

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 18 / Suplemento I / 2015

www.revistaseden.org

Comunicaciones del
XL Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA
Valencia, 6-8 de octubre de 2015

Editores Especiales:
Mónica Brazález Tejerina
Isabel Crehuet Rodríguez
Ana Yolanda Gómez Gutiérrez



Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

ENFERMERÍA **NEFROLÓGICA**

Volumen nº 18 / Suplemento I / 2015

Comunicaciones del XL Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Valencia, 6-8 de octubre de 2015

Editores Especiales:

Mónica Brazález Tejerina

Isabel Crehuet Rodríguez

Ana Yolanda Gómez Gutiérrez

Comunicaciones del XL Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Valencia, 6-8 de octubre de 2015

Director

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

Editores:

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

Antonio Ochando García
Enfermero. Servicio de Nefrología
Hosp. U. Fundación Alcorcón*
aochandoseden@gmail.com

Consejo de Redacción:

Enriqueta Force Sanmartín
Facultad de Enfermería. Barcelona*
eforce@ub.edu

Rosa Alonso Nates
Enfermera
Hospital U. Marqués de Valdecilla
Santander*

Anunciación Fernández Fuentes
Supervisora de Área
Funciones de Procesos Ambulatorios
Hospital Universitario Infantil Leonor
Madrid*
anuncifer@telefonica.net

Rosa M^a Marticorena
Enfermera. St Michael's Health Centre
Toronto. Ontario. Canadá

Nicola Thomas
Faculty of Health and Social Care
London South Bank University, U.K.
nicola.thomas@lsbu.ac.uk

María Saraiva
Profesora de Enfermería
Escola Superior María Fernanda Resende
Lisboa. Portugal
mariasaraiva5993@gmail.com

María Isabel Catoni
Pontificia Universidad Católica de Chile
mcatoni@uc.cl

Consejo Asesor:

Patricia Arribas Cobo
Supervisora. Hosp. Infanta Leonor. Madrid*
patriarribas@gmail.com

Isidro Sánchez Villar
Enfermero. Hosp. Clínico de Tenerife*
isvillar@gmail.com

Guillermo Molina Recio
Experto en bioestadística
Facultad de enfermería. Córdoba*
en1moreg@uco.es

Fernando Ramos Peña
Enfermero. Hosp. de Cruces. Bilbao*
fernando.ramos62@gmail.com

José Berlango Jiménez
Supervisor. Hosp. Reina Sofía. Córdoba*
jose.berlango.sspa@juntadeandalucia.es

Mercedes Tejuca Marengo
Enfermera. Hosp. U. de Puerto Real. Cádiz*
merchetejuca@gmail.com

Francisca Gruart Armangué
Enfermera. RRSS Bellvitge. Barcelona*
pgruart@serveisnet.com

Ana Isabel Aguilera Florez
Enfermera. Complejo Hospitalario de León*
aaguilera2@hotmail.com

María Celia Julve Ibañez
Supervisora. RRSS Bellvitge. Barcelona*
mjulve@hotmail.com

María José Castro Notario
Enfermera. Hosp. U. La Paz. Madrid*
mjcasnot@gmail.com

Olga Celadilla Díez
Enfermera. Hosp. U. La Paz. Madrid*
olgaceladilla@hotmail.com

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

José Luis Cobo Sánchez
Enfermero. Área de Calidad, Formación,
Investigación y Desarrollo de Enfermería
Hosp. U. Marqués de Valdecilla. Santander*
jocobo@humv.es

María Dolores Contreras Abad
Enfermera UGC Nefrología
Hosp. U. Reina Sofía. Córdoba*

Ana Vanessa Fernández Martínez
Enfermera. Clínicas F.M.C Services Murcia
Cartagena*
lavane281280@hotmail.com

Magdalena Gándara Revuelta
Supervisora. Hosp. U. Marqués de Valdecilla
Santander*
mgandara@humv.es

Rosario García Palacios
Enfermera. Hosp. U. De Puerto Real. Cádiz*
gpalacios92@gmail.com

Encarnación Hernández Meca
Enfermera. Hosp. U. Fundación Alcorcón
Madrid*
mehernandez@fhacorcon.es

Juan Francisco Pulido Pulido
Supervisor. Hosp. G. U. Gregorio Marañón
Madrid*
juanfrancisco.pulido@salud.madrid.org

María Victoria Miranda Camarero
Enfermera. Hosp. U. La Princesa. Madrid*
mvmiranda54@hotmail.com

Luis Martín López
Supervisor. Hosp. U. 12 de Octubre. Madrid*
lmartinl.hdoc@salud.madrid.org

Noelia Manzano Gutiérrez
Enfermera. Hospital U. 12 de Octubre. Madrid*
noem11@hotmail.com

María Cristina Rodríguez Zamora
Directora de Enfermería. Facultad de
Estudios Superiores. Iztacala-UNAM. México
cristy@unam.mx

Directora Honorífica

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

Junta Directiva SEDEN:

Presidenta
M^a Jesús Rollán de la Sota
Vicepresidenta:
M^a Milagro Machi Portalés
Secretaria General:
Mónica Brazález Tejerina
Tesorera:
Isabel Crehuet Rodríguez

Vocales:

Vocal de Trasplantes y Hospitalización:
Fernando Ramos Peña
Vocal de Relaciones con otras
Sociedades:
Josep M^a Gutiérrez Vilaplana
Vocal de Publicaciones:
Ana Yolanda Gómez Gutiérrez
Vocal de Docencia:
Filo Trócoli González
Vocal de Diálisis Peritoneal:
Ana Isabel Aguilera Flórez
Vocal de Hemodiálisis:
Fernando González García
Vocal de Nefrología Pediátrica:
María Martínez Pedrero

Edita:

S.E.D.E.N.
Lira 1, escalera centro, 1º C
Tel.: 00 34 91 409 37 37
Fax: 00 34 91 504 09 77
28007-Madrid. España
E-mail: seden@seden.org / http://www.seden.org

Tarifas de suscripción:

Instituciones con sede en el extranjero: 75 € (IVA Incluido)
Instituciones con sede nacional: 65 € (IVA Incluido)

Publicado en octubre de 2015
Periodicidad: trimestral
Fundada en 1975. BISEN, BISEDEN,
Revista de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica y Actualmente
Enfermería Nefrológica.

© Copyright 1998. SEDEN
Enfermería Nefrológica se distribuye bajo
una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial 4.0 Internacional.

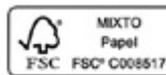


La revista Enfermería Nefrológica se dirige a Enfermeros/as de Nefrología.

La revista cuenta con un gestor editorial electrónico propio que administra también el proceso de arbitraje además de ser repositorio.

Esta revista está indizada en las bases de datos: CINAHL, IBECs, Scielo, CUIDEN, SIIC, LATIN-DEX, DIALNET, DOAJ, DULCINEA, SCOPUS, RoMEO, C17, RECOLECTA, COMPLUDOC, EBSCO, ENFISPO, Redalyc y e-Revista

Maquetación: Exce Comunicación



ISSN: (Versión Impresa): 2254-2884
ISSN: (Versión Digital): 2255-3517
Depósito Legal: M-12824-2012
Este suplemento sólo se edita en versión digital.

Sumario

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Editorial | 7 |
| Relación de trabajos Premiados SEDEN 2015 | 8 |
| Comunicaciones Orales | 9 |
| Atención Integral | |
| Acercando la eHealth al paciente renal | 9 |
| Compromiso de Enfermería en la seguridad del paciente con tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis: detección del riesgo de caídas | 11 |
| Detección del riesgo de exclusión social en pacientes renales crónicos: una asignatura pendiente | 12 |
| Impacto de una aplicación (APP) para el enfermo renal..... | 13 |
| La autonomía como meta. Desarrollo y resultados desde la implantación de un proyecto hospitalario interdisciplinar | 14 |
| Vigilancia epidemiológica y medidas de prevención de la infección nosocomial en una unidad de hospitalización a partir de un brote de Enterococcus Faecium Vanco-R | 16 |
| Casos Clínicos | |
| Alternativas de tratamientos en paciente con trasplante medular | 17 |
| A propósito de caso complicado de trasplante <u>pancreas-riñón</u> . Calidad de cuidados/aplicación taxonomía enfermera | 19 |
| Caso clínico: uso del hemocontrol en el manejo de la ultrafiltración del paciente con insuficiencia renal crónica y cirrosis hepática con ascitis en hemodiálisis | 20 |
| Hemodiálisis a un paciente en tratamiento con yodo radioactivo (I-131) | 21 |
| Hidrotórax en DP, una complicación poco frecuente | 22 |
| Síndrome de encefalopatía posterior reversible en paciente pediátrico con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y emergencia hipertensiva | 23 |
| Diálisis Peritoneal | |
| ¿Cuál es la relación entre función sexual y sintomatología ansioso-depresiva en pacientes en diálisis domiciliaria? | 24 |
| Beneficios del descanso peritoneal..... | 25 |
| Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis | 27 |
| Evaluación del efluente peritoneal turbio en pacientes con insuficiencia cardíaca sin infección peritoneal | 28 |
| Nuevo método de ultrafiltración a pacientes en diálisis peritoneal | 29 |
| Sobrecarga de los cuidadores en diálisis peritoneal | 30 |
| Enfermedad Renal Crónica Avanzada | |
| Impacto de la primera intervención enseñanza: dieta prescrita en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada | 32 |
| La elección del tratamiento sustitutivo renal del paciente en la consulta de enfermería enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) | 34 |
| Preparación de los pacientes para la terapia de sustitución renal, indicadores de calidad en la educación en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Una guía de consenso | 36 |
| Hemodiálisis | |
| ¿Cómo podemos optimizar el volumen de infusión en la hemodiafiltración (HDF) On Line postdilucional? | 37 |
| Actitud de la enfermería nefrológica ante la implementación de taxonomía NANDA, NIC, NOC en el informe de | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| continuidad de cuidados en hemodiálisis | 38 |
| Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis | 40 |
| Bacteriemias relacionadas con catéteres: otra visión | 41 |
| Comparación de un programa de ejercicio intradiálisis frente a ejercicio domiciliario sobre capacidad física funcional y nivel de actividad física | 42 |
| Comparación entre 3 diferentes soluciones de sellado de catéteres tunelizados para hemodiálisis | 43 |
| Control de la anemia mediante biosensores de relleno capilar (Herramienta enfermera) | 44 |
| Cuantificación del deterioro funcional durante 6 meses en paciente renales en estadio terminal | 45 |
| Disfunción de catéteres venosos centrales en una unidad de hemodiálisis hospitalaria | 46 |
| Efecto de la personalización de los cuidados de enfermería sobre la adherencia terapéutica en el paciente renal en programa de hemodiálisis | 47 |
| Efectos de la variación del flujo del líquido de diálisis en la hemodiafiltración On-Line | 48 |
| Eficacia de heparina de bajo peso molecular según la vía de administración en la hemodiálisis de alto flujo y hemodiafiltración en línea | 49 |
| Eficacia del catéter palindrómico en la adecuación en hemodiálisis: estudio prospectivo controlado a 3 años | 50 |
| Electroestimulación neuromuscular intradiálisis, fuerza muscular, capacidad funcional y composición corporal | 51 |
| Evaluación de la calidad del sueño en pacientes en hemodiálisis | 52 |
| Evaluación de la implantación de la técnica del "ojal" o "buttonhole" en una unidad de hemodiálisis hospitalaria: resultados a 12 meses | 54 |
| Fiabilidad y validez del mini nutritional assessment (MNA) en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revisión de la literatura | 55 |
| Hemodiálisis pediátrica: Una necesidad puede ser una realidad. Una experiencia maravillosa en nuestra Unidad | 56 |
| Influencia del ejercicio físico en el desarrollo de la fistulas arteriovenosas nativas | 57 |
| Intervenciones de enfermería para disminuir el riesgo de infección del orificio de salida del catéter | 58 |
| Manejo de la xerostomía en el paciente en tratamiento de hemodiálisis | 59 |
| Plasmaféresis, acceso vascular, técnica y complicaciones. Dos años de experiencia | 60 |
| Prevalencia y factores de riesgo de la xerostomía en el paciente hemodializado | 61 |
| Punción del acceso vascular mediante catéter-fistula: efecto sobre el dolor del paciente y la adecuación de hemodiálisis | 62 |
| Relación de la xerostomía y la ganancia de peso entre las sesiones de hemodiálisis | 63 |
| Respuesta serológica a la vacunación de la Hepatitis B. Experiencia de un centro de hemodiálisis | 64 |
| Resultados de cinco años de certificación de calidad en hemodiálisis | 65 |
| Satisfacción de los usuarios con enfermedad renal crónica en hemodiálisis hospitalaria | 66 |
| Situación del acceso vascular en un centro de diálisis, su relación con mortalidad y papel de la Enfermería | 67 |
| Valoración de la implantación del seguimiento ecográfico del acceso vascular autólogo en la unidad de nefrología | 68 |
| Valoración del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis | 70 |
| Valoración del estado de hidratación de nuestros pacientes desde la implantación de BCM | 72 |
| Valoración del estado nutricional (EN) y consumo alimentario de los pacientes en terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis | 73 |

Trasplante Renal

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ángulo de fase por bioimpedancia pretrasplante en los resultados del trasplante renal | 74 |
| Biopsia renal en receptores de trasplante renal: cuidados de Enfermería y complicaciones | 75 |
| Diagnósticos de Enfermería de mayor frecuencia en reingresos del paciente trasplantado renal | 76 |
| Protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de ECMO: impacto en un programa de trasplante renal | 77 |
| Trasplante renal donante cadáver versus donante vivo 2005-2014 | 78 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Comunicaciones Posters..... | 80 |
|------------------------------------|-----------|

Atención Integral

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Caos organizado en la formación del futuro | 80 |
| Cuantificación de la condición física y la calidad de vida en pacientes con diferentes tratamientos renales sustitutivos | 81 |
| El papel de la enfermera en la investigación clínica. Una nueva opción profesional | 82 |
| Percepción de la importancia del desplazamiento vacacional en pacientes de diálisis | 83 |
| Valoración de calcificaciones vasculares en pacientes dializados mediante los índices de Kauppila y Adragao y su asociación con el índice tobillo brazo | 85 |
| Valoración y diagnóstico del Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios de una unidad de nefrología pediátrica | 86 |

Diálisis Peritoneal

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Bioimpedancia en diálisis peritoneal relacionando tensión arterial y sobrehidratación | 87 |
| Líquido turbio en diálisis peritoneal | 88 |
| Valoración del grado de hidratación en diálisis peritoneal. Bioimpedancia y percepción de edemas | 90 |
| Videoconferencia en una unidad de diálisis peritoneal, mediante Skype® | 92 |

Enfermedad Renal Crónica Avanzada

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ¿Coincide la elección del paciente durante la información de opciones de tratamiento con la opción de inicio? | 93 |
| Control del exceso de peso en pacientes renales en la consulta de enfermería nefrológica | 94 |
| Desarrollo de un registro para seguimiento interdisciplinar del acceso vascular | 96 |
| Estado nutricional del anciano frágil en consulta de ERCA | 97 |
| Estudio sobre la implantación de la consulta de ayuda a la decisión para el inicio de tratamiento renal sustitutivo | 98 |
| Medidas adoptadas para conseguir que todos los pacientes que inicien tratamiento pasen por la consulta ERCA de enfermería | 99 |

Hemodiálisis

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ¿Es obligatoria la retirada del catéter permanente en pacientes pediátricos con bacteriemia secundaria a infección por Estafilococo Aureus? | 101 |
| ¿Qué sabemos de la seguridad del paciente en hemodiálisis? | 102 |
| Abordaje de fístulas arterio-venosas bajo visión ecográfica | 103 |
| Adherencia al tratamiento con Cinecalcet | 104 |
| Análisis de un año de informe de continuidad de cuidados usando taxonomía NANDA, NIC, NOC en una unidad de hemodiálisis | 105 |
| Autocuidados personalizados del acceso vascular | 107 |
| Creación y puesta en marcha de una aplicación móvil de salud para mejorar la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis | 108 |
| Diagnósticos de enfermería basados en el grado de conocimiento de la dieta en la enfermedad renal | 109 |
| Eco-doppler como herramienta en la punción de fistulas arterio-venosas | 110 |
| Edad y morbilidad: ¿factores determinantes en la elección del acceso vascular para hemodiálisis en nuestra unidad? ... | 111 |
| Ejercicio físico durante la sesión de hemodiálisis como parte del cuidado integral del paciente renal | 113 |
| Emla® vs Cloretilo®: anestésico tópico ideal según los pacientes de nuestra unidad de diálisis | 114 |
| Enfermedad renal crónica en una paciente en hemodiálisis. Entrevista con Sara | 115 |
| Estudio comparativo de eficacia y seguridad de dos bioconectores para el catéter venoso central de hemodiálisis | 117 |
| Experiencia de consultoría externa enfermera. Ampliando el ámbito profesional | 118 |
| Importancia del grado de dependencia funcional en paciente en hemodiálisis | 119 |
| Inclusión de la terapia de hemoperfusión con Polimixina B en nuestra unidad de hemodiálisis (docencia enfermera) ... | 120 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Influencia del ejercicio físico sobre el estado emocional y la calidad de vida percibida por pacientes en hemodiálisis | 121 |
| Instauración de un protocolo de formación de personal nuevo de enfermería para hemodiálisis | 122 |
| La hiperfosfatemia en paciente renal en programa de hemodiálisis | 124 |
| Plan de seguridad para una unidad de hemodiálisis II | 125 |
| Reparación del túnel subcutáneo de un catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis | 127 |
| Rescate de un acceso vascular para hemodiálisis. A propósito de un caso | 128 |
| Resultados y análisis enfermero de dos años de implante del dispositivo VWING™ en el estado español | 130 |
| Satisfacción del paciente en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal): aspectos a mejorar | 131 |
| Seguridad del paciente en la práctica clínica de una unidad de hemodiálisis | 132 |
| Turno de la sesión de hemodiálisis posible factor influyente en la desnutrición en enfermos renales | 133 |
| Unificación de dos hospitales, unificación de criterios formativos en las dos unidades de diálisis. Una experiencia | 134 |
| Uso de la tecnología para personalizar el tratamiento de los pacientes en hemodiálisis | 135 |
| Valoración de la calidad de vida y técnicas de diálisis mediante un cuestionario de resultados percibidos por el paciente ... | 136 |
| Valoración de la superficie del dializador en la hemodiafiltración On-Line | 137 |
| Trasplante Renal | |
| Análisis metodológico del fomento del ejercicio físico en el proceso postquirúrgico del trasplante renal | 138 |
| Elaboración de un check-list de verificación en la recepción postquirúrgica para mejorar la seguridad del paciente sometido a trasplante renal | 140 |
| Espasmo vesical: dolor más común y difícil de manejar en el post-operatorio del trasplante renal | 142 |
| Criterios de valoración de trabajos científicos | 143 |

Editorial

Queridos compañeros

Como Vocal de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica es un placer ofreceros el resumen de los trabajos de investigación presentados al XL Congreso Nacional de la SEDEN que se celebra este año en Valencia. Hace ya 40 años que, centrados en el cuidado de las personas con enfermedad renal, los Enfermeros de Nefrología se reúnen para compartir experiencias, crear lazos de amistad y tejer redes de cooperación.

Cada año se aúnan en los trabajos pasión, tiempo robado a la familia o al ocio, ilusión, originalidad. Cada año se incorporan nuevos enfermeros, savia y sabor nuevos y nos nutrimos del saber hacer de los veteranos.

Cada año el Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica da testimonio del compromiso profesional y personal de todos nosotros y permite demostrar la unidad de la profesión, el deseo de mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos. Enhorabuena a todos los que en estos años han aportado sus trabajos de investigación y divulgación, porque cada conocimiento adquirido nos enriquece a todos. A todos los que hemos disfrutado escuchando las exposiciones a pie de póster o en comunicaciones orales (Talante y talento en cada sesión) ánimo para participar y seguir avanzando juntos.

Gracias a los Evaluadores, unas GRACIAS especiales al trabajo excelente de la Secretaría de nuestra Sociedad, conocemos la complejidad de su labor. Y por supuesto a todos los que colaboran en la edición de esta recopilación que cada año da fe del buen hacer de los Enfermeros de Nefrología.

Que disfrutéis esta compilación y ¡Felices 40 Años de Congreso!

Un cordial saludo en nombre de la SEDEN.

Ana Yolanda Gómez Gutiérrez

Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Premios Congreso SEDEN Valencia 2015

Premio Izasa Hospital. “Accesos Vasculares y Nuevas Tecnologías”.

Influencia del ejercicio físico en el desarrollo de la fistulas arteriovenosas nativas

M^a Teresa López Alonso, Valentín Lozano Moledo, Anna-Yuguero Ortiz, Néstor Fontseré Baldellou
Hospital Clínic. Barcelona.

Premio B.Braun Medical. “Personalización del Tratamiento de Hemodiálisis”.

Valoración de la implantación del seguimiento ecográfico del acceso vascular autólogo en la unidad de nefrología

María del Valle Garrido López, Carolina Sesmero Ramos, Almudena Ortigosa Bariola, Enrique Gruss Vergara
Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.

Acercando la eHealth al paciente renal

Raquel García Moreno, Laura Picazo López, Carme Grau Pueyo, Mónica Rico Torrents, Thais López Alba, Carmen Moya Mejía

Corporació Sanitari Parc Taulí. Barcelona. España

Introducción:

La cronicidad y las características propias de la enfermedad renal hacen que los pacientes se desmotiven y los cuidadores claudiquen, dificultando la adherencia al plan terapéutico.

Un paciente informado tiene poder de decisión sobre su enfermedad. La posibilidad de tomar decisiones puede mejorar la adherencia y compromiso en su autocuidado. Actualmente Internet es la mayor fuente de información sanitaria, la tasa de utilización de servicios eHealth en España es una de las más altas de Europa.

En este contexto, creemos necesario acercar la eHealth al paciente renal y a su entorno diseñando una guía específica para él en la web institucional de nuestro centro.

Objetivos:

Analizar las visitas registradas en la "Guía para el paciente con Insuficiencia Renal (IR)".
Valorar el grado de satisfacción de pacientes y profesionales sobre la guía.

Metodología:

1. Estudio: cuantitativo, observacional de corte transversal.
2. Muestra:
 - Pacientes en Tratamiento Sustitutivo Renal (TRS), controlados en nuestro centro: 112
 - Profesionales de la unidad: 45
 - Exclusión: negativa e incapacidad
3. Material:
 - Encuesta anónima a pacientes sobre su grado de interés en las Tecnologías de Información y Comunicación aplicadas a la IR.

- Guía para el paciente con IR.
- Díptico y póster informativos para su difusión.
- Encuesta anónima a pacientes y profesionales para valorar el impacto y grado de satisfacción 6 meses después de publicar la guía.

4. Método:

- Análisis de visitas en la guía: entradas, páginas más consultadas, promedio de tiempo en cada página.
- Análisis de resultados de las encuestas a pacientes y profesionales.
- El análisis de datos mediante porcentajes en hoja de cálculo y Google Analytics para las visitas de la guía.

Resultados

Páginas vistas: 3716 (7,60% del total de entradas en la web institucional).

Temas más consultados: alimentación (20,92%), información sobre las características propias de cada tipo de TRS (20,07%), situaciones de urgencias y preguntas frecuentes (14,76%).

El trasplante es donde han navegado más tiempo.

Pacientes: respondieron la encuesta el 50,89% (57 pacientes). El 53,57% de ellos >71 años.

Al 95,83% el proyecto le pareció interesante y necesario.

El 80% opina que es útil.

El 92,30% recomendaría esta guía.

Puntuación global: 8,5.

Profesionales: respondieron la encuesta el 73,33% (33); Enfermeras/os (78,78%), auxiliar de enfermería (9,1%), médicos (12,12%).

Al 96,63% les pareció un proyecto interesante y necesario.

Un 81,47% lo considera útil.

Un 92,8% recomendaría esta guía.

Puntuación global: 7,88.

Conclusiones

- El alto grado de satisfacción obtenido, nos lleva a creer en la importancia y necesidad de información sobre la patología renal en Internet.
- La e-Health es una realidad cada vez más presente en nuestro día a día. Incluso personas mayores, muestran gran interés y expresan la necesidad e importancia de información cuando ésta se refiere a su salud.
- Los temas más consultados en la guía coinciden con los temas por los que los pacientes mostraban más interés en la encuesta previa a la realización de la guía.
- Realizar una valoración posterior de la guía, por personas que la han utilizado, es muy enriquecedor para ver la usabilidad y utilidad de ésta, pero también para recoger impresiones sobre temas a mejorar o añadir.

Compromiso de Enfermería en la seguridad del paciente con tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis: detección del riesgo de caídas

M^a Isabel Durán Muñoz, Teresa E. Lope Andrea, M^a Montserrat García Moya, M^a Belén Peix Giménez, M^a Aránzazu Chamorro Díez, Jesús Sanz María

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción:

La seguridad del paciente durante la hemodiálisis es crucial para que la asistencia sea de calidad. La hemodiálisis conlleva un riesgo de caídas que hay que conocer y evitar. Desarrollar un programa de prevención de caídas es importante para todo tipo de instalaciones, particularmente hospitalares.

Objetivos:

Valorar el riesgo de caídas de pacientes en programa de hemodiálisis, describir características, causas y consecuencias de las caídas.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo de pacientes, de una unidad de 62 pacientes en programa de hemodiálisis.

Se incluyó a 44 pacientes que permanecieron en programa de hemodiálisis durante el periodo del estudio.

Se excluyó a pacientes con hemodiálisis que dejaron de recibir este tratamiento y los de nueva incorporación.

Periodo del estudio: Octubre13–enero15.

Para valorar el riesgo de caídas, se utilizó: escala de riesgo de caídas J.H.DOWNTON.

Para describir caídas y sus características, se utilizó: registro de caídas a nivel hospitalario.

Variables: Riesgo de caídas, factores socio-demográficos: Sexo, edad, causas y consecuencias de la caída.

Resultados:

De 44 pacientes del estudio, 31,82% son mujeres y 68,18% varones, edad media 66,88±16,91 (media ± D.E.) con rango entre 23-95 años.

El 2,27% de estos pacientes no tienen riesgo de caídas, el 27,27% tienen riesgo de caídas moderado y el 70,45% tienen riesgo de caídas alto.

Durante el estudio, se produjeron 5 caídas en 4 pacientes, registrados con nivel de riesgo de caídas alto. Un paciente tuvo dos caídas y 3 tuvieron una caída. Causas:

- En el (60%) de las caídas, pérdida de fuerza con deslizamiento, después de la sesión de hemodiálisis, sin caídas previas registradas y sin consecuencias inmediatas.
- En el (20%) de las caídas, pérdida de fuerza con deslizamiento, antes de la sesión de hemodiálisis, sin consecuencias inmediatas, con registro de caída previa.
- En el (20%) de las caídas, mareo y pérdida de fuerza después de sesión de hemodiálisis, sin caídas previas y con consecuencias graves.

Conclusión:

El 97,72% de nuestros pacientes, tienen riesgo de caídas. Todos los pacientes que sufrieron caídas, estaban registrados con un nivel de riesgo de caídas alto.

El 80% de las caídas, ocurrieron después de la sesión de hemodiálisis.

La causa principal de caídas fue, pérdida de fuerza con deslizamiento, sin historia de caídas previas registradas y sin consecuencias inmediatas.

Discusión:

Los registros, nos permiten conocer problemas de seguridad, identificar fallos y establecer medidas de mejora que prevengan nuevos fallos.

La política de mejora continua de la calidad en la asistencia sanitaria, hace necesario elaborar e implantar un plan de seguridad en las "Unidades de Hemodiálisis".

Planteamos elaborar un "Plan de seguridad del paciente en hemodiálisis", que recoja riesgos a los que están sometidos estos pacientes, para mejorar la calidad asistencial, y disminuir costes que suponen dichos accidentes.

Utilizar, por parte del personal de la limpieza, carteles de seguridad informativos de suelo húmedo y resbaladizo.

Elaborar carteles informativos con consejos específicos para prevenir caídas.

DetECCIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN PACIENTES RENALES CRÓNICOS: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

Ana Yolanda Gómez Gutiérrez, M^a Olga Vegas Prieto, M^a Henar Sanz Frutos, M^a Jesús Rollán de La Sota

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Introducción:

El envejecimiento y dependencia de los pacientes renales crónicos suponen un desafío sanitario. La tendencia actual está migrando de los modelos tradicionales de ayuda familiar hacia servicios de salud y sociales. Objetivo de este trabajo es documentar las características sociodemográficas de los pacientes en diálisis de nuestro centro y detectar sus necesidades para mejorar la planificación de su atención intra/extrahospitalaria. Revisada la literatura, el entorno de los pacientes renales crónicos no se explora, siendo esta una de las necesidades básicas. La relación Enfermero/paciente excede en Nefrología la vinculación terapéutica (2) constituyendo una relación terapéutica extendida que permite percibir riesgo de exclusión social en pacientes renales desde el comienzo de la actual coyuntura económica.

Método:

Estudio descriptivo transversal observacional. Valoración clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar mediante cuestionario creado y validado al efecto. Tabla 1. Cuestionarios modificados de Norton, Barthel y Gijón. Criterios de inclusión: pacientes en la Unidad a 14 de febrero. Criterios de exclusión: Pacientes de alta complejidad (UVI; Coronarias) en tratamiento dialítico: sus observaciones podrían sesgar la muestra. Instrumento para la recolección de datos: Se diseñó y validó la encuesta que incluye factores sociodemográficos y económicos. Los datos se recogieron por observación directa. Se creó una base de análisis estadístico con el programa SPSS 20.

Resultados:

Datos sociodemográficos: El 86.77% son mayores de 50 años. El 90% sufre pluripatología. Predomina entorno urbano 53.35 % vs rural. En el 60% de los casos el domicilio es propio. El tiempo en diálisis es inferior a 5

años en un 66.6% de los casos. El deterioro y la edad determinan que solo el 33.34% lleven más de 5 años en tratamiento, y definen un índice de fallecimientos del 12.5% en el último año. El 56% ha sido trasplantado. Índice de Norton (4): el 73.33% no presenta riesgo vs el 26.66 que es medio/muy alto. Según la Escala de Barthel el 49,98% es dependiente. El 30% padece dependencia leve/moderada; el 19.6 % sufre dependencia grave/total. Situación familiar: El 50% de los pacientes dependientes convive con familiares. El 6% vive solo. Situación Económica: el 86% es pensionista. Se recoge un caso de indigencia. Resulta un dato referido la adecuación de la vivienda; no se visita el domicilio del paciente. Relaciones sociales: El 56.66% refiere relaciones sociales satisfactorias, el 30% únicamente con familia y vecinos. Apoyos y redes: el 80% recibe apoyo familiar/vecinal, el 10% ayuda domiciliada concertada, el resto carece de apoyos.

Discusión:

Las escalas utilizadas no expresan a juicio de los autores las carencias físicas de los pacientes: están diseñadas para pacientes agudos de breve hospitalización. Se advierten carencias pecuniarias que conllevan menor adherencia al tratamiento. Consideramos imprescindible valorar el entorno del paciente a su ingreso y con frecuencia anual, o tras sucesos irruptivos (viudedad, amputación, tutela) así como la vinculación entre Enfermeros de Atención primaria y especializada para identificar las carencias. La información recogida permite detectar las necesidades de nuestros pacientes. En el momento de cierre del presente trabajo tres de los pacientes han sido remitidos a Trabajo Social y derivados a residencias tuteladas para su asistencia.

Impacto de una aplicación (APP) para el enfermo renal

Gloria Casals Suau, Marina Fenollar Boixader, Anna Morera Torres, Josep María Galceran Gui

Althaia Centro Hospitalario. Barcelona. España

Introducción:

Las enfermeras y médicos de los servicios de Nefrología damos diariamente consejos sobre alimentación, cuidados de accesos vasculares, control de peso... Esta información se transmite verbalmente o en formato papel. A pesar de los esfuerzos, en el momento "de la verdad" los pacientes son un mar de dudas ya que han olvidado parte de la formación, no suelen tener a mano los documentos informativos, y se hace complicado contactar con enfermería. Como resultado se adoptan restricciones dietéticas innecesarias o actitudes de riesgo.

Para facilitar esta importante cuestión, hemos realizado una aplicación para móviles y tabletas que engloba los consejos dietéticos para el enfermo renal. Ideamos las funcionalidades y entrevistamos a pacientes para mejorarlas. Elaboramos consejos, un buscador de alimentos, recetas y menús...con la colaboración de una entidad de prestigio en el campo de la alimentación. Tras casi dos años de trabajo, en julio de 2014 se completó el proyecto, bautizado como Pukono.

Objetivo:

Evaluar la usabilidad de una aplicación para Smartphone a 1 año de su puesta en marcha.

Material y Métodos:

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal
Población de estudio: Usuarios que han descargado la aplicación. Análisis: Obtención de datos en plataforma "Flurry". Soporte estadístico: Microsoft Office -Excel.

Resultados:

Tras 10 meses de disponibilidad, la aplicación ha sido descargada por 5.147 usuarios, de los cuales 781 se conside-

ran activos. El ritmo medio de nuevos usuarios es de 571/mes. El total de sesiones realizadas es de 90.351 y su tiempo medio 1,0 minutos. El sistema operativo seleccionado es mayormente Android (65,5%) y el resto iOS (34,5%).

El 81,4% de las consultas se centran en la información sobre la seguridad de un alimento concreto (buscador), y el más consultado es la fresa/fresón, seguido de la achachofa, patata y plátano. Un 8,6% de consultas se refieren a consejos para la manipulación de alimentos y un 10,0% a búsquedas de recetas o menús.

A pesar de que por el momento la aplicación sólo puede descargarse en España, casi un 17% de los usuarios iOS la han configurado en idioma inglés, y se producen regularmente un pequeño número de sesiones desde otros continentes distintos a Europa, lo que parece indicar que usuarios que la obtuvieron en España la siguen utilizando al volver a sus países de origen.

Discusión:

Sin poder establecer comparaciones con aplicaciones similares ni tampoco disponer de encuestas de satisfacción específicas (tan sólo podemos señalar que la calificación general es óptima -5/5-), constatamos que la aplicación se ha instaurado sólidamente, con cerca de 800 usuarios activos, un buen ritmo de crecimiento y numerosas solicitudes de información adicional en la página web, a la vez que peticiones para abrir su descarga a nuevos países. La funcionalidad más utilizada es la consulta rápida de la seguridad de un alimento concreto.

Conclusión:

Pukono es una herramienta útil para cuidadores y pacientes renales en su selección de una dieta variada y segura, con potencial de crecimiento en contenidos y que se mantiene entre las principales descargas de aplicaciones relacionadas con la salud en España.

La autonomía como meta. Desarrollo y resultados desde la implantación de un proyecto hospitalario interdisciplinar

María Victoria Miranda Camarero, Pinar de Lucas Garrido, Margarita Sacristán Rodríguez, Diana Sánchez Vergara, Begoña Reñones Pérez, Carmen Torres Echevarria

Hospital Universitario de la Princesa y Clínica Ruber S.A. Madrid. España

Introducción:

Durante la hospitalización se modifican las capacidades físicas, psíquicas y emocionales. La edad, pluripatología y la disminución de la actividad física deterioran el bienestar, prolongan la hospitalización, aumentan el riesgo de complicaciones y utilizan más recursos humanos y materiales. El paciente con síndrome de inmovilidad es considerado de alto riesgo. Para evitar la pérdida de autonomía durante el ingreso diseñamos el proyecto/programa interdisciplinar denominado "Movimiento es Salud", en él están comprometidos los equipos: trabajo social, rehabilitación y nefrología (hospitalización). Consensuamos un protocolo abierto y dinámico para: - aunar las actuaciones de todo el equipo sanitario, - unificar los registros: - valoración del paciente, - seguimiento y - recomendaciones al alta.

Objetivos:

Conservar la autonomía del paciente incluyendo en el proceso a profesionales, paciente y su entorno/familia. Acortar la estancia hospitalaria y facilitar su regreso al domicilio.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo tomando frecuencias y proporciones. Son valores estadísticamente significativos = $p < 0.05$.

Análisis estadístico Epidat v. 3.1. Variables:

- Intervenciones sociales.

- Complicaciones: úlceras por presión (UPP) y caídas.

Recursos: Protocolo. Escala de Barthel adaptada/validada. Guía: autocuidados/recomendaciones/registros diarios. Valoración/seguimiento (equipo y familia): Al ingreso → 72h → semanalmente → alta. Tabla: ejercicios. Recomendaciones al alta. Recursos humanos.

Criterios de inclusión: Ingreso mayor de tres días, pluripatología o > de 75 años. Estabilidad clínica. Mínimo 20

puntos de los 30 posibles en la escala. No reposo. Orientado (tiempo espacio y lugar) y nivel de colaboración.

Periodo: Diciembre 2013 → diciembre 2014. Muestra: 2013 = 305 pacientes; 2014 = 345 pacientes. Para el grupo control se han elegido por historias al azar de los pacientes ingresados en hospitalización de nefrología durante el año 2014 siguiendo los mismos criterios que en el año 2013.

Resultados / Discusión:

TRABAJO SOCIAL: 2013 → 305 pacientes, 81 requirieron intervención social (26,557%). 2014 → 345 pacientes, 54 requirieron intervención social (15,652%). Diferencia proporciones IC (95,0%): 2013=0,043, 2014: 0,175. $P=0,0009$. Estadísticamente significativo.

En 2014, 3 pacientes solicitan permanencia en el hospital, en 2013 que fueron 12 pacientes los que lo demandaron (→75%).

2014 → un 9% más de pacientes valorados, sin embargo el número de pacientes que han precisado intervención social ha disminuido en un 33,3% con respecto al año 2013.

UPP: 2013 → 305 pacientes, 25 presentaron UPP (8.197% de los casos). 2014 → 345 pacientes, 15 sufrieron UPP (4,348%). $P= 0.0609$. Tendencia favorable al descenso.

CAIDAS: 2013 → 305 pacientes, 14 caídas (4.590%). 2014 → 345 pacientes, 5 caídas (1.449%). $P = 0.0324$. Estadísticamente significativo.

Conclusiones:

- En un año de funcionamiento observamos una disminución significativa en las intervenciones sociales, un

significativo descenso de caídas y tendencia favorable al descenso en UPP.

- Produce ahorro en recursos ya que habitualmente solicitamos varios tipos de intervención/paciente: apoyo psicosocial, gestión de ayuda a domicilio, teleasistencia, centro de continuidad de cuidados de tra-

tamiento al alta... etc.

- La cultura respecto al paciente ingresado y el reposo ha cambiado.
- El proyecto/programa favorece la comunicación interpersonal/interprofesional y motiva a pacientes y profesionales.

Vigilancia epidemiológica y medidas de prevención de la infección nosocomial en una unidad de hospitalización a partir de un brote de *Enterococcus Faecium* Vanco-R

Gloria García Gallardo, Ernestina Junyent Iglesias, Carlota Hidalgo López, Cristina González Juanes, Merce Comas Serrano

Hospital del Mar. Barcelona. Madrid. España

Introducción:

El Enterococo es una bacteria intestinal que puede producir infecciones. Con la presión antibiótica, han aparecido cepas multirresistentes (MR). En hospitales de diversos países han producido brotes nosocomiales con implicaciones económicas y de morbi-mortalidad importantes. Los MR permanecen en el entorno y son difíciles de erradicar.

La posibilidad de contraer una infección nosocomial está determinada por la susceptibilidad del paciente y las intervenciones a los que es sometido. Los pacientes trasplantados presentan un riesgo alto y la mayoría de pacientes de nefrología presentan un riesgo medio, según la clasificación "Riesgo diferencial de IN por paciente e intervención" 1 de la OMS.

En julio de 2012 la densidad de incidencia/anual de *Enterococo faecium* resistente a Vancomicina (EFVanco-R) en nuestro centro (hospital universitario de 400 camas) cambió de 1-3 casos/año a 1-2 casos/mes intermitentemente: 4 casos en la UCI en julio/agosto, 3 casos área quirúrgica agosto/septiembre, y en nefrología 3 casos octubre y 5 en noviembre.

Declarándose un Brote Epidémico en nov/2012. Acuerdan los Servicios de Nefrología, Programa de control de infecciones, y servicios generales, los paquetes de medidas (PdM /bundles) a aplicar.

- Analizar la vigilancia epidemiológica y las medidas de prevención adoptadas.
- Valorar si los frotis positivos aumentan con los días de ingreso.

Análisis retrospectivo descriptivo de los frotis anales en pacientes que ingresan en Nefrología desde enero/2013 a diciembre/2014.

Para hacer frente al brote epidémico se añadieron PdM y se mantuvieron hasta que no aparecieron casos nuevos en 2 meses:

1. Refuerzo de medidas básicas.

- Rigor en: higiene de manos, aislamientos, uso correcto de guantes
 - Revisión de protocolos de limpieza y desinfección
 - Educación y entrenamiento al personal/asistencial.
 - Frotis anal (FAN) de vigilancia a todos los pacientes de Nefrología al ingreso y semanal.
2. Medidas específicas:
 - Revisión/retirada de productos de múltiple uso.
 - Agrupación de los pacientes portadores de EFVanco-R.
 - Restringir los ingresos durante el brote.
 - Cultivos ambientales (CA).

Durante el periodo de estudio ingresan 1194 pacientes. Se realizaron un total de 1568 FAN, obteniendo resultado válido en 95%, el 20% fueron positivos tanto a microorganismos sensibles como MR. En Los frotis al ingreso (FI) se obtuvieron un 15% de positivos y un 28% en los frotis sucesivos/semanales (FS). Un 47% cultivos positivos (FI y FS) fueron microorganismos MR, de estos un 26% fueron incidentes de origen nosocomial.

De los CA realizados obtuvimos muestras positivas: septiembre/octubre-2012: 21%, noviembre-2012: 38%, enero-2013: 7%, junio/julio-2013: 8%.

En la evaluación del cumplimiento de la higiene de manos: 2012 (78%), 2013 (67%), 2014 (67%).

El aumento de positividad en los FS respecto a los FI, demuestra que los pacientes se colonizan por MR durante su hospitalización.

La densidad de incidencia/anual de MR no disminuye. Pero si analizamos por tipo MR observamos que algunos de ellos si han disminuido y el EFVanco-R ha desaparecido.

Creemos que los bundles son eficaces para evitar la transmisión de MR, aunque los antibióticos de amplio espectro ejercen "presión selectiva" y son causa de aparición de nuevas enterobacterias MR difíciles de tratar.

Alternativas de tratamientos en paciente con trasplante medular

Dolores Piña Simón, Aitana Hernández Pérez, Irene Sánchez Albarrán, Elena Garza Jiménez, Soraya Calvo Sánchez, Esmeralda Medel Gutiérrez

Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. España

Introducción:

Las indicaciones en el trasplante medular (TMO) son: anemia, aplásica, leucemias, quimioterapias, enfermedades genéticas, trastornos del sistema inmunológico.

Hay tres tipos de trasplantes: autólogos, singénicos, alogénicos.

Tanto el trasplante autólogos, como alogénicos están asociadas a un gran número de complicaciones, Todas estas complicaciones junto con el uso de drogas potencialmente nefrotóxicas pueden producir un deterioro de la función renal, y las causas son multifactoriales. La IRA está asociado a una alta mortalidad 83 % en 47 días. Las necesidades de HD es de 2-5% siendo siempre agudas, y escasamente crónicas.

Caso Clínico:

Mujer 52 años, 2005 CA de ovario. Histerectomía/radioterapia/quimioterapia.

2011: S-me mielodisplástico. Leucemia aguda mielo-blastica.

09/2011: TX medular alógénico.

Las complicaciones post TMO.

