suplementación nutricional enteral, y posteriormente nutrición parenteral intradiálisis durante 3 meses. Para evaluar su impacto se controló: peso, glicemias, marcadores bioquímicos y bioimpedanciometría, hasta lograr mejoría progresiva de parámetros nutricionales y antropométricos de forma significativa.
- Funcionalidad y dependencia: se proporcionó un programa de ejercicio físico por parte de fisioterapeuta con soporte de técnico auxiliar en cuidados de enfermería y enfermería.
- Emocional: escucha activa por parte de enfermería y entrevistas seriadas por psicóloga, redujeron el nivel de tristeza y ansiedad.-Para el manejo de las úlceras por presión, en coordinación con centro de convalecencia, se aplicaron medidas generales y específicas hasta conseguir cicatrización.

## Conclusión

Después de 5 meses de intervenciones conjuntas el paciente recupera funcionalidad basal, por lo que evidenciamos que la recuperación de un paciente en hemodiálisis, tras un ingreso prolongado por COVID-19, requiere un abordaje interdisciplinar donde colabore el equipo de enfermería, nefrólogo, nutricionista, fisioterapeuta, farmacéutico y psicóloga, que proporcionen una valoración integral, utilizando herramientas y escalas, que permitan definir estrategias comunes a nivel nutricional, funcional y emocional, para conseguir una óptima recuperación del paciente, disminuyendo así las secuelas.

# Aclaramiento del yodo 131 en paciente crónico en tratamiento con hemodiálisis

Pablo Torrejón-Matías, María del Rosario Portillo-Samaniego, Manuel Antonio Téllez-Porcuna

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. España

## Objetivo

Descripción de caso clínico atípico de paciente complejo sometido a terapia metabólica con yodo 131 en programa de HD como único medio para eliminación de yodo 131 de su organismo y para alcanzar tasas de radiación mínimas que permitan el alta hospitalaria,

## Antecedentes

Paciente crónico complejo, con recidiva de carcinoma papilar de tiroides T3N1aM1 con metástasis pulmonares y Enfermedad Renal Crónica (ERC) terminal, estadio V, secundaria a nefropatía diabética en tratamiento crónico de Hemodiálisis en días alternos (L-X-V), sometido a terapia metabólica con dosis de yodo 131 de 150  $\mu\text{sv}$ , y que concurre con escasa bibliografía, protocolos y estudios previos dada la singularidad del caso.

## Material y Método

Para alcanzar el objetivo anteriormente descrito, se proponen dos sesiones HD para eliminar el yodo y alcanzar el alta hospitalaria con la mínima dosis de radiación posible. Dado el especial aislamiento que necesita el paciente, éste quedará ingresado en una Habitación especial equipada con el blindaje adecuado (RD 1029/2022 20 de diciembre). Así mismo, se asegurará la correcta y segura adecuación de todo el material necesario para las sesiones de HD, especialmente las conexiones de agua y desagües, así como la colocación de un dosímetro digital sobre la cama que permita el constante registro de radiación durante la sesión de HD. El personal que tratará a la paciente será clasificado como "Trabajadores Expuestos Categoría B" y tendrá su correspondiente dosímetro personal para medición de radiación.

## Resultados

Se realizan 2 sesiones de HD tras la terapia metabólica con yodo 131: la primera a las 48 horas de la administración de la terapia y la segunda a las 96 horas. Tras registro e interpretación de los datos de aclaración del yodo 131 durante

las sesiones de HD, se demuestra que tras ambas sesiones de HD los valores de radiación son óptimos, estando por debajo de 40  $\mu\text{sv/h}$ .

## Conclusiones

Teniendo en cuenta que en un paciente en tratamiento con yodo 131 la tasa de radiación emitida para poder recibir el alta de Radiofísica debe ser igual o inferior a 40  $\mu\text{sv/h}$ , podemos afirmar a raíz de los resultados en este caso clínico que la paciente en el estudio sometida a tratamiento vía oral con dosis ablativa elevada de yodo 131 (150  $\mu\text{sv}$ ): Tras someterse a una 1<sup>o</sup> sesión de HD, pasadas 48 horas tras la administración del tratamiento metabólico, la paciente alcanzó un aclaramiento óptimo del yodo 131 (al obtener tasas de radiación inferiores a 40  $\mu\text{sv/h}$ ) que permitió el alta domiciliaria (con aislamiento domiciliario). Tras someterse a una 2<sup>o</sup> sesión de hemodiálisis a las 96 horas de la administración del tratamiento metabólico, se obtuvieron tasas de radiación óptimas que permitieron el libre movimiento de la paciente, con las restricciones habituales, sin precisar aislamiento domiciliario.

# Adsorción directa de lipoproteínas en pediatría: a propósito de un caso

Miriam López-Font, Natalia Perea-Domínguez, Mónica Nadal-Núñez, Ascensión Camarena-Piñero, María Aparicio-López, Ana Isabel Herretes-Balsa

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

## Introducción

La hipercolesterolemia familiar es una enfermedad genética autosómica dominante, caracterizada por niveles elevados de colesterol total (CT) y de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C). Se asocia a enfermedad aterosclerótica cardiovascular de aparición temprana, especialmente en la presentación homocigótica. Es una enfermedad considerada rara, con una prevalencia estimada de 1:1.000.000. El diagnóstico suele darse de forma casual por la presencia de xantomas, por alteraciones en analíticas rutinarias, por el cribado por enfermedad de un familiar afecto o, incluso, por clínica cardiovascular de aparición prematura. En el caso de la presentación homocigótica, en el momento del diagnóstico los niveles de CT y de LDL-C se encuentran en torno a 700-800 mg/dl, lo que hace que la esperanza de vida sin tratamiento no supere la segunda década de vida. La modificación del estilo de vida y los tratamientos hipolipemiantes convencionales no siempre resultan suficientes para reducir los niveles de colesterol a los márgenes aconsejados. En estos casos, las diferentes técnicas de aféresis disponibles han demostrado ser el tratamiento de elección. Presentamos el caso de dos hermanos de 9 años (paciente 1) y 5 años (paciente 2) con diagnóstico de hipercolesterolemia familiar en homocigosis (con doble mutación en gen LDLR). La presencia de xantomas en el hermano mayor fue el detonante del diagnóstico, que se confirmó con el estudio genético de ambos hermanos. Actualmente, los pacientes 1 y 2 se encuentran en tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas. El paciente 1, además, recibe la técnica de adsorción directa de lipoproteínas (DALI). El tratamiento con adsorción de lipoproteínas en el paciente 1 comenzó en Julio de 2022, habiendo realizado hasta el momento actual un total de 20 sesiones. La técnica se realiza a través de un catéter tunelizado en yugular interna derecha, acceso vascular de elección en el caso del paciente pediátrico.

## Objetivos

Presentar el caso clínico de un paciente pediátrico con HC-FHo y analizar la variabilidad de los niveles de LDL-C en sangre con la técnica DALI y la evolución de lesiones existentes en el momento del diagnóstico.

## Material y Método

Recogida de datos, descripción de caso clínico y revisión de la literatura.

## Resultado y Conclusiones

En el momento del diagnóstico, el paciente 1 presentaba unos niveles de colesterol total de 800 mg/dL y de LDL-C 744 mg/dL. Con el tratamiento convencional (modificaciones en el estilo de vida y fármacos) disminuyeron hasta 488 y 436 mg/dL respectivamente, lo que hizo necesario el tratamiento con DALI. Tras las sesiones de DALI la media de descenso del LDL-C es del 64,1 %, con unos niveles medios de colesterol total pre sesión 349,9 mg/dl y post sesión de 143,4 mg/dl y de LDL-C pre de 292,2 mg/dl y LDL-C post de 106 mg/dL. En general, la técnica DALI ha sido bien tolerada con presencia de alguna reacción adversa leve. Se ha conseguido una regresión de los xantomas tuberosos y tendinosos, debido a la mejoría en los niveles de CT y de LDL-C.

# Anorexia nerviosa de tipo restrictiva y purgativa en hemodiálisis: a propósito de un caso

Núria Sans-Pérez, Eva Campín-Antón

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

## Introducción

La Anorexia Nerviosa Restrictiva y Purgativa (ANRP) definida como trastorno de la Conducta Alimentaria junto con la bulimia nerviosa y el trastorno de conducta no especificado se caracteriza por desembocar graves consecuencias físicas y psíquicas, por restricción de alimentos y alteración en la percepción de la imagen corporal que puede conllevar alteraciones renales, en consecuencia, a Enfermedad Renal Crónica (ERC) y tratamiento sustitutivo Hemodiálisis. En España, su prevalencia es de 0,14% al 0,9% en mujeres, su tratamiento es complejo y requiere de una intervención multidisciplinaria. La Organización Mundial de la Salud la clasifica como trastorno mental y de comportamiento.

## Objetivos

Describir un trastorno de conducta alimentaria en programa de hemodiálisis. Analizar la valoración del peso durante sus sesiones.

## Material y Método

Estudio de caso clínico con ERC secundaria a ANRP durante el 2023.

## Descripción del caso

Se reporta caso clínico, mujer de 65 años en programa de hemodiálisis por ERC Terminal. Antecedentes: ANRP (inicio 2006), IMC<17. ERC secundaria a diuréticos y laxantes, hemodiálisis mediante FAV desde abril 2022. En las sesiones de HD se mostró hemodinámicamente estable y sin datos de interés. Exploración psico-emocional: actitud positiva, conducta colaboradora, buena apariencia, aspecto cuidado y limpio. Control peso: inicial adecuado, entre 1-1,5 kg y finalizando HD con peso seco objetivado por bioimpedancia, constantes correctas y sin presencia de edemas. Transcurridos 10 meses, durante varias sesiones, finalizó por debajo del peso seco estipulado, inicialmente 0,5 kg hasta 2 kg, mostrándose asintomática. Se analizaron monitores diferentes, por cambios de mantenimiento, descartándose su

mal funcionamientos. Se comprobó que se pesara siempre con la misma ropa al inicio y fin de cada sesión. Se realizaron 2 bioimpedancias pre diálisis para adecuar de nuevo el peso seco, siendo éstas con resultados iguales a la ganancia de peso según peso seco ya conocido. Se intentó disminuir éste durante 2 sesiones, no siendo toleradas (presentó calambres y disminución de tensión arterial). Se evaluaron pérdidas insensibles, se descartaron por cálculos realizados normales. En 3 ocasiones se activó biosensor BVM para observar pérdida hídrica extracelular, no resultando útil, continuó perdiendo entre 1-2 kg por debajo del peso seco. Finalmente, se observó que escondía un objeto debajo de la vestimenta en el momento del peso inicial. Se instó a ponerse un camión hospitalario durante días y se consiguió que marchara con el peso seco indicado. Se derivó a psicología y se presentó en sesión para gestión multidisciplinaria y así conseguir una atención individualizada y herramientas de cuidados.

## Conclusiones

La evaluación del peso durante Hemodiálisis es una intervención rutinaria de enfermería en las Unidades de Diálisis, es fundamental observar más allá del control del peso que factores pueden interactuar y requieren modificaciones para ayudar a prevenir y manejar las actuaciones multidisciplinarias siendo éstas imprescindible. La labor del profesional de enfermería es esencial en cuanto a prevención de posibles desequilibrios, seguimiento psicofísico y promoción de la salud en pacientes con ANRP en HD y ante ello, debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario con el fin de ayudarles.

# Beneficios de la educación dietética y de hábitos saludables en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada para retrasar la progresión de la enfermedad renal

María José Sag-Legrán, Ascensión Martínez-Díaz

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

La consulta de ERCA se centra en una atención personalizada. La información y educación sobre la enfermedad, hábitos dietéticos, técnicas culinarias y fomento de hábitos de vida saludable (ejercicio físico y control de peso) es tarea fundamental de la enfermera de ERCA para que el paciente conserve su función renal durante más tiempo, retrasando así la necesidad de TRS.

## Caso Clínico 1

Varón 82 años, HTA, DM2, DL, síndrome metabólico severo, Ictus isquémico, esteatosis hepática, insuficiencia cardíaca, EPOC, ERC multifactorial. Situación pre consulta ERCA (18/01/2023): Cr-2.6, FG-25, K- 5.5, P-5, Albm.-3.9. Acude en silla de ruedas con O2, perímetro abdominal aumentado y disnea basal. Situación post consulta ERCA (22/03/2023): Cr-2.2, FG-31, K-5.4, P-4.4, Albm.-3.6. Evolución: mejoran cifras de FR, ha iniciado ejercicio leve (paseo) y mejora la disnea basal sin necesidad de elevación de cabecera.

## Caso Clínico 2

Varón 61 años, HTA, Dislipemia, DM2, cardiopatía hipertensiva, Ictus 05/2009, Fumador, Saos con CPAP nocturna, nefropatía diabética, Hermano con ERC en HD. Situación pre consulta ERCA (25/01/2023): CR-3,2, FG-20, K-6,1, P-3,4, Albm.-3,3. Peso: 74,6 Kg. Talla: 167. Situación post consulta ERCA (15/03/2023): Cr-3,1, FG-21, K-5,4, P-3,1, Albm.-4,8. Peso: 72,2 Kg. Evolución: Mantenimiento de la FR, mejoría de las cifras de Potasio, Fósforo y albúmina. Disminución de peso y abandono del hábito tabáquico.

## Conclusiones

La educación efectiva en alimentación y hábitos saludables influye positivamente en el mantenimiento de la FR. La implicación activa del paciente y la adhesión al régimen terapéutico son objetivos básicos de la consulta de Enfermería ERCA, garantizando la adquisición de hábitos alimentarios saludables acordes a su situación, destinados a mejorar el pronóstico y estado general.

## Caso clínico. Hemodiálisis domiciliaria: una nueva oportunidad

Piedras Albas Gómez-Beltrán, Gema Buendía-Jiménez, Manuela María Pérez-Márquez, Ana Belén Márquez-Romero, Francisca Medero-Rubio

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

### Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una patología con un gran impacto sobre la vida de las personas que la padecen, agravado cuando además de las restricciones dietéticas, los tratamientos farmacológicos y las sucesivas revisiones, los pacientes precisan iniciar una terapia renal sustitutiva. Estas, entre otras circunstancias, generan un importante cambio psicológico en el paciente-familia, traduciéndose en muchas ocasiones en la percepción de una peor calidad de vida. Es importante entender que hacer frente a una enfermedad crónica es un proceso desafiante y amenazador que requiere del desarrollo de estrategias individuales de afrontamiento, precisando un apoyo estructurado y sistematizado de los profesionales sanitarios implicados en el cuidado.

### Descripción del caso

Paciente de 45 años diagnosticado de ERC secundaria a glomerulonefritis. Inicia terapia renal sustitutiva. El 17/01/2019 de manera urgente por abandono del tratamiento y pérdida del seguimiento en consulta. El 03/09/19 recibe trasplante de donante cadáver, sufriendo fracaso del injerto el 12/11/2020 lo que supone la reinclusión en el programa de HD. Es portador de fistula arteria venosa en codo izquierdo braquiomediano-cefálica funcionante. Independiente para las actividades de la vida diaria (Barthel), con apoyo familiar adecuado, vive con su mujer que es profesora y con dos hijos de 5 y 10 años. No correcta adherencia terapéutica según test de morisky green. No acepta la hemodiálisis ambulatoria llegando a provocar situaciones conflictivas con los profesionales del centro lo que ocasiona la ruptura de la relación de confianza terapéutica. Todo esto le genera un alto grado de ansiedad (escala de Hamilton), demandando la posibilidad de inclusión en el programa de hemodiálisis domiciliaria. Dadas las características del paciente y tras realizar una valoración integral exhaustiva por parte del equipo interdisciplinar de dicha área, se acepta en el programa.

### Objetivos

Mejorar la calidad de vida del paciente, empoderándolo y restableciendo la relación de confianza terapéutica.

### Plan de actuación

Se inicia programa personalizado de formación durante cinco semanas en el que se incluye: conocimientos básico sobre la enfermedad renal, importancia del cumplimiento del régimen terapéutico, funcionamiento y control de la técnica de hemodiálisis domiciliaria y formación en manejo del acceso vascular (button hole). A nivel profesional se trabaja desde la empatía asertiva, es decir entendiendo el marco de referencia del paciente, pero sin aceptar las actitudes que influyan negativamente en la salud, generando credibilidad y con una buena gestión de la comunicación favoreciendo la participación activa del paciente.

### Conclusiones

Tras finalizar la formación, se consigue el empoderamiento del paciente. Después de seis meses en el programa, se han estabilizado las cifras de tensión arterial sin necesidad de tratamiento farmacológico, han mejorado los valores analíticos incluyendo las cifras de Ktv. Además, se siente menos cansado y más motivado en sus actividades cotidianas aumentando su percepción de calidad de vida. En todo este proceso destaca la participación enfermera que tras un análisis de la situación, utilizando datos científicos y una práctica reflexiva ha elaborado un plan de formación adaptado a las necesidades del paciente, facilitándole un afrontamiento eficaz, mayor autonomía y capacidad de decisión.

# Caso clínico. Proyecto “ERCA Multicultural” como herramienta humanizadora en el abordaje integral del paciente renal inmigrante en la consulta de enfermería

M<sup>a</sup> Dolores Ojeda-Ramírez, Nivine Alaoui-Benabderrahman

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Poniente. El Ejido. Almería. España

## Introducción

El paciente con ERCA es un paciente crónico, complejo, vulnerable y frágil, con necesidades concretas de cuidado que conlleva a enfermería nefrológica a ofrecer una atención integral, individualizada y humanizada en el abordaje del proceso de enfermedad. Las intervenciones enfermeras dirigidas a la población inmigrante, se complican por diferencias culturales y/o barrera idiomática. Pese a esto, debemos seguir una metodología científica basada en el Proceso de Atención de Enfermería, como con el resto de pacientes. Por eso, es indispensable la Intermediación Cultural, mediante la Mediación Sociosanitaria, como vehículo para establecer un puente entre la cultura del paciente y el sistema sanitario. Aseguramos que los pacientes con ERCA reciban un trato humanizado que dé respuesta real a sus necesidades y expectativas, garantizando su seguridad y la máxima calidad asistencial. En nuestro hospital disponemos de mediadora sociosanitaria, y fruto del trabajo conjunto con enfermería, nace el proyecto “ERCA Multicultural”, como herramienta humanizadora dentro del marco del plan de humanización del hospital cuyos objetivos son:

- Asegurar un abordaje integral.
- Facilitar las intervenciones enfermeras.
- Favorecer la adherencia terapéutica.
- Empoderar al paciente.
- Aportar herramientas culturalmente adecuadas.
- Mejorar la seguridad del paciente.
- Humanizar la asistencia sanitaria.

## Descripción del caso clínico

Varón de 42 años derivado a Unidad ERCA (febrero 2022) en estadio G4A2. Natural de Marruecos, casado y con un bebé. Trabaja en invernadero. Presenta barrera idiomática, activamos protocolo ERCA Multicultural realizando interconsulta a mediadora.

## Descripción del plan de cuidados

Realizamos Valoración Inicial Enfermera según 14 necesidades de Virginia-Henderson e identificamos diagnósticos enfermeros según taxonomía NANDA con sus respectivos NIC/NOC. Detectamos además existencia barrera sociocultural dificultando el abordaje integral. Desarrollamos el plan de cuidados individualizado prestando especial atención a NIC “Intermediación cultural” por ser la más significativa y útil para la mayoría de diagnósticos enfermeros detectados. En cada consulta valoramos situación clínica y emocional, evaluamos indicadores (escala likert) y replanteamos las intervenciones enfermeras. Detectamos dificultad para el afrontamiento de la enfermedad y negación de la misma.

## Evaluación del plan

En un año se realizaron 7 consultas. Se han evaluado indicadores relacionados con la capacidad de comunicación, conocimiento y conducta de cumplimiento del tratamiento, autocontrol de la enfermedad crónica y participación en la toma de decisiones. Los indicadores han mejorado significativamente en cada consulta. Además, para evaluar el proyecto se elaboró una encuesta de satisfacción ad-hoc, obteniendo en cada ítem el máximo de puntuación. Actualmente el paciente se encuentra clínicamente estable (FG:17,67 febrero 2022/FG:19,44 febrero 2023), con buena aceptación del estado de salud, adecuado afrontamiento de la enfermedad, excelente adherencia terapéutica y buen estado emocional. Colabora como paciente mentor ayudando con sus vivencias a otros pacientes que lo necesitan.

## Conclusiones

El proyecto ERCA multicultural nos permite cuidar al paciente de forma integral, mejorar la adherencia terapéutica y la seguridad del paciente, favorecer la igualdad de oportunidades, empoderar al paciente y asesorar a enfermería en competencias culturales; en definitiva, nos permite humanizar la asistencia sanitaria.

# Caso clínico. Acompañando en el final de la vida en un paciente en diálisis peritoneal

Anna Luque-Hernández, Mar Blázquez-Rodríguez, Pablo Mora-Giménez, Alex Andújar-Asensio, Irene Miguélez-Luque, Emma Caballero-Martín

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

## Introducción

Muchas personas sienten miedo y una cierta imposibilidad de comunicarse al tener que afrontar el final de la vida. En esta etapa es importante tener en cuenta al paciente y su familia para conocer cuáles son sus deseos. Asimismo, el personal de salud debe velar porque esta decisión sea respetada. Se debe garantizar un enfoque de atención multidisciplinario, con una evaluación que incluya el aspecto físico, psicológico, social y espiritual.

## Objetivos

Describir las necesidades y cuidados proporcionados al paciente y familia en situación de últimos días de vida, procurando una muerte digna, desde el Servicio de Diálisis Peritoneal.

## Material y Método

Estudio descriptivo, en el cual hemos recogido la evolución de un paciente en programa de Diálisis Peritoneal y en seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos. Los datos han sido obtenidos de la historia clínica informatizada, los registros de enfermería y la observación in situ.

## Resultados

Paciente de 72 años, afecto de Miocardiopatía dilatada de etiología isquémica en tratamiento con Levosimedan e insuficiencia renal crónica, estadio IV en programa de DP desde noviembre de 2019 por ICC refractaria. Desde el inicio de la DP buena tolerancia y manejo de la técnica sin necesidad de ingresos posteriores por descompensación de la ICC. A principios de 12/2022 desde el Servicio de Cardiología se plantea al paciente y familia la suspensión del tratamiento cardiológico por no ser efectivo. Este período coincide con una peritonitis por *Escherichia Coli* en tratamiento con Tobramicina. A fecha de 14/02 se administra última dosis de tratamiento con Levosimedan y el paciente es transferido a PADES. Desde el Servicio de DP consensuamos con la familia el Inicio de seguimiento semanal a domicilio y control

telefónico diario, para control de técnica y acompañamiento en últimos días de vida. Realizamos entreno de la esposa y del hijo en la técnica, ya que hasta este momento el paciente era autónomo. Se continua con tratamiento ATB intraperitoneal para paliar síntomas. Realizamos primera visita: el paciente presenta puntuación de 60 en la Escala de Karnosky y detectamos Riesgo de Afrontamiento inefectivo familiar, actuamos realizando Apoyo emocional y Apoyo en la toma de decisiones. Realizamos segunda y tercera visita detectando disminución de Karnosky (50-30). A Día 09/03: Karnosky 10, el paciente presenta agitación, la familia solicita sedación. A día 11/03 el paciente fallece en su domicilio. La familia contacta telefónicamente con nosotros para informarnos.

## Conclusiones

Durante todo el proceso ofrecimos apoyo al paciente y familia, y detectamos una disminución de los niveles de ansiedad en la familia y el paciente en comparación con los niveles previos. También pudimos presenciar aumento de la implicación de la familia en la toma de decisiones consensuadas de forma proactiva. Este caso nos ha ayudado a valorar la importancia de ofrecer desde un Servicio como el nuestro toda la ayuda y soporte emocional que tanto el paciente como la familia necesitan en una situación de final de vida.



# Caso clínico. Canalización ecoguiada de prótesis de punción inmediata, una opción de acceso vascular para hemodiálisis

Yessica Advíncula-Pomacaja, Carmen Camps-Fernández, Ana Calleja-Baeza, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción

La prótesis de punción inmediata Acuaseal®, es una alternativa de acceso vascular para hemodiálisis cuando no se dispone de red vascular para realizar una fístula arterio-venosa interna (FAV). Permite canulación a las 24h posteriores a la cirugía. Evita implantar un catéter permanente para hemodiálisis.

## Objetivos

Conseguir una hemodiálisis adecuada con KtV de 1.4 mediante prótesis de punción inmediata, como alternativa al catéter permanente para el tratamiento de hemodiálisis en persona sin acceso vascular viable. Y determinar complicaciones potenciales asociadas a la punción.

## Caso

Mujer 77 años. Inicia hemodiálisis en 2021 mediante fav húmero basilíca derecha (02/03/2020), con superficialización de la vena basilíca cinco meses antes de iniciar tratamiento sustitutivo y con tres reparaciones mediante angioplastia. La primera reparación se realiza a los cuatro meses de iniciar tratamiento sustitutivo renal por estenosis de vena basilíca proximal, manteniendo parámetros de calidad de hemodiálisis óptimos (Flujo vascular 1100 ml/min). A los 11 meses, se realiza doble angioplastia en tercio proximal de la vena basilíca y la estenosis Yuxtaanastomótica, ambas con balón, sin mejora aparente y siendo un acceso de difícil abordaje con disfunción y elevando la recirculación por encima del 20%. A los dos meses de esta reparación el flujo vascular es de 600ml/min y se realiza nueva angioplastia con stent Vahaban®, 8x5cm en tercio proximal de vena basilíca, con mejora de la funcionalidad durante dos semanas, y posteriormente aumenta la recirculación un 50%. Se cambia la dirección de las agujas sin mejoría de la calidad de hemodiálisis, manteniendo la misma recirculación. Se realiza medición del flujo vascular siendo de 400 ml/min insuficiente para realizar el tratamiento. Detectándose riesgo de traumatismo vascular relacionado con acceso de hemodiálisis de difícil abordaje

(00213). El 10/02/2023 se coloca prótesis de punción inmediata en brazo izquierdo con flujo vascular de 800 ml/min.

## Material y Método

Intervención enfermera: punción ecoguiada a las 72h post colocación de prótesis con agujas de acero 16G, bisel hacia arriba y ángulo de inserción de 45 grados que se aumenta según profundidad del injerto (si la zona intervenida está inflamada). Para evitar hematomas se realiza compresión 15 minutos. Se mantiene un mes aguja de acero 16G y flujo de bomba a 250ml/min. Después se cambia a aguja catéter 15G y se aumenta el flujo de bomba (su manipulación igual al de una prótesis de hemodiálisis convencional).

## Resultados

Primer mes: Kt/V de 1,5-1,7. Flujo de bomba de sangre a 250 ml/min y recirculación del 8%. Al mes: Kt/V de 1,6-1,8. Flujo de bomba de sangre a 350-400 ml/min y recirculación del 13%.

## Conclusiones

La prótesis de punción inmediata como acceso vascular permite obtener un tratamiento de hemodiálisis eficaz, con flujos de bomba de sangre similares a una prótesis convencional. La técnica ecoguiada ha evitado complicaciones potenciales asociadas a la punción, no se ha puncionado pared posterior, ni extravasaciones ni hematoma en las zonas de punción.

# Caso clínico: intervenciones de enfermería a un paciente en hemodiálisis con calciflaxis

Laura María Romera-Cano, María Reyes Egea-García, Sergio Sánchez-Zamora, José Manuel Bermejo-Andrada, Mercedes González-López, Antonia Alarcón-Gambín

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España

## Introducción

La calciflaxis es una alteración de la integridad de la piel producida como consecuencia de la calcificación de pequeños vasos en la dermis y grasa subcutánea, lo que puede dar lugar a posible isquemia y necrosis de la zona. La mortalidad de la calciflaxis se sitúa en torno al 60-80% aunque su incidencia es reducida (1-4%).

## Objetivos

Siguiendo la taxonomía NANDA NIC-NOC se identificaron dos problemas a tratar: dolor agudo y deterioro de la integridad cutánea.

## Material y Método

Se expone un caso de una mujer de 87 años en hemodiálisis con presencia de una herida en MI izq diagnosticada como calciflaxis en 2019 por biopsia del tejido afectado.

## Resultados

La paciente presentó al inicio dolor agudo intenso, tipo neuropático, que precisó de la administración de diferentes analgésicos para su control junto con la presencia de una úlcera cutánea con necrosis. Se programaron varias intervenciones de enfermería NIC asociados a los dos diagnósticos de enfermería que desarrollaremos posteriormente hasta la completa resolución de la calciflaxis en un tiempo de 2,5 meses.

## Conclusiones

Una temprana y adecuada intervención en el tratamiento a administrar y el adecuado seguimiento de la cura de la úlcera por parte del personal de enfermería es determinante para el control del dolor intenso que genera esta patología. En este caso clínico, la recuperación se vio reflejada por una disminución progresiva del dolor y discomfort de la paciente hasta la remisión total de los síntomas.

# Caso clínico: intoxicación con ceftazidima tratada con hemodiálisis sostenida de baja eficiencia

Ana Vasco-Gómez, Nuria Gascó-Coscojuela, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción

La ceftazidima es una cefalosporina de amplio espectro y tercera generación. Su actividad frente a microorganismos Gram positivos es hasta un 50% inferior a la cefotaxima y es similar frente a las enterobacterias Gram Negativas. No obstante, su característica más destacada es la buena actividad frente a *Pseudomonas*, lo que explica su denominación como cefalosporina antipseudomona. La Ceftazidima se excreta inalterada por vía renal, por tanto, se debe reducir la dosis en pacientes con insuficiencia renal, ya que, aunque la neurotoxicidad rara vez se ha asociado al fármaco, pero puede provocar mioclonias, asterixis, convulsiones y encefalopatía. Hay poca bibliografía que reporte casos con la aparición de estos efectos adversos y que sean tratados con hemodiálisis (HD).

## Objetivos

Describir el manejo en un caso de intoxicación por ceftazidima con neurotoxicidad con hemodiálisis tipo SLED.

## Material y Método

Los datos se obtuvieron de los cursos clínicos. Se solicitó el consentimiento informado del paciente previamente.