Pancitopenia. Aspergilosis invasiva. Neumonía intersticial. Púrpura trombótica trombocitopénica. IRA y plasmaferesis, HRC en enero 2013 (FAV humero-basílica izd), traslado a nuestra unidad en abril 2013.

La paciente portaba una FAV, dos catéteres centrales yugulares: uno derecho tunelizado para Hemodiálisis y otro izdo. Como reservorio para medicación.

Complicaciones derivadas:

Hematológicas: pancitopenia que necesitaba analíticas/bisemanal. Plaquetopenia. Anemia y requerimiento de alta dosis de EPO. En marzo 2014 inicia tratamiento con corticoterapia, con el fin de mejorar la plaquetopenia.

Problemas con el acceso vascular:

Junio-13- Puncionamos la FAV por primera vez, que está poco desarrollada, profunda, permite flujos bajos. A la siguiente sesión presenta grandes hematomas relacionadas con la coagulación prolongada.

Se identifica una estenosis en vena basilíca proximal a la anastomosis arteriovenosa.

Agosto-13, se le diagnostica una tunelitis del catéter yugular izdo. Retirada del catéter, Pseudomonas aeruginosa. Tto empírico.

Sufre hematoma tras traumatismo leve en la cicatriz del orificio de salida del catéter izquierdo. Tiene infección secundaria, continua el tratamiento antibiótico un total de 3 meses.

Ante todas las complicaciones del acceso nos planteamos otras técnicas de canalización de FAV, como es la del BUTTONHOLE, o la implantación del VWING, aunque con ello no nos garantizaba el buen funcionamiento de FAV.

Elección de la técnica:

La paciente acaba en la técnica de hemodiálisis de forma aguda, con lo cual no tiene la posibilidad de una elección de técnica con conocimiento previo.

Nuestro objetivo es plantearnos otras alternativas de tratamiento:

- DIÁLISIS PERITONEAL (DP).
- TRASPLANTE RENAL (TRS).
- DIÁLISIS PERITONEAL: el primer handicap es la mejoría de la trombopenia. Las desventajas que encontramos en esta paciente:
 1. Cicatrización del orificio del catéter y sangrado del mismo.
 2. Peritonitis.

Desventajas propias de la CAPD. Sin embargo las ventajas son muchas.

Una vez que esté estable, se informa a la paciente para que pueda tener una buena elección de la técnica, y una mejora de calidad de vida con una mayor flexibilidad. Se decide por DP.

La paciente ha seguido su tratamiento domiciliario sin ninguna incidencia y ahora en la actualidad sigue el tratamiento con cicladora, que hace que le de más libertad, mejorando su calidad de vida.

Conclusión:

Aunque la paciente no ha tenido previamente posibilidad de elegir técnica, en cualquier momento se pueden poner en marcha los mecanismos de la consulta de ERCA, y poder elegir, proporcionando mejor calidad de vida.

A propósito de caso complicado de trasplante pancreas-riñón. Calidad de cuidados/aplicación taxonomía enfermera

Consuelo Pérez Rincón, Eufemiano Pérez del Río

Complejo Asistencial Universitario. Salamanca. España

Introducción:

Actualmente el trasplante de páncreas riñón es la mejor opción terapéutica para el paciente diabético en diálisis, pero la intervención quirúrgica y la fase postquirúrgica pueden presentar diferentes complicaciones, en nuestro caso, se presentan en ambas fases.

Aplicamos el proceso enfermero, que es un método sistematizado de brindar cuidados centrados en el logro de objetivos (NOC). El uso del proceso enfermero complementa el trabajo de los profesionales de otras disciplinas, centrándose en cómo responden las personas a los problemas de salud, los planes terapéuticos y los cambios en las actividades de la vida diaria.

Esto requiere una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes, por lo tanto, la enfermería cumple un papel importante en la vigilancia de la aparición de estas complicaciones en la fase postquirúrgica, extendiendo esta función a la realización de las intervenciones necesarias para evitarlas.

El objetivo principal de nuestro caso fue proporcionar cuidados de calidad al paciente aplicando dicho proceso.

Caso clínico:

Varón de 48 años, con diabetes mellitas tipo I, con IRC secundaria a nefropatía diabética, tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis, con diferentes patologías asociadas, neumonía en dos ocasiones, profilaxis de TBC por mantoux positivo, EPOC. Síndrome de robo de la FAVI. Intervenido de granuloma en lengua hace más de 10 años. Exfumador desde hace 4 años, fumador durante 30 años, vida laboral activa.

Durante la intervención, no se obtiene buena perfusión renal, con deterioro de dicho injerto, que finalmente se desecha, realizándose el trasplante con el segundo riñón del donante.

Es necesaria la intervención de cirugía vascular ampliando el calibre de la iliaca izquierda implantando safena, teniendo que realizar un segundo implante utilizando el otro riñón.

Se produce una trombosis de iliaca izquierda, miembro inferior izquierdo con pie frío y pálido que es valorado y resuelto por cirugía vascular, posteriormente sufre un síndrome compartimental en miembro inferior y precisa una fasciotomía tibial anterior.

En el postoperatorio se presentan varias complicaciones, entre otras, una limitación de la amplitud de movimientos debida a isquemia de la extremidad inferior izquierda, rabdomiolisis, síndrome compartimental tibial anterior y posterior, neuropatía radial y/o del mediano, alteración de las defensas primarias, infección de la herida quirúrgica, infección del drenaje pancreático y reacción anafiláctica secundaria a medicación.

Plan de cuidados:

Se realiza una valoración de enfermería, según modelo de necesidades de Virginia Henderson, aplicando los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados e intervenciones, dicha valoración se incorpora a GACELA CARE (aplicativo en cuidados de nuestro hospital).

Conclusiones:

La Enfermería es muy importante en la realización de las valoraciones, ya que la aplicación de un plan de cuidados personalizado y con lenguaje estandarizado, nos garantiza unos cuidados de calidad, con continuidad y establece objetivos comunes para todo el equipo.

La utilización de planes estandarizados de cuidados adaptados al medio hospitalario y extra-hospitalario facilitan la orientación de los Cuidados de Enfermería y unifica criterios permitiendo la cuantificación y evaluación de los mismos.

Caso clínico: uso del hemocontrol en el manejo de la ultrafiltración del paciente con insuficiencia renal crónica y cirrosis hepática con ascitis en hemodiálisis

Ana M^a Torres González, Antonio López González, Modesta Mojón Barcia, María de los Ángeles Novo Casas, Sonia Cid Armada, Mercedes Mosteiro Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. España

Introducción:

La prevalencia del binomio insuficiencia renal crónica y cirrosis hepática con ascitis no se conoce con precisión, sin embargo, parece claro el notable incremento de su presentación en los últimos años. Esta situación representa todo un reto para mantener la estabilidad hemodinámica cuando el paciente requiere diálisis, especialmente durante la sesión de hemodiálisis. Por tanto, el objetivo de este estudio es describir el uso del Hemocontrol como herramienta para el manejo de la ultrafiltración del paciente con ascitis en hemodiálisis.

Descripción del caso:

Paciente varón de 48 años de edad con Insuficiencia Renal Crónica Estadio V no filiada, diagnosticada en febrero de 2004, en tratamiento sustitutivo renal con diálisis peritoneal (año 2004 a 2006) y hemodiálisis (año 2006 a 2008). Trasplante renal de donante cadáver en abril de 2008 y reinclusión en programa de hemodiálisis periódica por disfunción del injerto en 2012.

El paciente, incumplidor de medidas higiénico-dietéticas y no adherente al tratamiento farmacológico, seguía un esquema de diálisis de 3 sesiones por semana de 4 horas de duración. Presentaba un promedio de ganancia de peso interdialítico de 4 Kg que no siempre se lograba ultrafiltrar debido a episodios de calambres e hipotensión. En diciembre de 2014, de manera paulatina, el paciente desarrolló ascitis masiva no acompañado de edema periférico. Pruebas complementarias evidenciaron cirrosis hepática de origen cardíaco, estando en la actualidad a estudio en búsqueda de posibles alternativas terapéuticas.

Se planteó como objetivo inicial intensificar la ultrafiltración. Para ello, se utilizó el Hemocontrol. Esta tecnología tiene la capacidad de modelar la curva de volemia a través de la modificación continua de la velocidad de ultrafiltración y la conductividad del baño. Para la

programación del tratamiento se manejaron tres parámetros fundamentales: volumen final de sangre (media de los 6 últimos registros en sesiones de hemodiálisis convencional), ultrafiltración objetivo y la concentración de sodio.

En la primera semana de Hemocontrol (enero de 2015), se consiguió una reducción de peso seco de 2 kg sin evidenciarse episodios de inestabilidad hemodinámica. A los 3 meses, y a pesar de las continuas trasgresiones dietéticas del paciente, se evidenció una reducción del peso seco de 5 kg, con ultrafiltraciones máximas de 4300 cc por sesión de hemodiálisis. Se consiguió un control de TA adecuado con cifras medias de 135/80. Sólo se objetivaron 3 episodios de calambres que cesaron con la reducción de la ultrafiltración objetivo para la sesión. Al mismo tiempo, se logró una reducción del diámetro del perímetro abdominal de 4-5cm después de cada sesión, no requiriendo paracentesis evacuadora durante este período.

Conclusión:

La intolerancia hemodinámica a la ultrafiltración es uno de los inconvenientes del uso de hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal y cirrosis hepática con ascitis. En este caso, con ayuda del Hemocontrol, hemos conseguido una reducción significativa del peso seco sin inestabilidad hemodinámica del paciente, logrando desplazar de manera equilibrada el líquido ascítico al territorio vascular.

Hemodiálisis a un paciente en tratamiento con yodo radioactivo (I-131)

Ana Vasco Gómez, Martí Lacruz Bassols, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Aquellos pacientes tratados con radiofármacos constituyen, en sí mismos, una fuente de radiación que puede suponer una dosis significativa para las personas involucradas en su atención y cuidado. El detrimento radiológico que pueda ocasionar dependerá de la cantidad suministrada de isótopo radiactivo (actividad), de su energía, y de su periodo de semidesintegración (tiempo en decaer la actividad a un 50% de la inicial).

La actividad remanente se elimina a partir del propio decaimiento físico del radiofármaco, o bien a través de la orina, excretos, sudor y saliva. En caso de que el paciente se someta a tratamiento de hemodiálisis, se considera que la eliminación del fármaco (60%) tendrá lugar durante la sesión.

Si bien la cantidad de Yodo administrado se encuentra en el rango de bajas dosis (son pacientes que pueden seguir un régimen ambulatorio) es preceptivo seguir unas normas de protección radiológica, para minimizar el riesgo de exposición del personal sanitario y demás pacientes.

Método:

El paciente varón de 38 años, natural de Nigeria.

Antecedentes patológicos:

- HTA.
- Infección por VIH.
- Varias infecciones oportunistas.
- ERCT. Inició HD el 28/6/2007.
- Hipertiroidismo enfermedad de Basedow-Graves.

Se administraron al paciente 10 mCi de ¹³¹I (Yodo 131), emisor Beta-Gamma de energía 0,63 MeV y 8 días de periodo de semidesintegración y con afinidad de incorporación a la glándula tiroidea con una máxima captación las primeras 48 horas.

Con el fin de reducir este valor se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

Organizativas

- Se administró la capsula de Yodo 131 el día post-HD.
- Se espaciaron las sesiones de HD en la medida de lo posible.
- Se estableció cambio del personal en la conexión / desconexión.

Estructurales

- Mampara de espesor equivalente 0,5 mm de Pb.
- Protector plomado de tiroides (órgano de máxima captación).
- Chaleco plomado para enfermería durante conexión y desconexión (periodo de máxima proximidad) y en caso de una situación de emergencia que requiera acciones sobre el paciente.

Resultados

- Una vez habilitadas las medidas de protección, la dosis medida "in situ" en los puntos de ocupación de la sala disminuyó hasta valores NO significativos.
- Se guardó el dializador en un recipiente plomado para una posterior medición que confirmó la ausencia de contaminación radiactiva.

Conclusiones:

La contaminación del material es muy baja y está muy restringido al filtro del dializador.

- Colocar al paciente protector plomado de tiroides ya que es el órgano de máxima captación de la radiación.
- Es aconsejable alargar la separación entre la toma de la cápsula radioactiva y la diálisis el máximo tiempo posible para respetar las 72 horas de decaimiento radiológico.
- Mantener la distancia de seguridad con la fuente emisora, respetando la distancia mínima de 2 metros sería posible dializar a otro paciente en la misma sala.
- Chalecos de plomo para actuaciones de emergencia sobre el paciente que requieran contacto prolongado en el tiempo.
- Como medida de protección para el personal no sería necesario utilizar la mampara.

Hidrotórax en DP, una complicación poco frecuente

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

Complejo Asistencial Universitario. León. España

Introducción:

El hidrotórax como complicación en DP puede producirse por el paso de líquido de diálisis, de peritoneo a pleura cuando existe una comunicación congénita o adquirida en la barrera diafragmática. Puede ser asintomático o manifestarse con disnea, tos, dolor torácico, disminución del volumen de drenaje o simular un déficit de UF. El diagnóstico se realiza por radiografía de tórax, toracocentesis y gammagrafía.

Objetivo:

Exponer dos casos de comunicación peritoneopleural.

Material y método:

Los datos se recogen de la historia clínica del paciente.

Resultados:

Caso 1. Varón, 41 años. En septiembre 2014 se implantó catéter de silicona Swan-neck con 2 cuff y doble hernioplastia, umbilical e inguinal. En Noviembre inicia DP con 4 intercambios 1,5% de glucosa y 2000 ml de volumen, UF 500-700 ml/24 horas y diuresis 1700 ml. PET alto transportador, volumen residual 411,39 ml y Presión Intraperitoneal(PIP) 16,05cc H₂O. En febrero acude por dificultad de drenaje, sin estreñimiento. En Rx abdomen se observa desplazamiento del catéter, tratado con laxantes mejoran los drenajes pero gana 4 kg de peso, se pautaron recambios hipertónicos y diuréticos perdiendo 800 grs. Al día siguiente en consulta telefónica, se percibió disnea y tos seca. Se realizó Rx tórax revelando gran derrame pleural derecho que no existía previamente. El resultado de la toracocentesis, fue compatible con líquido de diálisis. Se realizó gammagrafía administrando el radioisotopo diluido en solución de diálisis infundido en un intercambio de DP, a los 15 minutos se hace la primera lectura y tras 4 horas las imágenes

tardías. Al finalizar, se drenó el líquido desechándolo en contenedor específico según protocolo de Medicina Nuclear. El estudio mostró comunicación peritoneopleural, se suspendió la DP resolviéndose el hidrotórax.

Caso 2. Mujer, 65 años. En noviembre 2014 se implantó catéter Swan-neck con doble cuff. En Diciembre comienza tratamiento con 4 intercambios 1,36% de glucosa y 1500 ml de volumen sin complicaciones, volumen UF de 700 ml/24 horas, diuresis 1600 ml. Progresivamente se aumentó el volumen hasta 2000 ml. PET alto transportador, volumen residual 425,68 ml y PIP 15.5 cc H₂O. En marzo acude a urgencias por disnea de reposo y dificultad para el drenaje, refiere estreñimiento, BCM +4l. La radiografía de abdomen muestra migración del catéter y la de tórax derrame pleural bilateral. Se administraron diuréticos, laxantes, enemas, recambios hipertónicos y se disminuyó el volumen infundido, continuando los drenajes irregulares e incompletos. El resultado de la toracocentesis fue compatible con líquido de diálisis. La gammagrafía, ya en la imagen precoz, mostró comunicación peritoneopleural en hemitórax derecho. Se suspendió DP resolviéndose el hidrotórax.

Discusión y conclusiones:

El hidrotórax es una complicación seria y poco frecuente que generalmente ocasiona el abandono de la técnica, en nuestra unidad los primeros casos en 250 pacientes tratados. Existe una relación entre el aumento de la PIP y la aparición de hidrotórax, sería interesante incluir la medida de la PIP en la rutina de las actividades enfermeras. Para realizar la gammagrafía, la colaboración entre la Enfermería de DP y Medicina Nuclear permite administrar el radioisotopo de forma segura, incruenta e indolora.

Síndrome de encefalopatía posterior reversible en paciente pediátrico con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y emergencia hipertensiva

Inmaculada Moreno González, Elena Gutiérrez Vilchez, Francisco Nieto Vega

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

Introducción:

El Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad caracterizada por alteración del nivel de conciencia, convulsiones, cefalea y pérdida de visión. Las alteraciones específicas que confirman la enfermedad se observan en las imágenes del TAC o RMN craneal. El conocimiento de éste síndrome es importante ya que la pérdida de visión puede ser reversible si se instaura tratamiento precoz de la causa subyacente.

Material y métodos:

Presentamos el caso clínico de una paciente de 11 años de edad con ERCA secundaria a reflujo vesicoureteral por vejiga neurógena y mielomeningocele que ingresa por cuadro de crisis convulsivas, movimientos tónico-clónicos y deterioro del nivel de conciencia en el contexto de emergencia hipertensiva.

Resultados:

Tras su ingreso hospitalario se instauró tratamiento médico agresivo para conseguir el control de presión arterial y se realizó TAC craneal que no mostró alteraciones significativas. En nuestro caso no se asoció con pérdida de visión pero sí con recurrencia de la sintomatología. Ante la persistencia de convulsiones, y tras corrección hidroelectrolítica y de presión arterial, con la sospecha de PRES, se realizó RMN craneal que mostró hallazgos compatibles con éste síndrome.

Conclusiones:

El PRES debería ser considerado en todos los pacientes con clínica de convulsiones, cefalea y/o pérdida de visión, y puede ser recurrente en algunos casos. El tratamiento precoz de la hipertensión arterial u otras causas subyacentes puede ayudar a prevenir la pérdida de visión permanente y la resolución del cuadro clínico.

¿Cuál es la relación entre función sexual y sintomatología ansioso-depresiva en pacientes en diálisis domiciliaria?

Helena García Llana, Olga Celadilla Díaz, Ana Margarida Graça, Isabel Muñoz Gutiérrez, Gloria del Peso Gilsanz, Filo Trocoli González

Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ y Centro Hospitalario do Algarve. Madrid y Faro. España y Portugal

Introducción y objetivos:

Antecedentes y objetivos. La disfunción sexual es común entre los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y está relacionada a factores fisiológicos y psicológicos. El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre los síntomas depresivos y de ansiedad y el funcionamiento sexual en pacientes renales en hemodiálisis.

Métodos:

Esta investigación se llevó a cabo en dos hospitales. Veinte pacientes en diálisis domiciliaria participaron en este estudio (2 en hemodiálisis diaria domiciliaria y 18 en diálisis peritoneal). Se evaluaron datos sociodemográficos, parámetros bioquímicos, depresión, ansiedad y función sexual masculina y femenina. Se emplearon medidas de autoinforme estandarizadas: Cuestionario de Salud General (GHQ-12, $\alpha = 0,844$), el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; $\alpha = 0,865$), el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI; $\alpha = 0,980$) y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF, $\alpha = 0,987$).

Resultados:

La disfunción sexual estaba presente en 30% de las mujeres ($n = 6$) y 50% ($n = 10$) de los hombres. La disfunción sexual en los hombres se relacionó positivamente con la depresión ($p = 0,034$) y con la ansiedad ($p = 0,002$). Los predictores de disfunción sexual femenina fueron: edad ($p = 0,091$) y la diabetes mellitus ($p = 0,045$).

Conclusiones:

Los pacientes en diálisis domiciliaria presentan una alta disfunción sexual (incluso en nuestra pequeña muestra). Nuestros resultados sugieren que la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad se relaciona con la evaluación negativa del funcionamiento sexual. Sugerimos que los pacientes han de ser informados acerca del posible impacto de la diálisis domiciliaria en su vida sexual, así como el impacto de los síntomas psicológicos en la esfera sexual.

Beneficios del descanso peritoneal

Jesús Lucas Martín Espejo, Francisco Cirera Segura, Francisco Barbosa Martín, Garmina Nieto Romero, Eva María Calderón Márquez, Álvaro Pérez Baena

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

El objetivo del estudio fue valorar si el descanso peritoneal de al menos un día semanal, ha supuesto mejoras en la rehabilitación de los pacientes y su impacto clínico. Como objetivo secundario nos planteamos cuantificar el beneficio económico que supone.

Material y Método:

Se realizó un estudio retrospectivo comparativo longitudinal.

Se incluyeron en el estudio los pacientes atendidos desde el 1/01/2014 al 31/12/2014, (95 pacientes).

Tras aplicar los criterios de inclusión:

- Pacientes con una expectativa de vida mayor a un año.
- Pacientes incidentes en DP no procedentes de otras técnicas.
- Paciente que cumplieran un año de seguimiento.

La muestra del estudio fue de 40 pacientes: 21 pacientes con descanso peritoneal (8 en DPA y 13 en DPCA) y 19 pacientes sin descanso peritoneal (3 en DPA y 16 en DPCA).

Se recogieron las variables estudiadas de la historia clínica; al inicio del estudio y a los 12 meses. Se realizó una encuesta para valorar el posible beneficio social del descanso peritoneal y se recogieron datos de facturación para evaluar el coste de cada tratamiento.

Resultados:

La edad media fue 58,95+16,76 años, 52,5% eran hombres. La etiología más frecuente fue de origen no filiado (37,5%).

Las variables iniciales que presentaban diferencias entre los grupos estaban justificadas ya que son los valores en los cuales se ha basado la prescripción del día de descanso (creatinina, filtrado glomerular, Kt/v).

La exposición a la glucosa al comienzo del estudio en el grupo con descanso fue de 132,99+76,61 g. frente a 143,01+92,93 g. ($p=0,860$) en el grupo sin descanso y al final del estudio 137,42+80,48g. frente a 168,76+104,46 g. ($p=0,28$).

Al analizar la evolución de los parámetros al año de seguimiento, no se encontró ninguna diferencia entre los grupos, exceptuando la presión arterial sistólica, que en el grupo con descanso peritoneal tuvo un incremento significativamente menor.

A pesar del día de descanso, el Kt/v total medio al año fue de 2,51+0,5, y el aclaramiento de creatinina de 93,62+23,95 L/sem.

El 100% de los pacientes estaban satisfechos con el día de descanso.

El día de descanso los pacientes los dedican a viajar, actividades lúdicas, o habituales y a realizar ejercicio. El 76,19% se sentían liberados de la DP el día de descanso.

A los pacientes sin descanso se les preguntó a que lo dedicarían si lo tuviesen: realizarían sus actividades habituales de forma más relajada, al ocio, viajes, descansar más o actividades laborales.

El día de descanso peritoneal supuso un ahorro económico de al menos el 13,33% del precio total del tratamiento.

Conclusiones:

El descanso peritoneal no ha supuesto una peor evolución de los parámetros clínicos estudiados al año de

seguimiento, cumpliéndose las recomendaciones de adecuación de diálisis de las guías clínicas.

La exposición a la glucosa, sin ser significativa por la duración del estudio, ha sido menor en el grupo con descanso, con los beneficios que ello conlleva. Se requieren más estudios.

El día de descanso ha facilitado a los pacientes mejorar su rehabilitación social.

Los días de descanso han supuesto un ahorro del 13,33% mensual del tratamiento.

Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis

Elisabeth Tejada Araez, Eva Barbero Narbona, Cristina Herrera Morales, Silvia Montserrat García, Nuria Gasco Coscojuela, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica estadio V tratados en diálisis presentan alteraciones cardiovasculares, musculoesqueléticas y psicosociales que afectan a su capacidad física y funcional, llevándolos a mantener una vida sedentaria. Esta falta de actividad contribuye a un aumento de la mortalidad (> 50 % muere por enfermedades cardiovasculares) y al desarrollo de enfermedades crónicas.

La calidad de vida relacionada con la salud es la evaluación que realiza cada individuo respecto a su salud física, psico-social y grado de funcionalidad en las actividades cotidianas.

Con la hipótesis previa de que la salud física y mental de los pacientes de diálisis varía según la terapia sustitutiva que realicen, nos planteamos el estudio. El objetivo es analizar y valorar la percepción de salud, la capacidad funcional, el estado nutricional y psicológico de los pacientes en ambas modalidades de diálisis.

Realizamos un estudio descriptivo que incluyó todos los pacientes adultos que realizaban diálisis programada en ambas modalidades en nuestro centro.

Para la recogida de datos se utilizaron diferentes instrumentos para obtener medidas antropométricas, características clínicas y bioquímicas, percepción del estado de Salud, capacidad de realizar actividades o ejercicio, autonomía y estado psicológico.

Las medidas se realizaron antes de las sesiones de diálisis, y en los pacientes de DP se les citaba en consulta.

Se diseñó una base de datos para recoger la información y el análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS.

El tamaño total de la muestra fue de 42 pacientes (21 DP- 21 HD). La edad media fue $65,29 \pm 12,03$

(media \pm ds) con un rango entre 40-90 años, siendo el 66,7%(28) hombres. La modalidad de tratamiento en DP es cicladora (36%) y en hemodiálisis online (33%).

- **Nutricional:**
La albúmina media oscila entre $3,54 \pm 0,52$ con un rango 2,5-4,6. El 38%(8) tienen la albumina < 3,5 tanto en DP como en HD.
- **Barthel:**
El 91,07%(36) de todos los pacientes presentan un Barthel>80%. En DP son 90,4%(19) mientras que HD 80,95%(17).
- **Capacidad funcional:**
Solo 1 paciente de los 42, va al gimnasio regularmente.
El 33,33%(14) de pacientes no realizan ninguna actividad física diaria, en DP son el 19%(4) y en HD 47,61%(10).
64,36% camina o pasea >30-60' 1 vez a la semana.
- **Calidad de vida SF-12**
Los pacientes con valores de PCS>50 (valor componente físico considerado aceptable en el Sf-12) representan el 16,66%(7), en DP fueron 5 y en HD 2. En cambio, para el componente psicológico MCS>50 fue el 59,52%(25), en DP fueron 16 y en HD 9.
- La escala Yesavage indicó posible depresión el 54,8% (23), 7 pacientes en DP y 16 pacientes en HD.

Los resultados muestran un grupo homogéneo en la media de edad (en DP 66,14 y HD 64,91 años). También mantienen un índice de Barthel similar. Los pacientes en HD son más sedentarios, se sienten peor psicológicamente y físicamente. Nos plantearemos poner en marcha un plan de entrenamiento físico para mejorar la salud y a los pacientes que pueden tener una depresión según la escala Yesavage, se les hizo un seguimiento individualizado.

Evaluación del efluente peritoneal turbio en pacientes con insuficiencia cardiaca sin infección peritoneal

Mónica Fernández Pérez, Beatriz Peláez Requejo, Miguel Núñez Moral, Alejandra Méndez González, Isabel González Díaz, Aurora Quintana Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Introducción:

La Diálisis Peritoneal es una modalidad eficiente de tratamiento renal sustitutivo; pero también se utiliza como método de ultrafiltración en el tratamiento de pacientes con Insuficiencia Cardiaca refractaria. La "International Society for Peritoneal Dialysis" define claramente los criterios de infección peritoneal para los pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Sin embargo, no parece que esos criterios sean extrapolables a otras poblaciones. En nuestro caso, con un programa de tratamiento de pacientes con Insuficiencia Cardiaca refractaria importante (más de 60 pacientes en 10 años), nos sorprendió la asiduidad con la que estos pacientes acudían por turbidez en el efluente peritoneal sin otra clínica abdominal, con recuento leucocitario inferior a 100 leucocitos/ μ l o aún siendo superior, el cultivo bacteriológico era negativo. Este hecho nos lleva a pensar que los pacientes con Insuficiencia Cardiaca están más predispuestos a presentar líquido turbio en ausencia de infección peritoneal.

Objetivo:

Analizar si la presencia de efluente peritoneal turbio de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca refractaria en programa de ultrafiltración peritoneal se corresponde con la presencia de infección peritoneal.

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo entre Diciembre de 2014 y Marzo de 2015, en el que se incluyeron pacientes con Insuficiencia Cardiaca refractaria que dieron su consentimiento por escrito. Se analizaron 4 muestras de cada paciente, separadas por 15 días, de forma programada. Además si el paciente acudía a nuestro centro por cualquier eventualidad o consulta, recogíamos una muestra extra para aumentar el número de determinaciones. Los cultivos bacteriológicos se rea-

lizaron en las muestras que presentaban un recuento leucocitario superior a 100 leucocitos/ μ l. También tuvimos en cuenta datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes, como la patología de base responsable de la Insuficiencia Cardiaca y las proteínas presentes en el efluente peritoneal. El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS 20.0. del que nuestro hospital dispone de licencia.

Resultados:

Se evaluaron 13 pacientes, 77% varones, edad media de 71 ± 8 años. Se recogieron un total de 51 muestras; de ellas, en 5 muestras (9.8%) procedentes de 4 pacientes (31% del total de pacientes), el efluente peritoneal era turbio. En 2 de ellos el recuento leucocitario fue inferior a 100 leucocitos/ μ l mientras que en los otros 2 pacientes el recuento fue superior, con polimorfonucleares por debajo del 50% y cultivos sin crecimiento bacteriano por lo que estos pacientes no recibieron tratamiento. No hubo relación entre la celularidad y las enfermedades de base. Se obtuvo una pérdida media de proteínas de 3.63 gr/litro, estando por encima de la pérdida habitual de un paciente renal (0.66 gr/litro).

Conclusiones:

Según los resultados obtenidos, la presencia de turbidez en el efluente peritoneal de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca no se corresponde con la existencia de infección. Un factor responsable podría ser la pérdida de proteínas, sin descartar otros posibles factores como algunos marcadores inflamatorios, fármacos, etc.

Nuevo método de ultrafiltración a pacientes en diálisis peritoneal

Lucila Fernández Arroyo, Cristina Franco Valdivieso, Henar Sanz Frutos

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Introducción:

La diálisis peritoneal (DP) tiene una capacidad de ultrafiltración (UF) menor que la hemodiálisis y ello puede llegar a constituir un problema en los pacientes alto-transportadores, sobre todo cuando pierden la diuresis. En la actualidad existen muy pocos recursos para resolver esta situación: utilizar bolsas de más alta concentración, modificar o aumentar el número de intercambios, acortar tiempos de permanencia en la diálisis peritoneal automática o la utilización de icodextrina, cuando sea posible.

Objetivo:

Aumentar la tasa de UF en situaciones de sobrecarga hídrica del paciente, evitando su paso a hemodiálisis.

Material y método:

Estudio retrospectivo de 6 pacientes (2 hombres y 4 mujeres) con edad media de 65 años, a los que se les sometió a una infusión hipertónica continua (IHC).

- Se realiza un intercambio convencional de DP de 4 horas de permanencia con 2 litros de solución de glucosa al 1,36%.
- Durante las 4 horas del periodo de permanencia se infunde glucosa al 50% a velocidad 40ml/h (equivalente a 160ml/4h, 80g glucosa similar a la carga diaria en DP).
- Control analítico venoso previo al proceso y al finalizar el tratamiento.
- Control glucémico a mitad de procedimiento (cada 2-3h).
- Control analítico de las bolsas de infusión y drenaje: Bolsa virgen, drenaje inicial del paciente, drenaje tras las 4 horas de permanencia.
- Infusión final de solución de diálisis correspondiente a cada paciente o día seco.
- Realización de balances.

- Estricto control de peso previo y posterior al tratamiento.
- Mantenimiento en dieta absoluta durante el procedimiento.

Resultados:

- Se consiguió una UF media de 713ml por procedimiento.
- Ninguno de los pacientes tuvo hiperglucemia durante el tratamiento.
- Ninguno de los pacientes tuvo que pasar a HD.
- Se mantuvieron unas concentraciones peritoneales inferiores a las de las soluciones al 2,27%.

Discusión:

Tras 11 meses de estudio y 19 procedimientos realizados se ha comprobado la eficacia de la técnica. Se ha evitado el paso de los pacientes a una técnica de tratamiento que no deseaban, mejorando su calidad de vida.

La IHC no interfiere con la técnica de la DP.

Utilizándola de forma pautada puede ser una herramienta útil en el manejo a largo plazo del control de volumen de pacientes alto-transportadores o con fallo de membrana.

Al ser una técnica nueva, el material utilizado no está diseñado específicamente para el proceso, lo que conlleva un ingreso hospitalario y vigilancia continua.

Invitamos a las casas comerciales y otros centros sanitarios a continuar con el estudio para así conseguir un protocolo de actuación e incluso el desarrollo de la técnica en el domicilio del paciente.

Sobrecarga de los cuidadores en diálisis peritoneal

Irene Hurtado Cárceles, Ana Hurtado Cárceles, Eulalia Cárceles Legaz, Julián Navarro Martínez, Mateo Párraga Díaz, Soledad Bolaños Guillén

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Introducción:

La diálisis peritoneal es una técnica que realiza el paciente o familiar en su domicilio. El aumento de la esperanza de vida ha traído como consecuencia un incremento de la población anciana que en muchos casos necesita de ayuda, dejando de ser autónomas por los problemas de salud que se van añadiendo a su edad. A ello se pueden añadir las personas inmovilizadas ó con algún tipo de proceso crónico.

La supervivencia aumenta en los pacientes que precisan y tienen ayuda familiar. El soporte de la enfermería en diálisis peritoneal es imprescindible para implementar la participación del familiar en la técnica, aprendizaje, seguimiento y apoyo al cuidador.

Debido a la edad y comorbilidad muchos pacientes en diálisis peritoneal (DP) necesitan de un cuidador para realizar la técnica. La visión del profesional de enfermería respecto al cuidador es fundamental para ofrecer los cuidados de salud adecuados.

Objetivo:

- Conocer el número y las características de los dependientes para la técnica de DP.
- Identificar el perfil del cuidador y la sobrecarga a la que están sometidos.

Material y método:

Estudio observacional, descriptivo transversal de 66 pacientes en DP durante 2013. Recogemos: edad, sexo, estudios, estado civil, tiempo en diálisis y peritonitis en pacientes autónomos y dependientes.

De los cuidadores: edad, parentesco y tiempo empleado en la realización de la técnica.

Resultados:

Identificamos: 32 pacientes dependientes (el 48,5%), 26 eran varones (el 81,25%), con una edad media de 65,62±16.11 años, tiempo medio en DP de 873±28.07 meses. 28 casados (el 87%), 10 sabían leer y escribir (el 31,25%), 13 con estudios primarios, 7 secundarios y 2 universitarios.

Autónomos 34, edad media 52,5±12.59 años 20 varones (el 58,82%) y con un tiempo en DP de 701±22.93 meses, 26 casados (el 76,47%), 10 sabían leer y escribir, 10 tenían estudios primarios, 11 secundarios y 3 universitarios.

Peritonitis: 5 en dependientes (el 15,62%) y 7 en autónomos (el 20,58%).

Cuidadores: 30 mujeres (el 93,75%), 22 esposas (68,75%). Tiempo medio dedicado a la técnica 180 min/día.

Discusión:

La DP es una técnica domiciliaria. La supervivencia aumenta en los pacientes que precisan ayuda familiar. En nuestro programa, DP, la dependencia es elevada, casi la mitad de los pacientes, 32 (el 48'8%), esto conlleva una importante sobrecarga familiar. La mayoría son hombres casados. El nivel de estudios es similar entre dependientes y autónomos.

El sobreesfuerzo de cuidar predispone al cuidador a: problemas físicos, psíquicos y socio-familiares. En concordancia con la literatura consultada, "los cuidadores" son mayoritariamente mujeres, parejas de los pacientes. Si el cuidado es responsabilidad de personas diferentes, se suele optar por compartirlo entre miembros de la familia.

El soporte de enfermería es imprescindible para implementar la participación familiar en la técnica DP, apren-

dizaje, seguimiento y apoyo al cuidador. Esta labor se traduce en un número de peritonitis similar en las dos poblaciones.

A los cuidadores/familiares, mayoritariamente mujeres, hay que considerarlos como receptor de cuidados.

Conclusiones:

Muchos pacientes en DP necesitan cuidadores para favorecer la eficacia del tratamiento.

Impacto de la primera intervención enseñanza: dieta prescrita en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada

M^a Carmen Torres Torradeflot, Josep María Gutiérrez Vilaplana, María Baigol Guilanyà, Lourdes Craver Hospital

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

Introducción:

En la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) se proporcionan cuidados a los pacientes con ERC estadios 4 y 5 sin diálisis.

Las guías ERCA recomiendan el abordaje de aspectos nutricionales.

En la primera visita, una enfermera experta en nefrología realiza a los pacientes una intervención Enseñanza: dieta prescrita

Objetivos:

Estudiar el impacto de la primera intervención Enseñanza: dieta prescrita en los pacientes de la consulta ERCA.

Material y métodos:

Estudio cuasiexperimental.

Se incluyeron en el estudio 101 pacientes incidentes en la consulta ERCA durante el año 2014.

Se excluyeron 8 pacientes por remisión tardía, cambio domicilio, pérdida de seguimiento, ingreso hospitalario y cambio en tratamiento farmacológico. (N=92).

Según protocolo primera consulta ERCA, se realizó intervención enseñanza: dieta prescrita y se evaluaron indicadores para el resultado (1004) Estado Nutricional a los 2 meses de la intervención.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, peso, filtrado glomerular estimado (FGMDRD4), parámetros bioquímicos, presión arterial, etiología de la enfermedad renal, test de actividad diaria y capacidad funcional (Barthel, Lawton y Karnofsky) y estructura familiar.

Se realizó una estadística de las variables pre y post intervención. Se calculó frecuencias, la media y desviación estándar.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS20 para Windows.

Resultados:

Demográficos:

La edad media de la muestra resultó ser de 69,53±15 años (22-90); el 68%(n=59) varones y el 41,3% (n=38) diabéticos.

Etiología de la ERC: 30,5% (n=28) vascular, 20,7% (n=19) diabética, 12% (n=11) túbulo intersticial crónica, 5,4% (n=5) poliquistosis renal, 4,4% (n=4) glomerular, 1,1% (n=1) amiloidosis, 26,1% (n=24) no filiada.

Estructura familiar; el 79,7% vivían acompañados.

Barthel ≥80 el 92,3%(n=79); Lawton ≥ 6 el 68,5% (n=63); Karnofsky ≥70 el 93.4% (n=86).

1004. Estado nutricional:

Indicadores de resultado:

- 100405 Peso: el 65,2% (n=60) disminuyó de peso tras la intervención.
- 100406 Determinaciones bioquímicas: El porcentaje de pacientes en los que disminuyeron los parámetros analíticos fue para el Fósforo (P) 54,3% (n=50); para el Ácido Úrico 44,6%(n=41); para el colesterol-LDL 59,8% (n=55); Colesterol total 55,4% (n=51) y para Potasio (K) 62% (n=57). El 70,7% de los pacientes mantuvo el objetivo de K (≤5mEq/l) y el 91,3% (n=84) el de P (≥3,5 gr/dl). La diferencia de parámetros tras intervención inicial resultó: K (p=0,003), P (p=0,077), LDL (p=0.080), Colesterol (p=0,035) y albúmina (p=0,134). En el 63% (n=58) de los pacientes el FGMDRD4 permaneció estable.

- 100407 Presión arterial: La presión arterial sistólica (PAS) disminuyó en el 42,4% (n=39) de los pacientes y la presión arterial diastólica (PAD) en el 38% (n=35).

Conclusiones:

1. Tras la intervención inicial Enseñanza dieta prescrita en pacientes con ERCA se observó disminución del

2. El descenso de K y Colesterol total fue estadísticamente significativa.
3. Los valores de albúmina no se modificaron.
4. La función renal estimada por FGMDRD4 se mantuvo estable.

La elección del tratamiento sustitutivo renal del paciente en la consulta de enfermería enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)

Álvaro Pérez Baena, Cristina Ortega Cuadros, Francisco Cirera Segura, Jesús Lucas Martín Espejo, Nuria Sánchez Flores

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

La falta de información sobre el Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR) puede llevar a pacientes a técnicas de diálisis no elegidas de haber sido informados. El proceso de ayuda a la toma de decisión por el paciente es un proceso complejo. Implica una toma de decisión crítica, en una situación para el paciente que dista, ocasionalmente, de ser ideal. Es un derecho recogido por Ley. En este escenario, paciente y profesionales están comprometidos en una toma de decisión compartida que asegure la elección del tratamiento más coherente con los valores del paciente. Dicha información debe ser refrendada por el consentimiento informado.

Esto es prioritario en ERCA, esforzándonos por coordinarnos para conseguir este objetivo.

Objetivo:

Difundir la información proporcionada en ERCA. Analizar los resultados obtenidos en Educación en Opciones de TSR (año 2014 y desde 2012).

Método:

En 2012, incorporamos herramientas de ayuda a la toma de decisión compartida (HATD): material audiovisual, cuadernillos, registros...

- Primera visita: Esclarecemos los conocimientos de los pacientes sobre enfermedad renal y estadio ERCA actual. Informamos sobre controles necesarios para manejar la enfermedad, registro de Presión Arterial y glucemia, cumplimiento medicación prescrita, información medicamentos nefrotóxicos, actuación frente a infecciones urinarias, dieta... Adicionalmente, comienza el proceso con la Fase de

Valores que ayudan al paciente a identificar aspectos del estilo de vida y valores que decanten por tratamientos domiciliarios u hospitalarios.

- Visitas posteriores: seguimos informando con material educativo y resolvemos dudas. La Educación en Opciones de TSR, incluye información sobre Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP), Trasplante y Tratamiento Conservador. Informaremos sin interrupciones, ambiente íntimo y relajado. Con lenguaje adecuado. Sin sesgos ni prejuicios, aclarando la posibilidad de cambiar de idea si es viable y mostrando las unidades de HD y DP.
- Última fase: Decisión Compartida, en la que se elige técnica de TSR.

Resultados:

2014: seguimos a 1441 pacientes: 9 trasplantes anticipados; abandonan consulta 256, fallecen 90. Informamos a 236 pacientes, (158 comienzan TSR). El resto permanecen en ERCA. De 158 pacientes en TSR: 74,5% HD; 19,5% DP; 0,50% HDD; 5,5% Trasplante anticipado. De 14 pacientes que optan DP en 2011 a 31 pacientes en 2014. Incidentes DP: de 57 a 75.

Discusión:

Informamos en función de necesidades y capacidades, completando las fases necesarias.

En España, casi la mitad de pacientes inicia diálisis no programada (HD con catéter vascular sin ser educados), por lo que el campo de actuación de enfermera es enorme. Debemos disminuir al mínimo los pacientes no educados. Creemos que debe haber contacto entre unidad de HD y ERCA para redirigir pacientes no informados desde HD.

También disminuiríamos las diálisis no programadas detectando precozmente en centros de salud, sensibilizando a profesionales sobre factores de riesgo.

Desde 2012, realizamos un registro específico que permite ver evolución y número de pacientes que informamos cada año, pudiendo incidir en situaciones mejorables.

Conclusiones:

La Educación ofrecida a pacientes facilitó la toma de decisión en TSR, al manejar material con el que no contábamos.

Los incidentes en ERCA aumentan anualmente, al igual que la incidencia en HD y DP. En 2012, comenzamos con las HATD y es cuando los pacientes prevalentes en DP aumentan considerablemente.

Preparación de los pacientes para la terapia de sustitución renal, indicadores de calidad en la educación en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Una guía de consenso

Carmen Trujillo Campos

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

Objetivos:

- Preparar y apoyar a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en la consulta de ERCA en la toma de una decisión con conocimiento de las modalidades de tratamientos de la enfermedad renal.
- Subrayar que las directrices actuales plantean la necesidad de una alta calidad e imparcialidad, pero carecen de una orientación detallada del proceso.
- Presentar unas normas de calidad con el objetivo de proporcionar recomendaciones claras sobre aspectos importantes de la ERCA, basadas en la evidencia actual y en el contexto de las directrices existentes.

Método:

Se formó un grupo de 10 expertos europeo de diferentes países (5 nefrólogos, 4 enfermeras y 1 psicólogo) de 9 unidades renales, para compartir sus experiencias y construir un consenso sobre las normas de calidad e indicadores para la Educación para el Tratamiento Renal Sustitutivo.

Las discusiones se centraron en torno a las formas óptimas de la creación de un equipo de educación sólida, el establecimiento de objetivos de aprendizaje individualizado y realistas, la entrega de información imparcial eficaz, así como la evaluación de la calidad de la educación recibida por el paciente. Después de las reuniones y posteriormente a un proceso de retroalimentación y de redacción, el grupo de expertos aprobó una declaración de posición final.

Las conclusiones y recomendaciones de estas discusiones son particularmente pertinentes para las enfermeras en esta presentación.

Resultados:

Un equipo multidisciplinar (coordinado por una enfermera y un nefrólogo) con un amplio conocimiento de la ERC identificó las siguientes normas de calidad para los programas de Educación en Tratamiento Renal Sustitutivo:

- Experiencia práctica en todas las modalidades de tratamiento.
- Enfoque individualizado, adaptado a las necesidades del paciente en términos de tipos de sesiones (individuales o sesiones de grupo, visitas a las unidades de diálisis, encuentros con pacientes expertos).
- Selección de materiales (folletos, vídeos) y estructura de contenidos.
- Información completa sobre la enfermedad, el tiempo apropiado y el número de sesiones.
- Criterios de Inclusión y Educación para el Tratamiento Renal Sustitutivo, al inicio, con un circuito de retroalimentación, de mejora continua basada en los criterios de evaluación de calidad.

Conclusiones:

Este enfoque respalda las directrices actuales y ofrece más orientación para asegurar que los pacientes con ERC reciban una educación de alta calidad que les permita hacer una elección informada de modalidad de tratamiento, así como tratamiento no activo y apoyo a estos pacientes.

Se ha realizado un estudio para evaluar el grado en que las clínicas de diálisis ya cumplen con estas normas.

¿Cómo podemos optimizar el volumen de infusión en la hemodiafiltración (HDF) On Line postdilucional?

Cándida Santos Ugía, Anselmo Guareño Antúnez, Cristina Gómez Ainsua, Mario Cruces Muñoz, Salud Sánchez Roldan, Visitación Machado Guzmán

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España

Introducción:

La hemodiafiltración (HDF) on-line post es la técnica más efectiva para la eliminación de toxinas urémicas de pequeño y gran tamaño. Recientes estudios han observado una asociación en el descenso de la mortalidad en relación directa con el volumen convectivo recibido. En algunos pacientes cuesta llegar a conseguir este volumen óptimo a pesar de que los monitores actuales se han perfeccionado para conseguirlo de forma automática. El sistema Cordiax de Fresenius (5008-COR) o el Ultracontrol de Gambro (Evosys-UC) son algunos ejemplos. El flujo de sangre suele ser el factor limitante aunque también pueden influir el hematocrito, las proteínas y el diseño del filtro independientemente del Kuf.

Objetivo:

Estudiar los factores determinantes del Volumen de infusión (VI) en un grupo de pacientes que realiza habitualmente esta técnica modificando monitor y filtro y manteniendo constantes el resto de parámetros de la diálisis.

Material y Método:

Hemos realizado a 11 pacientes (5 FAV, 6 catéter) 3 sesiones consecutivas en monitor 5008 Cordiax con filtro FX80 y 3 sesiones en Evosys-UC y el mismo filtro. En las dos semanas siguientes se cambió el filtro a Evodial 2,2 con ambos monitores. Se mantuvo constante tiempo, Qb y QD. Se registró en cada sesión: VST, UF, Peso, VI, Kt, PA, PV, PTM, TAS y TAD horarias, N° de alarmas del monitor y tolerancia del paciente. Se determinó en cada semana hematocrito, proteínas totales y albúmina.

Resultados:

Se analizaron 128 sesiones de 4 horas; 63 en 5008-COR y 65 en Evosys-UC, Qb $358,28 \pm 22,4$ ml/m y Qd 500ml/m. La tolerancia fue buena en el 93,8% de las sesiones. En 83,1% sin ninguna alarma del monitor durante sesión. El VI medio fue de $24,18$ l. $\pm 3,46$, Vol. Convectivo total de $26,78$ l. $\pm 3,30$, VST $83,28$ l. $\pm 5,64$ y KT de $54,27$ l. $\pm 6,60$. En cuanto al VI no hubo diferencias significativas por orden de sesión, acceso vascular, Hematocrito, TAS y TAD, pero sí en relación al monitor, filtro, VST, Kt, PA, PV, PTM, Proteínas totales y Albúmina. En el análisis multivariante los factores determinantes fueron: monitor, filtro, VST, Proteínas totales y PTM. Cambiar de monitor 5008-COR a Evosys-UC supone conseguir mayor VI $1,64$ l ($0,90-2,38$) $P < 0,001$ así como de Evodial $2,2$ a FX80 $3,88$ l ($3,12-4,65$) $P < 0,001$. La utilización de Evosys-UC con Fx 80 fue la mejor opción con un VI de $26,20$ litros frente a $21,40$ litros en 5008-COR con Evodial $2,2$.

Conclusiones:

La elección del monitor y el filtro como factores modificables pueden ayudarnos a optimizar el volumen convectivo en la HDF online-post y debe ser tenido en cuenta sobre todo en pacientes que no lleguen al objetivo.

Actitud de la enfermería nefrológica ante la implementación de taxonomía NANDA, NIC, NOC en el informe de continuidad de cuidados en hemodiálisis

Luisa Seco Lozano, Eva de La Iglesia Jordán, M^a del Mar Sainz Montes, Inmaculada Fonfría Pérez, Rosa Ortells Corresa, Anna Mireia Martí i Monros

Hospital General Universitario. Valencia. España

El objetivo de esta investigación cualitativa ha sido explorar la aceptación, uso y manejo de la taxonomía NANDA NIC NOC en la realización del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) por parte de un grupo de enfermeras de hemodiálisis. Motivándonos a la realización de esta investigación la relevancia que tanto la taxonomía como los registros y más concretamente el ICC tienen en la literatura.

Para acercarnos a la realidad de la actitud de enfermería antes los diagnósticos NANDA y sus interacciones NIC NOC, nos ha parecido relevante comprender el porqué de su poca utilización en la práctica clínica cotidiana, hecho que no se relaciona con la importancia que en la literatura se le confiere, sin olvidar que la legislación actual establece la obligatoriedad de realizar ICC y establece como muy recomendable el realizarlos utilizando la taxonomía NANDA NIC NOC.

Hipótesis conceptual Inicial:

“Existe un desconocimiento teórico y una falta de interiorización como habilidad enfermera relevante del uso y manejo de la taxonomía NANDA NIC NOC.

Material y método:

Hemos escogido la metodología cualitativa por qué ser: “una metodología que intenta acercarse al conocimiento de la realidad social, comprender su naturaleza más que explicarla o predecirla” el método seguido es el de la Teoría Fundamentada (Método Strauss-Corbin), es una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método la recopilación de datos, el análisis de los mismos y la teoría que surgirá de ellos guardan una estrecha relación entre sí.

Herramientas:

Entrevistas grabadas en audio.

Diario de campo:

- Memos: anotaciones durante las entrevistas: descriptivos y analíticos.
- Análisis manual de los datos: dado que tanto en el diseño inicial como en el emergente se contempló la realización de un total de 11 entrevistas.
- Tamaño de la muestra: Universal, dado que el objetivo fue toda la población.
- Características sociodemográficas de la población a estudio:
- Todas las enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis incluida la supervisora.
- 8 enfermeras habían finalizado sus estudio de grado entre 1976 y 1983 (más de 30 años de experiencia profesional) con una experiencia en enfermería nefrológica con un rango de 30-24 años.
- 3 enfermeras habían finalizado su estudio de grado entre 1994 y 1997 con una experiencia en enfermería nefrológica con un rango de 7-2 años.
- 3 enfermeras tenían formación fuera del ámbito de la enfermería: criminología, arquitectura, psicología.
- La totalidad de la población tenía formación postgrado específica en enfermería nefrológica.
- Muy escaso (casi nulo) recambio generacional en la Unidad de Hemodiálisis desde su apertura.
- Casi nula formación en metodología enfermera.
- Análisis cualitativo de los datos:
- Tres categorías que aparecen hasta la saturación teórica:
 1. Utilización del lenguaje diagnóstico; propiedades: futuro, validez, desarrollo.
 2. Desconocimiento de la metodología enfermera; propiedad: conocimiento superficial.
 3. Registros enfermeros; propiedad: vitales, profesionales, legales.

Conclusión:

El análisis de los datos nos aporta una perspectiva de la realidad en la que queda de manifiesto que el lenguaje enfermero es válido, es el futuro y es importante

para la profesión así como que los registros son vistos como viales y con un aspecto legal.

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis

Francisco Luis Sánchez Izquierdo, Jaime López Tendero

Centro de Hemodiálisis ASYTER. Albacete. España

Introducción:

Diferentes estudios nacionales han estimado que la probabilidad que tiene un paciente de sufrir un evento adverso (EA), se sitúa entre un 6% y 18%, y la evitabilidad entre el 40% y el 70%.

Se considera que la creación de una cultura de seguridad (CS) en las instituciones sanitarias, es el paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente (SP) y constituye la primera práctica de seguridad.

El análisis de la CS permite conocer la situación basal, identificar áreas de mejora, valorar la efectividad de las acciones realizadas y la comparación entre organizaciones. En 2009 el Ministerio de Sanidad (MS) realiza un estudio en hospitales adaptando la encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Objetivos:

Conocer la frecuencia de comportamientos y actitudes relacionados con la SP en los profesionales centros extrahospitalarios de hemodiálisis (CHD) a través del análisis de sus diferentes dimensiones, así como la relación de estos comportamientos y factores sociodemográficos y laborales.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal, para medir la CS con el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ, con respuesta a 42 ítems, agrupadas en 12 dimensiones, donde un porcentaje de respuesta positiva >75% se considera fortaleza y un porcentaje de respuesta negativa >50% oportunidad de mejora.

Se distribuyeron 134 cuestionarios a profesionales de 6 centros.

Se realiza un análisis estadístico de las relaciones entre las variables con SSPS 15.0.

Resultados:

Se analizan 97 cuestionarios (70,5%), 53,6% son en-

fermeras. Un 91,4% de total de respuestas califican excelente o muy bueno el grado global de SP. Un 90% manifiesta no haber notificado ningún EA el último año.

Los porcentajes de respuestas positivas más altos se dan en expectativas y acciones de la dirección supervisión que favorecen la seguridad (76,7%) y trabajo en equipo en la unidad/servicio (73,8%). La dimensión con más respuestas negativas es dotación de personal (25,8%).

9 ítems superan el 75% de respuestas positivas, relacionadas con las dos dimensiones anteriores y el aprendizaje organizacional, las transiciones de pacientes, dotación de personal y percepción de seguridad. Ninguno de los 42 supera el 50% de respuestas negativas.

No existen diferencias significativas entre la experiencia o la antigüedad y los diferentes ítems y dimensiones analizados.

Comparando los resultados con los del MS, destaca la diferencia en respuestas positivas a dotación de personal (CHD 60,7%; MS 27,6%) y apoyo de la gerencia (CHD 58,3%; MS 24,5%). No se aprecian diferencias en trabajo en equipo en la unidad/servicio (CHD 73,8%; MS 71,8%).

El porcentaje de respuestas positivas es mayor en enfermería que en el resto en: trabajo en equipo en la unidad/servicio (81,6%; 67,2%) y preguntas relacionadas con los cambios de turno (92,2%; 69,6%).

Conclusiones:

Existe una mayor cultura de SP en centros extrahospitalarios de hemodiálisis que los hospitales del SNS.

A pesar de existir una baja notificación, los problemas de seguridad son tenidos en cuenta por los profesionales y se aprende de ellos.

La dotación de personal no se percibe como un problema de SP en centros extrahospitalarios de hemodiálisis.

Bacteriemias relacionadas con catéteres: otra visión

Isidro Sánchez Villar, Óscar José Mora Hernández

Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España

Introducción:

El uso de catéteres de alto flujo en las unidades de hemodiálisis se ha incrementado en los últimos años. Sabemos que las complicaciones más importantes derivadas de su manejo son de carácter infeccioso, y que se asocian a un mayor riesgo de mortalidad. Los protocolos y procedimientos propuestos por sociedades científicas como la nuestra reducen el riesgo. Es fundamental que sea conocido por todo el personal de la unidad. Sin embargo hay situaciones que dificultan su implementación: Incorporación de personal sin conocimientos específicos previos de diálisis, sobrecarga de trabajo por déficit de personal y por incremento de pacientes con mayor comorbilidad. El objetivo fue comparar la tasa de bacteriemias relacionadas con catéteres (BRC), y la influencia de la carga asistencial, en periodo vacacional (VAC) con personal nuevo frente al resto del año (NO VAC), en una unidad de diálisis de referencia de un hospital de tercer nivel.

Pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo Para el cálculo de la tasa BRC se incluyeron los pacientes portadores de catéter de alto flujo tunelizado (CT) en programa de diálisis de nuestro hospital en 2014. Para el cálculo de las demás variables se consideraron todos los pacientes asistidos en la unidad y todas las técnicas realizadas. La tasa de BRC se calculó como n° BRC x 1000 días catéter. Para evaluar la presión asistencial se analizó por turno el ratio de enfermería, proporción de personal experto sobre una plantilla de 3 profesionales/turno. Media diaria de: Sesiones totales, de sesiones de pacientes agudos, de técnicas de plasmáfesis, de intercambios de CAPD y de HD en otros servicios del hospital, en ambos periodos. El periodo vacacional de la unidad comprendió entre el 15 de mayo y el 30 de septiembre.

Resultados:

Se analizaron 7395 sesiones de hemodiálisis. Pacientes portadores de catéter 25, 10 mujeres, edad media: 68 años, 1805 sesiones.

- Tasa total de BRC 2,99: NO VAC 0,56 vs VAC 6,30 ($p < 0,001$).
- Ratio de enfermería 4,24. NO VAC vs 4,11 vs P VAC 4,43. ($p < 0,03$).
- Media de personal experto 2,40: NO VAC 2,19 vs VAC 2,55 ($p < 0,003$).
- Media de sesiones: 17,77: NO VAC 17,76 vs VAC 18,28 (ns).
- Media sesiones agudos: 5,48 NO VAC 5,54 vs VAC 5,42 (ns).
- Media de plasmáfesis: 0,19 NO VAC 0,14 vs VAC 0,26 ($p < 0,001$).
- Media de CAPD: 0,19 NO VAC 0,25 vs VAC 0,11 ($p < 0,001$).
- Media de sesiones fuera de la unidad: 0,71 NO VAC 0,76 vs VAC 0,65 (ns).

Conclusiones:

La tasa de BRC anual aumenta a costa de una alarmante tasa en periodo vacacional. Este periodo coincide con ratios más elevados de pacientes x enfermera por disminución de la proporción de personal experto a expensas de profesionales sin preparación previa, que implica aumento de la presión asistencial, disminución de la calidad y de la formación.

Hay espacio de mejora en la implementación de los protocolos preventivos, fundamentalmente en periodo vacacional, y la necesidad de la preparación del personal antes de incorporarse a una unidad de diálisis.

Comparación de un programa de ejercicio intradiálisis frente a ejercicio domiciliario sobre capacidad física funcional y nivel de actividad física

Lucía Ortega Pérez de Villar, Sara Antolí García, M^a Jesús Lidón Pérez, Juan José Amer Cuenca, Vicent Benavent Caballer, Eva Segura Ortí

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción:

Desde los años 80 se vienen implantando ejercicios para pacientes en hemodiálisis (HD), y se ha demostrado su beneficio. Sin embargo, son pocas las unidades de HD que ofrecen como parte de su rutina de tratamiento un programa de ejercicio adaptado a estos pacientes. El elevado coste de contar con un fisioterapeuta en la unidad de HD es una de las principales causas, por lo que es necesario encontrar alternativas más económicas para generalizar la realización de ejercicio en esta cohorte de pacientes. El objetivo del presente estudio es comparar los efectos de un programa de ejercicio intradiálisis frente a ejercicio domiciliario en paciente en HD sobre la adherencia al programa, la capacidad física funcional y el nivel de actividad física.

Métodos:

Diecisiete pacientes en HD accedieron a ser incluidos en el estudio, y fueron aleatorizados en un grupo de ejercicio intradiálisis (n=9, edad 64.1 (14.5) años, 4 hombres) o en un grupo de ejercicio en el domicilio (HB) (n=8, edad 57.8 (16.8) años, 4 hombres). Siete sujetos del grupo de ejercicio intradiálisis y tres del grupo de ejercicio HB abandonaron el estudio. Ambos programas consistieron en la combinación de ejercicios de fuerza y ejercicio aeróbico durante 4 meses donde los pacientes tenían que realizar los ejercicios 3 veces a la semana con un total de 48 sesiones. Se valoró una amplia batería de pruebas funcionales (Short Physical Performance Battery, equilibrio monopodal, Timed up and go, Sit to stand to sit test 10 y 60, fuerza de agarre de la mano, fuerza de tríceps, 6 minutos marcha) y dos cuestionarios de nivel de actividad física. El análisis estadístico se realizó mediante una prueba ANOVA mixta.

Resultados:

Un total de 7 pacientes finalizaron el estudio y fueron analizados, dos pacientes en el grupo intradiálisis y 5 pacientes en el grupo HB. La prueba ANOVA mixta mostró un efecto significativo del factor tiempo sólo en el caso del cuestionario de actividad física Human Activity Profile (P< .017) donde la mediana de los pacientes que realizaron el ejercicio durante la diálisis tenían una puntuación pre de 48.5 (min 44 - max de 53) y post de 62 (min 58 - max 66); mientras que la mediana en los pacientes que realizaron el HB obtuvieron una puntuación pre de 7 (min 2 - max 54) y post de 17.5 (min 13 y - max 86). Respecto al resto de pruebas funcionales, no se encontró ninguna diferencia significativa. En cuanto a la adherencia a los programas de ejercicios los pacientes que realizaron el programa intradiálisis cumplieron en un 92.70% el total de las sesiones, mientras que los que realizaron el HB realizaron un 68.74% de las sesiones.

Conclusión:

Tanto el ejercicio durante la HD como el ejercicio HB resultan en un aumento del nivel de actividad física de los pacientes en hemodiálisis. Es necesario modificar factores, tanto en el personal sanitario que atiende a estos pacientes como en los propios pacientes, para conseguir mayor adherencia a los programas de ejercicio.

Comparación entre 3 diferentes soluciones de sellado de catéteres tunelizados para hemodiálisis

Luca Caserta, Jéssica López Salas, Diego Tofiño Gómez, Cristina Pérez Ramos, José Luis Merino Rivas, Alicia Gómez Gómez

Hospital Universitario del Henares, Hospital Universitario de Torrejón y Clínica Fuensanta. Madrid. España

Introducción:

El funcionamiento del catéter tunelizado (CT) es un aspecto fundamental para el buen desarrollo de una sesión de hemodiálisis (HD). Actualmente son limitadas las evidencias que apoyan el uso de una u otra solución de sellado, con el fin de evitar la disfunción del mismo y reducir los riesgos para el paciente. En este estudio comparamos tres diferentes soluciones de sellado: Heparina 5000 UI/ml, Heparina 20 UI/ml y Citrato Trisódico al 40,7%, con el objetivo de analizar sus resultados en la funcionalidad del catéter mediante el seguimiento de factores intrahemodiálisis como flujo de bomba (QB), presión venosa (PV), presión arterial (PA), uso de trombolíticos e inversión de líneas.

Materiales y Métodos:

Se incluyeron 16 pacientes (8 varones y 8 mujeres) con una media de edad de 68 ± 14 años, en tratamiento de HD durante una media de 45 ± 53 meses, con una mediana de 35 meses y un rango de 216-5 meses.

Todos ellos portaban catéteres tunelizados:

- 13 yugulares derechos.
- 2 yugulares izquierdos.
- 1 femoral derecho.

La mitad de los pacientes habían tenido más de un catéter, con un promedio de $1,1 \pm 1,5$ y un rango de 5-0.

El tiempo de permanencia de los catéteres fue de 23 ± 20 meses con una mediana de 16 y un rango de 75-4 meses.

Todos los pacientes portadores de CT estaban inicialmente sellados con Heparina al 5 % (5000 UI/ml).

Al inicio del estudio la mitad de los pacientes se sellaron con Citrato y la otra mitad con Heparina al 0,02% (20 UI/m) durante 4 semanas.

Después 4 semanas el sellado se cambiaba por la otra solución (en los que empezamos con Citrato se cambiaba a Heparina al 0.02 % y viceversa) y se analizaban otras 4 semanas.

Resultados:

Al finalizar las 12 semanas de recogida de datos hemos confrontado valores:

- El Qb, basal y de la última hora de HD, de los CT con sellado de Heparina 5% fue de 293 ± 11 y 287 ± 16 , con sellados con Heparina al 0,02% fue de 289 ± 16 y 290 ± 16 , con sellados de Citrato fue de 291 ± 11 y 288 ± 14 .
Sin diferencias significativas.
- La PA, basal y en la última hora de HD, fue para los CT sellados con Heparina al 5% de -168 ± 19 y -179 ± 19 , con sellados de Heparina al 0,02 %, de -171 ± 20 y -185 ± 19 y con sellado de Citrato de -163 ± 21 y 178 ± 21 .
Sin diferencias significativas.
- El número de sesiones con necesidad de invertir líneas en CT sellados con Heparina 5%, Heparina 0,02 % y Citrato fue de: 29 (10%), 30 (23,8%) y 22 (14,8 %).
Sin diferencias significativas.
- El número de ocasiones en que fue necesario tratamiento trombolítico según el sellado fue respectivamente, Heparina 5%, Heparina 0,02 % y Citrato de: 24 (13 %), 13 (10 %) y 14 (9,4%).
Sin diferencias significativas.

Conclusión:

En nuestro estudio, el sellado del catéter con dosis bajas de Heparina (0,02 %) puede tener la misma eficacia desde el punto de vista funcional que las otras dos soluciones, su uso puede simplificar el sellado y facilitar su manejo, al igual que puede disminuir las complicaciones sistémicas.

Control de la anemia mediante biosensores de relleno capilar (Herramienta enfermera)

Miguel Paramio Valtierra, Luis Alberto Rodríguez Rodríguez, María Jesús Álvarez López, Lorena López-Hazas López-Hazas, M^a Isabel García Pérez, Nieves Novo Catalán

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y F.R.I.A.T Centro Los Lauros. Madrid. España

Introducción:

Las causas de la anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica son múltiples, por un lado es debido a la carencia relativa de eritropoyetina y por otro lado es el déficit de hierro que acompaña al aumento de las pérdidas de sangre debidas al sangrado gastrointestinal y pérdidas frecuentes del circuito.

Otras causas son hemólisis, intoxicación por aluminio, infección e inflamación crónica, hiperparatiroidismo e inadecuada dosis de diálisis.

Por ello es un objetivo prioritario el control de la anemia, y puede ser un elemento de gran importancia el uso de biosensores de relleno capilar, para poder monitorizar la hemoglobina y el hematocrito en todas las sesiones minimizando así las extracciones sanguíneas sin perder el control sobre la misma.

Objetivos:

El objetivo fue comprobar que la monitorización de la anemia según los biosensores de relleno capilar fuese o no eficaz para el control de la misma durante la sesión de hemodiálisis.

Material y Métodos:

Fue realizado un estudio comparativo con una muestra de 64 pacientes en la que comparamos el resultado analítico del hemograma, con el valor de la hemoglobina y hematocrito de la máquina de hemodiálisis mediante los biosensores de relleno capilar.

Para ello se extrajo la analítica y se recogieron los datos de la hemoglobina y el hematocrito que se recogió en los biosensores de relleno capilar a los 64 pacientes a estudio.

Resultados:

De los 64 pacientes a estudio solo 2 tuvieron que ser excluidos por estar desactivada la función BVM en la máquina en la que se dializaban. De los 62 restantes el resultado de la hemoglobina tuvo un margen de error que se situó entre 0/- 1,8mg/dl, y en cuanto a la medición del hematocrito el margen de error fue de -0,1/-6,9mg/dl.

Conclusión:

La monitorización de la anemia según los biosensores de relleno capilar es una herramienta eficaz en el control de la misma.

Esto nos servirá de gran ayuda para controlar diariamente o de forma periódica los niveles de hemoglobina y hematocrito en pacientes con tendencia a anemizarse y así evitar posibles complicaciones.

Esto puede ser una herramienta clave en el ámbito de la enfermería ya que puede estar en nuestra mano el primer dato objetivo que nos avisa de la anemia en el paciente, para la posterior actuación médica.

Cuantificación del deterioro funcional durante 6 meses en pacientes renales en estadio terminal

Lucía Ortega Pérez de Villar, Sara Antolí García, M^a Jesús Lidón Pérez, Juan José Amer Cuenca, Javier Martínez Gramage, Eva Segura Ortí

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Antecedentes:

Pacientes en tratamiento de diálisis presentan una disminución de la función física, sin embargo, no hay estudios que demuestren el ratio en el que se produce este deterioro funcional.

Objetivo:

El propósito de este estudio es cuantificar el deterioro funcional de los pacientes en tratamiento de diálisis durante seis meses.

Diseño:

Este estudio es observacional y prospectivo.

Métodos:

Cuarenta y tres pacientes en tratamiento de diálisis de dos centros de Valencia (España) fueron analizados después de 6 meses (edad 61.3 (14.7) años; media de tiempo en diálisis =49 IQR=60 meses; mediana IMC = 24.5, IQR = 6.4 kg/m²). Los participantes completaron el Short Physical Performance Battery –SPPB- (n=42), equilibrio monopodal (n=42) and Time Up and Go Test –TUG- (n=43), Sit to stand 10 and 60 –STS 10/ STS 60- (n=39/43), dinamometría de mano (n=43); elevación de talón (n=36) y 6 minutes walking time –6mwt- (n=34). Además se recogieron datos de las historias clínicas y de las analíticas.

Resultados:

La mayoría de las pruebas de capacidad funcional que se completaron no muestran resultados significativos. Inesperadamente, tres de las pruebas mejoraron significativamente: el STS 10 mejoró de 28.7 (10.6 – 60

segundos) a 25.5 (1.0 - 48.6 segundos); la dinamometría de la mano derecha incrementó de 25.7 (12.8) kg a 27.5 (14.5) kg; la dinamometría de la mano izquierda de 21.9 (12.4) kg a 24.6 (14.0) kg. Otras medidas no obtuvieron un deterioro significativo: SPPB de 12 (4-12) a 11.5 (2-12); STS 60 de 21.3 (9.1) repeticiones a 19.3 (9.4) repeticiones; elevación del talón izquierdo de 22 (0-25) a 19.5(0-25) repeticiones; 6MWT de 390.9 (131.4) metros a 383.5 (141.8) metros. Aquellos sujetos que abandonaron el estudio, la mitad tenían problemas serios de salud o fallecieron.

Conclusiones:

Se trata de una muestra limitada de pacientes en hemodiálisis relativamente jóvenes con un buen estado físico de salud. Después de 6 meses, en ninguna de las pruebas de capacidad funcional se observa un deterioro significativo. El hecho de que los pacientes con peor condición física no realizaran el seguimiento puede explicar la mejora significativa que se encuentra en algunas de las pruebas, o incluso que haya una tanta variabilidad en la muestra utilizada con respecto a la edad, condición física y trasplantes. Se recomienda a los centros de hemodiálisis realizar un seguimiento de capacidad funcional anualmente, ya que con un periodo de 6 meses no se encuentran cambios significativos.

Disfunción de catéteres venosos centrales en una unidad de hemodiálisis hospitalaria

José Antonio González Castillo, Ana Rebollo Rubio, José Vicente Jiménez Ternero, M^a José Pinilla Cancelo, Sergio Granados Camacho, Belén Sánchez García

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

Introducción:

La presencia de un catéter venoso central para hemodiálisis (HD) se asocia a numerosas complicaciones que se traducen en una elevada morbimortalidad. Además se ha cuantificado que iniciar un programa de HD a través de catéter venoso central (CVC) en relación con la fístula arteriovenosa (FAV), aumenta el riesgo de mortalidad, debidamente ajustado por las diversas variables consideradas, del 30 al 50%. Allon M et al. señala que existe una persistencia de asociación significativa entre la mortalidad y el uso del catéter, después del ajuste de factores asociados, sugiriendo que el uso de catéter es un predictor independiente de mortalidad de los pacientes.

Se define disfunción del catéter venoso central como la incapacidad de obtener o mantener un flujo de sangre extracorpóreo adecuado para realizar una sesión de diálisis sin que esta se prolongue demasiado. Las guías K/DOQI establecieron como valor la cifra no inferior a 300 ml/min, sin embargo en ocasiones puede ser difícil alcanzar esta cifra, por lo que el límite de 250 ml/min parece más realista y permite una diálisis adecuada ajustando el tiempo de las sesiones.

Objetivo:

El objetivo de este estudio ha sido cuantificar la disfunción del catéter venoso central como acceso para realizar HD en una unidad de hemodiálisis hospitalaria.

Material y Métodos:

Estudio observacional analítico prospectivo en el cual se incluyeron 18 pacientes portadores de CVC permanente para hemodiálisis.

Definimos la disfunción del CVC como flujo de sangre \leq a 250 ml/min, o necesidad de terapia fibrinolítica en al-

gún momento de la sesión por incapacidad de conseguir un flujo sanguíneo adecuado.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, tiempo de permanencia del CVC y solución de purgado del CVC.

El periodo de seguimiento estuvo comprendido entre el 1 de abril de 2014 y el 31 de marzo de 2015.

Resultados:

Un total de 18 pacientes son portadores de CVC en nuestra unidad (24% del total de pacientes). No fueron tenidos en cuenta los pacientes de nuevo ingreso a partir del momento de iniciar el estudio. Del total de los pacientes incluidos, 3 pacientes fallecieron, 2 fueron trasplantados y a 2 se les hizo una FAV que tuvo buen desarrollo y se les retiró el CVC.

Los pacientes que han cumplido el año de seguimiento han sido 11.

Las sesiones de HD analizadas han sido 1502. De ellas se produjo disfunción, entendida como flujo de sangre \leq 250 ml/min, en 37 sesiones de HD (2,4%). La terapia fibrinolítica con Uroquinasa fue necesaria en 9 del total de las sesiones (0,6%).

Conclusiones:

El número de pacientes portadores de CVC en nuestra unidad se encuentra por debajo de la cifra de incidentes portadores de CVC (ya sea temporal o permanente) en nuestra comunidad.

El número de sesiones en los que los pacientes presentaron disfunción del CVC es menor que los datos reportados en la bibliografía para este tipo de pacientes prevalentes en HD.

Efecto de la personalización de los cuidados de enfermería sobre la adherencia terapéutica en el paciente renal en programa de hemodiálisis

M^a Dolores Ojeda Ramírez, David Ojeda Rodríguez, Ana M^a García Pérez, Inmaculada Caro Rodríguez, Sergio García Marcos, Sonia García Hita

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

Existen múltiples factores que parecen estar relacionados con la deficiente adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis (HD), tanto en lo referente a lo farmacológico como en los cambios en los hábitos y estilo de vida para poder llevar a cabo las recomendaciones dietéticas y las restricciones propias de esta enfermedad.

Objetivos:

- Objetivo principal: Valorar el efecto de la Personalización de los cuidados, como marco conceptual donde nace la figura de la Enfermera Referente, sobre la adherencia terapéutica en cuanto a dieta, medicación, restricción de líquidos, y tratamiento dialítico.
- Objetivo secundario: Evaluar el efecto de la Consulta de Enfermería al paciente renal en HD sobre el cumplimiento terapéutico.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional prospectivo longitudinal de cohorte desde junio de 2012 a junio de 2014, a 42 pacientes pertenecientes a una unidad de HD. Se evaluó el cumplimiento de la dieta y medicación mediante los niveles de fósforo, potasio y hormona paratiroidea en sangre; el cumplimiento de la restricción de líquidos mediante la ganancia interdialisis y porcentaje de la ganancia sobre el peso seco, el cumplimiento del tratamiento de HD mediante la asistencia a las sesiones; y el tratamiento farmacológico mediante la entrevista individual (autoinforme e informe del cuidador principal) antes y después de la implantación de la figura de la enfermera referente.

Resultados:

Se encontraron diferencias significativas al analizar las variables estudiadas antes y después de la implantación de la figura de la enfermera referente, excepto en los niveles de potasio, que tienen una tendencia a disminuir pero sin llegar a ser estadísticamente significativo; por lo que podemos decir que la existencia de la figura de la enfermera referente como gestora de los cuidados individualizados al paciente renal hace que mejora la adherencia al tratamiento en todos sus aspectos.

Se encontraron diferencias significativas al comparar las variables estudiadas entre el Grupo A (grupo consulta) y Grupo B (resto de pacientes) en cuanto a los niveles de fósforo, PTHi, y cumplimiento farmacológico, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al potasio y ganancia interdialisis, por lo que podemos decir que la Consulta de Enfermería mejora la adherencia terapéutica en la dieta y medicación, pero no influye sobre el cumplimiento en la restricción de líquidos.

Conclusiones:

La Personalización de los cuidados y la Consulta de Enfermería hacen que mejore la adherencia terapéutica en cuanto a la dieta, medicación y restricción de líquidos. Esto puede estar relacionado con un mayor tiempo de dedicación al tratamiento del paciente, y mayor contacto con el cuidador principal. Este contexto favorece aquellas intervenciones que dependen en gran medida de una adecuada educación sanitaria donde el contexto tiene gran importancia. Por tanto, podemos decir que:

1. La Personalización de los cuidados enfermeros junto con la figura de la Enfermera Referente mejoran la adherencia terapéutica del paciente renal en hemodiálisis, en cuanto a dieta, medicación y restricción de líquidos.
2. La Consulta de Enfermería para el paciente renal en programa de hemodiálisis mejora la adherencia terapéutica en cuanto a la dieta y la medicación.

Efectos de la variación del flujo del líquido de diálisis en la hemodiafiltración On-Line

Sonia Guerrero Carreño, Nuria Ribas Cortada, Marta García Pascual, Neus Gispert Espinosa, Eva Elias Sanz, Marta Quintela Martínez

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción:

Son numerosos los estudios aleatorizados y metanálisis que describen como técnica de elección la Hemodiafiltración on-line (HDF-OL) por la relación directa existente entre el volumen convectivo y la disminución de la tasa de mortalidad. Actualmente no hay evidencia científica que determine que un aumento del flujo del líquido de diálisis (Qd) pueda reportar mejores resultados en términos de eficacia convectiva y depurativa. El objetivo del estudio fue valorar en pacientes en tratamiento con HDF-OL el efecto de la variación del Qd sobre el volumen convectivo y su capacidad depurativa, así como la aparición de posibles complicaciones durante el tratamiento.

Material y Métodos:

Se incluyeron 59 pacientes, 45 varones y 14 mujeres que se encontraban en programa de HDF-OL con monitor 5008 Cordiax con autosustitución. Cada paciente fue analizado en 5 sesiones en la que sólo se varió el Qd (300, 400, 500, 600 y 700 ml/min). En cada sesión se determinaron concentración de urea (60 Da), creatinina (113 Da), β 2-microglobulina (11800 Da), mioglobina (17200 Da) y α 1-microglobulina (33000 Da) en suero al inicio y al final de cada sesión, para calcular el porcentaje de reducción de estos solutos. Se realizó un registro de incidencias durante la sesión de hemodiálisis, donde se contemplaron variables como hemoconcentración, coagulación del circuito, incidencias en el BVM y número de alarmas.

Resultados:

Se objetivó un aumento de litros de líquido de diálisis por sesión, desde 86.5 ± 4 L con Qd de 300 ml/min hasta 201 ± 10 L con Qd 700 ml/min. No se determinaron cambios en el volumen de sustitución ni en el volumen convectivo. En términos de difusión, el incremento del

Qd mostró un aumento significativo de la dosis de diálisis, con un aumento de Kt de 67.98 ± 6.9 L con Qd 300 ml/min hasta 75.53 ± 7.3 L con Qd 700 ml/min ($p < 0.001$), y un aumento progresivo del porcentaje de reducción de urea con el incremento del Qd, siendo significativamente inferior con Qd 300 ml/min. No se objetivaron cambios en el resto de moléculas estudiadas, ni la aparición de incidencias médicas y técnicas asociadas a la variación del Qd.

Conclusión:

No se observa una modificación en el volumen convectivo relacionada con la variación del Qd. Un mayor Qd mostró un discreto incremento de la depuración de urea, sin variaciones en las medianas y grandes moléculas. Paralelamente, la no asociación entre la aparición de incidencias médicas y técnicas durante las sesiones de HDF-OL, no implica un incremento en las cargas de trabajo del personal de enfermería.

La utilización de Qd < 500 ml/min podría suponer una disminución en el número de atención de alarmas por recambio de garrafas de concentrado ácido en diálisis prolongadas; así como un ahorro de consumo entorno al 10-20%. Con el fin de realizar una adecuada gestión de los recursos, se recomienda optimizar el Qd al mínimo posible que garantice una adecuada dosis de diálisis y permita racionalizar el consumo.

Eficacia de heparina de bajo peso molecular según la vía de administración en la hemodiálisis de alto flujo y hemodiafiltración en línea

M^a Isabel Durán Muñoz, M^a Montserrat García Moya, Teresa E. Lope Andrea, M^a Aránzazu Chamorro Díez, M^a Belén Peix Giménez

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción:

Las técnicas de hemodiálisis (HD), precisan heparina para evitar la coagulación del circuito extracorpóreo.

La intervención de enfermería durante la sesión de hemodiálisis, relacionada con el mantenimiento del circuito extracorpóreo es una práctica diaria que nos posibilita el buscar nuevos métodos que mejoren el proceso.

El tipo de heparina que se ha venido utilizando es heparina sódica no fraccionada, siendo sustituida cada vez más por heparina de bajo peso molecular (HBPM). Ésta permite una administración única al inicio de la sesión de HD.

Durante la hemodiálisis de alto flujo (HF-HD) y la hemodiafiltración en línea (HDF-OL) se puede producir pérdida de (HBPM) cuando se administra prefiltro por la vía arterial del circuito de HD.

Objetivo:

Evaluar si la eficacia de Enoxaparina durante la sesión de HD se ve afectada por la vía de administración (arterial o venosa).

Material y métodos:

El estudio se llevó a cabo en 15 pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de HD, de los cuales 13 eran varones y 2 mujeres, con edad media 66 años. Todas las sesiones de HD eran de 4h, con dializador de helixona 1,8 m², 14 pacientes en HDF-OL y 2 en HF-HD. De ellos 14 pacientes eran portadores de fístula arteriovenosa nativa y 1 portador de catéter tunelizado.

Se evaluó la coagulación del dializador y de las cámaras de forma basal con la administración de Enoxaparina (HBPM) por vía arterial al inicio de la HD y durante 3 semanas consecutivas con administración de Enoxapari-

na por la rama venosa 2 minutos antes de la conexión, con la siguiente pauta: semana 1 el 100% de la dosis arterial, semana 2 el 75% y semana 3 el 50%.

Se registró en todas las sesiones la coagulación del dializador de forma visual, con la escala 0= ningún capilar coagulado, 1= < 5% de capilares coagulados, 2= 5-25%, 3=> 25% y las cámaras 1=no coágulos y 2=si coágulos.

También se recogieron datos de KT, volumen de sangre dializada (VSD) y volumen de sustitución.

A ningún paciente se le administraron anticoagulantes en el cebado del circuito.

Resultados:

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la coagulación del dializador y cámaras, al comparar la administración arterial con la semana 1 (100%), ni con la semana 2 (75%). Si fue significativamente mayor en la semana 3 (50%) respecto a la administración arterial.

No hubo diferencias en valores de KT, VSD y volumen de sustitución.

Conclusión:

La administración directa de HBPM al paciente justo antes de iniciar la sesión de HD, por vía venosa en lugar de por la arterial, reduce la dosis de HBPM un 25%, minimizando la posibilidad de riesgos adversos en HF-HD y HDF-OL.

Consideramos que la práctica habitual de administración de HBPM por vía arterial debe ser modificada y administrada por vía venosa con dializadores de alta permeabilidad. Con dializadores de baja permeabilidad no se produce pérdida de HBPM, por tanto la vía de administración no influye.

Eficacia del catéter palindrómico en la adecuación en hemodiálisis: estudio prospectivo controlado a 3 años

Alicia Santos Bernia, María Rodrigo Valero, Nuria Martínez Martínez, M^a Jesús Lidón Pérez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción:

La menor capacidad depurativa alcanzada con los catéteres tunelizados de hemodiálisis (HD) frente a la fístulas arteriovenosas (FAV) obliga frecuentemente a alargar el tiempo de las sesiones, especialmente si se invierten las luces a fin de corregir flujos arteriales anormalmente bajos. Frente al diseño clásico bifurcado, los catéteres palindrómicos (CP) de punta simétrica permiten alcanzar mayores flujos con menor riesgo de recirculación. El presente estudio analiza la eficacia del CP para alcanzar una dosis difusiva y convectiva adecuadas en el contexto del régimen más habitual de 3 sesiones semanales de 4 horas de HD.

Métodos:

Estudio prospectivo observacional de no inferioridad que comparó a todos los pacientes con CP y FAV dializados en nuestra Unidad desde Enero de 2012 a Diciembre de 2014 con un régimen de 4 horas, 3 días/semana. Los pacientes dializados mediante otros catéteres tunelizados u otras pautas de diálisis fueron excluidos. Los objetivos primarios fueron el porcentaje de recirculación inicial del acceso, el Kt y el volumen convectivo total alcanzado en cada sesión obtenidos mediante termodilución y dialisancia iónica, respectivamente.

Resultados:

Se analizaron 9516 sesiones de diálisis (CP: 1628,17%. FAV: 7888,83%) en 67 pacientes (CP: 23,34%, FAVI: 44,66%), con una experiencia acumulada de 5272 catéteres/día y una mediana de seguimiento de 347 (146-521) días. Aunque los parámetros de diálisis fueron superiores en las sesiones con FAV, el Kt del grupo con CP fue de 55.7 ± 7.1 ml vs 60.2 ± 6.8 ml en el grupo de FAV ($p < 0.001$).

El volumen convectivo fue de 22.5 ± 4.3 vs 27.1 ± 4.0 ($p < 0.001$). Más del 90% de las sesiones realizadas mediante CP alcanzaron los objetivos de difusión y convección propuestos, pese a que en 9 pacientes (39%) con CP precisaron invertir las líneas.

Con un K obtenido medio de 240 ml/min con el CP, no se precisaría un aumento de tiempo para alcanzar el Kt de 45L objetivo en una sesión estándar de 4h de diálisis.

Conclusiones:

Aunque la FAV continúa siendo el acceso de elección, en pacientes en programa de HD de 4 horas y 3 días por semana, el uso de CP puede evitar la necesidad de alargar la duración de las sesiones de HD en la mayoría de los pacientes, incluso con líneas invertidas.

Electroestimulación neuromuscular intradiálisis, fuerza muscular, capacidad funcional y composición corporal

Sandra Rubio Páez, Ester Tomás Bernabeu, Anna Junqué Jiménez, Óscar Paz López, Gorka Iza Pinedo, Marisa Lavado Sempere

Hospital Terrassa. Barcelona. España

Introducción:

La capacidad funcional disminuida y la importante atrofia muscular caracterizan a los pacientes en hemodiálisis (HD). El ejercicio físico intradiálisis y, recientemente la electroestimulación neuromuscular (EMS) representan dos serias opciones terapéuticas para mejorar esta deteriorada condición física. Actualmente, no existen estudios publicados sobre el papel de la EMS y la composición corporal en los pacientes en HD.