## Resultados

Paciente de 65 años que tras ingreso prolongado en UCI secundario a paro cardíaco en domicilio y con desarrollo de insuficiencia renal aguda recibió ceftazidima por infección urinaria por *Pseudomonas Aeruginosa* a dosis no ajustadas a su función renal (2 gr c/12 h durante 3 días con Filtrado Glomerular 10 ml/min), y que posteriormente presentó clínica neurológica con disminución de nivel de consciencia y afasia (Glasgow 11), seguidas de mioclonias en extremidad superior derecha (ESD) y desviación de la mirada. En pruebas de imagen TAC y EEG se objetivó patrón de encefalopatía toxico-metabólica y los niveles de ceftazidima se consideraron supraterapéuticos, y potencialmente neurotóxicos, ya que triplicaban el límite superior de neurotoxicidad

definido ( $C_{min} > 64$  mg/L). Los niveles que presentó fueron de 188 mg/dl. Se suspendió administración de ceftazidima y se indicó colocación de catéter femoral para inicio de tratamiento con hemodiálisis tipo SLED: bajo flujo de diálisis ( $Q_b$  200 ml/min), bajo flujo sanguíneo ( $Q_a$  200 ml/min), 360 min de duración y filtro de baja permeabilidad. En los niveles de ceftazidima extraídos a las 2 h de la HD, la concentración plasmática había bajado a 23 mg/L y se observó una leve mejoría de las mioclonias, aunque la paciente continuó con Glasgow 9 con localización y ruidos al dolor, apertura ocular, pero sin conectar con el medio y con persistencia de mioclonias sobre todo en ESD. Se indicó nueva sesión de hemodiálisis con las mismas características y tras segunda sesión la paciente presentó apertura ocular espontánea, obedeciendo órdenes simples, fuerza conservada en ambas EESS con alguna mioclonia leve en brazos y emitió un monosílabo durante anamnesis. Esta mejoría de estado neurológico evitó el reingreso de la paciente en UCI. Tras 72 horas y 3 sesiones de HD paciente recuperó estado de consciencia, orientada en tiempo, espacio y persona, sin focalidad neurológica ni presencia de mioclonias.

## Conclusiones

La hemodiálisis tipo SLED constituye un tratamiento eficaz y seguro en la intoxicación con ceftazidima al tratarse de una molécula pequeña (500-600 DA) y se elimina eficazmente con el transporte difusivo de la hemodiálisis de bajo flujo.

# Caso clínico: la calciflaxis sigue siendo una complicación grave con elevada mortalidad. Descripción de un caso

María Pilar Cardona-Blasco, Elena Liset Cahuancama-Solano, Eva Elías-Sanz

Hospital Clínic de Barcelona. España

## Introducción

La calciflaxis es un síndrome clínico caracterizado por la ulceración necrótica de la piel debida a la calcificación de la capa media, más fibrosis de la íntima arteriolar y posterior isquemia cutánea por trombosis. Afecta principalmente a los pacientes en hemodiálisis con una tasa de incidencia de 0,04% en Europa. Otros factores de riesgo además del tiempo en terapia sustitutiva renal son el sexo femenino, diabetes mellitus, raza caucásica e inflamación crónica; y como factores modificables destacarían la obesidad, desnutrición, hiperfosforemia, hiper o hipoparatiroidismo, anticoagulación con antagonistas de la vitamina K e hipercoagulabilidad.

## Objetivos

Describir el caso de una paciente con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, que presentó calciflaxis tras un año de tratamiento.

## Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Los datos se recopilaron del curso clínico y seguimiento analítico. Se obtuvo consentimiento informado.

## Resultados

**Caso clínico:** Mujer de 78 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Con antecedentes clínicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica, nefrostomía derecha, enfermedad renal crónica desde 2018, apnea obstructiva del sueño, fibrilación auricular paroxística desde el 2019 y mieloma múltiple. Ingresa en residencia tras fractura humeral derecha en marzo del 2021 e inicia hemodiálisis tras colocación de catéter venoso central tunelizado. Un año después presenta lesiones cutáneas necróticas muy dolorosas de dos semanas de evolución en extremidades inferiores sugestivas de calciflaxis. Se sustituye acenocumarol por heparina de bajo peso molecular, se administra pamidronato endovenoso y se instaura

pauta de analgesia con paracetamol más antiinflamatorios no esteroideos, neuromodeladores y mórficos de rescate. El control del dolor ha sido uno de los objetivos más importantes del plan de cuidados, así como la vigilancia y cuidado de las lesiones procurando el máximo confort. En junio de 2022 presenta mala tolerancia a los opiáceos y sobreinfección de las lesiones requiriendo antibioticoterapia e ingreso hospitalario. Se añade tiosulfato sódico endovenoso al tratamiento y sesiones diarias de hemodiálisis. Las lesiones van en aumento y se contacta con cirugía general no recomendando desbridamiento. Los cirujanos vasculares determinan ausencia de afectación macrovascular. Los cirujanos plásticos descartan tratamiento quirúrgico e instauran curas con antisépticos y antibióticos tópicos. Los dermatólogos sí son partidarios de desbridamiento mecánico, fomentos con Prontosan® apósito de plata y terapia de cierre asistido por vacío. Sigue seguimiento en la clínica del dolor logrando un mejor control de analgesia con metadona de rescate. En el mes de agosto se valora nutricionalmente, orientándose como desnutrición proteica y se inicia nutrición enteral con sonda nasogástrica más suplementos orales, cambiándose por nutrición parenteral intradiálisis tras nueva valoración en octubre. En noviembre tiene lugar último ingreso por shock séptico, siendo éxitus.

## Conclusiones

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal presentan riesgo de calciflaxis, por tanto, deberíamos prevenir la progresión de las lesiones y sobreinfección, optimizando tratamientos e incidiendo en los factores de riesgo modificables. El diagnóstico precoz y un enfoque multidisciplinar son clave para el manejo de esta enfermedad.

# Caso clínico: reparación quirúrgica precoz de pseudoaneurisma en loop húmero basílico antebraquial

Valentín Lozano<sup>1</sup>, Susana Ordas<sup>1</sup>, Daniel Gil<sup>2</sup>, Nuria Clemente<sup>1</sup>, Lida Rodas<sup>1</sup>, Néstor Fontseré<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Unidad Funcional de Acceso Vascular. Hospital Clínic Barcelona. España

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Vascular. Unidad Funcional de Acceso Vascular. Hospital Clínic Barcelona. España

## Introducción

Un acceso vascular funcional es indispensable para la realización de hemodiálisis (HD) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), permitiendo un abordaje seguro del sistema vascular, que proporcione flujos suficientes para lograr un tratamiento sustitutivo eficaz. Las fístulas arteriovenosas autólogas representan el acceso vascular con mayor supervivencia y menor tasa de complicaciones, y representan siempre la primera opción; sin embargo en ocasiones es necesario la realización de un acceso vascular no autólogo, mayoritariamente un loop de politetrafluoroetileno (PTFE), ya sea por el agotamiento de venas del sistema venoso superficial, por fístulas arteriovenosas autólogas previas no funcionantes o por vasos de calibre insuficiente. Las principales complicaciones asociadas a los accesos vasculares protésicos son la infección, el síndrome del robo, la hipertensión venosa, los pseudoaneurismas y las trombosis. Los pseudoaneurismas tienen una incidencia del 2-10 % durante la vida funcional del injerto, siendo menos frecuentes en las fístulas nativas y precisan de una rápida intervención con el objetivo de evitar complicaciones relacionadas (hemorragia, infección...) e incluso la pérdida del AV.

## Caso clínico

Paciente de 82 años con cardiopatía isquémica, infección crónica por hepatitis B, fibrilación auricular paroxística, hipertensión arterial, diabetes mellitus y ERC en HD a través de un loop húmero basílico antebraquial izquierdo con PTFE de 6 mm que acudió a su sesión de HD con una pequeña masa a nivel de la zona de punción venosa de la prótesis por lo que la enfermera responsable solicitó valoración, previa a la punción, por parte del enfermero de práctica avanzada en accesos vasculares de hemodiálisis. La exploración física mostraba una dilatación pulsátil en zona de punción venosa del loop de antebrazo sin signos inflamatorios ni dolor a la palpación. Mediante la exploración ecográfica en modo B se objetivó una extravasación de sangre en cara anterior del segmento protésico a ese nivel que al aplicar el doppler color mostraba una imagen característica compatible con

pseudoaneurisma de 1x1,5 cm con una boca de 5 mm de diámetro. Por lo que se realizó una interconsulta con el servicio de Cirugía Cardiovascular Vascular cuya valoración confirmó el pseudoaneurisma y conjuntamente se planteó su reparación de urgencia (quirúrgica vs endovascular), optándose por la intervención quirúrgica que se realizó a las 24 horas, mediante una resección de segmento degenerado e interposición de un nuevo segmento de PTFE y una angioplastia ecoguiada de la anastomosis venosa.

## Conclusión

La rápida intervención multidisciplinar permitió la resolución del pseudoaneurisma de manera ambulatoria optimizando los espacios quirúrgicos y logrando dializar al paciente a través del AV habitual (se puncionó el loop protésico evitando la herida quirúrgica a las 24h.) sin necesidad de implantar un catéter venoso central como alternativa para continuar las sesiones de hemodiálisis.

## Caso clínico: unipunción con dos accesos vasculares

Patricia Martínez-Álvarez, Emilio Iburguren-Rodríguez, Marta Portilla-Sánchez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

### Introducción

Hemodiálisis con unipunción se define como la técnica de hemodiálisis efectuada utilizando una sola toma de sangre. Esta técnica se usa en pacientes donde sólo conseguimos 1 acceso vascular, bien sea porque sólo podemos canalizar una aguja en la fava o porque se obstruya totalmente uno de los ramales del catéter. En el caso clínico que presentamos encontramos un catéter, mal funcionante, pero con los 2 ramales parcialmente permeables.

### Presentación del caso

**Antecedentes:** Mujer de 84 años y diagnóstico de enfermedad poliquística. En tratamiento renal sustitutivo (TRS) en hemodiálisis hospitalaria desde hace 4 años.

**Accesos vasculares Hemodiálisis:** Se canalizó un catéter venoso central tunelizado (CVct) tipo Palindrome® en noviembre 2018 para iniciar TRS y precisó recambio por mal funcionamiento (malos flujos y aumento de la recirculación) en abril 2022. En septiembre 2022 éste acceso comienza también con problemas de recirculación. Realiza HD convencional 4 horas 3 veces semana. Con flujos de sangre (Qb) 335,41 ml/min, consiguiendo dializar unos 75,9 litros de sangre por sesión, pero alcanzando unos Kt de 13,9 y recirculaciones del 58,53%. Se estaba infradializando y presentaba síntomas de encefalopatía urémica. Se propuso cambiar el catéter por uno nuevo, pero tanto la paciente como la familia lo rechazaron por evitar el encarnizamiento terapéutico. Aducen el mal estado de la paciente y no quieren que ingrese ni se le realice ningún procedimiento agresivo. Tampoco aceptan salir de programa y pasar a tratamiento paliativo.

**Evolución:** Enfermería teníamos muchos problemas con las presiones venosas durante las sesiones llegando a 500 mmHg a Qb de 100 ml/min (este flujo tan bajo no era porque el catéter no alcanzara Qb, sino porque se iba bajando conforme subía la presión venosa). Haciendo lavados del circuito se solucionaba la presión venosa y podíamos volver a subir el Qb volviendo a presiones venosas en rango, pero al poco la presión venosa volvía a subir. La anticoagulación

era adecuada y no presentaba problemas de coagulación. Entonces surge una idea: hacer técnica de unipunción, aun disponiendo de 2 accesos vasculares, disociando la extracción del retorno y así mejorando la recirculación y la hemoconcentración. Comentamos nuestra idea con los facultativos y dada la situación y falta de mejores opciones para la paciente les parece correcto intentarlo. Realizamos la siguiente sesión de hemodiálisis con unipunción conectando arteria y vena a los correspondientes ramales del catéter. El resultado de la sesión fue muy satisfactoria. Instauramos esta técnica como habitual en la paciente, desde entonces no hemos vuelto a sufrir los problemas de presiones venosas que estábamos teniendo. A pesar de que el volumen de sangre dializado es menor, los Kt y los parámetros bioquímicos mejoraron y la paciente experimentó una mejoría clínica.

### Discusión

No hemos encontrado nada semejante en la literatura científica. Por lo tanto, aunque sabemos que la verdadera solución sería remplazar el catéter, vemos la técnica de unipunción con las dos luces del catéter como acceso único, como una alternativa para continuar prestando los mejores cuidados a la paciente.

## Cuando el sangrado postcolocación de un catéter tunelizado deja de ser normal. Rotura del catéter de hemodiálisis en un lactante

Alejandro Romero-Ramírez, Alicia Pino-García, Irene Banderas-Chaves, Inmaculada Moreno-González, Ruth María González-Ponce, María Dolores Rico-de Torres

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. España

### Introducción

Los niños menores de 2 años representan únicamente un 1-2% de los pacientes pediátricos en enfermedad renal crónica terminal. Sin embargo, presentan una altísima complejidad en comparación al resto de grupos etarios. El trasplante renal es la modalidad de tratamiento renal sustitutivo de elección en todas las edades. Sin embargo, el riesgo de pérdida de injerto aumenta por debajo de los 2 años/10 kg. La modalidad de diálisis preferida en lactantes es la diálisis peritoneal. Sin embargo, la hemodiálisis es necesaria cuando la diálisis peritoneal está contraindicada o falla. El principal reto de la hemodiálisis en lactantes es el acceso vascular, siendo frecuentemente causa de fracaso de la técnica.

### Caso Clínico

Un lactante de 3 meses fue ingresado en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos por daño renal agudo. Mostraba una marcada desnutrición, nefrocalcinosis y atrofia renal bilateral. El estudio genético confirmó el diagnóstico de hiperoxaluria primaria tipo 1. Dado el diagnóstico, se desestimó la diálisis peritoneal. Desde el inicio presentó una diuresis insuficiente, requiriendo hemodiafiltración venovenosa continua a través de catéter femoral de poliuretano. Una vez estable, se cambió a hemodiálisis intermitente diaria. Tras varias semanas se canalizó catéter Hickman de silicona tunelizado yugular derecho. Debido al pequeño tamaño del paciente, el catéter precisó modificaciones. Se comprobó permeabilidad y ubicación de la punta del catéter. Al día siguiente se realizó la primera sesión de hemodiálisis a través del nuevo catéter. Al inicio de la sesión presentó sangrado a través del punto de inserción del catéter y problemas de flujo sanguíneo. Se realizó compresión local y cambios posturales, sin mejoría, por lo que se decide finalizar hemodiálisis. No se observaron signos externos de daño en el catéter ni en el orificio de salida. Se realizó radiografía simple que comprobó la correcta colocación del catéter y ausencia de acodaduras. No volvió a sangrar tras la desconexión. En la segunda sesión volvió a presentar sangrado y disfunción mecánica. En la tercera sesión sufre de forma brusca pa-

rada cardiorrespiratoria con recuperación de ritmo sinusal. Se trasladó a UCIP. A la exploración se aprecia gran tumorcación en el túnel subcutáneo, con sospecha de shock hipovolémico secundario a sangrado local. Tras estabilización del paciente, se realiza radiografía simple con introducción de contraste por el catéter, en la que se aprecia extravasación a nivel de la curvatura cervical. Se retira el catéter y se evacúa el hematoma, apreciándose una rotura de la rama proximal. A pesar de la estabilidad clínica inicial, tras 48 horas presenta deterioro hemodinámico brusco, coagulopatía y fallo hepático. Evoluciona a situación de fracaso multiorgánico establecida, falleciendo a las 72 horas.

### Discusión

La rotura del catéter es un problema raro, posiblemente infranotificado en la literatura, potencialmente letal, en el que la sospecha clínica es crucial para el diagnóstico y actuación inmediata. Debe ser tenido en cuenta ante un sangrado persistente intradiálisis y/o disfunción mecánica del catéter, y debe ser confirmado mediante radiografía con contraste.