Objetivo:

Analizar qué efecto produce un programa de EMS sobre la fuerza muscular, capacidad funcional, parámetros nutricionales y composición corporal en nuestros pacientes en HD.

Material y métodos:

Estudio unicéntrico, prospectivo de 12 semanas de duración. Los pacientes incluidos realizaron un programa adaptativo de EMS en ambos cuádriceps intradiálisis mediante el dispositivo Compex R Theta 500i. Analizamos:

1. Parámetros nutricionales: albumina, prealbúmina, triglicéridos, colesterol total y fracciones, ferritina y Proteína C reactiva.
2. Datos musculares: fuerza extensión máxima cuádriceps (FEMQ) y handgrip (HG) brazo dominante.
3. Test funcionales: "Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT).
4. Composición corporal mediante biomedancia eléctrica (BIA).

Resultados:

13 pacientes incluidos: 69.2% hombres. Edad media: 65.7 años y 36.9 meses en HD. I. Charlson medio 8.7. La principal etiología de la ERC fue la DM (38.5%). Al final del estudio se observó una mejoría en (* $p < 0.05$): FEMQ* (11.7±7.1 vs 13.4±7.4 Kg), STS10 (39.3±15.5 vs 35.8±13.7 seg), 6MWT* (9.9%, 293.2 vs 325.2 m).

En relación a la composición corporal, se observó únicamente un aumento significativo del área muscular (AMQ*: 7.8± 7.8 vs 12.5±4.3 cm²) y una disminución del área grasa (AGQ*: 22.9±9.4 vs 17.5±6.8 cm²) a nivel quadricipital, sin cambios en el resto de datos analizados (% grasa abdominal, peso graso, peso magro, agua corporal total). No se objetivaron cambios relevantes en los parámetros nutricionales y de adecuación dialítica.

Conclusiones:

1. La electroestimulación neuromuscular intradiálisis mejoró la fuerza muscular, la capacidad funcional y la composición muscular del cuádriceps de nuestros pacientes en HD.
2. Nuestros resultados remarcan el carácter local de la electroestimulación neuromuscular dada la ausencia de cambios relevantes en el resto de los parámetros nutricionales y datos corporales analizados.
3. Si bien son necesarios futuros estudios, la electroestimulación neuromuscular podría ser una nueva alternativa terapéutica para evitar la atrofia muscular y el deterioro progresivo de la condición física de estos pacientes.

Evaluación de la calidad del sueño en pacientes en hemodiálisis

Laura Giera Vives, Ana Rico González, Nora María Martínez Lucas, Francisco Luis Sánchez Izquierdo, Inés Peña Armijo

Centro de Hemodiálisis ASYTER Cuenca, Centro de Hemodiálisis ASYTER Albacete y Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. España

Introducción:

Los problemas de sueño se consideran importantes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) ya que pueden generar estrés y afectar negativamente a su calidad de vida.

La evaluación del paciente con problemas de sueño comienza cuando manifiesta su dificultad para conciliarlo. En una evaluación adecuada del sueño, para una posterior intervención, sería necesario observar además de los factores médicos, los psicológicos.

Las personas con IRC, sufren con más frecuencia que la población general insomnio síndrome de piernas inquietas (SPI) y apnea del Sueño.

Objetivo:

Evaluar la calidad del sueño en pacientes en hemodiálisis y, a partir de ahí, valorar si es necesaria una intervención en la educación del sueño en estos pacientes.

Material y métodos:

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal, a pacientes en tres centros de hemodiálisis. Se excluyeron pacientes con trastornos sensitivos, cognitivos y/o psiquiátricos severos. Fueron incluidos un total de 116 pacientes, 75 hombres y 41 mujeres, con una edad media de $68,18 \pm 13,69$ años, con un Índice de Masa Corporal (IMC) de $26,33 \pm 4,77$ Kg/m² y tiempo en diálisis de $62,19 \pm 47,50$ meses.

Para evaluar la calidad del sueño utilizamos el Cuestionario Pittsburgh (si >5 indica mala calidad del sueño), para observar la probabilidad de apnea del sueño se utiliza el cuestionario Berlín, y un tercero para el Síndrome Piernas Inquietas. El análisis estadístico se realizó con Spss v.12.0.

Resultados:

El 67.2% de los pacientes presentan mala calidad de sueño, el 31 % presenta alta probabilidad de padecer apnea del sueño y el 25,8 % alta probabilidad de padecer Síndrome de Piernas inquietas.

No existen diferencias en los resultados de la prueba del sueño con respecto al sexo, ($p=0.795$). Distribuyendo por edad en cuartiles duermen peor los del segundo cuartil (89.29%) y duermen mejor los del cuarto (53.57%), no existiendo relación para los pacientes de este tramo de edad en la toma o no de medicación. No existen diferencias significativas entre los grupos diferenciados por el tiempo que llevan en diálisis pero si existe tendencia a dormir peor cuanto más tiempo llevan en diálisis.

Distribuyendo por turnos de tratamiento (mañana, tarde y noche) no existe diferencia en el resultado, si bien el 71,37% de los pacientes se dializan en el turno de la mañana.

Relacionando el IMC con la calidad del sueño las diferencias no son significativas.

Existe una correlación positiva entre el síndrome piernas inquietas y el test de Berlín. No existe relación entre el test Pittsburgh y ninguno de los otros dos.

Conclusiones:

Los pacientes en diálisis presentan una mala calidad del sueño, no existiendo diferencias respecto al sexo.

Duermen mejor los de mayor edad frente a los de mediana edad.

La toma de fármacos no influye en el sueño por edad.

La obesidad, el tiempo en diálisis y el turno no influyen en la calidad del sueño.

La intervención en educación del sueño iría dirigida al grupo que presenta mayor puntuación en los cuestionarios Pittsburgh.

Evaluación de la implantación de la técnica del “OJAL” o “BUTTONHOLE” en una unidad de hemodiálisis hospitalaria: resultados a 12 meses

Laura Baena Ruiz, Beatriz Martín González, José Luis Merino Rivas, Alicia Gómez Gómez

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

Hace tres años, comenzamos a utilizar en nuestra Unidad de Diálisis la técnica del ojal o “Buttonhole” para HD. Desde entonces, hemos estudiado tanto la evolución de distintos parámetros en los pacientes incluidos en el estudio (flujo de bomba, tiempo de hemostasia, nivel de dolor, valores analíticos en hemograma y coagulación e inspección visual de las FAV), como el nivel de satisfacción de los pacientes y de las enfermeras de la Unidad de HD tras usar esta técnica.

Hemos realizado un estudio analítico longitudinal iniciado en abril de 2012. Actualmente tenemos 17 pacientes con punción en ojal, de los cuales hemos incluido en el estudio a 10, ya que los demás aún no han completado 12 meses usando esta técnica. De los 10 pacientes, 3 se realizan unipunción, uno HDD y los 8 restantes se dializan en sala de crónicos. Además, hemos tenido 3 valoraciones parciales ya que 1 de los pacientes falleció y 2 fueron trasplantados.

Incluimos en la técnica pacientes con necesidad de autopunción encaminados a HDD y pacientes en sala de crónicos con FAV de difícil punción, multipunciones fallidas, sin posibilidad de variación de los lugares de punción o que padezcan miedo intenso o dolor importante durante la punción del AV, previa información sobre la técnica y consentimiento informado.

Material y métodos:

El método de evaluación de resultados se hizo mediante un formulario de recogida de datos diseñado para el estudio de los parámetros seleccionados, un cuestionario de satisfacción de los pacientes utilizando escalas tipo EVA de 1 a 10 para la evaluación de los distintos ítems y un cuestionario cerrado para el personal de enfermería con un apartado abierto para áreas de mejora.

A través de la creación del formulario y para valorar los resultados de la implantación de la técnica, se ha estudiado la evolución de las siguientes variables: tiempo de hemostasia, variación de flujo de bomba, complicaciones y parámetros analíticos (hemoglobina, hematocrito, plaquetas, ferritina, tiempo de cefalina e INR). Paralelamente, y de manera subjetiva a través de inspección visual, se han valorado las incidencias surgidas: aparición de hematomas y extravasaciones, tamaño de los aneurismas, número de punciones fallidas y/o multipunción.

Resultados:

- Reducción del dolor asociado a la técnica de punción de 4,7 a 8,8 favorable a la técnica del ojal ($p < 0,001$).
- Respuesta media sobre la mejoría respecto a la técnica previa fue de 9,1 favorable a “buttonhole”.
- Compensación de las molestias fue de 9,4 favorable a “buttonhole”.
- Respuesta unánime con valoración de 10 a si se realizarían nuevamente la técnica del ojal.
- Implicación activa del paciente en su tratamiento y autocuidado manifestado por la autopunción de 3 pacientes.
- Reducción del tiempo de hemostasia de 20 ± 11 a 12 ± 4 minutos ($p: 0,02$).
- Aumento del flujo de bomba de 365 ± 35 a 373 ± 27 ($p: n. s.$).
- Ausencia de hematomas, extravasaciones, punciones fallidas y/o multipunciones, infecciones y nuevos aneurismas.
- Valoración positiva por parte del personal de enfermería.
- Reducción del coste en material utilizado.
- Complicaciones surgidas: “dobles túneles” y replanteamiento de 3 túneles.

Fiabilidad y validez del Mini Nutritional Assessment (MNA) en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revisión de la literatura

José Antonio López Pallarés, Miguel Ángel Parada Sanchís

Hospital del Vinalopó y Clínica Benidorm. Alicante. España

Introducción:

La desnutrición es un problema muy importante y frecuente en la población con insuficiencia renal crónica en diálisis; en ellos la prevalencia de la malnutrición se ha estimado entre un 30 y 70%.

Dada la alta prevalencia de malnutrición en los pacientes en diálisis, su repercusión sobre la morbi-mortalidad y el gran gasto sanitario que supone, es preciso instaurar un adecuado seguimiento de los aspectos nutricionales, para detectar precozmente a pacientes en riesgo o con déficit nutricionales y realizar una intervención precoz que consiga revertir la situación. Como una valoración detallada del estado nutricional (datos de anamnesis, antropometría, determinaciones analíticas, etc.) tiene un coste elevado y requiere mucho tiempo, en los últimos años se han diseñado herramientas de cribado nutricional más sencillas que permiten valorar el estado nutricional a un menor coste.

Una de las escalas de valoración nutricional más utilizadas y recomendada por la ESPEN es el Mini Nutritional Assessment (MNA). A pesar de haber sido validada en pacientes geriátricos, también se ha utilizado, en la práctica clínica, en pacientes de hemodiálisis pero sin aportar datos de la fiabilidad y la validez de la escala en esta población.

Objetivo:

Realizar una revisión estructurada de la literatura para identificar artículos que analicen la fiabilidad y la validez del MNA en pacientes con una insuficiencia renal crónica sometidos al tratamiento de la hemodiálisis.

Material y métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos españolas (CUIDEN e IME) y de ámbito internacional (MEDLINE, SCOPUS y WEB OF SCIENCE). No se ha limitado la búsqueda por autor, año o cualquier otro parámetro. Se extrajo información sociodemográfica sobre la muestra y sobre las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de la escala MNA en la población de hemodiálisis.

Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica, 12 artículos son incluidos en la revisión. 6 estudios tienen el objetivo de analizar si la MNA muestra evidencias de fiabilidad y validez. La fiabilidad de las formas largas de la escala es evaluada mediante el coeficiente de kappa (valores entre 0,666 y 0,83) y el α de Cronbach ($\alpha=0,93$). Se muestra una adecuada validez según la validez de criterio (Gold Standard: Subjective Global Assessment) y las correlaciones del MNA con diferentes indicadores nutricionales y bioquímicos.

Conclusiones:

5 son los estudios que afirman que el MNA en su forma larga es útil para evaluar el estado nutricional en pacientes tratados en hemodiálisis, pero ninguno de éstos tiene lugar en la población española. Aunque, a priori, sí parezca un instrumento fiable y válido, se necesitarían más estudios en sujetos españoles para reafirmar estas características antropométricas de la escala MNA en nuestro país.

Hemodiálisis pediátrica: Una necesidad puede ser una realidad. Una experiencia maravillosa en nuestra Unidad

Inmaculada Moreno González, Elena Gutiérrez Vilchez, Francisco Rodríguez Sempere

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

Objetivo:

- Subrayar las necesidades actuales de nuevas aperturas de centros de hemodiálisis (HD) pediátrica a nivel nacional.
- Acercar el día a día de la unidad de hemodiálisis pediátrica de nuestro hospital al resto de profesionales pertenecientes a la S.E.D.E.N.
- Presentar protocolo de actuación desde la entrada en programa del paciente y método de trabajo.

Material y métodos:

Se calcula la incidencia de la enfermedad renal crónica en pacientes menores de quince años en nuestra provincia y zona de referencia antes de la apertura de la unidad.

Se recogen los datos etiológicos de la E.R. de base y la comorbilidad asociada de todos los pacientes sometidos a HD tanto crónicos como agudos y vacacionales desde la apertura de nuestra unidad hasta la actualidad. Así mismo se recoge la actividad en cuanto a número de pacientes y tratamientos realizados.

Se analiza la evolución de pacientes trasplantados en nuestra unidad desde su comienzo.

Se han realizado entrevistas semiestructuradas con registro de datos y análisis de ellos a todos los pacientes y familiares que proceden de otra provincia, tras ello, las discusiones se centraron en torno al deterioro de salud, social, económico y psicológico de dichos entrevistados al tener que recibir el tratamiento de HD en otra provincia distinta a su residencia.

Finalmente se recoge un video (el cual proyectaríamos) en el cual se muestra el lado más humano de la relación paciente (niño/a)-enfermero/a durante una sesión de hemodiálisis.

Resultados:

Desde Junio del 2012 (fecha de la apertura) se han dializado 17 pacientes en nuestra unidad, la causa más frecuente de E.R.C.A en pacientes menores de quince años fue anomalías estructurales de riñón y vías urinarias (29%). El 95% de los pacientes presentaba hipertensión arterial y el 25% cardiopatía estructural. La incidencia de E.R.C.A. en nuestra provincia ha sido de 7.89 por millón de población infantil.

Tras las entrevistas semiestructuradas a familiares se detecta la necesidad de centros de diálisis en la provincia de residencia de los niños/as. Durante el periodo analizado se han trasplantado el 85% del total de pacientes atendidos.

Conclusión:

Nuestra experiencia inicial muestra buenos resultados en cuanto a satisfacción de pacientes y familiares, calidad de diálisis y en consecuencia buena preparación metabólica y calidad de vida pre y post-trasplante.

Influencia del ejercicio físico en el desarrollo de la fístulas arteriovenosas nativas

M^a Teresa López Alonso, Valentín Lozano Moledo, Anna Yuguero Ortiz, Néstor Fontseré Baldellou

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción:

Diferentes estudios han evidenciado cómo los pacientes en hemodiálisis portadores de una fístula arteriovenosa nativa (FAVn) presentan un mayor tiempo de permeabilidad y menor número de complicaciones. Existen pocos estudios (indirectos, no randomizados y con escaso número de pacientes) que evalúan la eficacia del ejercicio en la mejora de la maduración o supervivencia del acceso vascular. Sin embargo, algunas guías de práctica clínica (K/DOQI) recomiendan su aplicación fundamentalmente antes de la creación de la FAVn.

Objetivo:

Evaluar la influencia de un programa controlado de ejercicio físico post-operatorio sobre la maduración de FAVn al mes de su implantación.

Material y métodos:

Estudio prospectivo randomizado (Junio 2013 a Noviembre 2014). Población de estudio: pacientes con insuficiencia renal crónica estadios 5 (pre-diálisis) y 5D (hemodiálisis) derivados a nuestro centro para la implantación de una FAVn. Criterios de exclusión: discapacidad psíquica o física para entender o realizar el programa de ejercicio. Previa a la implantación quirúrgica del AV, todos los pacientes del estudio realizaron ejercicios isométricos con una pelota de consistencia suave. Tras el procedimiento quirúrgico los pacientes fueron randomizados (grupo ejercicio y grupo control), se midió la fuerza muscular pre y post-intervención a las 4 semanas (Hand-Dynamometer). Al mes, tras la creación, se realizó una evaluación sobre los criterios tanto de maduración clínica, por la enfermera coordinadora de la unidad vascular (grosor, longitud y accesibilidad de la vena eferente) como ecográfica, por el coordinador médico de la unidad (Flujo vascular-Qa > 500 mL/min, diámetro venoso > 5 mm y

profundidad < 6 mm) en todos los pacientes. Para el análisis estadístico se emplearon técnicas descriptivas y las proporciones se compararon mediante el test de chi-cuadrado y las variables continuas mediante la T-Student. Se consideró significativa una $P < 0.05$.

Resultados:

Se incluyeron un total de 69 pacientes, edad media 66.8 años (DT 13.8 años), 70% varones y 65.2% en etapa de pre-diálisis. Tras el procedimiento quirúrgico (42% FAVn distales) los pacientes fueron randomizados (38 ejercicio y 31 control). Al mes tras la creación se observaron unas tasas generales de adecuada maduración clínica y ecográfica del 88.4% y 78.3% de las FAVn, respectivamente (Índice Kappa=0.539). Tan sólo se detectó un caso de discordancia entre los dos métodos de evaluación (1 FAVn madura por criterios ecográficos e inmadura por exploración clínica). El grupo ejercicio presentó una tendencia a una mayor maduración clínica y ecográfica respecto al grupo control (94.7% vs 80.6%, $P=0.069$; 81.6% vs 74.2%, $P=0.459$). En el análisis de regresión logística se detectó la localización como factor de confusión revelando una significativa mayor maduración clínica, no ecográfica, en el subgrupo de pacientes portadores de FAVn radio-cefálicas (94.7% vs 60%; $P=0.019$).

CONCLUSIÓN

- Un programa de ejercicio controlado post-quirúrgico favorece una adecuada maduración clínica, especialmente en el subgrupo de pacientes con FAVn distales.
- Tan sólo se observó un caso de discordancia entre los criterios de maduración clínica y ecográfica.
- Por tanto recomendamos la realización de una pauta controlada de ejercicio físico bajo la supervisión de una enfermera experta en hemodiálisis.

Intervenciones de enfermería para disminuir el riesgo de infección del orificio de salida del catéter

Ana M^a García Pérez, M^a Dolores Ojeda Ramírez, Inmaculada Caro Rodríguez, Sonia García Hita, Sergio García Marcos, David Ojeda Ramírez

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

El uso de catéteres para hemodiálisis (HD) aumenta el riesgo de bacteriemia (2,5-5,5 episodios/1000 días-catéter) y morbimortalidad en la población envejecida de HD. La infección relacionada con el catéter de HD (CHD) procede de dos fuentes: 1) migración de gérmenes desde la piel a través del orificio de salida (OS) y, 2) colonización directa por biofilm en el interior de la luz. La prevención de la infección relacionada con CHD es prioritaria. Guías (K/DOQI, 2006) recomiendan: 1) desarrollar protocolo escrito de actuación con normas para desinfección, manipulación y cura del OS, 2) higiene de manos, uso de guantes y mascarilla por parte de los profesionales y pacientes en cada manipulación.

Es imprescindible que el personal de enfermería esté especializado en el manejo de los diferentes AV, en este caso de los catéteres venosos temporales y permanentes, para poder aplicar cuidados de enfermería óptimos y conseguir un adecuado funcionamiento del acceso, evitar complicaciones y prolongar la supervivencia del mismo. El mantenimiento del acceso vascular (AV) ha de basarse en unos cuidados exhaustivos y protocolizados, encaminados principalmente a:

1. Obtener el mejor rendimiento durante la sesión de HD.
2. Minimizar los factores de riesgo de las complicaciones potenciales.
3. Hacer una detección precoz de las complicaciones en caso de producirse.
4. Realizar la conexión del paciente al circuito extracorpóreo de manera segura y eficaz.
5. Garantizar la seguridad y asepsia durante el proceso para minimizar el riesgo de infección.

Objetivo:

Evaluar un protocolo de actuación para la cura y manipulación del CHD y su efecto sobre la prevención de la infección del OS y bacteriemia asociada.

Pacientes y métodos:

Cohorte de pacientes estables en HD durante 9 meses (04/2014 a 12/2014) portadores de catéter tunelizado (CT) o no tunelizado (CnT). Se realizan dos tipos de curas: 1) manipulación/cura en cada sesión (cura diaria: CD), realizada en CnT o CT con OS de características normales y, 2) manipulación/cura semanal (CS) en CT, con apósito transparente y semipermeable, que permite observar el estado del OS. El OS se clasifica según sus características: 1) BUENO: piel intacta y seca, 2) DUDOSO: piel intacta, no seca o levemente enrojecida y, 3) INFECTADO: inflamado y con exudado. La manipulación por cualquier motivo incluye: higiene de manos, guantes estériles y mascarilla (también el paciente).

Resultados:

31 catéteres (22 tunelizados, 71%) en 18 pacientes, 17 hombres (54,8%); 10 (55,6%) emplearon > 1 catéter (1,7/paciente). Localización: yugular interna derecha (CT, 61,3%) y femoral derecha (CnT, 25,8%). Estudiamos 1696 sesiones de HD (94,2 sesiones/paciente) durante 270 días.

138 sesiones (8,1%) pasan de CS a CD por existencia de restos hemáticos (47,8%). 155 CS extras (9,1%) por presencia de apósito mojado o despegado. Encontramos presencia de exudado en 20 sesiones (1,17%), con resultado microbiológico negativo en 12 (61,1%). 5 sesiones OS INFECTADO (incidencia 0,22 episodios/catéter-año). 1 episodio de bacteriemia con OS infectado y retirada del CT (0,12 episodios/1000 días-catéter)

Conclusión:

- Clasificar el estado del OS es una buena herramienta para unificar criterios entre profesionales.
- Instaurar un protocolo de manipulación/cura de los catéteres para HD previene aparición de infección del OS y episodios de bacteriemia secundaria.

Manejo de la xerostomía en el paciente en tratamiento de hemodiálisis

María Bravo Herrero, Lucía López-Pintor Muñoz, Nieves López Castillo, Rosa María López-Pintor Muñoz, María Isabel Guijarro Alfaro, Gonzalo Hernández Vallejo

ASYTER Alcázar de San Juan y Departamento Estomatología III, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid. Ciudad Real y Madrid. España

Introducción:

La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal. Este problema es relativamente frecuente en el paciente en tratamiento crónico de hemodiálisis. La xerostomía está relacionada con múltiples factores, generales y locales, y puede aumentar la ganancia de peso (debido a una ingesta mayor de líquidos) entre las sesiones de hemodiálisis, empeorando el pronóstico del paciente. Un correcto manejo de la xerostomía en los pacientes hemodializados puede prevenir posibles complicaciones generales

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es valorar qué medidas toman los pacientes que reciben tratamiento en nuestra unidad de hemodiálisis, para reducir su sensación de sequedad bucal y realizar una revisión bibliográfica acerca de los tratamientos actuales para tratar la xerostomía.

Material y métodos:

Se incluyeron en el estudio un total de 50 pacientes. A los pacientes se les pasó un test para evaluar qué hacían para paliar la xerostomía. Entre las posibles actuaciones a realizar se encontraban utilizar soluciones salinas / bicarbonatadas, utilizar colutorios, beber productos gaseificados, acudir al dentista, beber agua, utilizar chicles y/o caramelos y/o utilizar fármacos específicos para la xerostomía. Se realizó una búsqueda bibliográfica en pubmed utilizando las palabras clave "xerostomía" AND "treatment" y se seleccionaron aquellos artículos publicados desde 2005 a 2015 que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados:

De los 50 pacientes estudiados 35 eran hombres y 15 mujeres. La edad media fue de $66,62 \pm 13,95$ años y los pacientes llevaban en tratamiento de hemodiálisis $46,02 \pm 44,89$ meses. Un 56% de estos pacientes comentaron sufrir xerostomía. Para paliar la sensación de boca seca, un 22% se enjuagaban con soluciones salinas o de bicarbonato, un 56% se enjuagaban con diferentes colutorios, un 30% bebían soluciones carbonatadas, un 12% bebían agua, un 66% utilizaban caramelos o chicles y un 8% utilizaban fármacos específicos para la sequedad bucal. Un 28% acudían de forma regular al dentista y un 28% cepillaban sus diente al menos una vez al día. Los pacientes con xerostomía acudían más a la consulta del dentista 85% vs 44.4% ($p=0.008$).

Conclusión:

La xerostomía puede afectar con mucha frecuencia al paciente en tratamiento de hemodiálisis. Muchas veces el paciente utiliza para paliar su sensación de boca seca productos o sustancias que pueden desecar más la cavidad oral o pueden aumentar el riesgo de otras patologías como la caries. Es importante conocer los tratamientos disponibles para paliar la xerostomía para poder aconsejar correctamente al paciente y mejorar su calidad de vida.

Plasmaféresis, acceso vascular, técnica y complicaciones. Dos años de experiencia

Mateo Párraga Díaz, Esperanza Melero Rubio, M^a Paz Gómez Sánchez, M^a Luisa Pérez Lapuente, Ana Hurtado Cárceles, Irene Hurtado Cárceles

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Fresenius Medical Care Services Murcia, S.L. Centro de Diálisis Ronda Sur. Murcia. España

Introducción:

La plasmaféresis (PMF) persigue tres tipos de resultados: modular la respuesta inmune y disminuir componentes responsables de la enfermedad, reemplazamiento de factores deficitarios de plasma y actuar sobre el sistema inmune mejorando la actuación del sistema retículoendotelial. Estas acciones implican una gran variedad de patologías susceptibles de ser tratadas.

La extracción de un volumen de plasma remueve aproximadamente el 65% del componente intravascular. Se requiere un acceso vascular (AV), pudiendo producirse complicaciones asociadas a éstos las más frecuentes: coagulación, infecciones y sangrado. A pesar de todo, este procedimiento es relativamente seguro.

Objetivo:

Comunicar nuestra experiencia en la realización de la técnica de PMF en una unidad de nefrología relacionada con: tipos de AV y complicaciones del mismo, indicación por especialidades y por categoría según ASFA, otras complicaciones como hipotensión y coagulación durante la realización.

Material y métodos:

Estudio observacional en el periodo comprendido desde enero de 2013 a diciembre 2014 de todos los pacientes que recibieron PMF en nuestra unidad; para ello se realizó una revisión de la historia clínica de los pacientes y sesiones de PMF registradas.

Se recogieron datos sobre: edad, sexo, patología, indicación (categoría ASFA) y número de PMF realizadas, tipo de AV y localización, complicaciones del acceso vascular (infección, sangrado, malfunción) tipo y cantidad de anticoagulante utilizado, hipotensiones durante la técnica, coagulaciones del sistema. Los datos fueron

analizados con programa estadístico para Windows. Las variables cuantitativas se expresan en medias y las cualitativas en porcentajes; como método de contraste se utilizan: T de Student, y χ^2 de Pearson definiendo como significativo un valor $p < 0.005$

Resultados:

Se estudiaron 42 pacientes, 16 hombres y 26 mujeres, con una edad media de 45.23 ± 16.07 años. El número total de procedimientos fue de 453. Por especialidad médica la distribución fue de 33.7% a cargo de nefrología, un 20.5 % de hematología y 45.7% de neurología. En relación a la indicación del tratamiento según la categoría ASFA: categoría I 21.42%, categoría II 19.05%, categoría III 59.53%. El AV fue 14.3 % FAVI, 7.1% catéter tunelizado, 7.1% temporal femoral izquierdo, 71.4 % femoral derecho. En un 13.5 % de las sesiones se produjeron complicaciones del AV siendo todas déficit de flujo y en un 1.1% hubo signos de infección del catéter. En un 2.2 % de la sesiones se produjeron hipotensiones. En 11.0% hubo coagulación del sistema. Al relacionar complicaciones del AV y tipo, así como las variables de hipotensión y coagulación del sistema no se encontraron resultados con significación estadística, como tampoco se encontraron en el resto de comparaciones. A pesar de todo, resaltaríamos que la coagulación del sistema no se debió a ninguna de las variables observadas lo que nos hizo sospechar en una insuficiente heparinización.

Conclusión:

El AV mayoritariamente elegido para la realización de la técnica de plasmaféresis en nuestra unidad es el femoral derecho temporal, siendo la frecuencia de complicaciones relacionadas con el AV muy baja, así como la aparición de hipotensiones. Las enfermedades más comúnmente tratadas son las neurológicas, y según clasificación ASFA las incluidas en categoría III.

Prevalencia y factores de riesgo de la xerostomía en el paciente hemodializado

Nieves López Castillo, María Bravo Herrero, Lucía López-Pintor Muñoz, Rosa María López-Pintor Muñoz, María Isabel Guijarro Alfaro, Elisabeth Casañas Gil

ASYTER Alcázar de San Juan y Departamento Estomatología III, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid. Ciudad Real y Madrid. España

Introducción:

La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal. La xerostomía es relativamente frecuente en el paciente en tratamiento crónico de hemodiálisis. En estos pacientes puede producirse por la reducción del flujo salival por la atrofia o fibrosis de las glándulas salivales, el uso de ciertos medicamentos, la restricción de la ingesta de líquidos y la edad avanzada.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de xerostomía y sus factores asociados en los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en nuestra unidad.

Material y métodos:

Se incluyeron en el estudio un total de 50 pacientes. A los pacientes incluidos se les preguntó si padecían xerostomía y otras alteraciones bucales como glosodinia, disfagia y disgeusia. Se recogieron las variables sexo, edad, tiempo en tratamiento en hemodiálisis, las enfermedades generales y los fármacos utilizados. También se preguntó si llevaban prótesis dental removible o no y el tipo de prótesis. Se realizó una estadística descriptiva, para el análisis inferencial de las variables categóricas se utilizó la χ^2 de Pearson y para el análisis inferencial de las variables continuas se utilizó la prueba ANOVA, análisis de la varianza. Se consideraron resultados estadísticamente significativos aquellos valores $p \leq 0,05$.

Resultados:

De los 50 pacientes estudiados 35 eran hombres y 15 mujeres. La edad media fue de $66,62 \pm 13,95$ años y los pacientes llevaban en tratamiento de hemodiálisis $46,02 \pm 44,89$ meses. La prevalencia de xerostomía fue del 56%. No se encontró relación significativa entre sufrir xerostomía y el sexo, la edad, el tiempo en tratamiento de hemodiálisis, el llevar prótesis dental, el número de fármacos utilizados y las diferentes enfermedades que sufría el paciente. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre sufrir xerostomía y estar medicado con antihipertensivos bloqueantes de los receptores alfa adrenérgicos ($p=0,033$) y benzodiacepinas ($p=0,05$). También se observó relación estadísticamente significativa entre sufrir xerostomía y otras alteraciones orales como la glosodinia ($p=0,011$), disgeusia ($p=0,04$) y disfagia ($p=0,03$).

Conclusión:

La xerostomía puede afectar con mucha frecuencia al paciente en tratamiento en hemodiálisis. Esto puede deberse a factores sistémicos inherentes a la patología de los pacientes. La xerostomía puede influir en la ingesta de los alimentos, la calidad de vida de los pacientes y en la posible ganancia de peso entre sesiones de hemodiálisis, por lo que creemos que es importante estudiar estos factores para encontrar el tratamiento adecuado en cada paciente.

Punción del acceso vascular mediante catéter-fístula: efecto sobre el dolor del paciente y la adecuación de hemodiálisis

Raúl Darbas Barbé, Celia Balada Sancho, M^a Jesús Taboada Sánchez, Cristina Domínguez Orgaz, Lourdes Moliner Calderón, Laura Román García

Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona. España

Introducción:

El uso de los nuevos diseños de agujas para la punción del acceso vascular (AV) puede mejorar la calidad de vida de los pacientes (pts) y los parámetros de eficacia hemodiálisis (HD).

Objetivo:

Evaluar si hay diferencias en la intensidad del dolor percibido por los pacientes y la adecuación de HD (índice Kt) después de la punción de la fístula arteriovenosa humeral (FAV) a través de catéter-fístula (CF) o aguja estándar (AS).

Pacientes y métodos:

Se realizó un estudio controlado, prospectivo, randomizado durante 4 meses (48 sesiones) para comparar la punción mediante CF (casos) versus a AS (controles) en pts HD prevalentes dializados por FAVI humeral. El mismo paciente era el caso y el control cuando se utilizaron el CF (24 sesiones) y la aguja 15G convencional (24 sesiones), respectivamente.

La CF es una cánula de punción biocompatible compuesta por una aguja de metal interna destinado al pinchazo de la FAVI humeral y un catéter de fluoroplástico externo (15G) que permanece en el interior de la vena arterIALIZADA. El dolor relacionado, ya sea con punción o con la retirada de la aguja, se cuantificó mediante una escala validada visual analógica (EVA) y la escala McGill Pain Questionnaire Short Form (SF-MPQ).

Resultados:

Analizamos 14 pacientes prevalentes en HD (edad media $68,4 \pm 10,43$ años; 71% varones; $28,6\% \pm 18,28$ meses) a través de fistulas humerocefálicas (50%), humerobasilica (21%) o humeroperforante (29%). Durante la punción y despunción de la FAVI, la EVA fue significativamente menor para el CF ($2,07 \pm 0,73$ y $0,76 \pm 0,39$) en comparación con AS ($2,88 \pm 0,99$ y $1,85 \pm 0,95$) (para ambas comparaciones, $p < 0,001$).

No se encontraron diferencias significativas en la escala SF-MPQ durante la sesión de HD entre CF y AS ($0,03 \pm 0,07$ frente a $0,11 \pm 0,26$, $p = 0,13$).

La presión venosa (mmHg) registrada durante la primera y la última hora de la sesión de HD fue significativa inferior para CF ($171,2 \pm 15,5$ y $174,4 \pm 16,7$) en comparación con AS ($194,9 \pm 15,1$ y $198,0 \pm 20,1$) (para ambas comparaciones, $p < 0,001$). El índice Kt obtenido fue significativamente mayor para CF ($51,1 \pm 3,6$ L) en comparación con AS ($48,4 \pm 3,1$ L) ($p < 0,001$). No hubo episodios de extravasación con CF y sólo uno con AS ($p = \text{NS}$).

Conclusión:

En relación con la AS, la utilización de CF mejora la calidad de vida del paciente mediante la disminución del dolor percibido durante la punción o la retirada de la aguja (escala analógica visual) y la adecuación HD (índice Kt).

Relación de la xerostomía y la ganancia de peso entre las sesiones de hemodiálisis

Lucía López-Pintor Muñoz, María Bravo Herrero, Nieves López Castillo, María Isabel Guijarro Alfaro, Rosa María López-Pintor Muñoz, Gonzalo Hernández Vallejo

ASYTER Alcázar de San Juan y Departamento Estomatología III, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid. Ciudad Real y Madrid. España

Introducción:

La mayoría de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis sufren múltiples complicaciones, entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares. Una alta ingesta de líquidos puede llevar a un mayor aumento de peso entre las sesiones de hemodiálisis, que empeora el pronóstico del paciente dializado. La xerostomía, sensación subjetiva de sequedad bucal, puede aumentar considerablemente la ingesta de líquidos para evitar la sensación de quemazón oral.

Objetivo:

Determinar si existe relación entre la xerostomía y el aumento de peso entre las sesiones de hemodiálisis en los pacientes que reciben tratamiento en nuestra unidad.

Material y métodos:

Se incluyeron en el estudio un total de 50 pacientes. La sensación de sequedad bucal, xerostomía, fue recogida mediante una escala visual analógica (EVA) y el cuestionario Oral HealthImpact Profile-14 (OHIP-14) validados para este fin. Se recogió el peso antes del tratamiento de hemodiálisis y después durante dos semanas (6 citas). El porcentaje de la ganancia de peso entre las sesiones de hemodiálisis (%GPID) se obtuvo haciendo la media de los fluidos retirados (Kg) de las 6 citas; este resultado se dividió entre su peso seco y se multiplicó por 100. También se recogió la saliva no estimulada y estimulada de los pacientes que acudían a la sesión de hemodiálisis de primera hora de la mañana. Los datos fueron analizados con la prueba ANOVA y el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideraron resultados estadísticamente significativos aquellos valores $p \leq 0,05$.

Resultados:

De los 50 pacientes estudiados 35 fueron hombres y 15 fueron mujeres. La edad media fue de $66,62 \pm 13,95$ años y los pacientes llevaban en tratamiento de hemodiálisis $46,02 \pm 44,9$ meses. La media de %GPID fue de $2,78 \pm 1,14\%$. El %GPID fue mayor en hombres que en mujeres $3,26 \pm 1,03\%$ vs $2,57 \pm 1,13$ ($p=0,04$). Se encontró una correlación positiva entre el %GPID y un mayor peso seco ($p=0,002$) y un mayor índice de masa corporal ($p=0,008$). Respecto a la relación entre el %GPID y la xerostomía, sólo se encontró relación estadísticamente significativa entre el ítem 8 de la EVA para la xerostomía ($p=0,0001$), no se encontró correlación significativa entre %GPID y la calidad de vida de los pacientes en relación a la xerostomía (OHIP-14). Observamos una correlación negativa entre los valores de saliva no estimulada y %GPID ($p=0,033$).

Conclusión:

La xerostomía es frecuente en el paciente hemodializado. Dicha xerostomía puede afectar a la ganancia de peso entre las sesiones de diálisis. En este trabajo no se han encontrado resultados estadísticamente significativos entre %GPID y el nivel de calidad de vida de los pacientes (OHIP-14) y la EVA en relación con la xerostomía. Sin embargo, observamos que los pacientes que ganaban mayor peso tenían un nivel menor de saliva no estimulada en boca, por lo que creemos necesario la realización de estudios con un mayor número de pacientes para poder certificar si la sequedad bucal influye en la ganancia de peso entre las sesiones de hemodiálisis.

Respuesta serológica a la vacunación de la hepatitis B. Experiencia de un centro de hemodiálisis

Carla Carrasco Montealegre, Laura Arias Mora, María Isabel Guijarro Alfaro, Laura Escudero Quiros, Yolanda Fernández Marcilla, Luis Guillermo Piccone Saponara

ASYTER Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España

Introducción:

La población con enfermedad renal crónica (ERC) presenta un riesgo aumentado de infección por virus de la hepatitis B (VHB). Habitualmente la tasa de respuesta inmunológica protectora (considerando título de AcVHBs > 10 mUI/mL) es del 90–95% tras la 3ª dosis de vacuna; en la ERC la respuesta inmunológica es menor y se correlaciona con el grado de ERC. En diálisis, esta respuesta es variable, inferior al 50% con pautas de tres dosis y superior con cuatro dosis.

Objetivo:

Analizar la eficacia de la vacuna del VHB en pacientes (p) en hemodiálisis e identificar factores predictores de respuesta.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo observacional. Evaluamos la respuesta a un protocolo de vacunación de 4 dosis (0-1-2-6 meses), determinando los niveles de AcVHBs a los 3 meses de la última dosis. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), comorbilidad asociada, etiología de la ERC, entre otras. Análisis estadístico con SPSS 19.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se han comparado mediante el Test de Chi². Las variables cuantitativas se expresan como media +/- desviación estándar y se utilizó la T-student para compararlas. Significación estadística para un valor de $p < 0.05$.

Resultados:

Se han incluido 72 pacientes de nuestro centro de Hemodiálisis; 49 (68.1%) varones, con una edad media de 65 años, y 23 (31.9%) mujeres con una edad media de 64 años. 63p eran hipertensos (87.5%), 29p diabéticos (40.3%), siendo las causas de ERC más frecuentes las vasculorrenales (20.8%), nefropatía diabética (26.4%) e intersticiales (9%). La respuesta inmunológica a la vacunación del VHB fue del 79%. Al realizar comparaciones estadísticas entre las variables cualitativas, no hemos observado diferencias entre respuesta serológica y DM o sexo; sí hemos encontrado una tendencia a la significación al comparar la respuesta serológica con la variable HTA y etiología de la ERC (poliquistosis renal). La comparación de medias entre variables cuantitativas al realizar el T-student no mostró diferencias para ninguna de las variables del estudio.

Conclusión:

En nuestro centro, la vacunación del VHB en diálisis alcanza una tasa de respuesta de 79%. La HTA puede condicionar la respuesta inmunológica a la vacunación en pacientes en HD, aunque no se alcanzó significación. La patología hereditaria ha sido la que mejor respuesta serológica ha mostrado respecto al resto de etiologías, quizás asociado a una mayor función renal residual.

Resultados de cinco años de certificación de calidad en hemodiálisis

Patricia Arribas Cobo, Rafael Pérez García, Anunciación Fernández Fuentes, Sonia García Estévez, Pilar Rodríguez Gayán, M^a Ángeles Guimerá Ferrer-Sama

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, reducir los costes y tienen como objetivo la mejora continua. Dentro de estos SGC, se encuentra la Certificación de la agencia de calidad AENOR por la Norma ISO 9000. En 2010 se comienza la implantación de la Norma ISO cuya Certificación debe alcanzar el Proceso de Hemodiálisis (HD) en una Unidad Hospitalaria Pública (UHP). Una vez que se implanta un SGC, 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 pacientes.

Objetivo:

- Presentar los resultados obtenidos tras cinco años de implantación de la Norma ISO 9000 en una unidad de HD con evaluación de indicadores.
- Evaluar el logro de objetivos de mejora.
- Evaluar las desviaciones detectadas por las auditorías.

Material y métodos:

Se trata de un estudio descriptivo del desarrollo de un SGC en una UHP de HD durante cinco años. Se estudian los 12 indicadores de seguimiento y 20 objetivos en el periodo de tiempo definido. El seguimiento de los indicadores se realiza a través del sistema informático de la unidad y se calcula la media anual de cada uno de ellos. Los objetivos se evalúan por su consecución o no si se alcanzan los valores de referencia. Las desviaciones de la norma se extraen de los informes de las auditorías interna y externa que se realizan anualmente.

Resultados:

Se observan mejoras en los indicadores de fosfatemia (6.05%), Kt/V (5.1%), calidad del agua (8.5%), formación de los profesionales (10%) y técnicas de HDF (5.21%).

Algunos indicadores cambiaron su valor de referencia, como el de calidad del agua o el de pacientes en HDF para ajustarlos a las mejoras producidas.

El indicador de pacientes portadores de catéter para HD y calidad del agua han tenido desviaciones a lo largo del tiempo. Entraron en rango al incluirlos como objetivos de mejora. Se han conseguido 18 de los 20 objetivos propuestos.

Los no logrados continuaron como objetivos de mejora con nuevas actuaciones, lo que se tradujo en objetivos cumplidos al año siguiente. Tras las auditorías se han objetivado diversas desviaciones referentes a documentación, equipos, enunciado de objetivos, preservación del producto, faltas de evidencia. Todas ellas tuvieron sus acciones de mejora y se corrigieron.

Discusión y conclusiones:

Gracias a la implantación de un SGC se han estandarizado las actividades y la formación de los profesionales de la unidad. Es fundamental hacer partícipe a todos los profesionales, así como realizar un feedback de los resultados de los indicadores y las auditorías. Los indicadores nos han permitido ver con detalle la evolución de nuestros resultados. Aquellos que no lo estaban en rango, hemos podido establecerlos como objetivos de mejora. Es fundamental contar un sistema informático de gestión de la unidad que permita extraer los datos con facilidad. Los objetivos han sido un motor para impulsar cambios en la dotación y suministros ante la administración del hospital. La satisfacción de los pacientes es elevada, situándose por encima de 4 en la escala Likert todos los años.