# Diagnóstico enfermero de promoción de la salud en el plan de cuidados de pacientes en hemodiálisis. Casos clínicos

Marta San Juan-Miguelsanz, Sonia Muñoz-Pilar, Irene del Barrio-Aragón, María Henar del Real-Benito

Centro Fundación Renal Los Olmos. Segovia. España

## Introducción

Un diagnóstico de promoción de la salud (también conocido como diagnóstico de bienestar) es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de mejorar conductas de salud específicas y se puede utilizar en personas sanas o enfermas que desean mejorar. NANDA 2018-2020 introdujo dentro de esta categoría el diagnóstico enfermero: (00262) Disposición para mejorar la alfabetización en salud. Justificación: La literatura científica existente justifica los beneficios de mejorar la alfabetización en salud mediante intervenciones personalizadas en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

## Objetivos

Identificar en el paciente en hemodiálisis (HD) conductas motivadas por el deseo de mejorar la salud y aumentar el bienestar para reforzar su participación activa en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud.

## Identificación de tres casos

Valoración según necesidades Virginia Henderson, focalizada hacia expresiones de deseo de promoción de la salud. Taxonomía NANDA-NIC-NOC.

### 1. Valoración:

- CASO 1: Varón, 86 años, comienza HD por IRC secundaria a Nefropatía Diabética, en consulta de ERCA avanzada 10 años. Síntomas y signos relacionados con uremia. Manejo inadecuado de la diabetes. Camina con bastón. Vive con su mujer. Expresa deseos de mejorar la comprensión de la información de salud para realizar elecciones de cuidados de salud (dieta y actividad física).
- CASO 2: Mujer, 92 años. IRC secundaria a glomerulonefritis. HD desde hace 7 años. Vive con hijo discapacitado. Tiene ayuda doméstica para el aseo y preparación de alimentos. Expresa deseo de mejorar las costumbres y creencias para tomar decisiones relacionadas con los cuidados de salud (dieta y medicación).
- CASO 3: Mujer, 55 años, HD por IRC secundaria a pielonefritis desde hace un año. En exclusión temporal lista de

trasplante por sobrepeso (exceso 4 kilos). Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones sobre los cuidados de salud personal (dieta, bajar peso, ejercicio).

### 2. Diagnóstico:

(00262) Disposición para mejorar la alfabetización en salud manifestado por el deseo de mejorar la comprensión de la información de salud y la toma de decisiones sobre los cuidados de salud personal. DOMINIO 1. CLASE 1. Nivel de evidencia 2.1.

### 3. Planificación:

Objetivos: Potenciar la alfabetización en salud. Facilitar la toma de decisiones informadas para mejorar la salud. Indicadores de resultados (NOC) 2015-Comportamiento de alfabetización en salud. 1603-Conducta de búsqueda de la salud. 1209-Motivación. 1606-Participación en las decisiones sobre la salud. Intervenciones de Enfermería(NIC) 5510-Educación para la salud 5540-Potenciación de la disposición de aprendizaje 5250-Apoyo en la toma de decisiones.

### 4. Ejecución:

Estrategias de mejora de la comunicación entre profesionales y pacientes, uso de recursos tecnológicos y de comunicación para la educación en salud, promoción del autocuidado y desarrollo de sistemas de apoyo.

### 5. Evaluación:

Escala cuantitativa tipo Likert de 5 puntos, para cuantificar el estado del resultado del menos al más deseable(nunca demostrado/siempre demostrado).

## Discusión

La promoción de la salud de pacientes en HD debe formar parte del proceso de atención de enfermería para reforzar comportamientos motivados por el deseo de aumentar el bienestar. Algunos autores coinciden en la relación entre alfabetización para la salud y actitudes para el autocuidado y en adaptar la atención a las necesidades para disminuir las consecuencias de la baja alfabetización.



# Diálisis peritoneal y obesidad: la contraindicación no siempre manda

Daniel Pérez-Royo, Nieves López-Ibort, Ana Belén Hernández-Ruiz, Ana Cristina Serrano-Gracia, Ángel Custodio Boned-Galán, Carmen Hernández-Salueña

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

## Introducción

En pacientes que necesitan una Terapia Renal Sustitutiva la obesidad es una condición que contraindica la Diálisis Peritoneal (DP). Sin embargo, hay pacientes que eligen esta terapia como primera elección y quieren intentarlo. Es el caso de un paciente varón de 43 años, activo, 131 Kg, HTA, no diabético, Enfermedad Renal Crónica (ERC), Trombosis Venosa Profunda y con bypass gástrico. Presenta mala adherencia al tratamiento, HTA mal controlada y falta de asistencia a diferentes consultas. Se realiza primera consulta ERCA de enfermería el 29/11/2022 teniendo en ese momento una urea de 229,6 mg/dL, creatinina de 8,39 mg/dL y filtrado glomerular de 6,99 mL/min. Diuresis de 3.000 cc y bioimpedancia de 9L de sobrehidratación. Se coloca catéter Tenckhoff por laparoscopia el 27/12/2022.

## Objetivos

Realización de DPA efectiva con buena adherencia a la terapia y al tratamiento farmacológico por parte del paciente.

## Material y Método

El 23/01/2023 comienza con el entrenamiento DPCA, 3 intercambios con Physioneal 136%, Nutrineal y Extraneal. Dadas las altas cifras que presenta, el 06/02/2023 comienza el entrenamiento en DPA. En el tiempo de entrenamiento se le van realizando diversos cambios de parámetros, individualizando la terapia para adaptarla al paciente. A partir del 16/02/2023 realiza la DPA en su domicilio con el siguiente tratamiento: 5 ciclos de 2.900 cc (4 de Physioneal 1,36% y 1 de Nutrineal), y última infusión de 2.000 cc de Extraneal. Se pauta DP Tidal del 80% con drenaje completo en el tercer ciclo.

## Resultados

En la primera revisión, realizada a finales de marzo, se ha objetivado una disminución del IMC pasando de 39,98 a 35,71. Con respecto a los parámetros clínicos, se ha conseguido mejorar las cifras de urea (106 mg/dL) y creatinina

(7,28 mg/dL), con una media de ultrafiltraciones de 1.100 cc. El Kt/V ha sido de 2,77 semanal, con una función renal residual de 13,14 mL/min. La bioimpedancia ha bajado a 7,1 L de sobrehidratación. Además, con la modificación de la programación de la cicladora se ha logrado bajar el número de eventos de una media de 12 a 2. Estos, a su vez, coinciden con el último drenaje, reduciendo de este modo el tiempo de permanencia perdido y favoreciendo el descanso nocturno. Así mismo, se ha conseguido la adherencia al tratamiento y a la técnica, a la vez que una mejora del estado anímico del paciente, evitando así el abandono de la técnica, muy presente en la fase inicial del entrenamiento con cicladora.

## Conclusiones

El éxito obtenido con la individualización de la terapia, gracias a la aplicación Sharesource, ha hecho que la experiencia haya sido muy gratificante tanto para el paciente como para el equipo que le atiende. Hemos sido capaces de convertir una contraindicación en una posible alternativa. Y, por lo tanto, nos anima a seguir intentándolo con otros pacientes. No siempre las contraindicaciones mandan.

# Diálisis peritoneal: un huésped no deseado

Amanda Hernandis-Latorre, María Pilar Pascual-Estellés, Amparo María Alba-Manzana

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

## Introducción

Mujer de 77 años, antecedentes de nefropatía lúpica y tx renal en 1997. Inicio de DPCA en enero de 2021 e inicio de DPA con día húmedo en agosto de 2021. En septiembre de 2022, peritonitis por E. Coli y Klebsiella pneumoniae, tratada con cef-tazidima IP y fluconazol VO durante 21 días. En el día 20 de tratamiento, acude a urgencias con LP turbio, fiebre y dolor abdominal. Se decide iniciar meropenem IP. A los 4 días, y ante persistencia de signos y síntomas de peritonitis, se añade van-comicina IP. Además, aparece disfunción del catéter, a pesar de con heparina IP, y se observa lo que parece fibrina en el catéter. 5 días después del reinicio de los síntomas, se recibe el resultado del cultivo: FUSARIUM SOLANI.

## Objetivos

Identificar signos y síntomas que permitan sospechar de una peritonitis fúngica ante la evolución atípica y resistente al tratamiento convencional de la misma.

## Material y Método

Revisión bibliográfica en bases de datos como Google Académico, Pubmed. Palabras clave: peritonitis, diálisis peritoneal, fusarium solani.

## Resultados

El FUSARIUM SOLANI es un hongo oportunista, con una alta capacidad para adherirse al material plástico como los catéteres, sin invadir la pared de éstos. Es la segunda causa de infecciones por hongos filamentosos tras el Aspergillus. Causa peritonitis de curso insidioso, con fiebre, dolor abdominal y disminución del flujo de drenaje por obstrucción progresiva de la luz del catéter.

## Conclusiones

Es importante, ante la presencia de una peritonitis de curso atípico, contemplar otras causas de la misma, sobretudo en aquellos pacientes con antecedentes como peritonitis recidivantes, polimicrobianas, resistentes al tratamiento, inmunosupresión, para poder instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible.

# Dilema ético sobre trasplante renal. A propósito de un caso clínico no adherente terapéutico

Ana María Matamala-Gastón, M<sup>a</sup> Teresa Alonso-Torres, Esther Franquet-Barnils

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

## Introducción

Las diferentes modalidades de trasplante renal generan interés desde el punto de vista clínico-asistencial, social, legal y ético, siendo la donación de vivo quien proporciona mayor supervivencia, mejor calidad de vida y el que más conflictos éticos presenta. A pesar de encontrarnos a la cabeza en trasplantes renales, existe una demanda de órganos que supera la oferta existente y hace que se generen debates ético-legales para regular distribución y asignación de órganos. En España, las donaciones están basadas en voluntariedad, altruismo, gratuidad, anonimato y equidad, principios concordantes con los 4 principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Sin restar importancia al papel crucial de la adherencia terapéutica para garantizar la viabilidad del injerto.

## Objetivos

Incorporar debate ético, a la decisión de inclusión en lista de espera, tras fallida del injerto renal por no adherente terapéutico.

## Descripción del caso

Se reporta, varón 21 años, diagnosticado de Síndrome hemolítico urémico a los 3 años. Progresión de enfermedad renal a pre diálisis a los 18 años, relacionada con seguimiento errático por problemas de desestructuración familiar derivándose a consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, evidenciándose falta de adherencia. Insuficientes recursos económicos. Problemas escolares. Proyectos académicos y laborales difíciles de consolidar. Julio 2014, en lista de espera donante cadáver. Agosto 2014, inició hemodiálisis, 9 meses más tarde, trasplante donante cadáver. Complicaciones post-trasplante: 2 rechazos agudos primeros meses (niveles infraterapéuticos tacrolimus), nuevo rechazo (2016), pérdida del seguimiento, acudió 7 meses más tarde a urgencias con requerimiento de Hemodiálisis. Múltiples intervenciones del equipo multidisciplinar. Activación de recursos externos: servicios sociales, atención primaria y farmacia del

barrio, con la finalidad de mejorar condiciones psicosociales, económicas y empoderar paciente y madre adoptiva en ser adherentes. El caso se presentó al Comité de Ética Asistencial para valorar nueva inclusión en lista de espera. Se valoró psicológicamente, presentando una "organización de la personalidad con déficits importantes de vínculos primarios" que han dificultado la construcción de una relación de apego seguro y que no favorecieron su evolución cognitiva ni psicoafectiva. Incapaz de auto responsabilizarse del autocuidado debido a patrones vividos en la infancia. Estableció dependencia del equipo asistencial considerándolo red familiar que aportó seguridad y confianza. Socialmente, se apreció sistema familiar frágil, no siempre presente, de difícil manejo. El principio de autonomía sobre la elección individual fue debatido. Se consideró priorizar el respeto al individuo protegiendo aquellos con autonomía limitada. En base al principio de beneficencia y no maleficencia, someter al paciente a altas dosis de inmunosupresión en episodios derivados del incumplimiento, puede perjudicar. Sobre el principio de justicia, la utilización de un bien escaso sin garantía del buen uso, perjudica claramente a otros, en espera de éste, con disponibilidad para el autocuidado. Finalmente, la decisión fue mantenerlo en Hemodiálisis, no en lista de espera hasta mejorar las condiciones.

## Conclusión

El debate ético en relación a optar a trasplante renal no siendo adherente, requiere reflexiones complejas, pero prevalece en base al deber moral el hecho de garantizar la no discriminación por condiciones sociales y seguir proporcionando soporte para conseguir las mejores condiciones para el trasplante.

# Edema genital como complicación del paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria

María Pilar Escribano-Cuerda, Encarnación Bellón-Pérez, Isabel Montesinos-Navarro, Mercedes López de Rodas-Campos, María Delfina Calero-García, Javier Centellas-Pérez

Complejo Universitario de Albacete. España

## Introducción

El edema genital es una complicación común en pacientes en diálisis peritoneal, se produce debido a un aumento de la presión intraabdominal. Su incidencia es de un 4-10% de dichos pacientes. Esta complicación suele ocurrir después de 30 días de la implantación del catéter peritoneal y se manifiesta con: dolor, edema subcutáneo en zona genital y fracaso de la UF.

## Material y Método

A continuación presentamos 2 casos clínicos que consultaron por edema genital. En el primer caso es un varón de 76 años, se diagnosticó una fuga de líquido peritoneal en la zona escrotal debido a un conducto peritoneo-vaginal derecho y una fuga inguino-escrotal izquierda, en el segundo caso, varón de 78 años que presentó una hernia inguinal bilateral con fuga del líquido al escroto. En ambos casos se dejó reposo de técnica con controles analíticos durante una semana, pasando posteriormente a DPA bajo volumen hasta cirugía reparadora. Para su diagnóstico se utilizó la prueba de imagen llamada TC-peritoneografía que consiste en infundir 150 ml de contraste yodado no iónico a una concentración de 300 mg/ml diluido en 2 litros de solución de diálisis, que se introduce dentro de la cavidad peritoneal del paciente 2 h antes de realizar la TAC.

## Resultados

En ambos casos el defecto anatómico se resolvió quirúrgicamente sin incidencias. Pasando posteriormente el paciente DPCA sin volver a presentar complicaciones.

## Conclusión

El TAC-peritoneografía se objetiva como prueba eficaz para diagnosticar el edema genital. Se consiguió mantener a ambos pacientes en DP sin transferencia a HD. El edema genital es una complicación importante a tener en cuenta dada la incidencia del 4-10%, como por su relevancia en la supervivencia en la técnica.

# Empoderamiento rompiendo barreras: perspectiva de un caso clínico

Eider Barrena-Solaguren, María Ángeles López-Amallo, Encarnación Fernández-Prado, Saioa Bilbao-Ortega

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España

## Introducción

La programación del inicio en diálisis tras la elección meditada y personalizada de la técnica es el procedimiento más adecuado para evitar posibles complicaciones. Sin embargo, existen situaciones especiales donde el inicio urgente en diálisis es inevitable, sin darse la posibilidad de recibir la información necesaria para tal elección. En la sociedad actual, con una creciente tasa de inmigración, la diversidad cultural no debería suponer una barrera en el acceso/elección de la terapia. En la educación sanitaria donde la comunicación es la herramienta esencial, en ocasiones nos encontramos con diversas barreras como el idioma, la cultura...

## Objetivos

Exponer nuestra experiencia con una paciente valorando los resultados al individualizar el tratamiento dialítico según sus necesidades y la eficacia de los recursos empleados.