Satisfacción de los usuarios con enfermedad renal crónica en hemodiálisis hospitalaria

Carmen Martín Rubio, Juan Manuel Manzano Angua, Dania Inmaculada Márquez Catalán, José Quintas Rodríguez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

Desde inicio del siglo XXI, la ciudadanía es el centro nuclear que ha inspirado y desarrollado las políticas sanitarias en Andalucía, por ello, un objetivo de primer orden para todos los niveles asistenciales, desde la propia Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, hasta las diferentes Unidades de Gestión Clínica (UGC), es conocer la satisfacción de los ciudadanos. Hasta el año 2012, la satisfacción de los usuarios se valoraba a través de encuestas elaboradas por nuestro hospital bajo las directrices de la Consejería de Salud. A partir de entonces, cada UGC debe elaborar sus propias "encuestas de satisfacción".

Objetivo:

- Elaborar "encuesta de satisfacción de usuarios" que reciben hemodiálisis en nuestra UGC.
- Conocer, analizar y establecer planes de mejora para mantener y/o aumentar la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- Difundir anualmente los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción de usuarios.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo, analítico y retrospectivo del grado de satisfacción de los usuarios con enfermedad renal crónica (ERC) en programa de diálisis ambulatoria hospitalaria y los que han iniciado tratamiento con hemodiálisis en nuestras unidades durante el 2013 (último semestre) y 2014. Los datos estadísticos fueron tratados con el programa informático IBM-SPSS versión 15.0. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante chi cuadrado, considerando como grado de significación estadística valores de $p < 0,05$.

Resultados:

La población encuestada más prevalente de los periodos analizados corresponde a un varón entre 60 y 80 años, casado y con estudios primarios. En 2013 iniciaron hemodiálisis 224 pacientes y en 2014, 168. Al final del 2013 y 2014 el programa de diálisis ambulatoria hospitalaria era de 26 y 24 pacientes respectivamente. En 2013 el porcentaje de encuestas entregadas por los usuarios fue $< 40\%$, mientras que en 2014 fue del 64% . En 2013, el $78,8\%$ de los usuarios tenían firmado su consentimiento informado vs al $96,3\%$ en 2014. Destacar los elevados porcentajes de recomendación de nuestras unidades de diálisis a otros usuarios, $96,7\%$ (2013) vs $97,5\%$ (2014).

Discusión y conclusiones:

Tras analizar los resultados del 2013, se propusieron como áreas de mejoras aumentar la recepción de encuestas, el conocimiento de tener los consentimientos informados de inicio en diálisis y mantener los elevados grados de satisfacción de nuestros usuarios. Se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de entrega, seguimiento, difusión, evaluación, revisión y actualización de las "encuestas de satisfacción de usuarios" en tratamiento en nuestras unidades de diálisis. Destacar con la puesta en marcha de este PNT en 2014, el aumento significativo estadístico ($p < 0,05$) de encuestas recepcionadas, los cambios en infraestructuras de las unidades, y el mayor conocimiento de disponer de los consentimientos informados de inicio de diálisis. Como resultado de la mejora continua de la calidad asistencial, se ha elaborado una nueva encuesta de satisfacción de usuarios para el año 2015, dónde se han suprimido algunos items y se ha codificado el grado de satisfacción mediante una nueva escala tipo likert, cuyos resultados serán valorados y comparados al final del presente año para su posterior divulgación.

Situación del acceso vascular en un centro de diálisis, su relación con mortalidad y papel de la Enfermería

Mónica Pereira García, Paula Manso del Real, Eva San Juan Suria, Sandra Vanegas Durán, Carolina Gracia, Laura Rodríguez Osorio

FRIAT - Hospital Jiménez Díaz. Madrid. España

Introducción:

El acceso vascular se ha puesto en relación con la mortalidad del paciente en hemodiálisis. El catéter tunelizado permanente se relaciona con una mayor mortalidad, con respecto a las prótesis de politetrafluoroetileno (PTFE) y éstas, mayor que una fístula arterio-venosa interna (FAVi) nativa. Esto se debe, no solo con una HD insuficiente, sino con el aumento de riesgo de infecciones, por ello los cuidados y las intervenciones de enfermería en los accesos vasculares se hacen primordiales.

Objetivo:

- Observar la incidencia de catéteres tunelizados en nuestro centro.
- Determinar si estos se asocian a una mayor mortalidad.

Material y métodos:

Es un estudio prospectivo, observacional, no intervencionista, en 145 pacientes del hospital y su centro periférico asociado, seguidos durante dos años. Se realizó un seguimiento con analítica anual, y se comparó con la mortalidad. Durante estos años fallecieron 49 pacientes.

Resultados:

145 pacientes de 65.9 ± 14.6 años, 71 mujeres (49%), peso 65.5 ± 14.2 Kg, con una mediana en diálisis de 3 años. El 23.4% diabéticos y 89.9% hipertensos. De ellos 79 (60.8%) presentaban FAVi autóloga, 25 (19.2%) prótesis de PTFE, y 26 (20%) catéteres tunelizado. Ningún transitorio. El porcentaje de catéteres en nuestra unidad está por debajo de la media en la CAM (31%) y aún lejos del 10% recomendado por la SEN. La mortalidad a 2 años fue: Con FAVi no fallecieron 61 (75.3%) y fallecieron 15 (34.1%), con PTFE 12 (48%) vs 13 (52%), con catéteres no fallecieron 8 (33.3%) vs 16 fallecidos (66.6%) ($p < 0.0001$). La probabilidad de fallecer teniendo un PTFE es de 4.046 veces, mientras que si el paciente porta un catéter tunelizado es de 8.173 veces, comparado con la FAVi autóloga.

Conclusiones:

1. La incidencia de catéteres tunelizados en nuestra unidades es del 20%, valor aceptable en nuestro entorno, pero lejos de lo deseable. 2.- La mortalidad es muy superior en los pacientes con catéteres, comparado con los que tienen FAVi. Esta evidencia pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando para disminuir el porcentaje de catéteres a la par que refleja la importancia de las intervenciones de enfermería en el manejo de los catéteres.

Valoración de la implantación del seguimiento ecográfico del acceso vascular autólogo en la unidad de nefrología

María del Valle Garrido López, Carolina Sesmero Ramos, Almudena Ortigosa Barriola, Enrique Gruss Vergara

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. España

Introducción:

Un acceso vascular adecuado es imprescindible para el tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis. Por consiguiente, nuestros esfuerzos han de dirigirse hacia mantener la supervivencia del acceso vascular autólogo el máximo tiempo posible. Por ello se implantó un sistema de seguimiento ecográfico de pacientes crónicos y ecografía previa a primera punción realizado por enfermería.

Objetivo General:

Valorar la repercusión de la implantación del seguimiento ecográfico de accesos vasculares autólogos en una unidad de hemodiálisis hospitalaria.

Objetivos Específicos:

- Identificar el desarrollo de accesos vasculares autólogos previo a primera punción mediante parámetros ecográficos objetivos.
- Identificar nuevas zonas de punción de pacientes en programa de hemodiálisis crónica mediante parámetros ecográficos objetivos.
- Realizar punciones eficientes mediante punción ecoasistida y ecoguiada.
- Identificar la disfunción de acceso vascular autólogo de forma temprana.

Material y métodos:

Para la puesta en marcha de este proyecto se contó con un ecógrafo doppler. Dos enfermeras de diálisis y un nefrólogo se formaron en este campo.

Los requisitos de inclusión para el seguimiento ecográfico fueron: pacientes en programa de HD crónica y pa-

cientes de ERCA con fístula autóloga funcionante previa primera punción.

Se programaron ecografías seriadas cada seis meses y en accesos autólogos con sospecha de disfunción cada tres meses. Éstas se realizaron previamente a la sesión de hemodiálisis.

El estudio tuvo lugar desde octubre de 2014 a Abril de 2015.

Resultados:

Se realizaron un total de 73 ecografías a 61 pacientes, 34 en programa de HD (56%) y 27 de consulta de ERCA (44%). Gracias al programa de seguimiento ecográfico:

- Se identificaron 8 accesos autólogos de nueva creación con flujos arteriales por debajo de parámetros de normalidad, 600 ml/min (según nuevas guías GE-MAV de acceso vascular, pendientes de publicar).
- Se modificaron las zonas de punción en 8 casos según criterios ecográficos.
- Se realizaron 9 punciones ecoasistidas en fístulas autólogas de nueva creación.
- Se identificaron 17 estenosis hasta el momento desconocidas (27%). 6 de ellas significativas (35%) en las cuales se procedió al tratamiento según criterio médico y 11 de ellas no significativas que se mantienen en seguimiento ecográfico estrecho.
- Se confirmaron dos trombosis de FAVI completas y 1 parcial.

Discusión:

El uso del ecógrafo por parte de enfermería nos ha permitido la valoración de la maduración de accesos vasculares autólogos en pacientes incluidos en programa ERCA previo a primera punción.

La punción ecoguiada facilita las punciones en fístulas dificultosas. Hemos conseguido identificar nuevas zonas de punción en pacientes en programa de hemodiálisis crónica aumentando así territorio venoso puncionable, complementando métodos tradicionales de valoración como son la palpación y auscultación.

Con ello hemos realizado una valoración objetiva de accesos vasculares obteniendo parámetros ecográficos que nos permitirán realizar el seguimiento de estos accesos vasculares autólogos a lo largo de su vida. Así mismo nos ha permitido dar la alerta temprana sobre posibles disfunciones posibilitando el tratamiento precoz de éstas.

Valoración del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis

Raquel Pelayo Alonso, Patricia Martínez Álvarez, José Luis Cobo Sánchez, Magdalena Gándara Revuelta, Emilio Ibaguren Rodríguez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

El dolor es el síntoma más común en el paciente renal. La comorbilidad asociada como patologías cardiovasculares, isquémicas, neuropatías o enfermedades músculo-esqueléticas, son posibles causas de este dolor. A esto hay que añadir síntomas relacionados con la técnica dialítica así como una mayor permanencia en hemodiálisis (HD), lo que contribuye a una mayor presencia de dolor en el paciente dializado.

La prevalencia del dolor es muy variable según los estudios, lo que depende en gran medida de los diferentes métodos de evaluación utilizados.

Objetivo:

Determinar la prevalencia del dolor intradiálisis (DID) y dolor fuera de la HD (DFD) en los pacientes de nuestra unidad y comprobar la adecuación del tratamiento analgésico.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal en pacientes que realizan HD de forma programada en nuestra Unidad desde hace más de 1 mes. Como criterio de exclusión se estableció el ingreso hospitalario en el momento del estudio o en los 15 días previos.

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (nefropatía, tiempo en HD, comorbilidad, nivel de actividad física, tratamiento analgésico pautado).

El DFD se valoró mediante la escala Brief Pain Inventory (BPI). Para determinar el DID, en los últimos 30 minutos de HD, se empleó la Escala Visual Analógica (EVA) y se preguntó sobre el tipo y duración del dolor y si se administró analgesia; durante 3 sesiones de HD en la misma semana.

La adecuación del tratamiento se determinó mediante el Pain Management Index (PMI), tanto para el DFD como para el DID.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Para la inferencia estadística se utilizaron diferentes test (correlación de Pearson, prueba U de Mann-Whitney, t de Student y Chi cuadrado).

Resultados:

Se estudiaron 33 pacientes (54% hombres) con edad media de $67,84 \pm 16,24$ años. Presentaron DFD el 57,57% (19 pacientes), con una puntuación en la EVA de 3,14 puntos (mediana: 3; desviación típica: 1,39). Sólo resultó estadísticamente significativo un mayor tiempo en HD (dolor 79,53 meses vs no dolor 36,64 meses; $p < 0,05$). El tipo de dolor más frecuente fue el músculo-esquelético (84,2%) siendo la espalda, la localización más común. Según la puntuación del PMI, el 15,8% de los pacientes con DFD tenía un tratamiento analgésico inadecuado. El DFD interfiere de forma significativa con el estado anímico (IC de Pearson 0,533; $p=0,019$) y el trabajo habitual del paciente (IC de Pearson 0,525; $p=0,021$).

En cuanto al DID, el 58,8% presentó dolor (EVA media: 3,44; mediana: 2,2; desviación típica: 2,35), siendo músculo-esquelético en el 49,33% de los casos, de duración < 1 hora (63,3%). Se relacionó estadísticamente con un mayor tiempo en HD y con una actividad física moderada. Según el PMI el 37% de los pacientes con DID recibió analgesia inadecuada.

Conclusiones:

El dolor es un síntoma frecuente en nuestros pacientes, tanto fuera como durante la sesión de HD, siendo mayoritariamente de tipo músculo-esquelético y de intensidad leve.

Es necesario que la enfermería adopte una actitud más activa frente a la valoración del dolor para mejorar la adecuación del tratamiento analgésico y así aumentar el bienestar del paciente.

Valoración del estado de hidratación de nuestros pacientes desde la implantación de BCM

Beatriz Domínguez Tapiador, Héctor Campos Rodríguez de Guzmán, Alicia Fernández Melero, Juan Gabriel Monteagudo Saturio, Milagros Moya García, M^a Neri González González

Amex S.A. Centro de Diálisis Nuestra Señora del Prado. Ciudad Real. España

Resumen:

Conseguir el normal estado de hidratación es uno de los mayores objetivos de la terapia con hemodiálisis (HD), además de ser considerado como un indicador de diálisis adecuada, de influir directamente en la calidad de vida del paciente. La sobrecarga hídrica supone un factor de riesgo cardiovascular importante y modificable en los pacientes en hemodiálisis (HD), tanto por sí misma como por su efecto a través de la hipertensión arterial.

En la actualidad disponemos de nuevas técnicas que añadir a los métodos tradicionales para conocer el estado hídrico y nutricional de los pacientes en HD y, por consiguiente, para decidir su peso seco. Se trata de los monitores de composición corporal, entre los que hay que destacar el BCM por su fácil manejo y, sobre todo, por haber sido validado tanto en poblaciones de personas sanas como de pacientes en HD.

El objetivo de este estudio es comparar las características de los pacientes hiperhidratados y normohidratados desde la implantación de BCM y valorar su evolución hasta la actualidad, con el fin de estudiar si se ha controlado la sobrecarga hídrica en los hiperhidratados, es decir, aquellos con una sobrehidratación absoluta $< 2,5$ l o sobrehidratación relativa < 15 .

Material y métodos:

Para ello recogimos una muestra de 39 pacientes, debido a que el periodo inclusión va desde junio 2012 hasta marzo 2015. Recogemos los siguientes parámetros: agua extracelular (ECW) (litros), peso normohidratado (kg), La sobrehidratación absoluta (OH) (litros) es la diferencia entre el peso prediálisis y el peso normohidratado dado por el BCM. La sobrehidratación relativa (ROH = OH/ECW, %) es la sobrehidratación normalizada al ECW del paciente, lo cual facilita la comparación entre pacientes. Otras variables del estudio fueron: Datos de la sesión: hipotensiones, calambres, cefaleas, HTA y datos clínicos: índice de masa corporal, tensión arterial pre y post y fármacos antihipertensivos.

Resultados:

Podemos observar como partimos con más pacientes hiperhidratados, con una OH superior a 2l, OH/ECW $>15\%$ de la gran mayoría de ellos, a una mejora durante este periodo; en cuanto a los pacientes normohidratados se mantienen en sus valores y disminuyen el número de fármacos antihipertensivos y el número de incidencias durante la diálisis, mejorando su calidad de vida.

Valoración del estado nutricional (EN) y consumo alimentario de los pacientes en terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis

M^a Concepción Pereira Feijoo, Lidia Martínez Queija, Victoria Eugenia Martínez Maestro, Andrés Blanco Pérez, Ignacio Antonio Rivera Egusquiza, Zaira Prada Monterrubio

Centro FRIAT "Santa María", "Os Salgueiros" y "Barco de Valdeorras". Orense. España

Introducción:

La Malnutrición proteico-energética es un hecho frecuente entre los pacientes en tratamiento sustitutivo renal, esencialmente Hemodiálisis y a ello contribuye, además de la propia técnica dialítica, la dieta inadecuada. Hemos realizado un estudio transversal en 67 pacientes (44 hombres y 23 mujeres) con dosis de diálisis medida por $KT/V > 1,3$.

Objetivo:

El objetivo principal era analizar la ingesta alimentaria de nuestros pacientes determinando su estado nutricional y decidir su adecuación, detectar y cuantificar las necesidades y carencias a nivel nutrientes. Como objetivos secundarios: evaluar conocimientos, actitudes y comportamientos de nuestros pacientes en lo que se refiere a la alimentación y la importancia de enfermería en la difusión de la información y la educación dirigida al paciente en hemodiálisis en nuestras unidades, acerca de cómo puede mejorar su estado nutricional o evitar que éste se deteriore.

Material y métodos:

Se hizo una valoración del estado nutricional (EN) a través del diario dietético de 3 días autoadministrado y mediante soporte informático se valoró el Índice de alimentación saludable y el consumo alimentario basal y post intervención educativa

Resultados:

La prevalencia de desnutrición es leve: 41% en hombres y 43% de las mujeres y moderada en el 34% de los hombres y 21% de las mujeres. El IMC no aportó datos significativos para la valoración del EN. El Índice

de alimentación saludable (IAS) era inadecuado en el 37,31% de los pacientes en el análisis basal y tras postintervención educativa pasó al 18,8%. La ingesta media energética es elevada (1398.86 Kcal/paciente/día) con alto consumo de colesterol y déficit de aminoácidos (AGP/AGS). Se detectó un alto consumo de hidratos de carbono simple ($> 20\%$) y asimismo un elevado uso de proteínas de origen animal. El contenido mineral y vitamínico de la dieta es muy deficiente, destacando el bajo consumo de Vitamina D (1.45 ± 2.55 ng) y elevado de fósforo (1052.28 ± 356.23 mg/día).

Conclusiones:

La encuesta alimentaria es una herramienta muy útil para detectar déficits o desequilibrios nutricionales para la prevención de la desnutrición. En relación al cumplimiento y conocimiento de la dieta, la percepción de los pacientes es elevada: un 91% dicen conocerlo y un 79% cumplirlo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la realidad no es la misma. Un 69% de los encuestados no creen que la alimentación sea un factor importante de mejora de salud, evidenciando que los pacientes de nuestras unidades desconocen la importancia que tiene la alimentación en la progresión de su enfermedad, debido principalmente a la falta de información respecto a la verdadera importancia de una correcta alimentación, valorando más otros aspectos de su tratamiento como el medicamentoso. Importante la relevancia de optimizar el tiempo en que los pacientes permanecen en contacto con el personal de enfermería durante las hemodiálisis, para generar estrategias educativas, para establecer vínculos con los pacientes y familias, para propiciar la educación continua que se necesita para generar cambios a corto y largo plazo. Los cuidados nutricionales deben abarcar la asistencia, la información, educación, asesoramiento y adiestramiento al paciente mediante la evidencia científica y experiencia clínica, adaptándonos a los recursos reales y posibles.

Ángulo de fase por bioimpedancia pretrasplante en los resultados del trasplante renal

Jesús Márquez Benítez, María Lourdes Blanco Lledó, Jesús del Arco Adame, Francisco Calderón Lozano, Guadalupe Tinoco de Castilla Sánchez-Suárez, Francisca Rangel García

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España

Introducción:

La bioimpedancia ha supuesto un avance en la valoración del estado nutricional y de hidratación de pacientes en diálisis y ERCA. Parámetros como el ángulo de fase se han implicado como marcadores de riesgo de mortalidad, estado nutricional e inflamatorio. Existen escasas evidencias del uso de la bioimpedancia pretrasplante y los resultados del mismo.

Objetivo:

Valorar si el ángulo de fase medido por bioimpedancia monofrecuencia vectorial (BIVA) pretrasplante puede predecir en desarrollo de FRI (función retrasada del injerto), trombosis de injerto o supervivencia del paciente/injerto. Estudio prospectivo con 125 pacientes entre Junio de 2010 y enero de 2015 con realización de BIVA una hora antes del trasplante con medición del ángulo de fase. Para la medición del BIVA se uso BIA 101 (Body composition analyzer. Akern S.r.l.)

Material y métodos:

Las medidas se hicieron una hora antes del trasplante con abdomen vacío en el caso de los pacientes en diálisis peritoneal y tras la sesión de hemodiálisis en el caso que lo hubiese precisado. Tras 10 minutos en decúbito y con cuatro electrodos convencionales colocados dos a dos en la mano y en el pie contralaterales al acceso vascular. El analizador de bioimpedancia determina la resistencia, reactancia y ángulo de fase usando una frecuencia de 50 kHz de corriente alterna. Se definió FRI como necesidad de diálisis durante la primera semana postrasplante.

Resultados:

La mediana del ángulo de fase fue de 4,8. Se dividieron en tres grupos según valores de terciles de ángulo de fase ($< 4,5$, $4,5-5,3$, $> 5,3$). No hubo diferencias en la frecuencia de FRI (17,9% vs. 26,8% vs. 30% respectivamente $p=0,451$). Cuando se consideró el ángulo de fase de forma binaria (menor o mayor de 4,8), los valores bajos se asociaron a más incidencia de trombosis (12,3% vs. 3% $p=0,079$) que, tras estudio de ajuste por variables que pudieran influir, mediante regresión estadística se confirmó que el ángulo de fase bajo fue un factor de riesgo independiente para la trombosis vascular del injerto (OR 10,6). En la supervivencia del injerto no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos durante el seguimiento mediante curvas de Kaplan Meier. Tampoco hubo diferencias en la supervivencia del receptor, aunque sí hubo una peor supervivencia en el grupo de ángulo de fase más bajo ($< 4,5$) pero sin llegar a la significación estadística tras estudio mediante curvas de Kaplan-Meier. El ángulo de fase no se relacionó con la función renal, niveles de hemoglobina y niveles de albumina al 1º 3º y 6º mes postrasplante.

Conclusiones:

El ángulo de fase bajo puede ser un marcador de riesgo independiente de la trombosis vascular del injerto postrasplante, que podría estar relacionado con el fenómeno procoagulante asociado al estado inflamatorio de estos pacientes, ya definidos en la población con ERCA o diálisis. Así mismo, estos valores bajos podrían estar relacionados con una peor supervivencia del paciente, aunque necesitamos analizar un mayor número de pacientes para confirmar esta hipótesis.

Biopsia renal en receptores de trasplante renal: cuidados de Enfermería y complicaciones

Esther Sanz Izquierdo, M^a Teresa Alonso Torres, Carmen Mirada Ariet, Esther Franquet Barnils, Ana Palomino Martínez, Carme Facundo Molas

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

Introducción:

El trasplante renal es la mejor opción terapéutica que se puede ofrecer a un paciente afecto de Insuficiencia Renal Crónica Terminal. A lo largo de los años, se ha demostrado la importancia de la biopsia renal como herramienta fundamental para detectar precozmente la disfunción del injerto renal. Ello justifica las biopsias de seguimiento, que se realizan al 4^o y 12^o mes post-trasplante, con la finalidad de monitorizar el funcionamiento del injerto renal y anticiparse a la posibilidad de rechazo, incluso antes de que se presente sintomatología, lo que permitiría optimizar el tratamiento inmunosupresor con el objetivo de mejorar la supervivencia del injerto renal.

Objetivo:

Describir los cuidados de enfermería e identificar las complicaciones derivadas de la biopsia renal en los receptores de Trasplante Renal.

Material y métodos:

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en un Centro de Tercer Nivel, en el Servicio de Nefrología y Trasplante Renal, del 2008 al 2014. La población objeto de estudio fueron los receptores de Trasplante Renal (TR). La muestra fue compuesta de 335 biopsias de seguimiento de pacientes trasplantados renales que ingresaron para llevar a cabo el procedimiento. Los criterios de inclusión fueron ser mayores de 18 años, receptores de TR con función estable de su injerto, con firma de Consentimiento Informado (CI) y se excluyeron a receptores de TR menores de edad, los que no firmaron el CI. Se recogieron datos sociodemográficos, clínico-asistenciales y complicaciones post-biopsia renal. Se realizó ecografía de control a las 24 horas del procedimiento y se recomendó al alta evitar realizar esfuerzos y reposo relativo en domicilio.

Resultados:

Desde que se inició el TR en 1980 hasta el 2014 se han llevado a cabo 1868 TR, de los cuales 1499 (80,24%) son Trasplante de Donante Cadáver y 369 (19,76%) Trasplantes Donante Vivo. Se analizaron 335 biopsias de TR, siendo 48,29% mujeres y 52,76% hombres, edad media 50.85 años, siendo menor la edad en mujeres (48,29) que en hombres (52,76). La estancia media fue 2,22 (DS: 0.99). Al 4^o mes del TR se realizaron 191 biopsias y a los 12 meses 144. En todos los casos se monitorizó la Tensión Arterial pre-biopsia, coagulación y se administró pre-medicación. El 97,91% se realizó por un radiólogo intervencionista y sin sedación. Tras el procedimiento, se controló la presencia de sangrado, micción y constantes vitales. Si bien inicialmente el reposo absoluto era de 24h, dadas las mínimas complicaciones observadas y teniendo en cuenta la intolerancia del reposo absoluto, desde el 2014 se acortó el periodo de reposo absoluto a 6 horas. La incidencia de complicaciones fue del 8%, todas ellas menores: 29 hematomas, 3 hematurias macroscópicas autolimitadas, 2 fistulas arteriovenosas y 1 sangrado autolimitado en punto punción. No hubo ningún reingreso.

Conclusiones:

Los resultados sugieren que la biopsia renal es un procedimiento eficaz, con escasas complicaciones. A destacar la importancia del papel de los enfermeros en la detección precoz de posibles complicaciones como son la hipotensión, hematuria macroscópica, dolor agudo y/o sangrado en la zona de punción.

Diagnósticos de enfermería de mayor frecuencia en reingresos del paciente trasplantado renal

Carmen Esteban Polonio, Araceli Faraldo Cabana, María Ibáñez Rebé, Marta del Río Rodríguez, Daniel Muñoz Jiménez, Teresa Lope Andrea

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción:

En España más de 54.000 pacientes han sido trasplantados desde que se inició la técnica en 1965, hoy en día la cifra de pacientes con insuficiencia renal terminal en diálisis se sitúa en torno a 25.200 y más de 25.000 pacientes tienen un trasplante renal funcionando. Durante el año 2013 se realizaron en Madrid 406 trasplantes de riñón. Debido a la inmunosupresión a la que se someten estos pacientes, aumenta su vulnerabilidad lo que conlleva un aumento de estancias hospitalarias.

El trasplantado renal ingresado requiere una atención multidisciplinar en la que el trabajo de enfermería destaca por su calidad en los cuidados. La unificación del lenguaje empleado, a la hora de identificar y registrar los juicios y actuaciones de las enfermeras, es un aspecto que permite realizar una valoración continua y un seguimiento de los cuidados. Los planes de cuidados informatizados ayudan a establecer los diagnósticos enfermeros (DxE), los objetivos y las intervenciones mediante un lenguaje estandarizado.

Objetivo:

Describir los principales DxE en el primer reingreso del paciente tras el trasplante renal, así como el motivo por el que reingresan.

Material y métodos:

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de Historia Clínica, de los pacientes sometidos a trasplante renal en el año 2013 y reingresos hasta un año posterior a la fecha del mismo. Las variables recogidas fueron edad, sexo, tipo de donante, nº reingresos, motivo y tiempo de reingreso. De los sujetos que reingresaron se midieron las frecuencias de los DxE asignados en el pri-

mer reingreso por las enfermeras de la Unidad de Nefrología. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas de distribución normal se resumen con media y desviación estándar (DE), las que no siguen dicha distribución con mediana y rango intercuartílico (RI). El análisis se realizó mediante SPSS 15.0

Resultados:

La población total de trasplantados en el año 2013 fue de 57 pacientes. La edad media 54,2 años (DE=11,3). La distribución por sexos fue de 61,4% (35) hombres y 38,6% (22 mujeres). La distribución por tipos de trasplante según donante fue de 71,8% (41) en asistolia, 26,3% (15) en muerte encefálica y 1,8% (1) donante vivo.

El 50,9% (29) pacientes reingresaron durante el año postrasplante, con mediana de 2 reingresos por paciente (RI:1-4). El tiempo transcurrido entre el trasplante y primer reingreso fue variable siendo la mediana 69,5 días (RI=44,2-154). Los principales motivos de reingreso entre el total de reingresos (N=76) fueron infección del tracto urinario 22,3% (17), deterioro de la función renal 15,7% (12) e infección respiratoria 7,8% (6)

Se asignaron una mediana de 5 DxE (RI=2-9) por paciente siendo los más frecuentes Riesgo de Infección (11,8%), Ansiedad (8,6%), Conocimientos deficientes (7,9%), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (6,6%) y dolor (5,9%).

Conclusiones:

El presente estudio ha permitido describir los DxE más frecuentes en el paciente trasplantado renal. Este conocimiento permite establecer planes de cuidados individualizados que respondan a las necesidades reales de los pacientes y sistematizar los cuidados enfermeros.

Protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de ECMO: impacto en un programa de trasplante renal

José Luis Cobo Sánchez, M^a Jesús Mantilla Gordovil, Elvira Inmaculada Benito Concha, Esther Liaño Fernández, Eduardo Miñambres García, Raquel Pelayo Alonso

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

A pesar de que nuestra comunidad se encuentra entre las 5 primeras del país en cuanto a tasa de donación de órganos, la demanda de la lista de espera del programa de trasplante renal aumenta al ritmo mayor. Esta situación da lugar al planteamiento de estrategias dirigidas a aumentar las donaciones. En este sentido, en nuestro hospital se ha puesto en marcha un protocolo de donación tras muerte cardiaca (donante tipo iii de Maastricht), con la peculiaridad del uso de un sistema de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO).

Objetivo:

Analizar el impacto de un protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de ECMO (PMCC-ECMO) en el programa de trasplante renal de un hospital de referencia.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en una cohorte de injertos renales (IR) procedentes de un PMCC-ECMO, de un hospital universitario de referencia. Se evalúan los IR procedentes de 8 pacientes con enfermedad irreversible (EI) en los que se aplica limitación del esfuerzo terapéutico y se consideran como potenciales donantes durante el último semestre del 2014 y el primer trimestre de 2015. Se excluyeron del análisis de evolución los IR enviados fuera de la comunidad. El protocolo se inicia en la UCI administrando bolo de heparina y colocación de ECMO veno-arterial femoral y balón de oclusión aórtica. Se permite a la familia ser testigo de la retirada del soporte vital si lo consideran oportuno y se procede a la desconexión de la VM. Tras 5 min de asistolia se inicia el soporte circulatorio con ECMO consiguiendo disminuir la isquemia caliente de los órganos, posteriormente traslado a quirófano para

realizar la extracción. Se evaluaron indicadores del proceso de donación (IPD) y resultados clínicos de los injertos (RCI).

Resultados:

IPD: 100% hombres, edad media 60 años, tiempo medio agónico 9,37 minutos; causa EI 62,5% de origen pulmonar, 37,5% de origen neurológico. Se obtuvieron 13 riñones, 3 hígados y 2 pulmones: 2 IR fuera de la comunidad. Los IR provenientes del PMCC-ECMO supusieron un 20% de los IR del 2014 en nuestro centro. RCI: De los 11 IR trasplantados en nuestro centro, sólo 1 no fue viable por trombosis de las venas renales y otro IR se retrasó la función renal por causas inmunológicas. Funcionalidad IR al mes: creatinina sérica media 1.92 mg/dl (rango 1-3,1 mg/dl), aclaramiento creatinina medio 56,82 mL/min (rango 130-22,3 mL/min), Urea 0,798 g/L (rango 0,3-1,39 g/L).

Conclusiones:

El PMCC-ECMO ha tenido un alto impacto en el programa de trasplante renal, tanto por incrementar la tasa de donación como por la alta tasa de viabilidad de los injertos.

Trasplante renal donante cadáver versus donante vivo 2005-2014

Inmaculada Gil Barrera, Anabel Velázquez Fernández, Rubén Romero López, Margarita Caro Torrejón, Carmen Torres Arauz, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

Introducción:

Los mejores resultados proporcionados por el trasplante renal de donante vivo, en comparación con el trasplante renal de cadáver, han llevado incluso a plantear si el trasplante renal de vivo ha de ser la primera opción a ofertar a un paciente con insuficiencia renal avanzada.

El interés renovado por el trasplante renal de vivo es la escasez de órganos para trasplante y la posibilidad de que la donación de vivo se constituya como solución para paliar, al menos parcialmente, esta situación de escasez.

Objetivo:

Analizar los trasplantes renales de donantes vivos y cadáver desde el año 2005 a 2014 de nuestro hospital.

Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo de todos los trasplantes realizados en nuestra unidad desde los años 2005 al 2014. 521 trasplantes de donantes cadáver y 65 de donantes vivos. Criterios de inclusión: Pacientes que recibieron trasplante renal en este hospital con donante vivo o donante cadáver y llevaron seguimiento en el centro. Se analizaron a partir del año 2005 porque es cuando se iniciaron los nuevos tratamientos inmunosupresores. Se analizaron las siguientes variables: Edad, sexo, enfermedad renal primaria, primer método de tratamiento, meses en diálisis, supervivencia del injerto, grupo sanguíneo y marcadores víricos. El procesamiento de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 sobre Windows XP.

Resultados:

*Supervivencia del injerto:

1. Estudiamos la supervivencia del injerto sin censurado para muerte obteniendo resultados que los injertos tienen una supervivencia mínima de 5 años de donante cadáver 90.1% y de donante vivo 93.6%.
2. Observando el fracaso del injerto con censurado para muerte encontramos que el 75.9% de los injertos de donante cadáver sobreviven frente al 93.6% de supervivencia de los injertos de donante vivo.

*Supervivencia de los receptores del trasplante:

Los pacientes que se trasplantan de riñón de donante cadáver tienen un 90.1% de supervivencia frente al 100% de supervivencia de los trasplantados de donante vivo.

*Características del donante de riñón en un trasplante de vivo:

- Edad: media de 48.6 años.
- Grupo sanguíneo: O 53.8%.
- A 40%.
- B 6.2%.
- Serología: VIH, HEP B y HEP C negativos el 100%.

*Comparativa de las características del receptor de riñón de donante vivo y de cadáver.

- Edad: media de 44.45 años.
- Sexo: Hombres 60.6% -Tiempo en diálisis: mediana de 6 meses.
- Primer método de tratamiento: cadáver / vivo.
- DIALISIS PERITONEAL 21.3% 10.6%.
- HEMODIALISIS EN CENTRO 77% 51.5%.
- TRASPLANTE 1.3% 37.9%.
- Enfermedad Renal Primaria: cadáver / vivo.
Quísticas 14.8% 7.6%.
Glomerulonefritis 28.5% 30.3%.
Diabéticas 12.6% 15.2%.
Nefroangiosclerosis/HTA 6.1% 4.5%.
Intersticial 1.5% 15.2%.
Desconocidas 20.3% 16.7%.
Otras 6.1% 10.6%.

- Serología del receptor:
cadáver / vivo.
HEPATITIS B + 1.2% 1.5%.
HEPATITIS C + 1.9% 3.1%.
VIH + 1% 0%.
Función renal retrasada con necesidad de hemodiálisis 44.6% 3.8%.
Riñón nunca funcionante 6.9% 1.9%.
- Función renal inicial:
cadáver / vivo.
Funcionante desde el inicio del trasplante 48.5% 94.2%.

Conclusiones:

El trasplante renal de vivo ofrece evidentes ventajas para el paciente frente al trasplante renal de cadáver.

Caos organizado en la formación del futuro

Ángela Atochero Ballesteros, Tania Álvarez Kowolsky, Lucía López Rodríguez, Cristina González Amor, Mario Blázquez Cosme

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. España

Introducción:

Desde los inicios de la Enfermería, las prácticas asistenciales son un pilar fundamental para la capacitación profesional de los alumnos.

Gracias a ellas, se entienden y se aplican los conocimientos y valores enfermeros adquiridos, integrándolos en el cuidado global del paciente atendiendo a sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.

¿Quién no ha sido alumno y se ha sentido perdido? ¿Quién no ha sido docente y no ha sabido por dónde empezar? A razón de éstas preguntas y la reciente incorporación de alumnos de grado de enfermería a nuestro servicio, comprobamos que carecíamos de un método sistematizado para su formación. Nuestra primera experiencia fue quizá desorganizada ya que el aprendizaje fue improvisado. Por ello, pusimos en marcha un plan de formación para alumnos en diálisis.

Objetivo:

Valorar si la aplicación de un plan de formación organizado, comparado con nuestra primera experiencia puede llegar a optimizar la cualificación profesional de nuestros alumnos en la unidad.

Material y métodos:

Para el desarrollo de nuestro plan de formación, comenzamos elaborando una guía de acogida del alumno en prácticas y distribuyendo los conocimientos y habilidades que debía adquirir por objetivos semanales. Éstos se adaptaron a la rotación comprendida en 8 semanas, adquiriendo de forma secuencial mayor complejidad.

Creamos un material didáctico de apoyo escrito y audiovisual en base a los objetivos, así como unos cuestionarios semanales tipo test para evaluar lo aprendido.

Al llegar a la unidad, al alumno se le hizo entrega de la guía de acogida, se le asignó un tutor de referencia y un mail de apoyo, se valoraron sus conocimientos previos en la materia con un cuestionario (pre-test), así como una tabla donde reflejaría debilidades y fortalezas para consolidar su aprendizaje. Además, se realizó una primera toma de contacto con el equipo multidisciplinar y con el trabajo realizado en el servicio.

El primer día de cada semana se entregó el material didáctico y una presentación audiovisual en relación a los objetivos correspondientes, previo al desarrollo de dicha semana. Al finalizar la misma, se proporcionó un cuestionario tipo test para evaluar su aprendizaje. Este procedimiento se llevó a cabo durante 8 semanas.

El último día de prácticas se realizó una tutoría final, se entregó un post-test (igual que el pre-test) y una encuesta de satisfacción valorando al tutor y las prácticas. También se facilitó un cuestionario tanto a los alumnos que siguieron este método como a los que no, para comparar el aprendizaje en ambos casos.

Resultados:

Los cuestionarios han revelado que los alumnos coinciden en que la formación organizada facilita su aprendizaje de manera progresiva, motivándoles, asentando las bases y evitando carencias gracias al material didáctico de apoyo.

Conclusiones:

- Mejoría del feedback entre tutor, personal docente y alumno.
- Un plan organizado optimiza la eficacia, eficiencia y el rol enfermero en el cuidado integral del paciente.
- Tanto el aprendizaje de los alumnos como la formación que impartimos los profesionales incrementan su calidad.

Cuantificación de la condición física y la calidad de vida en pacientes con diferentes tratamientos renales sustitutivos

Sonsoles Hernández Sánchez, David García López, Alejandro Santos Lozano, Gustavo González-Calvo, Mónica Brazález Tejerina, Nuria Garatachea Vallejo

Grupo de Investigación PROFITH. Departamento de Educación Física y Deportiva. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Granada. España, Laboratorio de Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea Miguel de Cervantes. Valladolid. España, Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, Departamento de Didáctica de la Expresión musical, plástica y corporal. Universidad de Valladolid, Enfermera. Valladolid, Departamento de fisioterapia y enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza. Huesca. España

Introducción:

La actividad física es de gran importancia en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), ya que mejora la capacidad funcional de los sujetos e incrementa notablemente su calidad de vida. Existen varios estudios sobre entrenamiento aeróbico y de fuerza en pacientes con ERC, en hemodializados, pero pocos sobre la condición física relacionada con la salud en estos pacientes y escasos los referentes a condición física en trasplantados y en pacientes con diálisis peritoneal. La evaluación de la condición física puede suponer un punto de partida interesante a la hora de establecer valores objetivos sobre la capacidad de los pacientes y así, posteriormente, implantar un programa de ejercicio en esta población acorde a las características y los datos recopilados en dicha valoración. De la misma forma existe una relación directa entre la actividad física y la condición física de los pacientes crónicos con la mejora de su calidad de vida.

Objetivo:

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar el nivel de condición física y calidad de vida de pacientes renales crónicos con diferentes tratamientos sustitutivos y compararlos con población sana.

Material y métodos:

Un total de 25 pacientes renales crónicos, todos ellos varones de entre 59 y 72 años, participaron voluntariamente en este estudio. Se crearon 3 grupos: trasplantados renales (Tx): N=11, hemodializados (HD): N=6, y pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal (DP): N=8. Se les administró el cuestionario de calidad de

vida KDQoL y realizaron la mayor parte de las pruebas físicas que recoge la batería Senior Fitness Test (SFT), entre otras. Dichas pruebas físicas fueron las siguientes: levantarse y sentarse en una silla durante un minuto, fuerza de prensión manual, flexibilidad de tren superior e inferior y caminata de 6 minutos.

Resultados:

No se encontraron diferencias significativas entre grupos en el cuestionario de calidad de vida ni en los tests realizados, aunque los 3 grupos mostraron valores inferiores a otras poblaciones sanas de referencia de la misma edad.

Conclusiones:

El tipo de tratamiento renal sustitutivo no influye sobre el nivel de condición física ni calidad de vida de los pacientes renales crónicos, obteniendo todos ellos valores inferiores a la media de la población sana de su misma edad.

Agradecimientos:

Estudio cofinanciado por el Fondo Social Europeo y la Consejería de Educación de Castilla y León bajo el Programa Operativo Castilla y León 2007-2013.

El papel de la enfermera en la investigación clínica. Una nueva opción profesional

Anna Faura Vendrell, Sara Álvarez Morales, María Vera Casanova, Nuria Cubino Junyent, María Garrigosa Silvente, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La investigación clínica es una de las principales fuentes de conocimiento científico, imprescindible para mejorar la salud y los cuidados que ofrecemos a los pacientes. En el año 2010, en el Servicio de Nefrología de nuestro hospital, se puso en marcha la Unidad de Soporte a la Investigación Clínica (USIC). Está coordinada y formada, en la actualidad, por 4 enfermeras y una estudiante de enfermería. Queremos explicar el papel de la Enfermera como coordinadora de investigación clínica y describir el trabajo realizado en esta unidad.

Método:

Revisión y análisis de los procedimientos internos de trabajo (Coordinación de una USIC, Coordinación de un Ensayo Clínico, Coordinación de un Estudio Observacional, Gestión de un biobanco, Preselección de pacientes, Procesamiento y envío de muestras biológicas, Preparación de las visitas de monitorización, Legislación básica) y revisión retrospectiva de los proyectos realizados o activos (22 ensayos clínicos, 22 Estudios observacionales y 3 colecciones de muestras)

Resultados:

Desde la creación de la USIC, se han puesto en marcha 22 Ensayos clínicos: 11 en trasplante renal, 6 en pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica (ERC) y/o riesgo cardiovascular, 2 en Anemia en pacientes con ERC, 2 en Hipertensión y 1 en tratamiento de Hiperparatiroidismo secundario en hemodiálisis. En estos 22 ensayos clínicos, se han incluido 369 pacientes, 300 de los cuales han sido aleatorizados, y con un seguimiento entre 6 meses y 4 años. Así mismo, se ha dado apoyo a 17 estudios observacionales en trasplante renal (3 de ellos con el soporte de becas públicas competitivas), 3 en pacientes con ERC y 4 en Hipertensión. En estos estudios se han incluidos un total de 1265 pacientes, 992 de los

cuales han tenido distintos grados de seguimiento y 273 han participado en una observación transversal. También participamos en la gestión de 3 colecciones de muestras que incluyen muestras de un total de 1100 individuos, 470 de los cuales tienen un seguimiento prospectivo.

Por otro lado, la revisión sistemática de los Procedimientos Internos de Trabajo nos ha permitido realizar una descripción detallada de las distintas responsabilidades, tareas y habilidades que debe desarrollar o realizar una Coordinadora de Investigación Clínica.

Conclusiones:

La figura de la Enfermera Coordinadora de Investigación Clínica ofrece a las enfermeras la posibilidad de desarrollar una actividad profesional innovadora y de alto carácter científico. A su vez, permite mantener una estrecha relación con el paciente, para el cual se convierte con frecuencia en su Enfermera de referencia debido al seguimiento continuado. Esto nos permite no perder el papel de educadoras, cuidadoras y acompañantes, tan relacionados con el fundamento de nuestra profesión.