## Material y Método

Estudio caso clínico presentado en nuestra Unidad de Diálisis Peritoneal donde se muestra la experiencia sobre la barrera idiomática como protagonista. Ante tal dificultad, definimos estrategias de comunicación que faciliten el abordaje de la paciente, transmitiendo la información necesaria para el manejo de la técnica, mediante la forma verbal y dispositivos electrónicos. En primer lugar, para comunicarnos verbalmente con la paciente contamos con la hija como traductora principal y un traductor de un dispositivo móvil en su ausencia. Por otro lado, en cuanto a la comunicación mediante dispositivos, la casa comercial envía al hospital la cicladora de la paciente. De esta manera, disponemos de dos máquinas: una programada en español y la otra en el idioma materno de la paciente (árabe). El proceso consiste en realizar el montaje, conexión/desconexión y resolución de alarmas en ambas máquinas simultáneamente. De manera adicional, se emplea un traductor con cámara para poder identificar el texto en la pantalla de la cicladora. Como material de apoyo, se le solicita a la hija que traduzca mediante escritura los

manuales aportados por la casa comercial. El día previo al inicio en su domicilio se realiza un simulacro completo del tratamiento para solventar posibles dudas. Posteriormente, el contacto se mantiene mediante mensajes por dispositivo móvil y la plataforma de telemonitorización que permite un mayor control del tratamiento.

## Resultados

Nuestro caso clínico trata de una mujer de 57 años de origen marroquí no hispano parlante (idioma: árabe) sin diagnóstico previo conocido de Enfermedad Renal Crónica que inicia en Hemodiálisis hospitalaria de forma no programada mediante catéter permanente tunelizado. Tras complicaciones graves con los accesos vasculares (trombosis) se plantea el cambio de técnica a Diálisis Peritoneal Automática (DPA). Gracias a los métodos de comunicación empleados la paciente consigue manejar la técnica iniciando en domicilio en 9 días. Desde el inicio de la paciente en DPA, se le hace partícipe en su autocuidado, asumiendo la responsabilidad de su salud, mejorando los valores analíticos y de balance hídrico, es decir, mejorando su calidad de vida.

## Conclusiones

La innovación de las técnicas de comunicación ha sido eficaz y efectiva, consiguiendo un correcto manejo de la técnica dialítica, derivando en una mejoría clínica y de calidad de vida, fomentando de esta manera el empoderamiento de la paciente.

# Erradicación de pseudomona aeruginosa en orificio en paciente inmunodeprimido

Meritxell Illa-Casellas, Elisabeth Tejada-Aráez, Isabel Galcerán-Herrera, Francesc Barbosa-Puig, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción

La asociación entre las infecciones del orificio de salida (OS) y la peritonitis está bien establecida. La profilaxis y el tratamiento de las infecciones relacionadas con el catéter en paciente en diálisis peritoneal (DP) son la clave del éxito de este tipo de terapia renal sustitutiva (TRS).

## Objetivos

Describir un caso de infección del OS del catéter de DP por Pseudomonas Aeruginosa en un paciente inmunodeprimido, tratado con diferentes pautas de tratamiento antibiótico, hasta conseguir un cultivo negativo y prevenir un posible episodio de peritonitis.

## Material y Método

Estudio observacional y descriptivo del seguimiento realizado durante todo el periodo de tratamiento antibiótico dirigido a la erradicación de la Pseudomonas del OS hasta conseguir negativizar el cultivo. Datos obtenidos a través de la revisión de los cursos clínicos, tanto médicos como enfermeros. Consentimiento verbal informado del paciente obtenido previamente.

## Resultados caso

Varón de 78 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, vive solo y tiene familia en otra comunidad autónoma, por lo que suele viajar habitualmente. Antecedentes patológicos de enfermedad renal crónica no filiada, VIH positivo en tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable, hipertensión arterial y dislipemia. Inicia seguimiento con la Unidad de DP, tras proceso de toma de decisión, en 2013. En junio de 2022 tras deterioro progresivo de la función renal se coloca catéter Tenckhoff® e inicia entrenamientos de DP según protocolo, empezando en domicilio en julio de 2022 con DPCA mediante un intercambio manual diario de Bicavera® 2,3% con permanencia de 4h. En septiembre de 2022, en la visita de control rutinario bimensual se objetiva orificio equívoco grado 2 y el frotis del OS

resulta positivo para P. Aeruginosa multisensible. Se inicia tratamiento dirigido según antibiograma con ciprofloxacino tópico cada 12 horas y vía oral durante 21 días. Un mes más tarde, se realiza frotis OS de control, con persistencia de P. Aeruginosa por lo que se reinicia tratamiento con ciprofloxacino vía oral y gentamicina tópica cada 12 horas durante 21 días según antibiograma. Al mes de finalizar el tratamiento antibiótico, el frotis mantiene positividad para la Pseudomonas, por lo que se repite el tratamiento. En enero 2023, pese a haber mejorado el aspecto del OS, se obtiene un nuevo resultado positivo para el mismo germen. Se decide realizar tratamiento intravenoso con ceftazidima durante 21 días, cura tópica con gentamicina cada 12 horas durante 21 días y 10 días con gentamicina intraperitoneal. Las curas diarias se realizaron en el centro hospitalario para asegurar un buen cumplimiento terapéutico. En el siguiente control, en febrero 2023, el cultivo del frotis OS resultó negativo, consiguiéndose resolver la infección por P. Aeruginosa, y evitando un episodio de peritonitis.

## Conclusiones

La infección del OS por Pseudomonas es una complicación de difícil erradicación pero supone un reto para el equipo tratante por el riesgo de complicarse con una peritonitis. Este caso, precisó de tratamiento endovenoso, intraperitoneal y tópico para lograr la resolución de la infección y prevenir complicaciones. En la actualidad, el paciente no ha vuelto a presentar infección del OS.

## ¿Es posible la diálisis peritoneal automatizada nocturna en paciente con discapacidad auditiva grave?

Inmaculada Tapia-Herrera, Begoña Aguado-Navarro, Julia García-Fernández, Sandra López-Gómez, Tamara Calleja-Hermida

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

### Introducción

Las comorbilidades cada vez son más prevalentes entre las personas con enfermedad renal crónica (ERC) debido al envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida. En España, se estima que 1.230.000 personas presentan discapacidad auditiva de distinto tipo y grado. Por ello, la sordera es cada vez más prevalente entre las personas que escogen diálisis peritoneal (DP) como terapia renal sustitutiva (TRS). La diálisis peritoneal automatizada (DPA) es una técnica que el paciente realiza en domicilio con ayuda de un dispositivo llamado cicladora, que usa durante la noche. Aunque una deficiencia auditiva no contraindica la técnica, la dificultad en la escucha de las alarmas puede impedir la autonomía del paciente precisando la ayuda de un cuidador (DP asistida). Exponemos las distintas soluciones que realizamos para adaptar la DPA en un paciente con discapacidad auditiva grave.

### Presentación del caso

Varón de 75 años, con ERC secundaria a glomeruloesclerosis focal y segmentaria e hipoacusia severa bilateral con necesidad de audífonos. Completamente autónomo e independiente, sin convivientes habituales. Se realiza valoración general por patrones según modelo de Marjory Gordon donde no presentaba ninguna contraindicación absoluta para DP, completando el proceso de toma de decisiones y escogiendo DP como TRS. Tras implantar catéter, inicia entrenamiento de DPA en abril de 2022.

### Material y Método

Durante el entrenamiento no presentó dificultades para manejar correctamente la cicladora, pero era incapaz de escuchar las alarmas. En la industria encontramos sistemas de ayuda comercializados para personas con discapacidad auditiva (receptor y vibrador de almohada), pero tenían un coste elevado para nuestro paciente, por lo que exploramos distintas opciones. El primer paso, fue subir el tono de la alarma de la cicladora, lo que fue insuficiente. En un segun-

do intento, se ajustó la sensibilidad de los audífonos para escuchar mejor los sonidos agudos. Con esta solución se consiguió un progreso, dado que el paciente era capaz de detectar alarmas en algunas ocasiones y siempre que fueran continuas. Sin embargo, esta solución no fue posible dado que el paciente era incapaz de dormir con ellos por la captación y no discriminación de otros sonidos, que le impedían descansar. En un tercer intento, se adaptó un aparato para vigilancia de bebés que tampoco fue válido porque se acoplaba a los audífonos. Posteriormente, se utilizó el asistente inteligente de Apple (Siri®), que transformaba la alarma de la cicladora en un sonido audible para el paciente. Sin embargo, no funcionó porque no discriminaba otros sonidos que hubiera alrededor. Finalmente, se resolvió el problema gracias al asistente inteligente Alexa® como receptor de la alarma de la cicladora, enlazado con la luz de la habitación. De tal forma, que cuando sonara la alarma, se encendiera la luz y despertara al paciente. Con esta solución evitamos que el paciente tuviera que usar los audífonos para dormir. Por último, se hizo una adaptación de la terapia utilizando una pauta tidal para disminuir las alarmas en los drenajes y favorecer el descanso.

### Conclusiones

Una discapacidad auditiva severa no debe suponer una barrera a la hora de escoger la DP como primera opción de TRS.

# Incorporación de nuevas herramientas enfermeras en hemodiálisis domiciliaria para pacientes con limitaciones en la movilidad física. A propósito de un caso

Ana Isabel Tapia-Elvira, Cristina Sáez-Elvira, M<sup>a</sup> Ángeles Gómez-González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España

## Introducción

Paciente de 28 años pluripatológico desde edad muy temprana con una artropatía psoriásica con afección motora y cutánea generalizada y empeoramiento del dolor en los últimos años unido a fibromialgia y ERCA secundaria a glomerulonefritis focal y segmentaria. A causa de la artropatía, sufre dolor a la movilización en miembro superior izquierdo con deformación del carpo en forma de tenedor en mano no dominante. Estos antecedentes, unidos a que vive solo en España sin trabajo estable, le generan una situación de desestabilidad emocional e incumplimiento de sus cuidados, que se vio aumentado cuando comenzó hemodiálisis en febrero de 2022 y tras ingresos de larga duración causados por infecciones relacionadas con su catéter venoso central (CVC). En mayo comenzamos la formación en hemodiálisis domiciliaria ante la petición del paciente.

## Descripción del plan de cuidados

### Dominios alterados:

- Dominio 1. Promoción de la salud.
- Dominio 4. Actividad/reposo.
- Dominio 6. Autopercepción.

### Diagnósticos enfermeros:

- (00078) Gestión ineficaz de la salud.  
NOC: (3108) Autocontrol: enfermedad renal.  
NIC: (5520) Facilitar el aprendizaje, (4470), ayuda en la modificación de uno mismo.
- (00085) Deterioro de la movilidad física.  
NOC: (0212) Movimiento coordinado.  
NIC: (1806) Ayuda en el autocuidado: transferencia.
- (00120) Baja autoestima situacional.  
NOC: (1205) Autoestima.  
NIC: (5400) Potenciación de la autoestima.

## Plan de formación

### Objetivos principales:

- Mejorar su nivel de salud, motivación, autonomía e implicación con el autocuidado, traduciéndose en una mejora global de la calidad de vida.

- Adaptar la terapia de HDD a su deterioro físico, objetivando la adecuada realización de la técnica.
- Cambio de rol en el manejo de su salud mediante el empoderamiento, proporcionando las habilidades y los conocimientos necesarios para abordar su tratamiento.

**Fase 1. Montaje del monitor, manejo de la terapia y del CVC. 8 semanas.** Adecuación a su limitación de movilidad en el cuerpo y manos para realizar correctamente la terapia y el mantenimiento de la asepsia del CVC.

**Fase 2. Realización de HDD en domicilio y creación de FAV. 3 meses.** Cambio de rol en sus actividades básicas de la vida diaria, mejoría clínica y física y adecuada ejecución de la terapia sin infección del CVC. Creación y desarrollo de FAV húmero-cefálica en su miembro dominante.

**Fase 3. Autopunciones y adaptación a la terapia. 6 semanas.** Comienzo de la formación en las autopunciones. Mediante la técnica button-hole inicia las punciones con el miembro con deformación del carpo en forma de tenedor. Adecuación nuevamente de la conexión y desconexión del monitor.

## Adaptación de interés

Ante la imposibilidad de obtener agujas mayores de 30 cm de longitud para facilitar su retirada de manera autónoma debido a sus limitaciones de movilidad, conectamos una jeringa al final de la aguja para limpieza y retirada de la misma. Durante todo el proceso, fue registrada su evolución de manera gráfica con fotografías y videos.

## Conclusiones

Las terapias domiciliarias no suponen ningún obstáculo para pacientes con importantes limitaciones en la movilidad física. Los resultados obtenidos nos hacen ver que, a través de nuevos procedimientos basados en el autocuidado, podemos cambiar su bienestar. Debemos ser conscientes del trabajo que desempeñamos mediante el proceso educativo, adaptando sus cuidados y superando sus dificultades.



# Infección por mordedura de gato doméstico en mano de fístula arteriovenosa

Ana Isabel Aguilera-Flórez, Elena María Castrillo-Cineira, Cristina Lucas-Álvarez, María de los Ángeles Morán-Centeno, María Jesús Cordero-Guerrero, Lucía Pan-Jañez

Complejo Asistencial de León. España

## Introducción

La infección en la extremidad del acceso vascular en personas en hemodiálisis, es una complicación importante, que puede comprometer el acceso vascular, el tratamiento dialítico y conllevar infecciones generalizadas. La infección por mordedura de animal es común en nuestro medio, las producidas por gatos son las más frecuentes. Cuando un gato muerde, sus dientes caninos afilados perforan fácilmente la piel, dejando heridas pequeñas pero profundas, pudiendo ser peligrosas debido a la gran cantidad de bacterias que existen en la boca. Una de las más comunes es la *Pasteurella multocida*, bacteria altamente patógena. Estas bacterias son capaces de provocar infecciones en tejidos circundantes de las heridas e incluso diseminarse a través de la sangre, pudiendo producir bacteriemia.

## Objetivos

Presentamos el caso de un paciente en hemodiálisis con infección por mordedura de gato en 5º dedo de la mano izquierda, extremidad de la fístula arteriovenosa.

## Material y Método

Los datos se recogieron de los registros de la historia clínica del paciente. Se solicitó consentimiento informado.

## Resultados

Paciente de 73 años en programa de hemodiálisis desde 2016, llega a la sesión de hemodiálisis refiriendo náuseas y mareo. Se observó mano de la fístula arteriovenosa nativa edematosa y caliente; durante la entrevista, el paciente comenta que el día anterior le mordió uno de sus gatos, no habiendo acudido al servicio de urgencias ni al médico de atención primaria. A la exploración, se evidenció herida en 5º dedo de mano izquierda, dolor a la palpación en reposo, edema importante hasta la muñeca, calor en dorso de la mano, pulso radial presente, no alteración de la sensibilidad ni pérdida de fuerza. Una vez examinadas las pruebas de laboratorio, se diagnosticó infección cutánea por mordedura

de gato. Se solicitó interconsulta a la unidad de optimización del uso de antibióticos, instaurándose tratamiento con Augmentine 1 g intravenoso posthemodiálisis y 500 mg/12 horas oral en domicilio. En la siguiente sesión, se observó empeoramiento clínico a pesar del tratamiento, consistente en edema en guante, pero menor empastamiento. El paciente estuvo afebril en todo momento. En analítica continuaron apareciendo datos de infección, decidiéndose asociar Clindamicina 300 mg/8 horas durante 15 días. Dado el gran desarrollo del acceso vascular, se continuó utilizando el acceso para hemodiálisis, con punciones más alejadas de zona inflamada. En las siguientes sesiones se observó una mejoría con disminución de inflamación y dolor, con resolución del proceso a los 15 días.

## Conclusiones

La infección por mordedura de gato en la extremidad de la fístula, es una complicación seria y poco frecuente, que puede ocasionar la necesidad de implantar un catéter vascular central para hemodiálisis. Esto avala, la importancia de las recomendaciones de preservación del brazo de la fístula, así como, buscar asistencia médica en los primeros momentos, para poder minimizar posibles complicaciones. Debido al gran auge que está teniendo la tenencia de animales domésticos, nos planteamos la conveniencia, de realizar educación sanitaria a las personas en hemodiálisis portadoras de fístula arteriovenosa, sobre los riesgos y precauciones a tener en el trato con su mascota y recomendaciones de actuación en caso de sufrir una agresión.

# Intervención de un mentor intercultural desde la consulta enfermedad renal crónica avanzada

Marisol Fernández Fernández-Chamarro, Noelia Fernández-García, Silvia Collado-Nieto, Isabel Galcerán-Herrera, Marta Parella-Lázaro, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción

La mentoría es un proceso mediante el cual un paciente con experiencia (mentor) ayuda a otros pacientes a lograr sus objetivos y promover un afrontamiento adaptativo a la aceptación de la enfermedad renal y a la adherencia al tratamiento renal sustitutivo (TRS) a través de una serie de encuentros. Cuando se juntan la diferencia cultural, barrera idiomática, religiones distintas toma gran importancia la intervención de un mentor.

## Objetivos

Describir la intervención de un paciente mentor intercultural (pakistaní, habla urdú) con un paciente recientemente diagnosticado de ERC, también pakistaní, con negativa a realizarse preparación para TRS.

## Material y Método

Se obtuvieron datos del curso clínico y se solicitó el consentimiento verbal al paciente.

## Resultados

**Descripción del caso:** Situación socio sanitaria: Hombre de 55 años natural de Pakistán. Familia en su país (mujer e hijos), sin familia en Barcelona. Vive en piso de alquiler con 3 personas más, sin relación. Sin ingresos, vive con la ayuda de compatriotas. **Antecedentes patológicos renales:** ERC G5 probablemente secundaria a nefropatía diabética no biopsiada. Inicia seguimiento en consulta ERCA, proceso de decisión y se orienta a hemodiálisis (HD) y se activa circuito de acceso vascular. Empieza a establecer contacto telefónico numerosas veces porque rechaza hacer HD y realizarse la FAV, “sólo accedería si su mujer viene a España”. Realizamos visita donde explicamos nuevamente circuitos (FAV, HD y social). Se detecta barrera cultural (no tanto idiomática) y sentimiento de soledad y desesperación ante situación clínica actual. Se plantea realizar encuentro con mentor intercultural pakistaní para favorecer adaptación al diagnóstico de ERC y necesidad próxima de TRS. En el encuentro el mentor detecta: idea no realista de la HD (sólo conocimiento de HD de su país), ve una FAV y la importancia de rea-

lizarla. El mentor conoce trámites del reagrupamiento familiar que él también realizó en el pasado, realiza educación dietética adaptada a las costumbres pakistaníes e introduce conceptos de trasplante renal (TR) que le ofrecería mejor calidad de vida y viajar a su país. Se remarca la importancia de la adherencia al tratamiento. Supervisamos encuentro y visita posteriormente en que accede a realizarse la FAV, realizar tratamiento de HD y empezar estudio de TR. Entiende los pasos a seguir para el agrupamiento familiar.

## Conclusiones

El paciente mentor intercultural es una pieza más del equipo interdisciplinar de ERCA que ayuda al paciente renal en la aceptación y adaptación a su enfermedad con gran relevancia en pacientes que presentan barreras culturales y/o idiomáticas. Esta Información “entre iguales” (personas que comparten una misma situación) es muy bien recibida y de gran ayuda en el proceso de aceptación de la ERC detectando necesidades y cambios en la adherencia de éste grupo de pacientes con más dificultad. Este mentor detectó la experiencia negativa del paciente con la HD de su país, le dio en primera persona una información real (supervisada). Consiguió disminuir el sentimiento de soledad y desesperación con información y experiencia en el agrupamiento familiar y vio que podía ser factible facilitándole los pasos a seguir.

# La elección de terapia renal sustitutiva en un paciente cardiorrenal: una persona, un camino

Sergi Aragó-Sorrosal, Kelly Patricia Romero-Baltodano, Nuria Clemente-Juan, Lida María Rodas-Marín

Hospital Clínic de Barcelona. España

## Introducción

El proceso de toma de decisiones (TD) en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un proceso complejo y desafiante para los pacientes; en el que los profesionales de la enfermería nefrológica aportan el apoyo necesario. Si además la ERCA se asocia a otras patologías, que aumentan la carga sintomática, da lugar a que la TD se personalice y adapte a cada situación.

## Objetivos

Presentar el seguimiento de un paciente en situación de TD compleja por su comorbilidad hasta la técnica elegida.

## Material y Método

Estudio observacional de un caso clínico de un paciente seguido en la consulta ERCA conjunta de Nefrología y enfermería durante 12 meses.

## Resultados

Paciente de 77 años. Antecedentes HTA, vasculopatía periférica, cardiopatía hipertensiva con fracción de eyección deprimida, adenocarcinoma de sigma estadio 4 (M1 pulmonares, peritoneales y hepáticas), realizadas 3 líneas de tratamiento oncoespecífico y ERCA de causa hipertensiva. Al inicio del seguimiento Barthel 100, Charlson 6, Downton riesgo bajo de caídas, adecuada adherencia a tratamiento, sin riesgo social según escala Gijón. En la escala de malestar emocional, no presentó preocupaciones. Experiencia familiar previa con un hermano en diálisis y cuidador principal de su esposa con dependencia moderada. El paciente recibió información de las diferentes terapias renales, no tributario a diálisis peritoneal o trasplante por comorbilidades y se barajó la opción de tratamiento conservador y el soporte de cuidados paliativos renales, que el paciente descartó. Durante el seguimiento presentó 4 ingresos por descompensación de insuficiencia cardíaca, con clasificación NYHA clase III-IV. Se realizó una valoración interdisciplinar, integrando la valoración de enfermería nefrológica/oncológica focalizada en un plan de cuidados:

- **Adherencia a tratamiento:** Revisión sistemática de medicación.
- **Emocional:** Escucha activa, para centrar las expectativas de respuesta a tratamiento oncológico y el proceso de inicio de terapia renal sustitutiva.
- **Planificación anticipada de decisiones:** En caso de mala evolución o mala tolerancia a terapia renal, el paciente expresa su deseo de no prolongar tratamientos invasivos.

## Conclusión

Después de 12 meses de seguimiento, con 4 ingresos hospitalarios por descompensación cardiovascular, y en función de su situación clínica optó por el inicio de terapia de hemodiálisis a través de catéter venoso tunelizado; con el objetivo de minimizar la sintomatología y los ingresos. Con los cuidados de enfermería se consiguió una buena tolerancia al tratamiento y sin requerimiento de nuevos ingresos, el paciente se mantuvo al frente del cuidado de su esposa. Preciso la activación de la gestora de casos de atención primaria, así como el apoyo del equipo de trabajo social. Tras 6 meses de tratamiento presentó complicación vascular grave (isquemia mesentérica), siendo exitus. La TD en ERCA requiere una estrecha colaboración entre pacientes y los profesionales, para conseguir una atención holística de sus necesidades. Es importante que los pacientes reciban información clara y completa sobre sus opciones y sean involucrados en el proceso de TD para que sean suficientemente personalizadas.

# Manejo de la calcifilaxis con Metamizol magnésico en vía tópica y hemodiálisis extendida: a propósito de un caso

María Ángeles Martínez-Terceño, Lourdes González-Peinado, Andrea Patricia Luna-Mendieta, Rocío Luque-Polonio

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España

## Introducción

La calcifilaxis, es una entidad con mal pronóstico y con alta mortalidad. Se debe a la calcificación vascular que provoca isquemia/necrosis a nivel de la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos. Según el área de presentación, se distinguen dos formas: acral y proximal, con una contribución relativa distinta entre los diferentes factores patogénicos (hiperfosfatemia, hipercalcemia, elevado producto fósforo-calcio, administración de quelantes de fósforo con contenido cálcico, los derivados de la vitamina D y niveles altos de PTH). También se postula el papel de determinadas moléculas inflamatorias de tamaño medio. En general, la distribución proximal de las lesiones y la presencia de ulceración en las lesiones cutáneas, están asociadas a un peor pronóstico, principalmente por la infección de estas. El tratamiento de la calcifilaxis no está bien establecido. En cualquier caso, la cura de las lesiones cutáneas continúa siendo uno de los pilares del tratamiento. El metamizol es un analgésico utilizado para el dolor moderado con una alta eficacia analgésica y baja toxicidad. Existen estudios que muestran que el metamizol produce efecto analgésico a nivel periférico y, por su efecto vasodilatador, puede ser útil para tratar heridas con componente isquémico. Así mismo la hemodiálisis extendida favorece la eliminación de moléculas de mediano peso molecular. La asociación de ambos tratamientos podría ser sinérgica y favorecer la curación de esta dolencia.

## Caso clínico

Mujer de 79 años en hemodiálisis desde febrero del 2021. El 14/04/2022 presentó 3 úlceras dolorosas en abdomen compatibles con calcifilaxis.

**Antecedentes patológicos:** obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética:

- Hemodiálisis extendida, 5 días a la semana, 3 horas de duración.
- Curas locales favorecidas con:
  - Tratamiento analgésico sistémico.

- Al mes, previo consentimiento informado, se añadió metamizol magnésico vía tópica en el lecho de las heridas para disminuir el dolor y facilitar las curas necesarias al reducir el dolor.

## Resultados

- Mejoría de los parámetros inflamatorio.
- Evolución favorable de las lesiones cutáneas hasta su resolución completa a los 7 meses del tratamiento.
- A partir de instaurar metamizol tópico, la paciente refirió disminución del dolor en las curas (de 10 a 3 en la EVA).
- El efecto analgésico logrado persistía más de 24 horas.

## Conclusión

- El metamizol magnésico tópico podría añadir efecto analgésico en las curas de heridas por calcifilaxis.
- El metamizol magnésico, por su efecto vasodilatador, podría ser útil en heridas con componente isquémico.
- Se ha postulado la implicación tanto de un exceso de citoquinas como de la alteración de la coagulación.
- Algunas de estas citoquinas son de mediano tamaño y las membranas que se utilizan en la hemodiálisis extendida eliminan un amplio rango de estas moléculas y probablemente de mediadores inflamatorios.
- El efecto tópico del metamizol en la herida, junto con la hemodiálisis extendida podría ser una buena opción en el manejo de las heridas causadas por calcifilaxis.

# Optimización del catéter venoso central con el sellado de Taurolock

Susana Rosa-Sendra<sup>1</sup>, Diana Carolina Vanegas-Arias<sup>1</sup>, Sheyla Parejo-Esteban<sup>1</sup>, Ana María Sal-Sierra<sup>1</sup>, Pablo Rojo-Villar<sup>1</sup>, Fernanda Gil-Almagro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Guadalajara. España

<sup>2</sup> Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. España

## Introducción

Aunque es sabido que el acceso vascular de elección para hemodiálisis es la fístula arterio-venosa, el porcentaje de pacientes portadores de catéteres venosos centrales es elevado. Esto desemboca en un aumento de problemas relacionados con el mal funcionamiento de los catéteres venosos centrales, tanto en la aparición de infecciones como de trombosis. Todo ello repercute en la calidad de vida de los pacientes, así como en la actividad asistencial enfermera, ya que se enfrentan al manejo de dichos accesos vasculares que presentan disfunción, suponiendo esto un reto para lograr el correcto funcionamiento, y con ello, garantizar calidad en el tratamiento.

## Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es describir un caso clínico relacionado con el repetido mal funcionamiento de los catéteres venosos centrales de la paciente caracterizado por presencia de trombosis.

## Material y Método

Descripción del caso clínico: versa de una mujer de 80 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada secundaria a enfermedad poliquística autosómica dominante, cuyo tiempo de tratamiento en hemodiálisis es de un año y un mes. Presenta como antecedentes personales destacables los siguientes: portadora de nefrostomía, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, fracaso de trasplante renal por disfunción crónica del injerto, entre otros. Tras realizar una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, se observa como patrón disfuncional el nutricional-metabólico. Esto es así porque el caso se caracteriza por el mal funcionamiento del acceso vascular, los catéteres venosos centrales tunelizados que ha portado la paciente, destacando la rapidez en la creación de trombosis intraluminal, lo cual provoca un aumento en las manipulaciones del catéter y el descenso de la calidad de la diálisis, pudiendo acumularse

toxinas y electrolitos. En el último año se ha recambiado en seis ocasiones el catéter, pasando por diversas revisiones, además del empleo de sellados con urokinasa en dieciséis ocasiones, no siendo efectivos. El último catéter venoso central fue colocado el día 01/03/2023, el cual aparentaba disfunción durante los primeros días presentando flujos de sangre bajos, hasta que, tras el consenso en el equipo de nefrólogos y enfermeras, se decidió comenzar con sellados de taurolock® urokinasa 25000 UI. Los diagnósticos NANDA encontrados tras la valoración son: riesgo de infección (00004) y riesgo de desequilibrio electrolítico (00195). Sin olvidar, la presencia de un problema interdisciplinar de trombosis. Por lo tanto, los resultados obtenidos indican que, desde el comienzo de dicho sellado, el catéter ha presentado notable mejoría en su funcionamiento, viéndose reflejado en los valores del flujo de sangre, presiones arteriales, venosas y en la depuración de urea. Siendo ésta de 34,2 L al inicio, y posterior a los sellados con taurolock® urokinasa de 52,9 L.

## Conclusión

Se ha observado mejoría del acceso vascular gracias al empleo de taurolock® urokinasa, ya que se ha visto que es una paciente con tendencia a la formación de trombos. El empleo de dicho sellado ha aumentado su calidad de vida y ha disminuido los costes en el hospital.

# Papel de enfermería en tratamiento de plasmaféresis a razón de un caso clínico

Alonso Rodrigo Valadés-García, Bárbara Parra-Pérez, Inmaculada Hernández-Peña, Begoña Rincón-Reviriego, Susana Florido-Blázquez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España

## Introducción

La finalidad de la plasmaféresis es la eliminación de inmunocomplejos circulantes en el plasma que intervienen en la respuesta inmune, responsables de una enfermedad. Encontramos dos métodos: plasmaféresis por centrifugación y por filtración. Ante la pérdida de volumen plasmático se hace necesaria la reposición con un líquido de sustitución en cantidad equivalente con el que reponer el espacio intravascular. Los más utilizados son: albúmina al 5% y plasma fresco congelado.

## Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso clínico de plasmaféresis donde se expone la técnica realizada manifestando la importancia de la formación de enfermería nefrológica sobre la técnica de aféresis.

## Material y Método

Se realiza análisis retrospectivo y descriptivo. Los datos son recogidos de la historia clínica realizando una revisión bibliográfica referida al caso clínico con consentimiento informado de la paciente.

## Caso clínico

Mujer de 29 años, sin antecedentes que ingresa por fiebre, hematuria y dolor en fosa renal con una ecografía compatible con pielonefritis. Se realiza estudio destacando: proteinuria, anemia con trombocitosis, diuresis conservada, anticuerpos antiMBG positivo, sin afectación pulmonar. Se canalizó vía venosa central y se inició sesiones de plasmaféresis hasta un total de 4, pautando recambio de 4L (3,5L de albúmina 5% + 500 ml de plasma fresco congelado). Las 12 primeras sesiones se realizaron de forma diaria con control analítico pre y post, donde se observó un descenso de títulos de Ac, aunque persistía la disfunción renal y la sintomatología. Se pasaron las plasmaféresis a días alternos, para realizar biopsia, tras aumento de auto Ac y empeoramiento renal se reanuda plasmaféresis diarias. Ante la resolución de la he-

maturia y bajada de Ac se volvió a 3 sesiones por semana. Se realizó biopsia y se diagnosticó esclerosis glomerular del 75% con afectación vascular. Como complicaciones durante el ingreso: SARS-CoV-2, trombosis derivada del catéter femoral, hemorragia post biopsia, además de sintomatología relacionada con la disfunción renal. Ante el deterioro renal se inició sesiones de hemodiálisis, posteriormente pasa a diálisis peritoneal. Actualmente en programa de trasplante renal de donante vivo cruzado.