Esta actividad representa una nueva oportunidad profesional en el campo de la enfermería y debería integrarse en el currículum universitario.

Percepción de la importancia del desplazamiento vacacional en pacientes de diálisis

Nancy M^a Pose Regueiro, Gabriel E. Rajoy Fernández

Centro FRIAT "Os Carballos". Vigo. España

Introducción:

Para la psicóloga Solange Anuch, las vacaciones son importantes para la salud mental, física, familiar y social. En el caso del paciente renal en hemodiálisis, el romper la rutina con lo cotidiano ayudará a llevar su tratamiento con un mayor optimismo, en definitiva, en diálisis se puede y se debe viajar.

Objetivos:

- Conocer el perfil socio-demográfico del paciente vacacional en hemodiálisis.
- Analizar la percepción del paciente en hemodiálisis sobre la importancia de viajar/desplazarse.
- Conocer la satisfacción que tienen los pacientes vacacionales sobre la asistencia sanitaria recibida en nuestro centro.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra obtenida es de 14 pacientes en un turno habilitado exclusivamente para pacientes vacacionales. Se elaboró un cuestionario específico estructurado en tres bloques, especificando su anonimato, voluntariedad y finalidad.

Resultados:

- Variables socio-demográficas, destacando:
El 93% de los pacientes eran portadores de FAVI o Goretex, el 7% Catéter Venoso Central.
Edad: mediana 60-70 años.
El sexo de los pacientes estudiados fue predominantemente masculino (79%).
El tiempo de permanencia en nuestro centro fue de \pm 2 meses.

- Percepción del paciente en diálisis sobre la importancia de viajar/desplazarse, destacando:
Motivo por el que se desplaza a nuestro centro: ocio 79%, familia 14%, ocio/familia 7%.
¿Quién gestionó la solicitud de desplazamiento?: paciente (36%), familiar/allegado (7%), supervisora/trabajador/a social (36%), asociación 21%.
Su centro de referencia de diálisis se encuentra en: esta comunidad autónoma 14%, España 79%, internacional 7%.
En su opinión es importante viajar a pesar de estar en diálisis: todos contestaron Si.
Cree que los pacientes de diálisis son reacios a viajar: 4 pacientes contestaron que si, 7 contestaron que no y 3 no contestaron.
- Percepción del paciente sobre la calidad del servicio prestado, destacando:
La valoración de la atención recibida durante su tratamiento fue: 4,86.
La valoración de la atención recibida por personal médico y de enfermería: 4,79 De manera global ¿Cuál es su valoración sobre la calidad del servicio que recibe? 4,64.
- En su opinión ¿es importante viajar a pesar de estar en diálisis?, destacando:
Por... "conocer", "distraerme y no pensar en la enfermedad", "salir de la rutina", "cambiar de ambiente", "cambiar de aires", "conocer a otras personas", "me gusta viajar", "por igualdad con el resto de la gente".
- En su opinión ¿Cuáles son los principales beneficios que un paciente obtiene al viajar?., destacando:
"Cambio de aires", para "conocer nuevos lugares", para "sentirse como las personas no enfermas", "renovar el estado de ánimo", "olvidarse por momentos de la enfermedad".

Conclusiones:

- El perfil del paciente vacacional en nuestro estudio es varón de 60-70 años, jubilado, con estudios superiores y permanencia en este centro de \pm 2 meses.
- El desplazamiento vacacional del paciente en hemodiálisis tiene causas muy diversas (ocio, familia), pero es, sin lugar a dudas, un aspecto fundamental para que todo paciente en programa de hemodiálisis pueda normalizar su vida.
- La satisfacción de los pacientes vacacionales sobre la asistencia recibida en nuestro centro es calificada como Muy Buena, siendo las variables mejor calificadas las relativas a la atención recibida por parte del personal sanitario.

Valoración de calcificaciones vasculares en pacientes dializados mediante los índices de Kauppila y Adragao y su asociación con el índice tobillo brazo

Jennifer Moreno Perdiguero, Jordi Galabia Martínez, Carme Puigvert Vilalta, Carme Muriana Zamudio, Immaculada Casanovas Grados, Martí Vallès Prats

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Gerona. España

Introducción:

La enfermedad renal crónica avanzada se asocia a una elevada mortalidad de causa cardiovascular relacionada con la afectación arterial precoz.

Actualmente las enfermeras disponen de diversas técnicas para la evaluación de la afectación arterial, entre las que destaca el índice tobillo-brazo (ITB), herramienta muy útil para la detección de la enfermedad arterial periférica (EAP) altamente frecuente en pacientes dializados.

También existen otros métodos basados en la utilización de los rayos X para la evaluación de calcificaciones arteriales, como los índices de Kauppila y Adragao, utilizados para la valoración de estas lesiones a nivel de la aorta abdominal y las extremidades superiores e inferiores.

Ambas técnicas resultan muy útiles por ser rápidas de realizar, poco invasivas y de bajo coste.

Objetivo:

Estudiar la afectación vascular de pacientes en diálisis tanto desde el punto de vista de calcificación arterial (mediante los índices de Kauppila y Adragao) como de enfermedad arterial periférica (mediante el ITB).

Material y métodos:

Se incluyeron pacientes afectos de insuficiencia renal crónica estadio 5d a los que se evaluó la afectación arterial periférica mediante el índice tobillo-brazo, clasificándose como EAP si $ITB < 0,9$, normalidad si $ITB 0,9 - 1,3$ y rigidez si $ITB > 1,3$ y la calcificación vascular mediante los índices de Kauppila y Adragao, considerando presencia de calcificación si Kauppila > 6 (máximo 24 puntos) y Adragao > 3 (máximo 8 puntos). Para los valo-

res analíticos se utilizó el último examen sanguíneo realizado al paciente. Los antecedentes clínicos y el resto de variables analizadas se recogieron mediante revisión de la historia clínica y por entrevista directa.

Resultados:

De los 39 pacientes incluidos, el 64,1% fueron hombres y la mediana de edad fue de 63 (49-75) años. El 41% estaban en DP, el 46,2% en HD y el 12,8% en HDF. La mediana del tiempo en tratamiento sustitutivo renal fue de 20,66 (7,2 – 37,46) meses. La prevalencia de DM, HT y DLP fue del 38,5, 79,5% y 59% respectivamente.

Los parámetros analíticos fueron: parathormona intacta 253 mg/dL (138-365), fósforo 4,9 mg/dL (3,8-5,8) y calcio 9,2 mg/dL (8,9-9,4).

La prevalencia de afectación arterial periférica mediante ITB fue: EAP 46,2%, rigidez arterial 38,5% y normalidad 15,4%. La prevalencia de calcificación arterial mediante los índices de Kauppila y Adragao fue del 35,89%.

La edad y el antecedente de cardiopatía isquémica fueron significativos para presentar calcificación vascular.

La calcificación arterial fue significativamente superior ($p = 0,00$) en los pacientes que presentaron alteración del ITB (presencia EAP o rigidez) respecto a los que presentaron valores normales de ITB.

Conclusiones:

Los índices de Kauppila y Adragao son buenos indicadores de la calcificación arterial en pacientes dializados y se correlaciona significativamente con los resultados obtenidos mediante ITB. La edad y la presencia de cardiopatía isquémica fueron los únicos factores influyentes en la calcificación arterial en los pacientes dializados.

Valoración y diagnóstico del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios de una unidad de nefrología pediátrica

Elisabet Escobedo Mesas, Pedro Bernal Herrera, Flora López González, Antonio Grande Trillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Palabras clave: Agotamiento Profesional, enfermería, nefrología, pediatría.

Introducción:

El cuidado del enfermo renal pediátrico implica gran complejidad, en combinación con la crisis económica, que genera un aumento de los pacientes asignados por enfermera, una falta de personal importante, gran escasez de recursos y falta de tiempo entre otros aspectos, lo que hace que nos propongamos como objetivo valorar el Síndrome de Burnout en los profesionales de la unidad, pues existe evidencia que el agotamiento profesional repercute en última instancia en la seguridad y salud del paciente a cuidar.

Material y métodos:

Estudio transversal y descriptivo en el que se distribuyó un cuestionario validado para la valoración y diagnóstico del Síndrome de Burnout, cuestionario de Maslach. La cumplimentación del mismo fue de carácter voluntario, contenía 22 preguntas con 7 opciones de respuesta puntuadas del 0 al 6 (nunca, pocas veces al año, una vez al mes, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, pocas veces a la semana y todos los días). Las respuestas fueron agrupadas para establecer tres dimensiones diferentes: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Estas tres dimensiones obtienen una puntuación y en función los valores propuestos por Maslach se catalogan en nivel bajo, medio o alto.

Resultados:

Se recogieron 12 encuestas de Enfermeras/os y 7 de técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAE). La media de edad de los Enfermeros fue 44 ± 8 años y la media de edad de los TCAE fue 56 ± 6 años. Se observó

que el 74% de los profesionales estaban en un nivel bajo de cansancio emocional, en ningún caso se alcanzó el rango de nivel alto.

En relación a la despersonalización de los profesionales, el 63% presentaba un nivel bajo, el 32% un nivel medio y solo un 5 % alcanzó un nivel alto de despersonalización, perteneciendo éste dato al gremio enfermero.

Cuando se valoró la realización personal, en la muestra se apreció que se encontraban los datos muy distribuidos entre los tres niveles. Sin embargo, cuando se desglosó por categoría profesional, se pudo observar cómo el 71% de los TCAE estaban en un nivel bajo de realización personal frente a un 33% de las enfermeras/os. Es posible que en esto influyan los años de permanencia en el servicio, pues enfermería lleva una media de 7 ± 6 años mientras que las auxiliares llevan una media de 22 ± 17 años.

Conclusiones:

Pese a la limitación de no tener las puntuaciones previas a la crisis y que se trata de un cuestionario voluntario, por lo que no se pudo valorar la totalidad de los profesionales de la unidad, los datos sugieren que la crisis no está afectando de forma excesiva al agotamiento profesional. No se diagnosticó con Síndrome de Burnout según los criterios de Maslach a ninguno de los profesionales de la unidad de nefrología pediátrica. Por otro lado, sí es preciso destacar que es necesario buscar estrategias para incentivar la realización personal de los TCAE.

Bioimpedancia en diálisis peritoneal relacionando tensión arterial y sobrehidratación

M^a Ángeles Sánchez Lamolda, Inmaculada Torres Colomera, Ana María Marín Ferrón

Hospital Torrecárdenas. Almería. España

Introducción:

La bioimpedancia espectroscópica multifrecuencia (BIE) es una técnica no invasiva, poco costosa y de fácil manejo que permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación de forma precisa y objetiva, complementando a la evaluación clínica, para un mejor control de las comorbilidades propias de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal como son la sobrehidratación y la hipertensión arterial (HTA).

Material y métodos:

Estudio observacional de corte. Se incluyen 55 pacientes de diálisis peritoneal. Mediante el uso de BIE (monitor BCM Fresenius) se determinó el estado de hidratación, sobrecarga hídrica en litros (OHL), índice de masa corporal (IMC), índice de masa magra (LTI), índice de masa lipídica (FTI), masa de tejido adiposo (ATM) y el agua extracelular (ECW). Además se registraron las medidas de tensión arterial (TA).

Resultados:

De los 55 pacientes estudiados, el 72% eran hombres y 28% mujeres. La edad media fue de 56 ± 16.8 años. Un 89% tenía antecedentes de HTA. La media de tensión arterial fue de 147/87 mmHg. En cuanto a la composición corporal, el IMC medio fue de 27 ± 3.6 Kg/m² y un 38.2 % presentaba sobrehidratación > 1.5 L (OHL = $1.9 \pm 2,1$ L). Se encontró correlación positiva entre las cifras de TA sistólica y OHL ($R=0.387$; $p = 0.004$). En cuanto a la composición corporal, los pacientes con antecedentes de hipertensión presentaban cifras mayores de FTI (13.44 ± 4.3 kg/m² $p=0.048$) y ATM (36.32 ± 11.8 ; $p=0.039$).

Conclusiones:

1. La sobrecarga hídrica se ha relacionado con mayores cifras de TA.
2. Los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial poseen mayor índice de masa lipídica.
3. El uso de bioimpedancia nos permitió estimar con mayor precisión el estado de hidratación en comparación con los marcadores clínicos clásicos, dar consejo dietético individualizado y distinguir pacientes con HTA volumen dependiente.

Líquido turbio en diálisis peritoneal

Ana Hurtado Cárceles, Irene Hurtado Cárceles, Diana Manzano Sánchez, Julián Navarro Martínez, Eulalia Cárceles Legaz, Esperanza Melero Rubio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Introducción:

El líquido peritoneal turbio acelular de etiología no infecciosa es poco frecuente en diálisis peritoneal y se caracteriza por una concentración elevada de triglicéridos en el líquido peritoneal. La ascitis quilosa es la presencia anormal de quilo en la cavidad abdominal, por la obstrucción de la circulación linfática en algún punto de su recorrido, a nivel torácico o abdominal, en el sistema de la vena cava superior.

La peritonitis es la principal complicación de la diálisis peritoneal (DP), compromete la viabilidad peritoneal como membrana dialítica y afecta negativamente su supervivencia, su diagnóstico es fundamentalmente clínico por presencia de dolor abdominal y líquido peritoneal (LP) turbio.

Objetivos:

- Exponer la apariencia y características del LP normal.
- Discutir la importancia de la interpretación del análisis del LP, peculiaridades y utilidad en la práctica clínica.

Material y métodos:

Presentamos un varón de 53 años en DP, con dolor abdominal y LP turbio, con antecedentes de hipertensión, tratada con nifedipino, nefropatía IgA y cirrosis. Solicitamos, por sospecha de peritonitis, recuento de LP y ante los hallazgos se pide análisis bioquímico.

Resultados:

Recuento LP: 28 leucocitos, 7% polimorfonucleares. 93% monocitos, 0 hematíes.

Bioquímica LP: Colesterol 0, Glucosa 131, Triglicéridos 35, Proteínas totales 0.2, Quilomicrones.

Discusión:

El LP normal es trasparente con < de 50 células .De ellas menos del 15% polimorfonucleares, 60-80% monocitos, sin basófilos ni eosinófilos. En DP ante un LP turbio se debe sospechar peritonitis basándose el estudio en determinar su celularidad mediante recuento y formula.

La turbidez del LP puede deberse al incremento de:

Células:

- Polimorfonucleares.
- Monocitos.
- Hematíes.
- Células malignas.
- Eosinófilos Peritonitis: > 100 leucos con > 50% Polimorfonucleares.

Elementos no celulares como fibrina o triglicéridos.

Nuestro paciente presentó LP lechoso pero el recuento descartó la peritonitis obligando a buscar otras etiologías. El análisis bioquímico detectó quilomicrones dando el diagnóstico.

El quiloperitoneo o ascitis quilosa es una entidad rara asociada a neoplasias, cirrosis, patología linfática, pancreatitis, síndrome nefrótico y uso de fármacos como calcio-antagonistas. Cursa con líquido de aspecto quiloso (blanco) con elevado contenido en linfa y triglicéridos. El diagnóstico se basa en el aspecto del líquido sin recuento leucocitario significativo. Se confirma al hallar niveles de triglicéridos mayores que los plasmáticos o quilomicrones. El tratamiento es conservador, con retirada de fármacos implicados y dieta baja en grasas. Nuestro paciente suspendió el nifedipino con normalización del LP.

Conclusiones:

- La presencia LP turbio obliga a sospechar peritonitis y valorar el recuento.
- La discordancia entre aspecto y recuento celular plantea otros diagnósticos tan inusuales como el quíloperitoneo.

Valoración del grado de hidratación en diálisis peritoneal. Bioimpedancia y percepción de edemas

Eulalia Cárceles Legaz, Irene Hurtado Cárceles, Ana Hurtado Cárceles, Julián Navarro Martínez, Francisco Martínez González, M^a Paz Gómez Sánchez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Introducción:

Los pacientes en diálisis peritoneal (DP) están sometidos a variaciones en su estado de hidratación que repercuten en la morbimortalidad. Mientras que la sobrehidratación se relaciona con edemas, hipertensión e insuficiencia cardíaca, la deshidratación puede afectar a la función renal y TA provocando hipotensión. La Impedancia Bioeléctrica (BIO) permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación de forma objetiva y complementa la valoración de los profesionales ayudando a identificar aquellos pacientes que presentan sobrehidratación.

Objetivos:

- Valorar el grado de hidratación de nuestros pacientes, relacionado con HTA y niveles pro-BNP.
- Comparar la percepción subjetiva de edemas con el resultado de la BIO.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional de nuestros pacientes, en programa de DP durante el 2014. Recogemos: peso, talla, TA, presencia de edemas, pro-BNP e hidratación mediante BIO (> del 15% hiperhidratados y < del 0,1% hipohidratados).

Resultados:

Recogemos 72 pacientes, 50 hombres y 22 mujeres, edad media 59,6 ±13,68 (24–87) años. La mayoría de nuestros pacientes, 47, estuvieron normohidratados y sin o con edemas leves (58 pacientes).

Exploración: 14 presentaron edemas francos: 5 hipertensos y diabéticos, 7 normotensos, y 2 hipotensos (87/58 y 80/40, con patología cardíaca importante).

Bioimpedancia se identificaron 18 pacientes sobrehidratados, media OH de: 4,26 L (21,42%), pero solo 11 con edemas francos; 8 hipertensos y 10 normotensos. Ningún paciente estaba hipotenso.

Se identificaron 7 pacientes hipohidratados, media OH - 0,45 L (- 3,14%), 3 hipertensos; 1 hipotenso (72/50, con patología cardíaca importante). Ningún paciente presentó edemas ni era diabético.

Pro-BNP: todos lo tuvieron por encima de los valores normales para la población en general (5- 57 pg/mL), con una media de 4.386,16 pg/ml, destacando 4 pacientes con >10.000 y datos de hiperhidratación en la BIO, aunque solo 3 presentaban edemas.

Discusión:

La morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular es muy alta en la población en diálisis, siendo la sobrehidratación un factor implicado en esta patología. La exploración física se ha empleado para valorar la hidratación, aunque la presencia de edemas puede verse influenciada por otras circunstancias, como el grado de nutrición, la insuficiencia vascular o la función cardíaca. La BIO es una herramienta validada, rápida, segura y de fácil uso que nos permite valorarla objetivamente, complementando la percepción de los profesionales.

El NT pro-BNP, se ha propuesto como biomarcador predictivo de eventos y disfunción cardíaca, sobrecarga de volumen y mortalidad en los pacientes en diálisis.

Conclusiones:

La principal causa de mortalidad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, es la cardiovascular. Entre los múltiples factores de riesgo cardiovascular, la expansión de volumen en Diálisis Peritoneal es uno de los más des-

tacados. Sin embargo, la determinación precisa del estado de hidratación es difícil y compleja en estos pacientes.

La BIO permite valorar los cambios en la composición corporal del paciente en diálisis peritoneal. Utilizada en

combinación con la exploración física y con biomarcadores como el NT pro-BNP, puede ser de gran utilidad para mejorar el manejo de nuestros pacientes.

Videoconferencia en una unidad de diálisis peritoneal, mediante Skype®

Sergi Aragó Sorrosal, Manel Vera Rivera, Marta Quintela Martínez

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción:

La diálisis peritoneal es uno de los tratamientos ambulatorios por excelencia. Tras un período de preparación en un centro hospitalario, el paciente inicia la técnica en su domicilio. Como tratamiento ambulatorio, las visitas domiciliarias son esenciales, como se describe en las guías clínicas, para dar apoyo y soporte al paciente. Consiguiendo, de esta manera, la correcta consecución de los objetivos del tratamiento, sin descartar las posibles complicaciones asociadas al mismo.

Las unidades de diálisis peritoneal pueden dar cobertura a pacientes de un área geográfica muy amplia, dificultando las visitas domiciliarias o la actuación ante las complicaciones que pueden derivarse de la técnica y que precisen una respuesta rápida. Por ello, deben valorarse alternativas que garanticen el correcto seguimiento del paciente y su tratamiento.

Objetivos:

Describir el método de implantación de un sistema de telemedicina, a través de videoconferencia mediante el programa Skype®, en una unidad de diálisis peritoneal.

Material y métodos:

Estudio de diseño descriptivo, llevado a cabo en una unidad de diálisis peritoneal. Muestra actual de tres pacientes (2 hombres). Media de edad ± 43 , rango: 39-52. Residencia habitual en un radio máximo de 46 kilómetros del hospital. Son enrolados al inicio del tratamiento y todos disponen de material para poder actuar ante situaciones como: aparición de fibrina, peritonitis (antibiótico según protocolo de la unidad y material para recogida de muestras).

Criterios de inclusión: Inicio de tratamiento a la entrada en el estudio, disponer de ordenador y móvil (smartphone/iphone), vivir a más de 16 kilómetros del centro sanitario.

Criterios de exclusión: rechazo a formar parte del estudio, personas mayores de 70 años.

Resultados:

En un período de dos meses, se han realizado 19 consultas a través de Skype®. La calidad de audio e imagen ha sido satisfactoria para los usuarios (profesionales y pacientes). Produciéndose errores de conexión en 3 ocasiones. Se han podido resolver dudas sobre el entorno donde se lleva a cabo la técnica, aspectos de la dieta, uso de bolsas de vaciado y hemoperitoneo.

Conclusiones:

El uso de la videoconferencia en diálisis peritoneal, o del programa Skype® en consultas de enfermería, no es nuevo. Hecho que lleva a reforzar la idea de que es necesario y puede ser útil para las consultas que pueden generarse por el tratamiento, proporcionando seguridad y confianza a los pacientes. El uso de la videoconferencia puede suponer un sustituto para las visitas domiciliarias, el inicio precoz del tratamiento en caso de peritonitis, soporte adicional para las llamadas telefónicas, pero sin ser sustituto de las visitas hospitalarias, siempre que sean necesarias. Tampoco hay que descartar posibles limitaciones como: ¿Están preparados los pacientes para las nuevas tecnologías de la información y comunicación? ¿Y los profesionales? ¿Puede suponer una invasión de la intimidad para los usuarios? El presente trabajo es una descripción del inicio de un sistema de telemedicina en una unidad de diálisis peritoneal, esperando poder aportar datos en un futuro.

¿Coincide la elección del paciente durante la información de opciones de tratamiento con la opción de inicio?

María José Pérez Blasco, Antonia Concepción Gómez Castilla, M^a Ángeles Ojeda Guerrero, Dolores Fernández Gordillo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada tienen la necesidad y el derecho a recibir información sobre las distintas opciones de tratamiento para poder elegir cuál se identifica con su necesidad y estilo de vida, para ello, deben ser informados de las distintas opciones.

Objetivos:

Pretendemos conocer si los pacientes que tras la información efectuaron una elección de opción llevaron a término dicha elección y en caso negativo cuál fue el motivo del cambio.

Material y métodos:

Hemos estudiado 121 pacientes que habían salido de la consulta ERCA entre enero de 2013 y diciembre de 2014 y habían efectuado seguimiento en la consulta de enfermería ERCA para la elección de tratamiento sustitutivo renal. La edad media de los pacientes fue de 64,9 ±15,2 y un tiempo de seguimiento de 721 días ± 761. Los pacientes estudiados habían efectuado entre una y dos visitas de seguimiento según circunstancia personales del paciente y estructurales de la consulta.

Resultados:

Durante la primera información la preferencia de los pacientes (n 121) es: Diálisis Peritoneal (DP) el 55%, Hemodiálisis (HD) 33% y el 7% de los pacientes prefiriere el tratamiento paliativo. Tras la segunda información (n 40) destaca que solo el 1% de los pacientes mantiene la opción de tratamiento paliativo. Sin embargo en la opción de inicio de tratamiento, la distribución se define en unos porcentajes más similares a la tendencia general: HD 48%, DP 33%, No diálisis/exitus 17%

Al estudiar la muestra segmentada por opción de inicio, observamos que los pacientes que pasaron a HD (n58) tenían 63,4 ±15,3 años, el 56,9 % eran hombres, habían mantenido la opción de elección el 58,6%, el 70,7% tenía acceso vascular funcionante y procedían de la consulta de nefrología el 72,4% de los pacientes.

Los pacientes que iniciaron con DP (n40) tenía 61,4±13,4 años, el 62,5% eran hombres, habían mantenido la tendencia de elección el 92,5% de los pacientes aun teniendo acceso vascular funcionante el 32,5% de los pacientes. El 70% de estos pacientes procedía de la consulta de nefrología

Los pacientes que fallecieron sin haber comenzado diálisis (n 21) tenían 78,5 ± 7,5 años, eran hombres el 76,2%, solo el 23,8% habían decidido no diálisis en el momento de la información, en el 19% habían elegido HD y el 57,1% su elección había sido DP y el 12,5% tenía acceso vascular funcionante y el 76,2% procedía de la consulta de nefrología.

Conclusiones:

El alto porcentaje que nuestros pacientes presentan en la tendencia para la elección de la diálisis peritoneal, no se corresponde con la opción real de inicio en tratamiento sustitutivo, que se modifica en el transcurso de su evolución en la consulta ERCA.

En alguna ocasión el paciente definió, que dado que tenía fístula arteriovenosa probaría en hemodiálisis antes de someterse a otra intervención para poner el catéter.

Algunos fueron encaminados a hemodiálisis por contraindicaciones en diálisis peritoneal, la mayoría había cambiado su estructura de vida y pacientes con mucha comorbilidad fallecieron por causas ajenas a su insuficiencia renal.

Control del exceso de peso en pacientes renales en la consulta de enfermería nefrológica

María Carmen Torres Torradeflot, David Arroyo Rueda

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

Introducción:

La obesidad es un exceso de grasa corporal por un balance energético positivo mantenido en el tiempo, afecta a la salud y al bienestar, y aumenta la morbimortalidad. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m².

Prevalencia en adultos es del 15%, y la de sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²) el 40%.

Estudios epidemiológicos sitúan el exceso de peso como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC) junto otros factores

La obesidad contribuye a la hiperfiltración y la proteinuria, empeorando la HTA y pronóstico de la ERC. La consulta de enfermería renal puede ser una herramienta útil en el control del exceso de peso de estos pacientes.

Objetivos:

Valorar la contribución de la educación de hábitos (alimentarios y de actividad física) a la reducción de peso y el mejor control de la presión arterial en una consulta de enfermería nefrológica con pacientes con ERC estadios 1 a 3.

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo 43 pacientes de la consulta nefrológica durante 2014: Registramos peso, IMC, perímetro abdominal, tensión arterial, encuesta dietética y de actividad física y valoración de parámetros sanguíneos.

Primera visita: educación cardiosaludable y estímulo de actividad física moderada.

Segunda: si pérdida de peso ≥ 2 Kg se mantienen los consejos. Pérdida < 2 Kg, se prescribe dieta hipocalórica y

se insiste en aumento actividad física.

Tercera visita: valorar reducción ingesta de grasas según resultado de lípidos en analítica sanguínea y estimular pérdida de peso y actividad física.

Resultados:

43 pacientes, edad media 62,44 \pm 12,23 años, 22 hombres (51,2%). Valoración inicial: el 21% de los pacientes tenían sobrepeso, el 42% obesidad grado 1, el 32% grado 2 y el 5% obesidad mórbida.

Entre la primera y la última visita, el IMC medio se redujo en -0,79 \pm 0,19 (p=0,0002). Se consideró inefectiva la intervención si peso se mantenía estable o aumentaba 41,9%, n=18) y efectiva si pérdida de peso $> 2\%$ (23 pacientes, 58,1%).

3 \pm 1 visitas de media. Cambio porcentual de peso en relación al número de educaciones es: 4 visitas: -3,74% del peso inicial, 3 visitas: -3,21%, 2 visitas: -2,53%, 1 visita: +1,75% y 5 visitas: -0,16%. La diferencia de IMC entre la última y primera visita era mayor cuando el número de visitas era > 2 (-1,02 \pm 1,23 vs +0,24 \pm 1,36 Kg/m², p=0,011). Encontramos una correlación significativa entre la diferencia porcentual de peso y la variación de PAS (r=0,39; p=0,0096 $\square\square$). En el grupo en el que no hubo pérdida de peso la PAS aumentó 6,22 \pm 15,00 mmHg, mientras que en los pacientes que perdieron peso disminuyó 6,73 \pm 10,39 mmHg (p=0,002), independientemente de las variaciones en la medicación antihipertensiva (un 7,0% de pacientes aumentó el número o dosis y un 16,3% la disminuyó).

Conclusiones:

La educación de enfermería nefrológica en pacientes con ERC puede ser efectiva en la corrección del exceso de peso. Esta reducción de peso se acompaña de un

mejor control de la PA. Es necesario conocer adecuadamente el perfil de los pacientes que más se beneficiarán de la intervención de enfermería.

Desarrollo de un registro para seguimiento interdisciplinar del acceso vascular

Cristina Mendías Benítez, Álvaro Pérez Baena, Juan Luis Chaín de la Bastida, Jesús Lucas Martín Espejo, Francisco Barbosa Martín

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

El Acceso Vascular (AV) es uno de los factores más importantes para una diálisis adecuada, de ahí la importancia de una información correcta a todas las personas implicadas en el cuidado de nuestros pacientes. Los cuidados de enfermería destinados a conseguir que el paciente tenga un AV de calidad y bien desarrollado, serán fundamentales para la realización del tratamiento.

Una de las funciones en nuestra consulta de Enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es la valoración del AV realizado por los cirujanos vasculares cuando tienen un filtrado glomerular de menos de 30 ml/min.

Objetivos:

- Realizar un estudio retrospectivo que pueda justificar la elaboración de un registro que favorezca la continuidad de cuidados del AV.
- Creación de un registro de formato tríptico informativo para los pacientes y profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP).
- Proporcionar información sobre signos y síntomas de alarma en el cuidado del AV.
- Iniciar un proyecto de valoración del AV: "CIRCUITO DEL ACCESO VASCULAR".

Material y métodos:

Es un trabajo descriptivo, observacional, retrospectivo.

Se inicia este proyecto en el año 2015, previo análisis de los años 2013 y 2014.

En las primeras 24-48h de la intervención quirúrgica, es valorado por enfermería ERCA para comprobar si es funcional el AV realizado y si el proceso postintervención quirúrgica es el correcto (no infección, buena cicatrización...).

Se decide crear un formato tríptico donde se explica al paciente y a los profesionales de AP el tipo de AV, cuidados y consejos a tener en cuenta, implantando una comunicación con los profesionales que intervenimos en sus cuidados.

En el año 2013 a 50 pacientes se realizan FAVI, 33 hombres y 18 mujeres. El 82% funcional postquirúrgico.

Resultados:

De los 50 pacientes, salen de la consulta de ERCA:

- En 3 meses 24 pacientes iniciaron TRS.
- En los 3 a 6 primeros meses 10.
- Después de los 6 meses otros 10. Por tanto lo que en el primer año postquirúrgico salieron 44 pacientes.

En el año 2014 a 73 pacientes se les realizó la FAVI: 41 hombres y 32 mujeres.

Obteniendo un 75% (55) de accesos funcionantes. 36 inician TRS el primer año: 34 para HD y 2 acaban en trasplante. En el año 2015, en el primer trimestre del año, a 23 pacientes se les realiza un AV. 19 presenta un acceso funcional en trhill y soplo, de los que 11 presenta hematoma postintervención y 3 presentan infección en los primeros 15 días. El 30% (7) de las curas de la intervención quirúrgica y retirada de puntos se realizan en AP. El 67% (2) de las FAVI infectadas en el periodo postquirúrgico inmediato son curadas en AP. En el 50% de las FAVI no funcionantes se retiran los puntos en AP.

Conclusiones:

Es importante para la mayor supervivencia del AV una información detallada no solo para enfermería nefrológica. Se inicia un circuito de seguimiento entre: cirugía, consulta ERCA, AP y centro de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) definitivo.

Estado nutricional del anciano frágil en consulta de ERCA

Almudena Pérez Torres, Olga Celadilla Díez, Filo Trocoli González, Cristina del Pino García, M^a Elena González García, Rafael Sánchez Villanueva

Hospital Universitario La Paz y Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España

Introducción:

La prevalencia de desnutrición en pacientes con ERCA es elevada así como la incidencia de pacientes con criterios de anciano frágil.

Objetivos:

Describir el estado nutricional, composición corporal y patrón alimentario de un colectivo de pacientes en consulta de ERCA con criterios de anciano frágil.

Material y métodos:

Estudio transversal realizado dentro de la práctica clínica habitual con una cohorte de 24 pacientes con criterios de anciano frágil (presencia de 3 de los siguientes ítems: mayores de 80 años, baja actividad física, debilidad, pérdida involuntaria de peso, agotamiento y disminución de la velocidad de la marcha).

Se realizó: diagnóstico nutricional según VGS, registro de alimentos de 2 días (se analizó cuantitativa y cualitativamente), antropometría (PT y CMB, BIA), y parámetros bioquímicos.

Resultados:

El 37,5% fueron hombres con una edad media $83,5 \pm 2,2$ años. Causas de la enfermedad renal: 41,6% nefropatía diabética, 20,8% nefroangioesclerosis, 16,6% poliquistosis, 20,8% otras. El 50% de los pacientes presentaba desnutrición (33% categoría B, 17% categoría C).

En el análisis cualitativo de la ingesta, un 87,5% realizaba todas las ingestas incompletas y un 60% era dependiente para la preparación de las ingestas.

Conclusiones:

El porcentaje de pacientes con desnutrición es elevado, independientemente de la herramienta utilizada para su diagnóstico.

Conocer la situación inicial de estos pacientes permitirá reorientar la educación diseñando programas adaptados a sus necesidades.

Estudio sobre la implantación de la consulta de ayuda a la decisión para el inicio de tratamiento renal sustitutivo

Marisol Fernández Chamarro, Ernestina Junyent Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La elección de tratamiento renal sustitutivo (TRS) es una decisión crucial en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), que influirá en su estilo y calidad de vida y en el de sus cuidadores. Los pacientes cada vez son más protagonistas en la toma de decisiones que afectan a su salud. Para tomar una decisión es imprescindible la información. Como profesionales de la salud debemos proporcionar una información realista, estructurada, y acompañar en el proceso de la toma de decisión, de manera que sea el paciente el que decida cuál es la opción que mejor se adapta a su vida.

Enfermería está comprometida en que la decisión de TRS sea coherente con los valores del paciente.

Método:

En enero del 2014 se implantó una consulta donde la enfermera especialista en ERCA realiza un proceso de educación individualizado para ayudar al paciente a tomar la decisión sobre el TRS que precisará en un futuro, donde podrá conocer y anticipar como los tratamientos se adaptarán a su estilo de vida teniendo en cuenta sus valores o preferencias. En esta decisión se incluye a la familia o personas del entorno próximo al paciente.

Este proceso está protocolizado en 3 visitas. En la primera se determinan los valores y el estilo de vida del paciente, la segunda es informativa y la tercera deliberativa. En ésta última el paciente elige la opción que le parece más adecuada a su forma de vida.

Resultados:

Durante el año 2014 realizaron el proceso un total de 76 pacientes. Con una edad media de $67,4 \pm 12,4$. 27 pacientes (un 22,3%) tenían una edad superior a 80 años.

Eligieron hemodiálisis (HD) un 55,3% (42) con edad media de $69,2 \pm 16,5$ años, eligieron diálisis peritoneal (DP) un 39,5% (30), con edad media de $62,9 \pm 14,6$ años y un 5,2% (4) eligió tratamiento conservador con una edad media de 85 ± 2 años. Un 14,4% (11) tenían opción de donante vivo y se empezó estudio. Al analizar el número de visitas que precisan para elegir TRS vemos que el 51,3 % lo hizo en la segunda visita, el 30,2 % necesitó 3 visitas y un 18,4 % en la primera.

Para los pacientes que eligieron DP los valores más frecuentes que identificaron como importantes fueron: "trabajar", "viajar", "independencia", "tratamiento en casa" y "actividades de ocio". Para los que eligieron HD fueron: "personal sanitario responsable del tratamiento", "tratamiento en el hospital" y "ambiente hospitalario".

Conclusiones:

El tener un proceso centrado en los valores del paciente/familia, donde se ajusta el tiempo y la información a su ritmo, ha aumentado la elección de la técnica domiciliaria. Los pacientes que eligen técnicas domiciliarias valoran más el poder ser ellos mismos los responsables del tratamiento y poder continuar con sus actividades habituales.

El incluir a la familia en éste proceso hace que las preocupaciones y las opciones sean valoradas conjuntamente ya que la decisión impactará también en la familia.

Medidas adoptadas para conseguir que todos los pacientes que inicien tratamiento pasen por la consulta ERCA de enfermería

Elena María Renau Ortells, Juana García Montero, Vicente Cerrillo García, M^a José Folch Morro, Jorge Bort Castelló, Carmen Clara Aicart Saura

Hospital General. Castellón. España

Introducción:

Según la ley 41/2002 Autonomía del paciente, éste tiene derecho a elegir tratamiento siempre que no hayan contraindicaciones médicas tras haber recibido la información oportuna. Sin embargo, la simple información puede no ser suficiente cuando se trata de tratamientos complejos y crónicos. En ocasiones, la toma de decisión es crítica debido a la situación clínica o psicológica que puede estar sufriendo.

Debido a esto y viendo que la información y educación que llega a estos pacientes es insuficiente, decidimos colaborar en el desarrollo y validación de unas herramientas de ayuda a la toma de decisión, llegando a la conclusión de que podrían facilitar la elección informada del tratamiento sustitutivo Renal basada en sus valores y estilo de vida, siendo positivamente valoradas por pacientes y familiares. Posteriormente se implantaron en nuestro servicio.

Objetivos:

Nuestro objetivo general es hacer un análisis descriptivo y prospectivo de la evolución de nuestra consulta ERCA de Enfermería durante estos últimos cinco años y como específicos, intentar que todos los pacientes que comienzan en tratamiento pasen por consulta y que todos sean educados con estas herramientas.

Material y métodos:

Los pacientes incidentes en tratamiento renal sustitutivo en estos últimos 5 años desde 1 enero 2010 al 31 diciembre 2014 y han sido un total de 484.

En el 2011 fue cuando implantamos de forma progresiva el uso de las herramientas, se crearon tablas para poder recoger datos y se proporcionó material educativo.

Hemos estado realizando reuniones mensuales enfermería, nefrólogos ERCA y jefe de servicio para ver resultados, analizarlos e intentar mejorar.

El proceso educativo estructurado consta como mínimo de 4 visitas:

- 1^a Fase de determinación de valores.
- 2^a Fase informativa.
- 3^a Fase deliberativa.
- 4^a Fase toma de decisión.

Resultados:

El número de datos recogidos año tras año ha aumentado debido a las necesidades de mejorar.

El número de incidentes ha ido variando, pero podemos apreciar que el número de pacientes incidentes que han pasado por ERCA Enfermería ha ido aumentando, de 25 a 98, debido al empeño puesto por todos.

En el año 2014 empezamos a ver más pacientes educados y más que eligen modalidades domiciliarias e incluso un trasplante previa entrada al tratamiento. Este mismo año intentamos, de los 14 que no habían pasado por ERCA, verlos en planta; se pudieron ver en planta 10 pero no se siguió todo el protocolo educativo.

Todavía se pierden pacientes, por ello vamos haciendo reuniones mensuales multidisciplinares para conseguir el 100% de educados.

Aquellos pacientes que están siendo controlados con filtrado superior a 30 ml/min y por una reagudización entran en HD, sin haber pasado por ERCA Enfermería, se intentan captar al ser dados de alta hospitalaria para recibir todo el proceso educativo y dar opción a elegir aquella modalidad que mejor se adapte.

Conclusiones:

Concluimos diciendo que para poder conseguir que todo paciente que entre en programa sea educado, hace falta

el esfuerzo de todo el equipo multidisciplinar y en nuestro hospital tenemos la suerte de contar con ese espíritu de superación.

¿Es obligatoria la retirada del catéter permanente en pacientes pediátricos con bacteriemia secundaria a infección por *Estafilococo Áureo*?

Inmaculada Moreno González, Elena Gutiérrez Vílchez, Francisco Nieto Vega, Francisco Rodríguez Sempere

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

Introducción:

Las infecciones relacionadas con el catéter son la principal causa de morbimortalidad en pacientes en hemodiálisis y conducen, en algunos casos, a la retirada de éste. Las guías de práctica clínica en adultos recomiendan la retirada del catéter en infecciones por estafilococo áureo (EA) debido a la alta tasa de complicaciones tales como endocarditis. Éstas complicaciones son raras en niños, en los que la retirada de catéter supone un importante problema dada la dificultad de accesos vasculares, sobretodo en caso de pacientes hiperinmunizados en los que se prevé un largo tiempo en hemodiálisis (HD).

Objetivos:

Determinar los resultados de infecciones por EA en pacientes pediátricos tratados en nuestra unidad de HD entre Junio de 2014 y Marzo de 2015.

Material y métodos:

2 pacientes con bacteriemia por EA fueron tratados. Caso 1: Paciente de 6 años de edad con fibrosis hepá-

tica y enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a hipoplasia renal, en HD desde 2012 e hiperinmunizada. Presentó fiebre intradiálisis y cultivos positivos a EA. Se inició tratamiento con cefazolina i.v. y cloxacilina oral. Persistencia de cultivos positivos, por lo que ante la ausencia de signos y síntomas ecocardiográficos de endocarditis se modificó tratamiento a vancomicina i.v., rifampicina oral y sellados del interior del catéter con vancomicina durante 4 semanas. Los cultivos posteriores resultaron negativos. Caso 2: Paciente de 7 años de edad con hipoplasia renal bilateral en HD desde el mes previo, con fiebre intradiálisis y cultivos del interior del catéter positivos a EA. El ecocardiograma no mostró signos de endocarditis. Completó 4 semanas de tratamiento con vancomicina i.v., rifampicina oral y sellados del interior del catéter con vancomicina. Cultivos de control negativos.

Conclusiones:

El intento de preservar el catéter venoso central en infecciones por estafilococo áureo puede ser una opción viable en pacientes pediátricos.

¿Qué sabemos de la seguridad del paciente en hemodiálisis?

Eva Cerdán Urrutia, María del Cielo Mena Mayayo, Laura Catalán Beloqui

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España

Introducción:

En el año 2005 se realizó en España el Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), en el cual se concluyó que un 8,9% de los pacientes que ingresan en nuestros hospitales sufre algún evento adverso (EA). Uno de los puntos más importantes que se recogen en el estudio es que el 42.8% de esos EA son evitables.

Los servicios de diálisis no están exentos de riesgos asociados al propio tratamiento con hemodiálisis, ya que son áreas de alto riesgo en relación al control y prevención de la infección, por el riesgo potencial relacionado con virus transmitidos por sangre, organismos resistentes a los antibióticos, uso de catéteres y fistulas arteriovenosas y por las características propias de estos pacientes (edad avanzada, inmunocomprometidos, desnutrición, etc).

Objetivos:

Valorar qué saben los profesionales de una unidad de hemodiálisis sobre seguridad del paciente, cómo identifican ellos los EA más habituales y cómo creen que se podrían evitar. Finalmente, incentivar la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales para mejorar la calidad asistencial.

Material y métodos:

El estudio se realiza en una unidad que cuenta con 132 pacientes en programa de hemodiálisis ambulatoria y con un total de 56 profesionales entre médicos, enfermeras, auxiliares y celadores. Se diseña una encuesta que se pasa a todo el personal de la unidad, estructurada en tres partes: - valoración de conocimientos sobre seguridad del paciente - identificación de los EA más frecuentes - formación, información y comunicación de EA.

Resultados:

Al analizar los resultados obtenidos en la primera parte de la encuesta se observa que las preguntas que hacen referencia a conceptos teóricos de la seguridad del paciente, son las que menos nivel de conocimientos reflejan (66%-79%). Por ello se plantea la colocación de carteles recordatorios sobre la correcta higiene de manos, guía de abreviaturas para la prescripción de medicamentos y los 5 correctos en la administración de medicamentos.

En cuanto a los EA considerados como más frecuentes en esta unidad están los calambres e hipotensión (87%) y coagulación del sistema (71%). Llama la atención que la mayoría de los encuestados (entre el 70%-100% y dependiendo del EA), consideran que las causas humanas son las principales de estos EA. Además al 100% de los encuestados, les gustaría saber más sobre seguridad del paciente y recibir formación y/o información sobre el tema.

Más de la mitad perciben que la cultura de seguridad existe en la unidad, pero que no se valora lo suficiente. El 82 % notificaría un evento adverso cometido o presenciado, pero desconocen si existe algún sistema para hacerlo tanto en la unidad como en el centro hospitalario al que pertenece.

Conclusiones:

Por ello se considera necesaria una charla informativa sobre "Seguridad del Paciente" para que el personal adquiera conocimientos y esté más motivado a aplicar medidas orientadas a mejorar la seguridad del paciente en esta unidad de hemodiálisis.

Abordaje de fístulas arterio-venosas bajo visión ecográfica

Lourdes Rueda Velasco, Mónica Martín Cano, Raquel Francisca Galiano Roa, Ana Soraya Gómez David

Centro de Dialisis de Málaga y Centro de Diálisis de Torremolinos. Málaga. España

Introducción:

El acceso vascular (AV) es el pilar básico en el tratamiento de hemodiálisis. La fístula arterio-venosa (FAV) reúne las características para que dicho AV sea óptimo: permite el acceso seguro y continuado del sistema vascular del paciente, proporciona flujos suficientes para administrar la dosis de hemodiálisis, el paciente puede hacer una vida normal sin apenas limitaciones, presenta menos complicaciones y disminuye costes.

La técnica de punción es uno de los factores más relevantes que influyen en su supervivencia. En ocasiones nos encontramos antes pacientes portadores de FAV complicadas, en las que no es posible detectar la profundidad y recorrido de la vena mediante observación y palpación, lo que aumenta la inseguridad de la enfermera responsable del paciente y su carga de trabajo.

Objetivos:

Analizar si el ecógrafo es una herramienta útil para canalizar FAV complicadas y si el tipo de FAV influye en la supervivencia del acceso.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de dos años de duración, que se realizó a 10 pacientes portadores de FAV de difícil acceso, a los cuales se les comenzó a realizar punción ecoguiada del acceso vascular. Se recogieron como variables sexo, edad, tipo de acceso vascular, etiología de la enfermedad, tiempo medio de tratamiento (en minutos), tiempo en hemodiálisis (en meses), número de sesiones continuas que se ha utilizado el ecógrafo para las punciones, uso esporádico del ecógrafo y supervivencia del acceso vascular.

Resultados:

Del total de la muestra, el 40% eran hombres y el 60% mujeres, con una media de edad de $68,5 \pm 8,65$ años. La etiología de la enfermedad renal primaria fue nefropatía diabética (30%), glomerulonefritis (10%), poliquistosis (10%), etiología incierta (10%) y otros (40%). El tipo de FAV predominante fue húmero-cefálica (60%), radio-cefálica (30%) y húmero-basílica (10%). El tiempo medio de las sesiones fue de $247,50 \pm 10,61$ minutos y con un tiempo en terapia de hemodiálisis de 35.40 ± 38.04 meses. Del total de la muestra, el 80% continúa con el mismo acceso vascular con el que se le inició la punción ecoguiada y el 20% restante precisaron colocación de catéter venoso central por trombosis de FAV. Dentro de los pacientes que continúan con la FAV, en un 50% de éstos precisamos del uso esporádico del ecógrafo por problemas en la punción. No encontramos asociación significativa entre el tipo de FAV y la supervivencia del acceso.

Discusión:

La mayoría de las FAV que comenzamos a puncionar con la ayuda del ecógrafo continúan siendo su acceso vascular actual (80%). El no encontrar asociación significativa entre el tipo de FAV y su supervivencia puede deberse al pequeño tamaño muestral.

La ecografía doppler es una herramienta de gran utilidad para la primeras punciones de fístulas complicadas. Nos permite realizar una punción eco dirigida mediante la observación ecográfica directa de la trayectoria de la aguja durante la punción, evitando pinchazos fallidos que disminuyen la calidad de vida del paciente y aumentan su morbilidad.

Adherencia al tratamiento con Cinacalcet

María del Carmen Redondo Simón, María del Carmen Molina Álvarez, José Francisco Rodríguez Puertas, Irene Amate Garrido, Inmaculada Martínez Jiménez, Yolanda Cánovas Padilla

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

El hiperparatiroidismo secundario a IRCT es una complicación frecuente y se asocia a un elevado índice de morbilidad en pacientes en programa de diálisis. Se debe frenar su desarrollo, manteniendo una adecuada mineralización ósea y protegiendo de calcificaciones vasculares. Este último efecto aumenta el riesgo cardiovascular y favorece amputaciones e incluso la muerte. Para ello contamos con recomendaciones dietéticas y diversos tratamientos farmacológicos.

El mecanismo de acción del cinacalcet reduce directamente las concentraciones de PTH al incrementar la sensibilidad de este receptor al Ca^{++} extracelular. La reducción de la PTH se asocia a un descenso paralelo de la concentración sérica de Ca^{++} .

La dosis inicial es 30 mg/día. Se ajusta tratamiento cada 2-4 semanas, hasta un máximo de 180 mg/día, para lograr una PTH de 150-300 pg/ml. Hay que determinar la PTH entre la 1^a-4^a semana tras el inicio o cuando se ajusta la dosis y durante la duración del tratamiento, cada 1-3 meses. La toma de tratamiento se recomienda con la comida o poco después de comer.

Objetivos:

Valorar la adherencia terapéutica al cinacalcet del paciente renal en programa de hemodiálisis.

Material y métodos:

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo con una muestra de 24 pacientes de los cuales 11 eran mujeres y 13 hombres. Para ello se elaboró un registro donde quedaba constancia de cuando se entregaba, a demanda del paciente, el cinacalcet. En dicho registro se recogen los siguientes datos: nombre del paciente, dosis prescrita, fecha de entrega del fármaco y vigilancia de los valores bimensuales de PTH.

Resultados:

El 45,83% de nuestros pacientes no cumplen el tratamiento farmacológico ni dietético, frente al 54,17% que son cumplidores de tratamiento farmacológico (destacando un 84,62% que no cumplen la dieta y un 15,38% que cumplen tanto un tratamiento como el otro).

El valor medio de PTH de nuestros pacientes es 299.678 mg/ml siendo la cifra máxima 1156 mg/ml y el valor mínimo 48 mg/ml.

Discusión:

El total de los pacientes comentan sentirse satisfechos con la dispensación hospitalaria del mismo.

El estrecho control llevado a cabo tanto a nivel farmacológico, analítico, control de dieta, hace que más de la mitad de los pacientes sean cumplidores del tratamiento.

Al ver reducidas las dosis de quelantes, el paciente se siente más aliviado en la toma de medicación, de forma que aumenta la adhesión al tratamiento farmacológico.

Otro problema que detectamos fue el incumplimiento dietético ya que en nuestro registro constaba la toma correcta de medicación pero no se veía reflejada en los valores de PTH.

Tras ello hemos realizado educación sanitaria insistiendo en la importancia de la toma correcta de la medicación y en el buen cumplimiento dietético. En todos los casos se les alertó de los posibles signos y síntomas que podían presentar ante una hipocalcemia.

La implicación de enfermería en el seguimiento del régimen terapéutico y dietético es muy importante en este tipo de pacientes.

Análisis de un año de informe de continuidad de cuidados usando taxonomía NANDA, NIC, NOC en una unidad de hemodiálisis

Luisa Seco Lozano, Eva de La Iglesia, Lola Martínez Prieto, Julián González Molina, Trinidad García Fornieles, Anna Mireia Martí i Monros

Hospital General Universitario. Valencia. España

Presentamos nuestra experiencia de un año realizando informes de continuidad de cuidados (ICC) utilizando taxonomía NANDA, NIC, NOC, en una Unidad de pacientes crónicos en Hemodiálisis.

La primera acción que se llevó a cabo fue:

Diseño de un registro informatizado que incluyera:

- Valoraciones de Enfermería.
- Plan de cuidados al paciente crónico en hemodiálisis (diagnósticos, intervenciones y resultados más relevantes).
- Datos específicos del acceso vascular y síntomas de tolerancia pre, intra y post hemodiálisis.
- Campo abierto para comentarios. Se establecieron tres fases:

Inicial:

En la que se decidió previo consenso, las valoraciones de enfermería que íbamos a utilizar y que fueron: Test de Barthel (actividades de la vida diaria), escala mental de Pfeifer, dado que eran las utilizadas en el Hospital, más las que consideramos que eran de mejor aplicación a los crónicos en hemodiálisis: Barber (fragilidad en el anciano), Karfnosky (enfermo terminal), Zarit (sobrecarga del cuidador) y EVA (escala visual analógica del dolor). En esta fase también se diseñó el plan de cuidados, diagnósticos, intervenciones y resultados.

Implementación:

- Sesiones formativas por parte de dos enfermeras expertas, impartidas a todo el equipo de enfermería y cuyo contenido principal fue: Entrevistas de salud, recogida de datos, Taxonomía NANDA, NIC, NOC y uso de la herramienta informática.
- Realización de un ICC, por parte de cada una de las enfermeras de la unidad tuteladas, a demanda, por una de las enfermeras expertas.

- Realización del ICC a todos los pacientes de nuestro programa de crónicos estables, por parte de sus enfermeras responsables, con la siguiente cadencia: de inicio del programa, cada tres meses, después de una hospitalización superior a dos semanas, ante un traslado temporal (vacacional) o definitivo a otra Unidad de Hemodiálisis.

Resultados:

Después de un año de utilización del ICC hemos analizado los resultados y son los siguientes:

- Todos los pacientes disponen de un ICC realizado por su enfermera responsable.
- Durante el periodo analizado, todos los pacientes que se trasladaron a otra Unidad de Hemodiálisis fueron portadores de un ICC con la indicación de que lo entregaran a la responsable de enfermería de la Unidad Vacacional.
- Dos pacientes tuvieron un ingreso hospitalario superior a dos semanas y se les realizó el ICC.
- 61% de los pacientes presenta un nivel de dependencia en la escala de Barthel de 90-100 (independiente).
- 23% presenta un nivel de dependencia de 20-35 (severa).
- 11% presenta leve deterioro cognitivo y 1% deterioro severo.

Los diagnósticos más relevantes fueron:

- Riesgo de infección (00004).
- Riesgo de sangrado (00206).
- Deterioro de la integridad tisular (00044).
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00195).

En nuestra opinión la realización del ICC con taxonomía NANDA, NIC, NOC, contribuye a la homogeneización del lenguaje enfermero, facilita la continuidad de cuidados y contribuye al desarrollo corporativo; su implementación es posible con formación específica.

Destacar que no hemos recibido ningún comentario ni respuesta de los profesionales de enfermería de las Unidades que los han recibido.

En la actualidad estamos en una fase de desarrollo y ampliación del mismo en el que revisaremos y actualizaremos los NIC, NOC.

Autocuidados personalizados del acceso vascular

Rosa Marchante Cuevas, Pilar Caro Acevedo, Virginia de Miguel Olalla, María Minami Muñoz, Patricia Sarabia Miret, Ramón Delgado Lillo

Clínica Ruber S.A. Madrid. España

Introducción:

El paciente de hemodiálisis es fundamental en el equipo multidisciplinar del acceso vascular (AV).

Objetivos:

- La aceptación de unos autocuidados personalizados y escritos del AV.
- La opinión de la enfermería de hemodiálisis sobre el impacto de esos autocuidados en cada paciente.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de 71 pacientes de hemodiálisis, con edad media de 72 años, desde noviembre 2013 a diciembre de 2014. A cada paciente se le entregó un cuadernillo con los autocuidados de su AV, fístula nativa, fístula protésica, o catéter tunelizado, que incluía: nombre del paciente, tipo de AV con su fotografía, fecha de creación y de primera utilización, los cuidados del mantenimiento explicados con ilustraciones y texto, situaciones de emergencia, teléfonos de contacto y la posibilidad de registrar las incidencias que pudieran aparecer sobre el mismo. En los días posteriores, confirmábamos que el paciente había leído y entendido toda la información y sabía comprobar que la fístula funcionaba. Pacientes y enfermeras han rellenado una encuesta a los 6 y 12 meses.

Resultados:

- En la encuesta de pacientes se obtienen, a los seis meses y de manera significativa, mejores resultados en el porcentaje de aquellos que habían leído al menos una vez o más, la información facilitada (94%), comprobaban que la fístula funcionaba (96%), conocían los cuidados (94%) y cuándo y cómo contactar con el Centro (95%).
- Paciente de mayor edad y/o dependiente se asociaba significativamente con un menor conocimiento de los autocuidados, tanto a los 6 como a los 12 meses.
- Siete pacientes contactaron durante el periodo de observación por no notar que la fístula funcionaba o tener el apósito manchado de sangre.
- En la encuesta de enfermería, todas opinaban que el paciente conocía los autocuidados, el 87% fueron requeridas para contestar preguntas en relación con el AV, un 75 % habían verificado que el paciente sabía comprobar la fístula y a la mitad de ellas les solicitaron ayuda.

Conclusión:

- La información de unos autocuidados personalizados y escritos del AV ha tenido muy buena aceptación por parte del paciente y permite la posibilidad de poder consultarlos siempre que precise.
- La enfermera de hemodiálisis juega un papel crucial por su continua y próxima relación con el paciente.
- Es necesario involucrar en el autocuidado del AV a las personas del entorno del paciente.

Creación y puesta en marcha de una aplicación móvil de salud para mejorar la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis

Mercedes Muñoz Becerra, Ruth Molina Fuillerat

Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España

Introducción:

La educación sanitaria es una parte integral del rol enfermero. Una buena educación mejora la calidad de vida, mientras que, por el contrario, la falta de información adecuada provoca un efecto negativo.

La European Dialysis and Transplant Nurses Association European Renal Care Association (EDTNA / ERCA) lo incluye en el punto de vista de su filosofía. Para nosotros la educación, la ayuda y el apoyo del paciente en la prestación de cuidados de salud es una cuestión esencial a tener en cuenta dentro del equipo que formamos. Los pacientes padecen grandes niveles de ansiedad debido a la restricción hídrica y dietética y para hacer frente a estas adversidades surge la idea de convertir al paciente en un elemento activo.

Objetivos:

- Incentivar y motivar al paciente para que participe de manera consciente y activa en su tratamiento.
- Mejorar la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis.
- Disminuir la ansiedad y aumentar su calidad de vida. Ofrecer apoyo educacional continuo.

Métodos:

Nos planteamos dar respuesta a todas las dudas que nuestros pacientes en programa de diálisis nos han ido planteando mediante la creación de una aplicación móvil de descarga gratuita que pretende enseñar, educar y apoyar, inspirando al paciente en el autocontrol de su equilibrio hídrico, pilar fundamental en la adhesión a su tratamiento, junto a la dieta y la medicación.

La aplicación tiene la siguiente funcionalidad:

1. Cálculo de la cantidad de agua ingerida en base a los alimentos consumidos, cálculo del balance hídrico diario.

2. Consulta educativa de la cantidad de potasio, fósforo y sodio de más de 500 alimentos de consumo habitual, en función de las raciones recomendadas.
3. Juego educativo, donde podrán jugar en solitario o retar a otros usuarios dando respuesta a preguntas sobre temas de interés para su tratamiento.
4. Consejos dietéticos, consejos de salud adecuados a su proceso renal.
5. Pastillero electrónico, donde podrán programar su tratamiento farmacológico.
6. Documentación de ayuda para el manejo de la aplicación.

Conclusiones:

- El desarrollo de la aplicación ha sido posible gracias al trabajo intenso de dos enfermeras y un ingeniero informático que apostaron por ofrecer una herramienta más de ayuda al paciente en diálisis.
- A través del uso de la aplicación pretendemos incentivar y motivar al paciente para que participen de manera consciente y activa en su enfermedad, llegando al alcance de los pacientes en fase de diálisis y/ o a sus cuidadores. Permite su utilización tanto durante las sesiones de diálisis como en su domicilio, compartiendo la enseñanza de una forma lúdica y amena con su entorno y/o el cuidador familiar.
- Esta innovadora herramienta será positiva no sólo para los pacientes y sus cuidadores, que recibirán un nuevo estímulo para el aprendizaje, sino también para los profesionales implicados en su cuidado, que dispondrán de un instrumento más para su tarea educativa.

Diagnósticos de enfermería basados en el grado de conocimiento de la dieta en la enfermedad renal

Cristina Marco Corredor, Lucía Ruiz Giménez, Susana Calle Pérez, Laura Callizo Pequerul

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Objetivos:

Valorar el grado de conocimiento del manejo de la dieta en la Insuficiencia Renal Crónica.

Sobre este diagnóstico de enfermería nos centraremos en dos objetivos (NOC):

- 1802 Conocimiento de la dieta.
- 1803 Conocimiento proceso de la enfermedad.

Material y métodos:

Para ello hemos realizado un estudio tomando como muestra a 55 pacientes, de los cuales 15 son mujeres y 40 hombres. Hemos elaborado una encuesta que consta de 9 ítems, donde se ha preguntado a los pacientes sobre su conocimiento respecto a la ingesta de líquido, fósforo, potasio, sal y proteínas. Las respuestas son cerradas de "sí", "no" o "no sabe". Una vez contestadas las encuestas las hemos relacionado con 5 variables: sexo, edad, escala de barthel, diabetes y albúmina. Estos datos los hemos procesado en el programa estadístico SPSS.

Trabajaremos las intervenciones (NIC) de estos objetivos encaminadas a un cambio de enseñanza a los pacientes, utilizando una metodología de trabajo más visual y simple sobre la importancia del conocimiento de la alimentación en el paciente renal.

También consideramos importante destacar los diagnósticos de riesgo relacionados con la falta de conocimientos de la dieta y la ingesta de líquidos:

- 00004 Riesgo de infección relacionado con malnutrición.
- 00047 Riesgo de deterioro de integridad cutánea relacionado con estado de desequilibrio nutricional.
- 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con exceso de volumen de líquidos.

Resultados:

Con los resultados obtenidos observamos que los pacientes no tienen los conocimientos adecuados y que este conocimiento está relacionado principalmente con la edad y la escala de barthel. A priori, somos conscientes de la importancia que ejerce el personal de enfermería en la educación de la dieta del paciente.

Conclusión:

Llegamos a la conclusión de la importancia de la educación sanitaria por parte del personal de enfermería. Nos hemos planteado realizar un plan de cuidados estandarizado, basándonos en los diagnósticos NANDA.

El diagnóstico de enfermería principal es:

- 00126 Conocimiento deficiente de la dieta y volumen de líquidos relacionado con la mala interpretación y limitación cognitiva manifestado por la verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones.

Eco-doppler como herramienta en la punción de fistulas arterio-venosas

Lourdes Rueda Velasco, Mónica Martín Cano, Raquel Francisca Galiano Roa

Centro de Diálisis. Málaga. España

Introducción:

El perfil del paciente que inicia hemodiálisis está cambiando en los últimos años. Pacientes cada vez más mayores, con múltiples patologías que a su vez pueden presentar fistulas arterio-venosas (FAV) de difícil abordaje, que conllevan una mayor dificultad en las punciones y mayor riesgo de aparición de complicaciones, provocando disconfort en el paciente y asociándose a una alta morbilidad. Además, aumenta la carga de trabajo de enfermería y la inseguridad a la hora de afrontar la punción, al ser el acceso vascular el pilar básico en el tratamiento de hemodiálisis.

La ecografía vascular juega un papel cada vez más importante en la evaluación del acceso vascular (AV), ya que revela más detalles que la exploración física. Es una técnica no invasiva que además de estudiar la morfología de la FAV, determina signos de maduración, lleva un seguimiento de parámetros hemodinámicos, valora exhaustivamente todo el trayecto de la FAV para detectar aquellas zonas que debemos evitar al pinchar (hematoma, calcificaciones, estenosis, etc.) y nos permite además realizar una punción ecodirigida, mediante la observación directa de la trayectoria de la aguja durante la punción, al poder usarse dentro de la sala de hemodiálisis, a pie de cama del paciente.

Objetivos:

En este trabajo comunicamos nuestra experiencia en el entrenamiento y manejo de un ecógrafo doppler portátil como herramienta en la práctica asistencial.

Material y métodos:

Material: ecógrafo doppler-color portátil modelo Micro-maxx ® UltrasoundSystem HFL38/13-6 MHz.

Método: Se entrenó al personal de enfermería de la unidad al manejo del ecógrafo por parte de un cirujano

vascular. Este entrenamiento constó de dos partes: una parte teórica, que se hizo en grupo, y otra en la que enfermería colaboró con el cirujano en la consulta del centro, en la que realizó valoraciones de FAV recién intervenidas a nuestros pacientes crónicos que presentaban cualquier problema en su AV (punciones que comienzan a ser problemáticas, problemas de flujo, etc.) y estando presentes además en el quirófano en las intervenciones quirúrgicas de realización de FAV.

Resultados:

Una vez que enfermería está familiarizada y entrenada en el uso del ecógrafo, se comienzan a canalizar las FAV de difícil abordaje realizando una punción ecodirigida, observando ecográficamente la punción, permitiéndonos la corrección de la trayectoria de la aguja cuando sea necesario. También es útil esta herramienta para cambiar zonas de punción y evitar las zonas que nos puedan dar problemas una vez conectado el paciente a la máquina de HD (presión venosa alta, colapso).

Conclusión:

El manejo correcto del ecógrafo exige aprendizaje y entrenamiento previo. Es una técnica no invasiva que permite un diagnóstico precoz de las complicaciones. Ayuda en las primeras punciones de la FAV y en las punciones y recanalización de FAV complicadas, pudiendo visualizar en todo momento la localización del bisel de la aguja, incluso durante el tratamiento, ya que se puede realizar "in situ" durante las sesiones de diálisis. Todo esto nos permite una atención más completa de nuestros pacientes, ya que aumenta su confort durante el tratamiento.

Edad y morbilidad: ¿factores determinantes en la elección del acceso vascular para hemodiálisis en nuestra unidad?

Mercedes Vargas Ramírez, Pedro Vargas Ramírez, Raquel Talaya Moya, Felipe Llorente de Miguel

Hospital del Tajo y Complejo Hospitalario de Toledo. Madrid y Toledo. España

Introducción:

La utilización de catéter venoso central (C.V.C.) para hemodiálisis ha aumentado en los últimos años en relación con el cambio de perfil del paciente en hemodiálisis.

Este aumento de prevalencia se puede explicar por una incidencia creciente y por el ligero aumento de la supervivencia de los pacientes sometidos a las técnicas de depuración extrarrenal. Se ha observado un incremento progresivo en la edad de estos pacientes, una mayor morbilidad cardiovascular y un aumento de los pacientes diabéticos (primera causa de E.R.C. en nuestro país).

La esperanza de vida de la población ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha determinado que un mayor número de pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes, desarrollen insuficiencia renal y precisen tratamiento renal sustitutivo.

El envejecimiento de la población tratada con diálisis y la frecuente patología vascular, determina la dificultad de conseguir un acceso vascular adecuado. Como consecuencia se ha aumentado la implantación de catéteres permanentes para hemodiálisis.

Objetivos:

- Evaluar el aumento de la proporción de CVC permanentes en nuestra unidad.
- Determinar los factores condicionantes del aumento de la prevalencia de CVC tunelizados (edad, comorbilidad, tiempo en hemodiálisis, etc).

Material y métodos:

Estudio descriptivo trasversal que se realiza en la unidad de hemodiálisis en un total de 32 pacientes que acuden a nuestro centro un mínimo de tres veces por semana.

Las variables que se usan para el estudio son: edad, sexo, tiempo en hemodiálisis, accesos vasculares previos y comorbilidad (se utiliza escala de comorbilidad de Charlson modificada).

Resultados:

Se estudian 32 pacientes de la unidad de diálisis. La media de edad es de 65.09 años y el 56,25%(18) son portadores de FAV y el 43,75%(14) son portadores de CVC.

La media de edad en los pacientes portadores de C.V.C. es de 73.07 (± 13.16), la de los portadores de FAV es de 58,89 ($\pm 19,43$).

14 de los pacientes estudiados son diabéticos de los cuales 6 son portadores de CVC y 8 de FAV

El tiempo en HD en pacientes portadores de CVC era de 1696,71 ($\pm 1659,94$) días y tenían una media de 4,64 (± 1.69) accesos vasculares previos entre FAV y CVC. En los portadores de FAV el tiempo en HD fue de 916,33 ($\pm 1231,25$) días y el número de accesos vasculares previos de 2,56 ($\pm 1,79$).

Valorando la comorbilidad comprobamos que los pacientes con CVC presentan un índice de Charlson modificado medio de 7,93 ($\pm 3,17$) y los portadores de FAV es de 5,78 ($\pm 3,02$).

Conclusión:

Con los datos obtenidos en nuestro estudio podemos concluir:

- Que el envejecimiento progresivo de los pacientes en hemodiálisis parece un factor determinante a la hora de ser portador de un CVC.
- El tiempo en hemodiálisis y el número de accesos vasculares previos, favorecen el uso de CVC como única alternativa de acceso vascular.

- Los pacientes portadores de CVC presentan un mayor índice de comorbilidad.
- En nuestra unidad ni el género, ni la diabetes son factores significativos para ser portador de CVC.

Ejercicio físico durante la sesión de hemodiálisis como parte del cuidado integral del paciente renal

Raquel Francisca Galiano Roa, Lidia Romero Gómez, Mónica Martín Cano, Francisco Rafael Muñoz Mérida

Centro de Diálisis. Málaga. España

Introducción:

A consecuencia de la IRC se ven afectados el sistema cardiovascular y músculo-esquelético, que consecuentemente disminuyen la capacidad funcional del paciente. Desde 1980 es conocida la importancia del ejercicio físico en pacientes en hemodiálisis, siendo una de las modalidades intradiálisis. Objetivo: evaluar la influencia del ejercicio físico sobre la capacidad funcional del paciente.

Material y métodos:

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal unicéntrico de 9 meses de duración, en el que cada paciente actuó como su propio control. Participaron 22 pacientes con IRC en tratamiento con HD. Criterios de inclusión: estabilidad clínica y hemodinámica, limitación física parcial, permanencia en HD superior a 3 meses y consentimiento informado firmado. Exclusión: quien no pudieran realizar los test físicos. Un fisioterapeuta planificó y ejecutó un programa de actividad física semanalmente y de forma individualizada durante 20 minutos, 3 meses. Instruyó a cada paciente a que realizara ejercicios en su domicilio. Para la valoración de los resultados físicos, se realizaron dos pruebas funcionales: "seis minutos de marcha" (6MWT) y "Sitto stand tosit 10" (STS10), al inicio del estudio, a los 3 meses que finalizó y a los 9 meses. Se monitorizó la tensión arterial y frecuencia cardíaca antes y después de cada test. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows. Se utilizó la T de Student para comparar medias, comprobándose la normalidad de la distribución con Shapiro-Wilk, tomando como significativo $p < 0.05$, para un intervalo de confianza del 95%.

Resultados:

La muestra final se redujo a 19 pacientes (éxito, trasplante e ingreso hospitalario), 8 hombres (42,1%) y 11 mujeres (57,9%), con una media de edad de $71,53 \pm 8,06$. El tiempo en hemodiálisis promedio fue $55,74 \pm 42,07$ meses y el tiempo medio de sesiones $251,84 \pm 13,67$ minutos. El acceso vascular predominante fue FAV (73,7%) vs CVC (26,3%). 7 pacientes (36,8%) hicieron ejercicios en casa, frente 12 pacientes (63,2%) que no los hicieron. Los resultados del 6MW. Tal inicio, a los 3 meses y a los 9 meses fueron $258,69 \pm 66,04$ vs $314,13 \pm 78,9$ vs $302,50 \pm 85,04$ respectivamente, encontrándose diferencias significativas entre el inicio y 3 meses y entre el inicio y los 9 meses. En la prueba STS-10, hay diferencias significativas entre todas las medidas ($47,34 \pm 14,55$ vs $36,34 \pm 7,36$ vs $40,33 \pm 8,15$). Los pacientes que realizaron ejercicios en casa obtuvieron una mejor media a los 9 meses con respecto a los que no los realizaron, tanto en 6MWT ($335,63 \pm 67,18$ vs $281,42 \pm 91,26$) como en STS-10 ($38,36 \pm 9,12$ vs $41,48 \pm 7,70$), aunque sin alcanzar significación estadística.

Discusión:

El programa de ejercicio intradiálisis mejoró el rendimiento físico de los pacientes. Encontramos diferencias significativas en las pruebas funcionales 6MWT y STS-10, lo cual se corresponde con otros autores. Pero no encontramos significación entre los test físicos al finalizar el programa y tras 6 meses, por ello resaltamos la importancia de la figura del profesional para motivarlos. Concluimos que la implementación de este tipo de programas en la unidad de hemodiálisis debe ser considerada como una parte más del tratamiento.

Emla® vs Cloretilo®: anestésico tópico ideal según los pacientes de nuestra unidad de diálisis

Felipe Llorente de Miguel, Raquel Talaya Moya, Marta Hernández Sánchez, Mercedes Vargas Ramírez, Vladimir Petkov Stoyalov, María Luisa Villaseñor Herrera

Hospital del Tajo. Madrid. España

Introducción:

Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo con acceso vascular periférico (fístula arterio-venosa, prótesis) requieren dos punciones por sesión. Estas punciones, por lo general, son dolorosas por lo que se suele aplicar en la zona de punción un anestésico tópico que mitigue la sensación de dolor y haga el tratamiento más confortable. En nuestra unidad disponemos de dos tipos de anestésicos locales (lidocaína+prilocaína y cloruro de etilo) que utilizamos indistintamente para minimizar el dolor de las punciones.

Objetivos:

- Primario: Valorar si existen diferencias en el efecto anestésico entre los 2 preparados estimado mediante la Escala de dolor analógica E.V.A.
- Secundarios: Valoración subjetiva de eficacia, comodidad y uso diario mediante la realización de una encuesta anónima. -Coste estimado de cada anestésico y diferencia de costes.

Método:

Estudio retrospectivo realizado en nuestra unidad de Diálisis, en un total de 10 pacientes portadores de F.A.V.I. Durante seis sesiones de hemodiálisis se ofreció la crema anestésica Emla®, se aplicó en la zona de punción media hora antes de realizar la misma y se tapó con un apósito oclusivo. Transcurrido ese tiempo se retiró el exceso de crema y se realizó la punción. Durante un periodo igual de tiempo se recomendó el uso, por parte del personal de enfermería, del Cloretilo® en la zona de punción inmediatamente antes de realizar la misma y tras haber desinfectado la zona. Después de cada punción se facilitó al paciente una escala visual analógica de valoración del dolor (E.V.A.) con el fin de averiguar la eficacia del anestésico empleado.

Resultados:

Basándonos en la escala analógica del dolor E.V.A. los datos obtenidos son:

Una puntuación media de 1,8(\pm 1,48) para el Emla® y una puntuación media de 3,3(\pm 2.26) para el Cloretilo®. En referencia a la encuesta el 62,5% de los entrevistados considera más eficaz el Emla® respecto a un 25% que piensa que lo es el Cloretilo® y un 12,5% que no aprecia diferencia.

Por el contrario un 62,5% piensan que el Cloretilo® es más cómodo frente a un 37,5% que creen que lo es el Emla®. En cuanto al uso diario un 50% se decantan por el Emla®, un 37,5% por el Cloretilo® y un 12,5% usaría cualquiera de los dos.

Valorando el coste del producto un tubo de crema anestésica Emla® cuesta 15,64€ y dura una media de 45 días y un bote de Cloretilo® en spray cuesta 3.47€ y dura una media de 60 días por paciente.

Conclusión:

- La crema anestésica Emla® es claramente más eficaz a la hora de reducir el dolor de los punciones. Tanto en una valoración objetiva como en una subjetiva, la mayoría de los pacientes se decanta por este producto.
- El Cloretilo® sin embargo les parece más cómodo, debido a que la aplicación corre a cargo del personal de enfermería.
- Respecto al coste el Cloretilo® es claramente más barato.
- La mayoría de los pacientes prefiere usar Emla®.

Enfermedad renal crónica en una paciente en hemodiálisis. Entrevista con Sara

Ana Isabel Garrido Díaz, Iciar Berasain Erro, María Asunción Hernández Barcos, Ana Mariñelarena Huarritz, Concepción Murillo Zabalza

Hospital Virgen del Camino. Navarra. España

Introducción:

Convivir con una enfermedad crónica depende de la severidad o limitación de la misma. Sin embargo, la repercusión psicológica siempre está presente en diferente grado.

Tras el diagnóstico, cuando los pacientes renales entran en el tratamiento de hemodiálisis, la capacidad de asumir la enfermedad supone mucho más que tolerar ser conectado a la máquina; incluye comprometerse con su nueva imagen corporal, muchas veces alejarse de los familiares y del hogar, de los amigos, del trabajo; en fin, asumir una nueva identidad, la de enfermo renal crónico en tratamiento de hemodiálisis.

La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice, del impacto sobre sus condiciones de vida relacionado con la enfermedad renal y el tratamiento. Se relaciona con las habilidades individuales para vivir con la condición de dependencia. En numerosos estudios se detecta un empeoramiento en la calidad de vida de los enfermos renales.

Objetivos:

Concluir si el impacto de la enfermedad renal crónica en una paciente en hemodiálisis es tan negativo como cabe esperar dada la afectación bio-psico-social y familiar que puede implicar.

Metodología:

Utilizamos la entrevista como principal fuente de datos para contrastar la bibliografía, una manera directa y asequible para nosotras.

Estructuramos la entrevista en catorce temas importantes en un paciente renal crónico, 13 de ellos detectados

en la bibliografía y que recoge su problemática. Dada la importancia del proceso de la hemodiálisis en estos pacientes, añadimos en la entrevista cuestiones sobre la dinámica de las sesiones.

Las preguntas de la entrevista fueron ordenadas según la importancia que éstos temas tienen para los pacientes.

La entrevista se llevó a cabo el día 25 de octubre de 2014 en la sesión de hemodiálisis de un sábado por la mañana. Las sesiones son más tranquilas y se supuso que habría menos interrupciones.

La paciente estaba en proceso de hemodiálisis. Tuvo una duración de 30 minutos y fue grabada (sonido) previo consentimiento de la paciente.

Resultados-Conclusiones:

Mantener una vida activa ayuda a relativizar la enfermedad. La satisfacción y el bienestar están íntimamente ligados a la actividad y a las sensaciones de competencia y utilidad.

A nivel laboral no es fácil mantener un trabajo y acudir a diálisis. Además del estado físico, hay que considerar el tiempo disponible, los traslados al centro, las complicaciones, las frecuentes pruebas médicas, pero siempre se puede intentar.

El apoyo del círculo de personas próximo a los pacientes, tanto familia, amigos como pareja, es muy beneficioso a la hora de sentirse comprendido.

La edad es importante también a la hora del cumplimiento terapéutico; los enfermos más jóvenes y ancianos no parecen preocuparse tanto por la pérdida de calidad de vida.

La adaptación a la situación de enfermedad y la adhesión al tratamiento dependen en gran medida de un

buen estado psicológico, por lo que sería necesaria la intervención clínica a nivel de valoración, diagnóstico y tratamiento en la salud mental de los pacientes en he-

modiálisis. El seguimiento psicológico en estos pacientes debería ser inherente a su diagnóstico.

Estudio comparativo de eficacia y seguridad de dos bioconectores para el catéter venoso central de hemodiálisis

Ana M^a García Pérez, M^a Dolores Ojeda Ramírez, Inmaculada Caro Rodríguez, Sonia García Hita, Sergio García Marcos, José Francisco Rodríguez Puertas

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

El uso de catéteres venosos centrales (CVC) como acceso vascular para hemodiálisis (HD) está aumentando significativamente en los últimos años relacionado con una mayor edad de los pacientes, progresión más rápida de la enfermedad renal y una elevada co-morbilidad cardiovascular lo que conlleva un mayor riesgo de mortalidad. Existe mayor riesgo de infección (DE: 00004), causado por la manipulación del catéter durante las sesiones. Los profesionales de enfermería realizamos intervenciones protocolizadas basadas en medidas de asepsia para minimizar el riesgo de infección durante el manejo del catéter. Existen productos como los Bioconectores (BC) que nos pueden ayudar por las ventajas que presentan.

Los BC crean un sistema mecánico y microbiológicamente cerrado cuando se acopla a la conexión de un catéter. Elimina la manipulación de la conexión al acoplar o retirar líneas sanguíneas o jeringas y cuando no se está accediendo a la conexión. El bloqueo del conector está formado por una capa de silicona para evitar la hemólisis. Su eficacia a la hora de disminuir o eliminar el riesgo de infección, asociada a la manipulación del catéter está demostrada. Además de presentar la ventaja de aumentar la seguridad del paciente al disminuir el riesgo de infección, también ayuda a prevenir complicaciones más graves asociadas a la técnica como la embolia gaseosa y la hemorragia masiva.

Objetivo:

Comparar el comportamiento y la eficacia de los BC Tego® (icumedical,USA) y FlowArt® (asset medikal ksarim, Turkia).

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo de cohorte. Estudiamos 16 pacientes portadores de CVC permanente y transitorio desde Febrero a Abril de 2015. Diseñamos una hoja de registro cuyo objetivo es recoger las diferentes variables objeto de estudio; flujo sanguíneo (Qb), presión venosa (PV), presión arterial (PA), presión transmembrana (PTM), anticoagulación, Kt/V y PRU. Registramos los datos de 226 sesiones con BC FlowArt® (54,1%) y 192 sesiones con BC Tego®.

Resultados:

La muestra del estudio es de 7 mujeres y 9 hombres con una edad $67,9 \pm 16,5$ años. El catéter yugular permanente derecho es el más frecuente (62,5%) y el 18% es transitorio. Para los siguientes resultados la 1ª cifra corresponde al BC Tego® y la 2ª al FlowArt®.

Qb 4ª hora: $334,1 \pm 43,8$ $342,8 \pm 41$ $p=0,037$.

PV horaria: $164,8 \pm 26,2$ $156,7 \pm 30$ $p=0,003$.

PA horaria: $-209,6 \pm 22,3$ $202,7 \pm 26,5$ $p=0,005$.

Anticoagulación: $2980,7 \pm 2847,5$ $2307,2 \pm 1040$ $p=0,002$.

PTM y Kt/V: no existen diferencias significativas.

Conclusión:

- Menor consumo de heparina de bajo peso molecular con el BC FlowArt®.
- Mejor perfil de presiones tanto arterial como venosa con el BC FlowArt®.
- Ambos BC son igual de eficaces y seguros.

Experiencia de consultoría externa enfermera. Ampliando el ámbito profesional

Carme Moreno Aliaga, Trinidad Momblanch Amorós, M^a Ángeles Ferrándiz Martínez, José Francisco Martínez Martínez, Antonio Sanz Escriba, Anna Mireia Martí i Monrós

Hospital General Universitario. Valencia. España

De las tres técnicas para punción del Acceso Vascular (AAVV) para hemodiálisis la menos utilizada es la del Buttonhole ó del ojal. (tdO-BH).

A partir de nuestra experiencia en la tdO-BH, fuimos contactados por la empresa encargada de la comercialización en España del nuevo dispositivo para optimizar el AAVV para hemodiálisis VWING™, dado que este dispositivo requiere la punción con tdO-BH, y se nos ofreció colaborar con ellos como consultores a demanda en los Centros donde se implantaran los dispositivos para realizar formación sobre tdO-BH y uso del VWING™.

Nuestra experiencia en la tdO-BH la habíamos acreditado con varias publicaciones en las que describíamos su uso en:

- Pacientes en hemodiálisis domiciliaria, por ser la que tiene menos probabilidad de extravasación y por su facilidad para la auto-punción.
- Pacientes con diálisis frecuente y con fobia a las punciones, por su mejor respuesta a las punciones repetidas y disminución del dolor.
- Rescate de FAVI con dificultad a la punción y escaso tramo de punción, por su requerimiento de menos zona de punción y facilidad de acceso a partir de la formación del túnel.

La escasa utilización de la tdO-BH viene documentada en varias publicaciones.

El VWING™ es una guía de aguja subcutánea de titanio, que se sutura directamente sobre la vena fistulizada después de que la FAVI está madura y se objetiva su dificultad de punción debido a diámetro pequeño, márgenes no definidos, tortuosidad ó inestabilidad.

Presentamos nuestra experiencia en la consultoría externa enfermera, el análisis que de la misma hemos realizado y que a nuestro entender supone una ampliación del ámbito profesional habitual en otras profesiones, pero no tanto en Enfermería.

En dos años la experiencia ha sido la siguiente:

Hemos asistido a 22 centros, en los que hemos realizado 28 visitas, en la mayoría de los casos (todos menos 3) solo hemos realizado una, que se ha completado con asesoramiento telefónico, en 4 centros no se ha requerido nuestra asistencia.

La estructura de la consultoría ha sido la siguiente:

- Contacto telefónico previo a la visita, identificación de la supervisora y exploración de la experiencia previa en la tdO-BH.
- Consensuar telefónicamente el horario de conexión del paciente portador del VWING™.
- Desplazamiento al centro y explicación de las características tanto del VWING™ como de la tdO-BH.
- Asesoramiento en la punción que siempre realiza una enfermera del centro que vaya a estar con el paciente por lo menos las siguientes tres sesiones de diálisis.
- A demanda charla teórica al equipo de Nefrología sobre el VWING™ y la tdO-BH.
- Seguimiento telefónico.

Basado en nuestra experiencia concluimos:

- La tdO-BH es conocida teóricamente pero poco utilizada en nuestro país.
- Enfermería no siempre dispone de toda la información necesaria sobre las características del AAVV de los pacientes a los cuales va a puncionar.
- En las Unidades de Diálisis hay dificultades organizativas y estructurales que dificultan el que técnicas como la tdO-BH que requieren para su adecuada implantación el que el paciente sea canulado durante las primeras dos semana por la misma enfermera.
- Enfermería agradece y es totalmente receptiva a que profesionales de otros Hospitales acudan a compartir experiencias.

Importancia del grado de dependencia funcional en paciente en hemodiálisis

Concepción Fernández Ortega, María Parreño Alcolado, María Isabel Guijarro Alfaro, Cristina Pareja Campo, Carla Carrasco Montealegre, Luis Guillermo Piccone Saponara

ASYTER Alcazar de San Juan. Ciudad Real. España

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) presenta una incidencia que ha ido aumentando con la edad. La edad avanzada y la comorbilidad se asocian con un riesgo incrementado de muerte. Además, los pacientes ancianos presentan con mayor frecuencia depresión y deterioro de su capacidad cognitiva y/o funcional y, por consiguiente, peor calidad de vida relacionada con la salud y la necesidad de ayuda para realizar sus actividades básicas.

Objetivos:

Analizar el grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD).

Material y métodos:

Estudio descriptivo y transversal. Se estudiaron todos los pacientes pertenecientes a nuestra unidad de HD. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad asociada, etiología de la ERC, entre otras. Análisis estadístico con SPSS 19.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se han comparado mediante el Test de Chi². Las variables cuantitativas se expresan como media +/- desviación estándar y se utilizó la T-student para compararlas. Significación estadística para un valor de $p < 0.05$.