## Discusión

Las guías recomiendan flujos de sangre entre 100-150 ml/min. En nuestro caso, la membrana que utilizamos fue de 0,45 m<sup>2</sup> de superficie, por lo que era pequeña para ese intercambio. La experiencia del equipo de enfermería en circuito extracorpóreo nos llevó a buscar alternativas en velocidad de flujo de sangre e intercambio plasmático. Así, llegamos a velocidades de 150-200 ml/min de bomba de sangre con velocidad de intercambio plasmático de 13 ml/min. Esto provocó el aumento del tiempo de la terapia llegando a 5 horas de sesión.

## Conclusiones

- Tras diferentes episodios de colmatamiento y coagulación se decidió aumentar el tiempo de sesión, flujo de sangre y disminución de intercambio plasmático.
- Se consiguió mejoría clínica tanto a nivel sintomatológico, anímico y disminución del número de anticuerpos.
- Enfermería consiguió resolver y evitar el agravamiento de algunas de las complicaciones, debido a los conocimientos de las técnicas extracorpóreas.
- El equipo de enfermería nefrológica debe adquirir conocimientos actualizados sobre las técnicas de aféresis y mantenimiento del acceso vascular.

# Plan de cuidados de enfermería estandarizado para mujeres embarazadas en hemodiálisis hospitalaria: a propósito de tres casos

Ana Ulzurrun-García, Carolina Carrera-Gómez, Irene Larrañeta-Inda

Hospital Universitario de Navarra (H.U.N.). España

## Introducción

El embarazo es un proceso que implica cambios fisiológicos a nivel, cardíaco, vascular y renal, que pueden verse agravados si la mujer presenta una enfermedad renal crónica. Desde el año 2019 hemos dializado en la unidad a tres mujeres embarazadas con enfermedad renal crónica, que han precisado como terapia renal sustitutiva la hemodiálisis hospitalaria. Para su cuidado enfermero, hemos aplicado el proceso de atención de enfermería, encontrando similitudes en sus valoraciones y diagnósticos enfermeros, que nos hacen pensar en un plan de cuidados de enfermería estandarizado para la mujer embarazada en hemodiálisis.

## Objetivos

Realizar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para la mujer embarazada en hemodiálisis hospitalaria

## Material y Método

Se ha valorado a cada una de las pacientes según los Patrones Funcionales de M. Gordon, detectando problemas comunes en los tres casos, para los que hemos aplicado los diagnósticos enfermeros a través de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, con la finalidad de crear un plan de cuidados de enfermería estandarizado.

## Descripción breve de los casos clínicos

Todas las pacientes presentaban enfermedad renal crónica de diferente etiología, el embarazo propició la necesidad de hemodiálisis hospitalaria, iniciando dicha técnica en distintas semanas de evolución del embarazo, en semana 12, en semana 16 y en semana 21+2. El acceso vascular de elección en todas ellas fue el catéter venoso central. Las tres mujeres dieron a luz recién nacido vivo de forma programada, debido a pre-eclampsia grave, con necesidad de estancia en UCI pre y post parto. Todas precisaron continuación de terapia renal sustitutiva tras el parto, dos se encuentran en hemodiálisis hospitalaria, y una de ellas en hemodiálisis domiciliaria, ésta última tras fallo de trasplante renal. En la valoración

de enfermería realizada encontramos alterados los patrones: nutricional-metabólico, actividad ejercicio, autopercepción/autoconcepto y adaptación/tolerancia al estrés; que nos conducen a los siguientes diagnósticos de enfermería en común, NOC y NIC:

- 00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos: vías centrales o NOC: 1924 Control de riesgo: proceso infeccioso. NIC: 6550 Protección contra las infecciones.
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos: vía central o NOC: 1105 Integridad del acceso para hemodiálisis. NIC: 4240 Mantenimiento del acceso de hemodiálisis.
- 00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c alteración de la tensión arterial (por aumento o disminución) o NOC: 0414 Estado cardiopulmonar. NIC: 4040 Cuidados cardíacos.
- 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c terapia de hemodiálisis e implicaciones o NOC: 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base. NI: 2020: Monitorización de electrolitos o NOC: 2301 Respuesta a la medicación. NIC: 2380 Manejo de la medicación.
- 00148 Temor r/c entorno desconocido manifestado por miedo o NOC: 1404 Autocontrol del miedo. NIC: 5820 Disminución de la ansiedad. 5270 Apoyo emocional.

## Conclusiones

El plan de cuidados de enfermería estandarizado para la mujer embarazada en hemodiálisis, es una guía para ofrecer unos cuidados de calidad a las pacientes, siempre teniendo presente que hay que individualizar cada caso.

# Plasmaféresis: importancia de la enfermería en el tratamiento de situaciones graves

Mirian García-Martínez<sup>1</sup>, Sandra Pacheco-Martínez<sup>1</sup>, Javier Cristian Perales-Vaca<sup>1</sup>, Alicia Labrador-Pérez<sup>1</sup>, Lucía Merino-González<sup>1</sup>, Miguel Merino-García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

<sup>2</sup> Complejo Asistencial de Burgos. España

## Introducción

La plasmaféresis terapéutica o recambio plasmático terapéutico, se define como una técnica o procedimiento de depuración sanguínea extracorpórea. Dicha técnica consiste en la extracción de un volumen determinado de plasma; con el fin de eliminar o remover partículas de gran peso molecular, patógenos o disminuir la tasa de inmunocomplejos circulantes u otros componentes en el plasma; que intervienen en la respuesta inmune patológica y que son considerados responsables de una enfermedad o de sus manifestaciones clínicas. Son múltiples las patologías que pueden precisar dicha técnica para estabilidad hemodinámica de los pacientes, siendo una de ellas la hipertrigliceridemia (HTG). Nos encontramos con una hipertrigliceridemia grave cuando existe la presencia en sangre de cifras de triglicéridos plasmáticos superiores a 1.000 mg/dl. Sus causas se clasifican en primarias, como por ejemplo, la HTG familiar, y secundarias, como el enolismo crónico. La complicación más grave de esta situación, es la pancreatitis aguda. Aunque en condiciones normales la piedra angular del tratamiento de la HTG consiste en un ajuste y cumplimiento de la dieta, el ejercicio y los fármacos hipolipemiantes, en la HTG grave, dado el riesgo de aparición de pancreatitis, o el comienzo de la misma, se hace preciso un tratamiento con gran efectividad a corto plazo. El indicado para este tipo de situaciones y que cumple estas condiciones es la plasmaféresis.

## Descripción del caso

Varón de 52 años que ingresa en UCI por inestabilidad hemodinámica.

**Antecedentes personales:** Independiente para ABVD. Funciones intelectuales superiores conservadas.

**Hábitos tóxicos:** fumador de 40 paquetes/años. Bebedor de >60 g/día alcohol.

**Factores de riesgo cardiovascular:** No conocidos.

Remitido a consultas de Aparato Digestivo (febrero 2022) por hepatitis autoinmune sin seguimiento desde 2003 en tratamiento crónico con Azatioprina y Prednisona. Visto en consulta de Aparato Digestivo, pendiente de seguimien-

to ambulatorio. Acude por malestar, siendo el diagnóstico una pancreatitis aguda grave necrotizante secundaria a hipertrigliceridemia que requirió ingreso en UCI durante 72 horas; precisando de la canalización de urgencia de catéter de doble luz en femoral derecha para inicio de sesiones de plasmaféresis; con el fin de corregir las cifras elevadas de triglicéridos. Se valora al paciente por sistemas y se entrevista a la familia como cuidadores principales en ese momento.

## Plan de cuidados

Se utiliza las taxonomías NANDA para la etiqueta diagnóstica centrada en la familia de Ansiedad (00146), y se planifican los indicadores NOC, con sus respectivos tratamientos NIC; los problemas de colaboración secundarios a la patología y a los tratamientos/complicaciones potenciales y problemas de autonomía. La actuación realizada administrada por el equipo de enfermería nefrológica responsable de este tipo de técnicas, en colaboración con las enfermeras de cuidados intensivos derivó hacia la estabilidad del paciente.

## Reflexiones

Fue crucial la colaboración y el trabajo en equipo de enfermería, tanto del servicio de hemodiálisis junto con el servicio de cuidados intensivos, ya que se llevó a cabo un trabajo en equipo multidisciplinar, con el fin de lograr la estabilidad del paciente y familia, ya que la diferencia del cuidado la marca la planificación entre enfermeras.



# Resolución atípica de un granuloma de gran dimensión en el orificio de salida del catéter peritoneal. Arduo trabajo terapéutico ante la probable retirada del catéter

Raquel Díaz-Manjón, Laura Rodríguez-Osorio-Jiménez, Rosa Sánchez-Hernández, Cristina Ledesma-Torre

Unidad Fundación Renal del Hospital Universitario General de Villalba. Madrid. España

## Introducción

La infección del orificio de salida del catéter peritoneal puede suponer la retirada del mismo, y por tanto, el abandono de la técnica, ya sea temporal o definitiva. El impacto emocional que esto conlleva puede ser irreparable para el paciente.

## Objetivos

Preservar el catéter en estas circunstancias es de vital importancia y objetivo principal de todo el equipo asistencial.

## Material y Método

Exponemos nuestra experiencia en un caso de una paciente de 64 años de edad, con diagnóstico de ERCA secundaria a disminución de la masa renal por Ca renal precisando una nefrectomía bilateral. En junio de 2021 comienza hemodiálisis a través de un catéter yugular tunelizado, en noviembre 2021 llega a nuestra unidad, tras detectar mala adhesión a la terapia hospitalaria y un claro bajo estado de ánimo, se deriva a consulta de enfermería ERCA para informarle de otras técnicas de depuración. En febrero 2022, se procede a la implantación de un catéter peritoneal tenckhoff recto y en abril 2022 inicia diálisis automatizada en domicilio, mostrando buena adhesión terapéutica y mejoría notable de su calidad de vida y el estado anímico (SF36 y Beck). Sin antecedentes de peritonitis y presentando un buen estado del orificio de salida (OS) en todas las revisiones rutinarias hasta la fecha, el 23 de noviembre 2022, acude a consulta por dolor y presencia de secreción en OS, se confirma infección por *S. Aureus* del OS. Se inicia tratamiento antibiótico oral con clindamicina y curas locales con mupirocina diarias. Además se aplica tratamiento erradicador corporal por exudado nasal positivo (previos negativos). A los quince días continúa con cultivo del OS positivo, mismo germen, refiere no haber completado el tratamiento oral pautado por mala tolerancia al mismo, el aspecto del orificio muestra cierta mejoría. Se decide ATB intraperitoneal y se mantienen curas locales con mupirocina. Impresiona, la aparición súbita de un granuloma de gran dimensión, que comenzamos a tratar con nitrato de plata local, se programaron dos curas semanales presenciales, durante casi cuatro meses hasta conseguir

su desaparición. Posteriormente, aparece tunelitis de forma espontánea, a pesar del buen estado del OS, se decide extrusión de dacrón externo como última medida para erradicar probable infección crónica del cuff.

## Conclusiones

La evolución favorable de la lesión tras cada cura desde el inicio, junto con la ausencia de complicaciones asociadas, como tunelitis, líquido turbio, externalización del cuff..., potenció la motivación de todo el equipo por preservar el catéter y no tomar medidas tan agresivas como la exéresis del tejido lo que supuso un gran reto y esfuerzo terapéutico. Volver a hemodiálisis, ya fuese de manera temporal, supondría de nuevo un enorme impacto en su estado anímico.

## Resultados

Finalmente, la infección fue erradicada, se logró la supervivencia del acceso manteniendo al paciente en la técnica elegida, además durante todo el proceso, no precisó ser trasferida a otra modalidad realizando su pauta DPA habitual. La paciente manifestaba un gran grado de ansiedad ante una evolución tórpida de la infección y posible retirada del catéter.

# Transferencia a hemodiálisis tras una peritonitis por pseudomona, ¿opción definitiva?

Elisabeth Tejada-Aráez, Meritxell Illa-Casellas, Francesc Barbosa-Puig, Isabel Galcerán-Herrera, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

## Introducción

Cuando se habla de peritonitis en un programa de diálisis peritoneal (DP), se refiere a la inflamación, generalmente de etiología bacteriana, de la membrana peritoneal. Representa la complicación más grave de la DP. La infección del Orificio de Salida (OS) aumenta el riesgo de desarrollarla. Las Pseudomonas pueden colonizar el OS del catéter y causar peritonitis de difícil tratamiento que en ocasiones obligan su retirada.

## Objetivos

Describir el caso de un paciente con episodio de peritonitis grave por Pseudomonas Aeruginosa que obligó a la retirada del catéter de DP y transferencia temporal a hemodiálisis (HD).

## Material y Método

Estudio observacional y descriptivo. Los datos se obtuvieron de los cursos clínicos. Se solicitó el consentimiento verbal informado del paciente previamente.

## Resultados

**Caso:** Varón de 73 años con enfermedad renal crónica grado 5 que eligió DP como primera opción de tratamiento renal sustitutivo. En octubre del 2019 inició DP y en enero del 2020 fue trasplantado. En mayo de 2021 presentó un empeoramiento de la función renal secundario a rechazo agudo celular. En septiembre de ese mismo año se deriva a la unidad de DP tras el proceso de toma de decisión y en octubre se coloca el catéter Tenckhoff® para reiniciar DP. En febrero de 2022, en control rutinario se detecta frotis del OS positivo para P. Aeruginosa. Se realiza tratamiento tópico y oral con ciprofloxacino durante 21 días. En mayo, reaparece frotis positivo para P. Aeruginosa resistente a ciprofloxacino, por lo que se inicia tratamiento con gentamicina tópica y ceftazidima 1g iv, según antibiograma, durante 21 días. Se consigue negativizar. Tres semanas después, se aísla de nuevo la P. Aeruginosa en OS y se inicia tratamiento con

ciprofloxacino oral y tópico, según antibiograma. Tras tres semanas, frotis negativo. En octubre se decide cambio de modalidad a diálisis peritoneal automática (DPA) por KTV subóptimo. Empieza entrenamientos semanales para DPA que se suspenden por peritonitis con aislamiento en el cultivo de Pseudomonas. La evolución es tórpida, ingresa en UCI y unidad de hospitalización con deterioro funcional evidente. Durante este periodo se mantiene la DP asistida con antibiótico dirigido según antibiograma. Ante la posibilidad de aislar de nuevo Pseudomonas en el biofilm del catéter y el riesgo de recidiva se decide en un mismo procedimiento retirada y colocación de nuevo catéter con nuevo OS. El paciente permaneció en programa de HD un mes, aprovechando este tiempo para reiniciar los entrenamientos para DPA. En diciembre se retira el catéter de HD y reinicia terapia domiciliar sin complicaciones.

## Conclusiones

El esfuerzo en adaptar los tratamientos a las necesidades de los pacientes y a su situación clínica cambiante, es una rutina habitual en las Unidades de DP. Se prioriza la toma de decisiones consensuadas con los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias, adecuándolas a la evidencia científica. Actualmente el paciente realiza DPA de forma autónoma sin complicaciones, regresando a la técnica escogida originalmente, DP, a pesar de las complicaciones durante el proceso.

# Trasplante renal con ureterostomía cutánea

Soraya Calvo-Sánchez, Lisbeth Carolina Dávila-Torres

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

## Introducción

El trasplante renal es el mejor tratamiento para los enfermos de ERCA ya que mejora la calidad de vida de los pacientes en comparación con el resto de tratamientos posibles, pese a continuar necesitando cuidados específicos. Una ureterostomía cutánea es una técnica en la que el uréter se aboca a la piel de forma directa sin necesidad de usar ninguna parte del segmento intestinal. Uno de los inconvenientes es la necesidad de llevar sondas de ureterostomía para evitar estenosis, lo que conlleva un aumento del riesgo de contraer infecciones ya que existen estudios que datan una tasa de ITU en portadores de derivación urinaria definitiva del 42,8%.

## Objetivos y Exposición del caso clínico

Describir la importancia de realizar una buena educación para la salud con el objetivo de prevenir posibles complicaciones como las infecciones y detectarlas de manera precoz. Varón de 71 años que ingresa en nuestra unidad para realización de primer trasplante renal de donante fallecido. Antecedentes de nefrectomía derecha en 2014 por bajo grado de infiltración del corion y nefrectomía izquierda y cistectomía radical en 2019 por cáncer en pelvis renal. En programa de HD desde 2019 y portador de FAV. En las pruebas pre-trasplante, el equipo de urología le explica que el trasplante renal conlleva la realización de una ureterostomía cutánea. El paciente acepta y entra en lista de trasplante en enero del 2023. El 20-febrero se realiza dicho trasplante renal y ureterostomía cutánea paramedial izquierda con catéter simple J.

## Descripción del plan de cuidados

De los diagnósticos identificados se estableció como prioritaria la disposición para mejorar los conocimientos (000161) y como complicación potencial la infección (10024). Entre las intervenciones seleccionadas se encuentran: cuidados del catéter urinario (1876) y protección contra las infecciones (6550) lo que contribuirá a la consecución de los objetivos planteados en la complicación potencial y cuidados de la ostomía (480) y enseñanza individual (5606) para el diagnóstico.

Se realiza la evaluación con estos objetivos enfermeros: conocimiento: cuidado de la ostomía, conocimiento: proceso de la enfermedad y conocimiento: régimen terapéutico.

## Discusión y Conclusiones

El riesgo de infección de un paciente trasplantado portador de ureterostomía se ve aumentado, ya que, aparte de tener un sistema inmunitario inmunodeprimido, se añade la manipulación de las sondas de ureterostomía abocadas a la piel que comunican con el injerto renal. Una correcta educación para la salud proporcionada por enfermería y la intervención de un equipo multidisciplinar permite un adecuado aprendizaje de los cuidados específicos y una buena prevención y detección precoz de las posibles complicaciones que pueda conllevar una ureterostomía cutánea en un paciente trasplantado renal. Además, ayudar al paciente y a su familia a aceptar esta nueva etapa que conlleva cambios a nivel físico, emocional y social. Por tanto es fundamental el trabajo multidisciplinar para el buen aprendizaje de los cuidados tanto del injerto renal como de su nueva derivación urinaria fomentando la adherencia terapéutica que, en este caso, no sólo implica la toma de los fármacos sino el cuidado de la uretostomia.

# Un ejemplo de la efectividad de la hemodiálisis en intoxicaciones por litio

Cynthia Berzal-Mozos, Alba Martín-Muñoz, Filo Trocoli-González

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

## Introducción

La terapia renal sustitutiva, conocida también como hemodiálisis (HD) es una de las principales líneas de tratamiento para la insuficiencia renal crónica (IRC) en estadios avanzados de la enfermedad, para el tratamiento de insuficiencia renal aguda y para el tratamiento de intoxicaciones. Una de las principales intoxicaciones existentes actualmente es la producida por litio, fármaco antipsicótico y antimaniaco, con una característica singular; presenta un estrecho rango terapéutico, siendo realmente fácil una inframedicación o, en su caso contrario una intoxicación. El tratamiento de la intoxicación por carbonato de litio precisa de un tipo de hemodiálisis urgente, donde es indispensable un protocolo de actuación y unos cuidados de enfermería específicos.

## Objetivos

Demostrar la efectividad de la hemodiálisis no solo para la eliminación de sustancias endógenas sino también para el tratamiento de intoxicaciones emergentes cuando éstas llegan a parámetros nocivos, reduciendo en la mayoría de los casos las complicaciones o incluso, la mortalidad. Además, se quiere mostrar la importancia del papel de la enfermería en este tipo de situaciones.

## Material y Método

Se sigue protocolo presente en la unidad de Nefrología. Los siguientes pasos son:

- Canalización de una vía venosa central (VVC).
- Preparación de la máquina de diálisis y del baño hasta conseguir una concentración final de potasio en torno a 4 mmol/l y de fósforo 3 mg/dl mediante la incorporación al baño ampollas de fosfato monopotásico 1M, de fosfato dipotásico 1M y de cloruro potásico 2M.
- Duración del tratamiento de 4h.
- Conexión y desconexión mediante técnica aséptica.

- Duración el tratamiento se realizaron lavados con suero salino fisiológico de 150 ml cada 30-60 minutos para evitar la hemoconcentración.
- Extracción de analíticas sanguíneas para control iónico y de litemia.

## Resultados

Se consigue una disminución del litio. Partiendo de una litemia superior a 4.3 mmol/L finalizando con un resultado inferior de 1,37 mmol/L tras la hemodiálisis.

## Conclusiones

Con este caso clínico demostramos la efectividad de la terapia renal sustitutiva para la eliminación de litio en intoxicaciones agudas.

# Un reto multidisciplinar en trasplante renal: cirugía bariátrica e hiperoxaluria

María Rodrigo-Valero, Cristina Castro-Alonso, Alba Durba-Lacruz

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

## Introducción

En las consultas de nefrología es cada vez más frecuente la valoración de pacientes para inclusión lista espera trasplante renal que requirieron cirugía bariátrica como tratamiento de obesidad mórbida. Su manejo es complejo requiriendo seguimiento nutricional, pudiendo aparecer otras complicaciones a tener en cuenta, como aparición de hiperoxaluria entérica. Resultaría de la malabsorción de ácidos grasos que produce un incremento de la absorción de oxalato, conllevando un aumento de eliminación renal, con formación de depósitos de oxalato cálcico y litiasis renal, generando deterioro de función renal que precipita inicio en diálisis, siendo difícil entrada en lista espera y un riesgo potencial de fallo del injerto renal.

## Presentación del caso

Hombre 65 años, antecedentes de litiasis renales, hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad mórbida, bypass gástrico 2013, con deterioro rápido de función renal, origen no claro. Tras biopsia, diagnóstico de nefropatía por cristales oxalato y niveles oxaluria 66 mg/24h. Realizado estudio genético mediante secuenciación (genes HOGA1, AGXT y GRHPR) sin variantes patogénicas descartando hiperoxaluria primaria tipo 1 y II.

## Material y Método

Realizada revisión exhaustiva por parte del equipo de guías y bibliografía para control y manejo de hiperoxaluria en este perfil de pacientes, evaluación y ajuste de los protocolos: previa inclusión en lista espera, pre y post trasplante inmediato, seguimiento y control al alta.

## Resultados

Iniciamos programa hemodiálisis intensiva, 5 días/semana, 3,5h/sesión, diuresis nula manteniendo oxalemiyas elevadas 90-66  $\mu\text{mol/l}$ . Ajustes tratamiento médico (quelantes cálcicos y de ácidos grasos, vitamina B6 y retirada de aportes suplementos vitamínicos), intervención nutricionista con dieta baja en oxalatos. Mala tolerancia hemodinámica a diálisis intensiva

simplificamos a 3 sesiones/semana, consiguiendo finalmente disminuir niveles oxalemia  $<30 \mu\text{mol/l}$ , manteniéndolo durante 6 meses previo inclusión lista espera trasplante renal para asegurar depleción oxalato del depósito corporal y evitar recidiva depósito oxalatos en injerto renal. Trasplantado diciembre 2022 con adaptación protocolo individualizado para control específico oxalemia-oxaluria para preservación injerto renal: previo inmediato al trasplante (oxalemiyas seriadas: niveles adecuados), post trasplante inmediato (hemodiálisis intensiva (6 sesiones/semana 4-6h, fluidoterapia alto volumen, nutrición parenteral libre de oxalatos, oxalemiyas seriadas, vigilancia pérdidas gastrointestinales). Al alta en consulta post trasplante reajuste tratamiento oral y reeducación nutricional (dieta baja oxalatos, control vitamina C y retirada suplementos multivitamínicos, añadimos quelantes cálcicos, inhibidores de precipitación urinaria de oxalatos (citrato, magnesio)). Seguimiento ambulatorio, tendencia hiperoxaluria con difícil control con medidas farmacológicas. Después intervención nutricional, mejoría progresiva con disminución valores oxaluria manteniendo oxalemiyas normales, mejoría función renal. Tras puesta en común y manejo multidisciplinar, sospecha de mala adherencia a pautas terapéuticas y transgresión dietética, remitimos a servicio de Salud mental, e intervención conductual.

## Conclusiones

Con todo ello, consideramos imprescindible para el manejo de personas con enfermedad renal e hiperoxaluria secundaria, tanto para diagnóstico precoz, acceso y manejo posterior del trasplante renal, la actuación multidisciplinar de enfermería, nutricionistas, endocrinos, farmacéuticos, psicólogos y nefrólogos formado en todos los ámbitos que estos pacientes engloban, para actuación integral efectiva y eficaz.

# Uso de la maniobra alfa como solución a la malposición del catéter peritoneal

Sandra López-Gómez, Julia García-Fernandez, Begoña Aguado-Navarro, Inmaculada Tapia-Herrera, Tamara Calleja-Hermida

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

## Introducción

La diálisis peritoneal (DP) es una técnica, utilizada en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) como tratamiento renal sustitutivo. Se basa en la transferencia, a través de la membrana peritoneal, de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis. Es preciso implantar un catéter en la pared abdominal, para comunicar la cavidad abdominal con el exterior y poder realizar los intercambios. El extremo intraperitoneal del catéter debe quedar alojado en el saco de Douglas para lograr un funcionamiento óptimo. Sin embargo, dado que el catéter es un tubo flexible, en ocasiones migra en el interior de la cavidad peritoneal, dificultando el drenaje del líquido peritoneal. Una de las complicaciones más frecuentes de la técnica es la malposición del catéter. Para solucionar estas incidencias, en primer lugar, se recurre a la toma de laxantes para aumentar el peristaltismo intestinal y movilizar el catéter, recolocándose en muchas ocasiones. Cuando esta alternativa no es eficaz, en nuestra unidad, recurrimos a la maniobra alfa. La maniobra alfa consiste en la recolocación del catéter peritoneal a través de una guía rígida que se introduce a través del catéter para movilizar el extremo intraperitoneal del mismo. Es posible realizarlo bajo control de escopia, donde podemos comprobar cómo como ha quedado posicionado. Pero también se puede realizar a ciegas en la propia Unidad de DP, siendo una técnica accesible, sencilla y con bajas complicaciones. Una de sus limitaciones es no poder realizarse en catéter autoposicionables.

## Presentación del caso

Se trata de mujer de 61 años con ERC secundaria a poliquistosis renal, en TRS desde mayo de 2022 en modalidad diálisis peritoneal automatizada con día seco. Tras onces meses sin incidencias, acude a urgencias por disfunción del catéter desde hace 48 horas con dificultad en los drenajes, llegando a no poder realizar el tratamiento la noche anterior. Refiere haber tomado los laxantes que se le indicaron en otras ocasiones en las que ha presentado un mal funcionamiento del catéter sin ser efectivos.

## Material y Método

Se le realiza una radiografía de abdomen donde se observa malposición del catéter peritoneal encontrándose el extremo distal en hipocondrio derecho. Se decide programar maniobra alfa urgente, ya que lleva 48 horas sin dializarse. Dado que existe disponibilidad para realizar la técnica con control de escopia, se realiza con control radiológico, objetivando movilización del catéter. En nuestro caso utilizamos una guía rígida de 0,35 mm. Y tras realizar la maniobra alfa se comprueba la adecuada posición del catéter con las imágenes obtenidas. Se coloca un nuevo prolongador, y se comprueba la permeabilidad con la posterior realización de un intercambio peritoneal.

## Conclusiones

La maniobra alfa es una técnica segura y eficaz en la mayoría de casos de malposición por migración del mismo dentro de la cavidad peritoneal, evitando cuando es efectiva, intervenciones quirúrgicas de recolocación de catéter o recambio.

# Criterios de valoración de trabajos científicos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

## 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), Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones. En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

#### 1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

#### 1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

### 2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

#### 2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

## EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

### 1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

#### 1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

#### 1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

### 1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

### 1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

### 1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

## 2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

### 2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

## PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos podrán ser presentados atendiendo a la siguiente clasificación:

- Hemodiálisis.
- Diálisis peritoneal.
- Trasplante renal.
- Atención integral.
- ERCA (Consulta Prediálisis).
- PÓSTER-Casos Clínicos.

Una vez recibidos, son enviados a los miembros del Comité Evaluador, formado por grupos de expertos en estas seis áreas, de forma que cada trabajo será valorado por tres evaluadores diferentes. (Sistema triple ciego).

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:

1. Criterios de estructura: Cada criterio se puntuará bajo el siguiente baremo.

1.a. ORIGINALIDAD: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1.c. METODOLOGÍA: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1.e. TÍTULO: se puntuará de 0 a 1 puntos.

2. Criterios de contenido: (se puntuará de 0 a 10 puntos).

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un coordinador que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las dos puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la puntuación final, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.



La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una reunión conjunta entre la Junta Directiva de la SEDEN y los coordinadores del comité evaluador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del Comité Evaluador.

## EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El Comité Evaluador tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “NOTA” de la planilla de puntuación, si considera el trabajo en cuestión “APTO” o “NO APTO” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato PDF (final) en el mes de septiembre.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de 0 a 10 los siguientes criterios:

- Interés para la práctica de la enfermería.
- Metodología e interés científico.
- Originalidad.
- Calidad artística.

## EVALUACIÓN PÓSTER - CASOS CLÍNICOS

Los trabajos “CASOS-CLÍNICOS” solamente podrán ser presentados como COMUNICACIÓN PÓSTER, siendo los criterios de evaluación los siguientes:

- **Originalidad.** Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.
- **Relevancia.** Se valorará el interés del tema tratado, y si los resultados del estudio son aplicables en la práctica clínica diaria independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.
- **Estructura/Redacción científica.** Se valorará el rigor científico en la redacción del resumen.
- **Valoración del caso.** En este apartado se valorará la exposición del caso, valorándose de forma positiva el uso de un modelo enfermero, y la exposición organizada (por necesidades, patrones, etc), coherente y completa.
- **Enunciado del problema/as.** Se valorará la adecuación y coherencia entre la valoración presentada y la identificación del problema, siendo más favorable el uso de taxonomía enfermera para su exposición.
- **Intervención/Resultados.** En este criterio se evaluará la descripción de la/s intervención/es y su coherencia para dar respuesta al problema/s descrito/s, y de los resultados obtenidos tras la implantación de esa/s intervención/es. Se valorará de forma muy positiva el uso de taxonomía enfermera NOC/NIC.
- **Conclusiones.** ¿Se derivan de los resultados? ¿Son relevantes? ¿Dan respuesta al problema planteado en el caso? Es decir: son significativas, importantes, pertinentes.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de poder cambiar este formato (Comunicación Póster-Caso Clínico) a Comunicación Oral, si así se considerara de interés especial para la práctica de la enfermería o por otras circunstancias.



**SEDEN**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA



# CONGRESO NACIONAL XLVII SEDEN

26 AL 28 DE OCTUBRE - SALAMANCA 2023



**SEDEN**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

[www.congresoseden.es](http://www.congresoseden.es)