Resultados:

Se han incluido 87 pacientes que se encontraban recibiendo TRS con HD en nuestro centro; 60 (69%) varones y 27 (31%) mujeres. El 81.5% eran hipertensos y el 39.1 eran diabéticos, siendo las causas de ERC más frecuentes la nefropatía diabética (24.1%), nefropatía túbulointersticial (17.2%) y nefropatía hipertensiva (16.1%). Dentro de las complicaciones cardiovasculares se objetivó cardiopatía isquémica (28.7%), enfermedad cerebrovascular (16.1%) y arteriopatía periférica (18.4%). La dependencia grave o total según Barthel fue del 9.2% y según Katz del 18.4%. Al realizar comparaciones estadísticas entre las variables cualitativas, no hemos observado diferencias entre grado de dependencia y sexo o factores de riesgo cardiovasculares, aunque sí hemos encontrado una tendencia a la significación al comparar la del grado de dependencia con la variable enfermedad cerebrovascular.

Conclusión:

El grado de dependencia en los pacientes de nuestro centro de HD es del 9.2% según el índice de Barthel y de 18.4% según el índice de Katz. Parece ser que la enfermedad cerebrovascular es un factor condicionante del grado de dependencia en los pacientes en HD.

Inclusión de la terapia de hemoperfusión con Polimixina B en nuestra unidad de hemodiálisis (docencia enfermera)

Miguel Paramio Valtierra, Marta María Moyá Dos Santos, Nieves Novo Catalán

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España

Introducción:

Una nueva terapia de hemoperfusión con Polimixina B ha sido incluida en nuestra unidad de hemodiálisis, por lo que fue necesario desarrollar un plan de docencia para el buen manejo de dicha técnica. Se trata de un cartucho de hemoperfusión extracorpóreo diseñado para la extracción selectiva de endotoxinas de la sangre circulante, a través de hemoperfusión directa con Polimixina B en casos de sepsis o shock séptico por bacterias Gram negativo.

Objetivos:

El objetivo principal fue la docencia en nuestra unidad de una nueva terapia extracorpórea y el correcto manejo por parte del personal de hemodiálisis.

Material y métodos:

Para realizar dicho tratamiento hemos precisado del siguiente material:

- Monitor de terapia renal continua.
- Sistema propio del monitor de terapia renal continua.
- Cartucho de hemoperfusión con Polimixina B, adaptador a monitor de terapia renal continua y dos líneas para adaptación a dicho sistema.
- 5 Litros de Suero Salino 0.9%.
- 4000 ui Heparina Sódica.

En la docencia se incluyeron los siguientes apartados:

- Introducción a la terapia, indicaciones, contraindicaciones y reacciones adversas.
- Montaje y cebado del monitor de terapia renal continua.
- Adaptación del cartucho de hemoperfusión con su consiguiente cebado.

- Conexión y desconexión.
- Seguimiento de la sesión (monitorización de presiones, constantes, heparinización, etc.).

Conclusión:

- El personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis ha sido formado con éxito en el desarrollo de esta nueva técnica.
- Se desarrolló un protocolo de actuación en caso de prescripción de dicha técnica.
- Quedó reflejada la importancia del soporte por parte del personal de hemodiálisis ante técnicas extrarrenales y su continua adaptación y formación ante nuevos requerimientos.

Influencia del ejercicio físico sobre el estado emocional y la calidad de vida percibida por pacientes en hemodiálisis

Raquel Francisca Galiano Roa, Lidia Romero Gómez, Mónica Martín Cano, Francisco Rafael Muñoz Mérida

Centro de Diálisis. Málaga. España

Introducción:

A largo plazo la hemodiálisis (HD) en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) afectan en todas las áreas de la vida del paciente. A nivel psicológico se pueden producir alteraciones del estado de ánimo, sociales, depresión y ansiedad, que pueden conllevar una peor adherencia al tratamiento, aumentando la morbilidad y la mortalidad.

Objetivos:

Evaluar los efectos de un programa de ejercicio físico sobre la calidad de vida y el estado emocional de los pacientes en HD.

Material y métodos:

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal unicéntrico, en el que participaron 22 pacientes con IRCT en tratamiento con HD en un centro periférico, siendo cada paciente su propio control. Criterios de inclusión: estabilidad hemodinámica, limitación física parcial, susceptible de beneficiarse del ejercicio y consentimiento informado firmado. Un fisioterapeuta planificó y realizó un programa de actividad física individualizado durante 20 minutos, dentro de las primeras dos horas de tratamiento, semanalmente, durante 3 meses. La intervención constaba de calentamiento, ejercicios de potenciación muscular con resistencia y vuelta a la calma con estiramientos. Valoramos el estado emocional del paciente antes y después del programa de ejercicios mediante una serie de cuestionarios: la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca y el cuestionario SF-12, la depresión mediante el inventario de Beck y la salud general mediante el cuestionario de Goldberg. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

Resultados:

La muestra final se redujo a 19 pacientes (por exitus, trasplante e ingreso hospitalario), 8 hombres (42,1%) y 11 mujeres (57,9%), con una media de edad de $71,53 \pm 8,06$. El tiempo en hemodiálisis promedio fue de $55,74 \pm 42,07$ meses y el tiempo medio de sesiones de $251,84 \pm 13,67$ minutos. El acceso vascular predominante fue la FAV (73,7%)CVC (26,3%). La etiología principal de la enfermedad renal fue la nefropatía diabética (36,8%), seguida de etiología no filiada (21,1%) y nefroangioesclerosis (15,8%). Se encontraron diferencias de medias significativas ($p < 0,05$) antes y después del programa de ejercicios en las láminas Coop-Wonca en el área de sentimientos ($2,42 \pm 1,01$ vs $1,79 \pm 0,92$), actividades cotidianas ($2,95 \pm 1,03$ vs $2,21 \pm 1,28$), cambios en su estado de salud ($2,95 \pm 0,78$ vs $2,11 \pm 0,88$), estado de salud ($3,79 \pm 0,71$ vs $3,32 \pm 0,95$), dolor ($3,53 \pm 1,22$ vs $2,68 \pm 1,29$) y calidad de vida ($2,95 \pm 0,62$ vs $2,26 \pm 0,87$). Respecto al cuestionario SF-12 obtenemos una diferencia significativa en el componente físico ($50,92 \pm 16,65$ vs $60,59 \pm 20,15$), mientras que en el componente mental ésta es menos acentuada ($62,07 \pm 9,47$ vs $55,63 \pm 8,63$). Igualmente se encontró significancia en el test de depresión Beck ($15,11 \pm 7,56$ vs $11,47 \pm 6,80$) y el cuestionario Goldberg ($13,95 \pm 6,01$ vs $10,16 \pm 5,38$).

Discusión:

A la vista de los resultados queda demostrado como el ejercicio intradiálisis mejora significativamente el estado emocional y la percepción de la calidad de vida de cada paciente, lo que puede influir en una mejor evolución y manejo de esta enfermedad.

Instauración de un protocolo de formación de personal nuevo de enfermería para hemodiálisis

M^a Dolores Vicente Abuin, Elisa Otero Outes, Dalia Raquel Albor Suárez, Alejandra López Pena

Hospital Policlínico la Rosaleda. La Coruña. España

Introducción:

Las tareas y funciones desempeñadas en las unidades de hemodiálisis requieren de unas habilidades especiales y conllevan un alto grado de complejidad para el personal de nueva incorporación.

Para prestar los cuidados adecuados, saber identificar las necesidades de los pacientes y garantizar la calidad asistencial, es necesaria una formación teórico-práctica especializada y adaptada a las necesidades del servicio.

Objetivos:

- Garantizar que durante las sustituciones rutinarias de personal, la calidad asistencial no se ve afectada.
- Dotar a los nuevos profesionales de enfermería nefrológica de la formación e información necesarias para desarrollar las funciones pertinentes en la unidad de hemodiálisis.
- Disminuir el temor y ansiedad del nuevo personal.

Material y métodos:

Se crea una comisión de enfermería en la que participan cuatro enfermeras que trabajan en la unidad de hemodiálisis. Se realiza una revisión bibliográfica sobre la formación en enfermería y se elabora un índice sobre los aspectos más importante en la práctica clínica diaria de nuestra unidad.

Resultados:

Se realiza un protocolo de formación teórico-práctico con una duración de 4 semanas (40 h/semana). El programa se estructura fijando unos objetivos a cumplir por semanas. Se realiza evaluación continua y se afianzan conocimientos día a día.

Semana 1

- Se pone a su disposición recursos bibliográficos.
- Conocer la estructura física de la unidad.
- Contactar con los pacientes.
- Conocer la ubicación y los materiales usados en la sesión.
- Preparar, montar, estabilizar y cebar el monitor de HD.
- Conocer gráficas y tratamiento.
- Conocer conceptos básicos generales (IRC, HD, TRASPLANTE, FAVI, CATÉTER, etc.).

Semana 2

- Programar tratamiento de hemodiálisis según pauta, seguimiento y control de 2 pacientes.
- Conocer el monitor y sus alarmas. Conceptos básicos específicos (UF, PESO SECO, CONDUCTIVIDAD, etc.).
- Finalizar el tratamiento de diálisis. Desconectar del acceso vascular.
- Conocer cuidados de los accesos.

Semana 3

- Puncionar y conectar FAVI y catéter. Programar tratamiento y control de 3 pacientes.
- Poseer conocimientos teóricos más específicos y complejos (UF SECA, UNIPUNCIÓN, PERFILES, KT/V, etc.).
- Conocer y saber aplicar los protocolos de la unidad.

Semana 4

- Montar y cebar el circuito. Programar tratamiento según pauta y control horario. Conexión y desconexión de 4-5 pacientes.
- Conocer y saber actuar ante complicaciones. A lo largo de las 4 siguientes semanas desempeñará todas las funciones y trabajo de una enfermera del servicio, tutorizada de cerca por una enfermera veterana.

Conclusiones:

La formación dota al nuevo personal de los conocimien-

tos necesarios para el trabajo diario, lo que garantiza la calidad de cuidados.

Minimiza la ansiedad de los pacientes, así como la inquietud del nuevo personal debido a que favorece el biofeed-back profesional – paciente.

A veces se presentan casos de dificultad en el aprendizaje provocado por una actitud inadecuada, falta de madurez, etc. Esto nos lleva a pensar que a veces 4 semanas es poco tiempo para adquirir muchos de los conocimientos teóricos.

La hiperfosfatemia en paciente renal en programa de hemodiálisis

María del Carmen Redondo Simón, Laura Casuso Jiménez, Inmaculada Martínez Jiménez, José Francisco Rodríguez Puertas, María Eugenia Palacios Gómez, Encarnación Cara Sánchez

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

La hiperfosfatemia (presencia de un nivel elevado de fosfato inorgánico en sangre) está asociada a la insuficiencia renal crónica. El rango normal es de 2.7 - 4.5 mg/dl. Junto con el exceso de producción de la hormona paratiroidea se asocia a alteraciones del metabolismo óseo-mineral y a eventos cardiovasculares. Existe un incremento de la morbi-mortalidad cardiovascular en estos pacientes, por lo cual es necesario el control de los niveles séricos de fósforo para así prevenir la progresión de las calcificaciones vasculares y demás complicaciones.

Los altos niveles de fósforo en pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada se pueden controlar con captadores, con restricción en la dieta y en menor medida con la diálisis. Los captadores son un grupo de medicamentos que reducen la absorción del fósforo en el intestino. Es importante que los pacientes y sus familiares sean conscientes de la necesidad de cumplir adecuadamente dicho tratamiento.

El cumplimiento terapéutico en estos pacientes puede marcar la diferencia en la calidad de vida y su supervivencia.

Objetivos:

Evaluar los niveles de fósforo en los pacientes de nuestra unidad y en aquellos con hiperfosfatemia identificar las causas.

Material y métodos:

Realizamos un estudio observacional retrospectivo con una muestra de 52 pacientes en programa de hemodiálisis, desde diciembre del 2013 hasta noviembre del 2014. En dicho periodo de tiempo revisamos mensualmente los niveles de fósforo en sangre, tomando como valores de referencia cifras de fósforo

sérico 2.7mg/dl-4.5mg/dl y los clasificamos en 3 grupos (grupo I: niveles inferiores a 2.7mg/dl, grupo II: niveles dentro de la normalidad y grupo III: niveles superiores a 4.5mg/dl). Tras realizar el estudio, identificamos los que presentan hiperfosfatemia y se analizan las causas.

Resultados:

El 61.53% de la muestra son hombres y el 38.46% son mujeres. La edad media es 61.6 años. El nivel medio de fósforo sérico es 4.14 mg/dl, siendo el valor máximo 9.2mg/dl y el mínimo 1.3%. Se detecta un 23.07% de los pacientes con hiperfosfatemia frente a un 3.85% de los mismos con hipofosfatemia. Un 73.08% de ellos presentaban valores dentro de la normalidad. En el grupo III la dieta con alto contenido en fósforo y la poca adherencia al tratamiento fueron las causas principales para la falta de control.

Discusión y conclusiones:

La hiperfosfatemia en el paciente renal puede ser debida a varios factores tales como la propia enfermedad y su cronicidad, las transgresiones alimentarias a las que se encuentran sometidos, la polimedicación que conlleva la falta de adherencia al tratamiento.

Nos sentimos contentos y orgullosos por el elevado porcentaje de pacientes dentro de rango normal, derivado de nuestro esfuerzo en la atención personalizada y el estricto seguimiento.

Después de este estudio, para reducir el porcentaje de hiperfosfatemia en el grupo III, además de hacer hincapié en técnicas de adhesión al tratamiento dietético y farmacológico, individualizaremos las recomendaciones alimentarias en cada paciente y así hacer más llevadera la implantación de una dieta baja en fósforo, evitando la desnutrición y la monotonía alimentaria.

Plan de seguridad para una unidad de hemodiálisis II

Esperanza Garrido Sanchez, Gema Buendía Jiménez, Rosa María Franco Herrera, Ignacio García Barrero

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción:

Actualmente nos encontramos en la segunda fase de implantación del plan de seguridad en nuestra unidad, que consiste en analizar los datos recogidos en la hoja de registro de eventos adversos y, en función de los resultados, aplicar soluciones que minimicen el riesgo de sus ocurrencias.

Objetivos:

General:

- Mejorar la calidad asistencial de pacientes en hemodiálisis, disminuyendo la incidencia de daños.

Específicos:

- Validar hoja de registro de eventos adversos para la correcta recogida de datos.
- Revisar y elaborar herramientas para el control de eventos adversos.

Material y métodos:

- Tras la recogida, revisión y análisis estadístico de los datos obtenidos durante el periodo de seis meses que nos habíamos marcado, elaboramos el siguiente guion de trabajo:
- Modificar hoja de registro de eventos adversos.
- Revisar esquema y organización del trabajo en la unidad, lo que implica modificar los POEs existentes.
- Elaborar hoja de chek-list como instrumento de mejora de calidad asistencial.
- Modificar hoja de registro de enfermería.

Resultados:

Se han contabilizado 196 eventos adversos con el siguiente porcentaje:

- Infección de acceso vascular: 6 (3%).

- Caídas: 1 (0.5%).
- Hemolisis: 0.
- Error en la identificación/administración hemoderivados: 0.
- Errores en la relación peso seco / peso húmedo: 28 (14%).
- Pérdida de aguja: 1 (0.5%).
- Coagulación del sistema / línea venosa: 89 (45.4%).
- Extravasación / hematoma: 6 (3%).
- Error en la petición / identificación de muestras analíticas: 4 (2%).
- Error en la administración de medicación: 18 (9%).
- Infección nosocomial: 0.
- Broncoaspiración: 1 (0.5%).
- Incidencias negativas en el traslado de pacientes: 0.
- Cuidado inadecuado por sobrecarga asistencial / equipo inexperto: 1 (0.5%).
- Coordinación inadecuada interservicios: 1 (0.5%).
- Incidencia de aparataje: 9 (4.6%).
- Otros: 31 (15.8%).

Eventos adversos más frecuentes:

- Coagulación del circuito, errores en la relación peso seco / peso húmedo, errores en la administración de medicación parenteral (siendo casi la totalidad el olvido de la administración de heparina) y otros.
- Es importante destacar que en los apartados donde no se ha registrado ningún evento adverso corresponden a errores graves.

Conclusiones:

Los resultados nos indican la necesidad de modificar la hoja de registro de EA, ya que en el apartado "otros" se han registrado de forma repetitiva ítems que no aparecían, relacionados sobre todo con el proceso de preparación preHD como: dializador incorrecto, baño incorrecto, error de programación, etc.

Vemos necesario elaborar una hoja de check-list preHD adjunta a la gráfica del registro de enfermería y modi-

ficar los POEs existentes en la unidad, con esto pretendemos disminuir la incidencia de los EA más frecuentes como la coagulación por olvido en la administración de heparina, errores de programación, incorrecto cebado del circuito y del dializador.

Decir que todos los EA los ha registrado enfermería lo que significa que no ha habido la implicación esperada por parte de otros profesionales. Hay que organizar sesiones para presentar los resultados y elaborar un plan de formación. Estas medidas requieren de una nueva recogida y análisis de datos para comprobar su eficacia.

Reparación del túnel subcutáneo de un catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, María del Mar Sánchez Arribas, Raquel Villa Ruiz, Marta Ramírez Crehuet

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

Desde hace algunos años, en las unidades de hemodiálisis (HD) constatamos un importante aumento en la edad de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo debido, entre otras razones, al aumento de la esperanza de vida. Esta elevada edad conlleva una mayor patología asociada, lo que contribuye a que el inicio de la técnica se realice a través de un catéter venoso central tunelizado (CVCT). Es conocido que éstos presentan una tasa de complicaciones mucho mayor que las fistulas arteriovenosas (FAV). Por ello y porque el árbol vascular es limitado, al personal sanitario nos corresponde poner en práctica todos aquellos recursos a nuestro alcance para conservarlo.

Objetivos:

Presentar un caso clínico en el que se produce una rotura del túnel subcutáneo de un CVCT y su reparación mediante técnica de Friedrich.

Paciente:

Varón de 67 años de edad, con enfermedad renal crónica en estadio 5, en tratamiento renal sustitutivo con HD desde julio del 2012; en nuestro hospital desde agosto del 2014.

Antecedentes de interés:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Diabetes Mellitus tipo 2 con retinopatía diabética.
- Adenocarcinoma de próstata.
- Pancreatitis crónica por enolismo con síndrome de malabsorción.
- Desnutrición calórico-proteica. Caquexia. Índice de masa corporal: 14,5 Kg/m².
- Accesos vasculares previos: 5 CVCT en vena yugular interna derecha, 4 retirados por mal funcionamiento; el 5º es objeto de este estudio. Tras éste, FAV nativa húmero-cefálica izquierda. Inicialmente con mal funcionamiento, posteriormente trombosada.

Al cabo de varios días de la colocación del 5º catéter observamos, a unos 4 cm del orificio de salida del catéter (OSC), una pequeña abertura en el trayecto del túnel subcutáneo que se suturó con un punto. Días después, el punto se había rasgado dejando una abertura mucho mayor (unos 8 mm). El catéter nos permitía conseguir flujos sanguíneos elevados y obtener HD adecuadas. Valorado por Cirugía, suturó dicha abertura mediante técnica de Friedrich evitando su recambio. La cicatrización fue lenta y la recuperación total.

Tres meses más tarde se detectó importante trombosis de la vena cava superior y aumento del diámetro de la vena ácigos. Se produjo una infección en el OSC que, a su vez, originó una tunelitis volviéndose a abrir dicho túnel y una bacteriemia relacionada con el catéter (BRC). En el cultivo del exudado apareció un *Staphylococcus aureus* sensible a Daptomicina; se inició tratamiento sistémico con dicho fármaco, se retiró ese catéter y se sustituyó por otro en vena femoral derecha.

Resultados:

Inicialmente conseguimos la recuperación del túnel evitando así el recambio del catéter; sin embargo, la trombosis de la cava superior, la tunelitis, la BRC y, sobre todo, el estado caquético del paciente dieron lugar a una supervivencia de dicho catéter de apenas 3 meses.

Conclusiones:

Consideramos que, a pesar de los resultados de este caso, es importante utilizar todas las técnicas disponibles para evitar someter a los pacientes a múltiples recambios de catéteres, fundamentalmente por varias razones: ahorrar capital vascular, evitar sufrimiento al paciente por las técnicas invasivas y no elevar aún más los costes del tratamiento.

Rescate de un acceso vascular para hemodiálisis. A propósito de un caso

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, María del Mar Sánchez Arribas, Raquel Villa Ruiz, Marta Ramírez Crehuet

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

El mejor acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es la fistula arteriovenosa nativa (FAVn) por sus ventajas respecto a las fistulas arteriovenosas protésicas (FAVp) y catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT). Presentan menor número de complicaciones, pero a veces éstas son tan graves que pueden producir pérdida del acceso.

Objetivos:

- Presentar un caso clínico en el que fueron apareciendo sucesivamente varias complicaciones: trombosis, estenosis y grave infección de una FAVn.
- Analizar la importancia de un equipo multidisciplinar en el seguimiento y tratamiento de dichas complicaciones.

Paciente y método:

Paciente pluripatológico de 79 años de edad, con enfermedad renal crónica progresiva desde 1984 por agenesia renal izquierda más glomerulonefritis de riñón derecho pélvico. HD en nuestra Unidad, 3 sesiones/4horas/semana, tras un trasplante renal fallido a principios del 2014. Actualmente portador de FAVn radio-cefálica derecha, objeto de este estudio.

25/09/2014: antes de comenzar HD detectamos disminución importante de soplo y thrill. En ecografía: trombosis parcial del acceso. Tratamiento: trombectomía. Al alta sangrado leve de herida quirúrgica: se mantuvo Clexane 60 en vez de reiniciar Sintrom.

Siguiente HD: ligero edema, no sangrado. Flujos escasos de 250-270 ml/min. Eco-Doppler: pequeño hematoma y sospecha de estenosis. En fistulografía: estenosis del 50% en vena eferente que se divide tempranamente en dos ramas de buen diámetro.

6/10/2014: reanastomosis del tramo arterial a una de estas dos ramas de dicha vena. Sesión HD a pesar del poco thrill.

8/10/2014: colocación CVCT en vena yugular interna izquierda.

Comenzó con sangrado de herida quirúrgica de FAVn: vendaje con compresión controlada. Se suspendió la anticoagulación totalmente. Pautaron Vancomicina intravenosa (IV) post-HD como profilaxis. Evolución de la herida: aumentó el hematoma. Se envió a Cirugía Vascular que retiró suturas, extrajo coágulos y curó con suero salino 0,9% (S.S.0,9%) + povidona yodada + punta de gasa (drenaje). Cultivo de exudado. Tras resultado cultivo (*Staphylococcus epidermidis*), cura húmeda con apósito hidrocoloide con plata iónica por mala evolución.

23/10/2014: se añadió Gentamicina IV post-HD dada la gran solución de continuidad de la herida (9cm x 4cm, con una profundidad de 0,3-0,5cm aproximadamente). Se continuó curando igual. 29/10/2014: evolución desfavorable, herida maloliente. Se comenzaron curas con pomada desbridante de colagenasa. Nuevo cultivo del exudado: *Fusobacterium varium* (GRAM -). Modificaron tratamiento: Metronidazol 500 mg/6horas (vía oral).

06/11/2014: buena evolución, apareció tejido de granulación. Curas: S.S.0,9% + apósito de alginato cálcico con plata.

21/11/2014: evolución favorable. Curas: S.S.0,9% + apósitos de poliamida atraumáticos.

03/12/2014: se observó sutura emergiendo por herida prácticamente cerrada. Vista por cirujano vascular que la cortó. Curas: S.S.0,9% + povidona yodada + apósito. Días después se retiraron apósitos definitivamente.

18/12/2014: HD por FAVn y CVCT. Posteriormente sólo FAVn (320 ml/min inicialmente, 400 ml/min actualmente).

Resultados y conclusiones:

La detección precoz de problemas por parte de Enfermería permitió una rápida intervención de cirugía vascular, que unida a unos adecuados cuidados enfermeros (seguimiento y curas) posibilitaron una cicatrización co-

rrecta de la herida. Finalmente conseguimos el rescate de un AV, que "a priori", dábamos por perdido. En la actualidad realizamos sesiones de HD de calidad a través de dicho AV.

Resultados y análisis enfermero de dos años de implante del dispositivo VWING™ en el estado español

Carme Moreno Aliaga, Trinidad Momblanch Amorós, José Francisco Martínez Martínez, Anna Mireia Martí i Monros

Hospital General Universitario. Valencia. España

Introducción:

El Acceso Vascular (AAVV) es el tendón de Aquiles de la Hemodiálisis y diversos estudios a nivel nacional e internacional demuestran que tanto la mortalidad como la calidad de vida de los pacientes en Hemodiálisis está relacionada con el AAVV de que dispongan, siendo la Fístula Arteriovenosa (FAV) el que menos complicaciones presenta.

Muchas han sido las estrategias y esfuerzos realizados tanto en nuestro país como a nivel internacional, para aumentar el número de pacientes cuyo AAVV fuera una FAV, presentamos los resultados de dos años de utilización en nuestro país del dispositivo VWING™ que es una guía de aguja subcutánea de titanio, que se sutura directamente sobre la vena fistulizada después de que la FAV está madura y se objetiva su dificultad de punción debido a diámetro pequeño, márgenes no definidos, tortuosidad ó inestabilidad.

Desde Noviembre de 2012 a Marzo de 2015 se han implantado un total de 83 VWING™ en 60 pacientes con la siguiente distribución geográfica: 19 C. Valenciana, 11 Cataluña, 9 Madrid, 5 Baleares, 4 Andalucía, 5 Canarias, 5 Castilla, 1 País Vasco. 8 pacientes están pendientes de implante.

Resultados:

Pacientes en los que no se está utilizando el VWING™:

- 4 pacientes han fallecido por causas ajenas al AAVV.
- 2 pacientes han sido trasplantados.
- 2 paciente con FAV trombosada por estenosis.
- 1 FAV no funcionante.
- 1 FAV ligada por edema en paciente hemiplegico.
- 1 paciente se niega a la punción.
- 3 pacientes con VWING™ inaccesible.

Pacientes en los que se está utilizando el VWING™: 31 pacientes.

Pacientes en espera de maduración y/o con problemas de punción: 15.

En nuestra opinión y después de haber visitado el 90% de los centros en los que se ha implantado el VWING™ consideramos que los problemas más frecuentes y sobre los que habría que actuar son:

- Insuficiente coordinación entre los equipos Nefrológicos y Quirúrgicos al decidir el tipo y localización de VWING™ a implantar.
- Seguimiento estricto de las indicaciones de implante del VWING™ según su ficha técnica, tanto en lo referente al calibre del dispositivo como en su localización profundidad y diámetro de la vena.
- Desconocimiento por parte de enfermería de la técnica del ojal, que es imprescindible para el adecuado uso del VWING™, y en la que enfermería debería de formarse antes de iniciar el uso del dispositivo.
- Dificultad en el seguimiento enfermero: rotación excesiva de las enfermeras en la punción del VWING™ las primeras semanas.
- Información a los pacientes, sobre los motivos del implante del VWING™ y del tiempo de espera antes de su utilización.
- Material adecuado de punción: agujas romas con suficiente longitud.

El VWING™ está demostrando que cuando se implanta siguiendo las indicaciones y Enfermería dispone de la información y material adecuado, es un recurso importante para conseguir reducir el número de pacientes con Catéter Venoso Central como AAVV para Hemodiálisis y aumentar el número de pacientes con FAV.

Satisfacción del paciente en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal): aspectos a mejorar

Raúl García Castro, Isabel González Díaz, Carmen Fernández Merayo, Mónica Fernández Pérez, Jesús Fernández Peñarroya, Carmen Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Introducción:

Todos los planes de calidad en el ámbito hospitalario tienen como uno de los principales objetivos la satisfacción del paciente. Los resultados de las encuestas de satisfacción permiten tomar decisiones que mejoran la calidad de los cuidados y aumentan los beneficios de los tratamientos, por ello, es importante su realización periódica en todos los ámbitos asistenciales incluyendo la diálisis.

Objetivo:

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), analizando al mismo tiempo si existen diferencias entre ambas técnicas.

Material y métodos:

Se realizó un corte transversal de la muestra total de pacientes (HD y DP) de nuestro centro y se les entregó para su cumplimentación anónima el cuestionario validado SERVQHOS modificado para HD (adaptando su redacción para DP) que evalúa la satisfacción con veintidós atributos y variables sociodemográficas que podrían condicionar la satisfacción.

Resultados:

Fueron incluidos en este estudio 143 pacientes, 50 de HD (35%) y 93 de DP (65%). En HD el 53% eran hombres, frente al 63% en DP. La edad media fue de 68 años en HD (37-91) y de 62 años en DP (31-88). Sólo un 7% era trabajador activo en HD, frente al 10,6% en DP. El 65% de los pacientes en HD tenía estudios primarios y un 13% no tenía estudios de ningún tipo, frente al 60% y el 5% en DP, respectivamente.

El tiempo medio en HD era de 46 meses (1-300) y en DP de 24 meses (1-167).

Se completaron un 79% de encuestas en HD y un 100% en DP. Evaluando de forma global la satisfacción, un 74% se mostró muy satisfecho, un 25% satisfecho y un 1% poco satisfecho.

El aspecto mejor valorado en HD fue la apariencia del personal (4,62 sobre 5), y el peor la información referente a la medicación (3,37 sobre 5); en DP lo más valorado fue el interés del personal de enfermería por los pacientes (4,81 sobre 5) y lo peor la tecnología de los equipos (3,53 sobre 5).

Conclusiones:

El elevado porcentaje de cumplimentación obtenido (muy alto para este tipo de estudios) indica que los pacientes colaboran de buen grado en este tipo de estudios. En vista de los resultados, podemos concluir que los pacientes en diálisis se muestran globalmente satisfechos pero que debemos mejorar, especialmente en HD la información, sobre todo la relacionada con la medicación. Este es el punto que nos planteamos como objetivo de mejora para el futuro dada además su vinculación con la Seguridad del Paciente.

Seguridad del paciente en la práctica clínica de una unidad de hemodiálisis

M^a Concepción Pereira Feijoo, Noelia Bretaña Vilanova, Natalia Prada Monterrubio, Susana Fernández León, Olalla González Parada

Centros FRIAT "Santa María", "Os Salgueiros" y "Barco de Valdeorras". Orense. España

Introducción:

La Enfermería juega un papel primordial en la seguridad del paciente, debido a que durante las hemodiálisis, se encuentran constantemente valorando, identificando y evaluando al paciente para proporcionarles unos cuidados basados en la calidad y seguridad.

Objetivo:

Mejorar la seguridad del paciente. Como objetivos específicos se determinaron la implementación de la cultura de seguridad entre los profesionales, estableciendo indicadores de calidad y seguridad del paciente (bacteriemia asociada a catéter y tasa de higiene de manos), implementar acciones de mejora específica ante los principales factores responsables en la contaminación e infección en los procesos dialíticos, aplicación informática única en todas las unidades y compromiso de los pacientes en su cuidado e higiene personal, cuidado de los accesos vasculares, reconocimiento de síntomas y signos de infección y seguir planes de vacunación establecido en cada unidad.

Material y métodos:

Se utilizó el modelo de calidad ISO 9001:2008 para la elaboración de la Misión, Visión y Valores de la unidad, actividades formativas en seguridad y gestión de riesgos del personal (incluyendo al personal de nueva incorporación), metodología del control de calidad del agua y líquido de diálisis, difusión de indicadores de calidad, un sistema de validaciones por proceso, evaluación de efectos adversos ligados a la técnica durante el 2014 y los tres primeros meses del 2015 y evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad en nuestras unidades de diálisis, ya que la calidad junto con la satisfacción va ligada a la calidad asistencial.

Resultados:

Se consiguió aumentar la cultura de seguridad de los profesionales, identificación riesgos asociados a los accesos vasculares, concreción de medidas a realizar en nuestras unidades (higiene de manos, uso de barreras de protección, delimitación de áreas de trabajo, planes de vacunación, desinfección entre turnos de monitores y salas, eliminación de residuos según normativa vigente, protocolos específicos en el manejo de accesos vasculares y del manejo del agua, prevención de la autoinoculación accidental, protocolo específico ante pacientes SARM positivos). Se identifican también 6 acciones preventivas: mejora del proceso asistencial y en la práctica clínica enfermera, actividades formativas del personal, protocolos y procedimientos normalizados, información específica al paciente y adecuación de recursos y material disponible.

Conclusiones:

La seguridad debe estar presente en la práctica clínica, ya que sólo formando parte del trabajo diario y siendo los profesionales que trabajan directamente con el paciente los que fomentan o detectan los problemas de seguridad, la implementación de las acciones de mejora serán un éxito. Es necesario registrar y notificar para poder conocer las debilidades y poder aplicar las necesidades de mejora. Importante una atención centrada en el paciente, donde la delegación de la culpa pase a un análisis del porque suceden los efectos adversos, sin carácter punitivo sino confidencial; y donde el enfoque esté basado en procesos y donde la finalidad sea la satisfacción del paciente/cliente. Es fundamental una adecuada formación, ampliando los conocimientos en gestión de la seguridad del paciente, y paralelamente apostar por la mejora de los sistemas de información, guías y protocolos que puedan reducir los errores de la práctica clínica.

Turno de la sesión de hemodiálisis posible factor influyente en la desnutrición en enfermos renales

Ana Soraya Gómez David, Mónica Martín Cano, Luz del Carmen Cabrera Castro, Mariano A. Acuña Ramos

Centros de Diálisis de Málaga y Torremolinos. Málaga. España

Introducción:

El estado nutricional es uno de los mayores predictores de supervivencia de los pacientes en hemodiálisis. La desnutrición es muy frecuente (20-80%) y se ha asociado a una elevada morbimortalidad.

El estado pro inflamatorio y las alteraciones nutricionales son característicos de la enfermedad renal crónica, es sabido que estas dos condiciones influyen en el catabolismo proteico. Dicha desnutrición es multicausal (diálisis insuficiente, disminución de la ingesta proteico-calórica debido a las limitaciones dietéticas, anorexia, aumento del catabolismo proteico durante la diálisis, etc.).

Objetivo:

Determinar si el turno de diálisis es un factor influyente en el estado nutricional y si su asociación con otras variables aumenta el riesgo de desnutrición.

Material y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo multicentro en el que se incluyeron 154 pacientes en hemodiálisis. Se determinó como variable independiente el turno de hemodiálisis asignado y como variables dependientes sexo, edad, nivel de estudios, albúmina y PCRn de 12 meses previos. Se fijaron como criterios de inclusión tener determinaciones analíticas mensuales y haber permanecido en el mismo turno de diálisis durante ese periodo. Se analizaron los datos mediante paquete estadístico SPSS versión 22, estableciendo un nivel de confianza del 95% y utilizándose U de Mann-Whitney para distribuciones que no cumplieron criterio de normalidad.

Resultados:

Del total de la muestra, 87 pacientes fueron hombres

(56,5%) y 67 mujeres (43,5%), con una media de edad de $67,15 \pm 14,49$. La distribución por turnos fue de 68 pacientes en el turno de mañana (44,2%), 58 en la tarde (37,7%) y 28 en la noche (18,2%). La etiología predominante de la ERC fue nefropatía diabética (19,5%), seguida de etiología incierta (18,8%) y nefroangioesclerosis (13,6%). Nivel de estudios: sin estudios 21,4%, primaria 37,7%, secundaria 15,6%, diplomatura 1,3% y licenciatura 11,7%. El nivel de albúmina promedio fue $38,91 \pm 3,84$ y el de PCRn $1,04 \pm 0,18$. Un 12,3% de la muestra presentó niveles de albúmina sérica < 35 g/l y un 46,1% presentó niveles de PCRn < 1 .

Las medias de albúmina y PCRn por turnos fueron respectivamente $38,95 \pm 4,66$ y $1,04 \pm 0,16$ en la mañana, $38,43 \pm 3,40$ y $1 \pm 0,18$ en la tarde, $39,8 \pm 2$ y $1,09 \pm 0,19$ en la noche, sin mostrar diferencia significativa de medias. Con respecto a las demás variables, se evidencia una diferencia de medias significativa entre: - sexo femenino y el masculino en la albúmina media ($37,90 \pm 2,96$ vs $39,69 \pm 4,26$) ($p 0,00$); - en la edad, entre los menores de 45 años, de 46 a 65 años y mayores de 66, la albúmina media fue $41,02 \pm 1,67$ vs $39,28 \pm 2,71$ vs $38,43 \pm 4,37$ respectivamente ($p 0,021$); entre los diferentes niveles de estudios las medias de PCRn media fueron $0,94 \pm 0,16$ (sin estudios), $1,05 \pm 0,19$ estudios de primaria, $1,03 \pm 0,14$ secundaria, $1,20 \pm 0,47$ diplomatura y $1,14 \pm 0,17$ licenciatura ($p 0,007$).

Conclusiones:

El estado nutricional en el paciente en diálisis es muy variable dado que depende de muchos factores. En lo que respecta al turno de hemodiálisis observamos que la media de albúmina y de PCRn del turno de la tarde fue menor que la del resto. No se hallaron diferencias significativas, pese a ser ese horario (de 12:45 a 17:45 h) el que más trastorno conlleva, ya que la mayoría suprimen una comida principal tres veces a la semana.

Unificación de dos hospitales, unificación de criterios formativos en las dos unidades de diálisis. Una experiencia

Begoña Capillas Echevarria, Rosa María Medinabeitia Merino, Virginia Fernández Iñiguez de Heredia, M^a Ángeles Nogales Rodríguez

Hospital Universitario de Álava Santiago. Álava. España

Introducción:

En el año 2012 se unifican de los 2 hospitales de nuestra ciudad, formando un único Hospital Universitario. Previo a la unificación, las unidades de diálisis de los dos hospitales mantenían un funcionamiento independiente, siendo las máquinas, procedimientos y protocolos diferentes. Además, existía una lista de contratación de personal de enfermería para cada hospital y aunque el reciclaje se realizaba de forma conjunta, la profundización en el manejo de los procesos de diálisis, se realizaba dentro de las particularidades de cada hospital ya que el personal enfermero era específico para cada unidad por la existencia de ese sistema de contratación independiente.

Tras la unificación de los dos hospitales en un único hospital con dos sedes, las listas de contratación se unifican de tal forma que las enfermeras pueden ser contratadas indistintamente en ambas sedes. Este hecho comenzó a generar problemas por desconocimiento a la hora de manejar las máquinas, procedimientos y atención al paciente y, a la vez, se generaba estrés en el resto de personal sanitario.

Objetivo:

- Poner en práctica una única formación para todas las enfermeras que deseen reciclarse en diálisis.
- Facilitar la adaptación de las enfermeras al cambio producido por el proceso de unificación.
- Incrementar la polivalencia de las enfermeras recicladas en diálisis.

Material y métodos:

1. Mediante la unificación de concurso en el año 2013 se consigue que las máquinas de diálisis sean las mismas en ambas sedes.
2. Detección de la necesidad de un reciclaje unificado.

3. Se oferta el periodo formativo a 4 enfermeras sin contrato laboral y se distribuyen en las dos sedes, dos en cada unidad.
4. El periodo total de tiempo de formación son 8 semanas. Seis semanas en una de las sedes donde se adquieren conocimientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal y 2 semanas en la otra. Se les entrega el mismo material formativo y las clases teóricas se imparten a las 4 enfermeras conjuntamente.
5. Al término de la formación son evaluadas por la supervisora de la sede donde han desarrollado el mayor tiempo de formación manteniendo la comunicación con la otra supervisora.
6. Se les entrega una encuesta de satisfacción donde pueden incluir sugerencias y áreas de mejora.

Resultados:

- Se han implementado 3 planes de formación conjunta.
- Han sido formadas un total de 10 enfermeras para poder trabajar en las 2 sedes.
- Una vez comienzan a trabajar, las evaluaciones personales de las supervisoras, se recoge que se ven con competencias y cualificadas para desarrollar su trabajo en ambas sedes, conocen las estructuras, pacientes y protocolos de ambas unidades y son capaces de implementar un tratamiento completo en ambos hospitales.

Conclusiones:

La unificación de la formación a través de un único plan formativo facilita la adaptación de las enfermeras de nueva incorporación al conocer ambos ambientes. Esta formación y la seguridad de saber que se manejan en ambas sedes propician el desarrollo de las competencias independientemente del lugar donde trabajen. Esta experiencia fomenta la empleabilidad de las enfermeras recicladas en diálisis. Recomendamos una evaluación objetiva de los resultados.

Uso de la tecnología para personalizar el tratamiento de los pacientes en hemodiálisis

Ruth Molina Fuillerat, Mercedes Muñoz Becerra, Estela Matarán Robles

Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España

Introducción:

La relación entre las nuevas tecnologías y el empoderamiento del paciente es poderosa para establecer una personalización de los cuidados en el paciente en diálisis, ya que se trata de un medio imprescindible en la actualidad para conseguir que el propio paciente participe de forma activa en los procesos asociados al cuidado de su salud y en la toma de decisiones. Necesitan nuevas herramientas didácticas y estímulos para la adquisición de rutinas como el control hídrico y manejo nutricional, de manera atractiva y más amena. Porque entendemos que la tecnología sin contacto directo no funciona, y así surge esta aplicación móvil de ayuda y soporte centrada en los pacientes, dando respuesta rápida y sencilla a sus necesidades. Implicándolos activamente en el diseño y contenido de la misma para consensuar y personalizar de la mejor manera su atención y la gestión de su propia salud.

Objetivos:

- Empoderar al paciente que está en hemodiálisis, personalizando sus cuidados, logrando el autocontrol hídrico y manejo nutricional, pilares fundamentales de su tratamiento mediante el uso de esta aplicación móvil.
- Mejorar el apoyo y atención del paciente en diálisis.
- Disminuir costes y tiempos en el sistema, aportando una mejor gestión del paciente en diálisis.

Metodología:

Abordamos esta necesidad, creando una aplicación móvil que da ayuda y soporte al paciente renal crónico.

Personalizando los cuidados conjuntamente con el paciente. Adaptada al paciente y a sus necesidades, a pie de cama, de persona a persona, un cuidado personalizado e innovador que une la ciencia, la tecnología y el arte

de enfermería, posibilitando la participación activa del paciente en la gestión de su propia salud. Donde al acudir a las sesiones de diálisis podrán mostrar el registro de su balance hídrico a su nefrólogo y enfermera, ver la evolución de su balance hídrico mensual y consensuar con el resto de profesionales la gestión de su cuidado. Permitiendo la consulta rápida y eficaz del contenido en potasio, fósforo, sodio y agua de los alimentos. Mediante una guía completa de alimentos de manera muy visual y sencilla se les concientice de la importancia de poder comer de todo con conocimiento, ajustándose a las raciones aconsejadas en la aplicación.

Conclusiones:

Cuanto más estrecho y frecuente es el contacto entre el equipo profesional y el paciente, mejores son los resultados de salud. De ahí la necesidad de disponer de nuevas herramientas tecnológicas, como las aplicaciones móviles, para proporcionar estos contactos más estrechos y más eficaces, permitiendo compartir más información con el paciente y, por tanto, saber mejor su estado evolutivo, como el registro de su balance hídrico personalizado. Aplicar la tecnología para personalizar el tratamiento de los pacientes en diálisis incide positivamente aumentando tanto la motivación como la adherencia y la autonomía del paciente.

Valoración de la calidad de vida y técnicas de diálisis mediante un cuestionario de resultados percibidos por el paciente

Mireia Adell Lleixà, Teresa Salvadó Usach, Lina Casadó Marín, Jeroni Andújar Solé, Montse Ramiro Salido, Ángela Mencía Subirats

Complejo Asistencial de la Santa Creu. Tarragona. España

Introducción:

Las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) presentan una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) inferior a la de la población en general. Dicha CVRS depende de: La propia percepción de la enfermedad, el sexo, la técnica de diálisis utilizada, variables sociodemográficas, variables analíticas, las propias creencias, vivencias y cultura a la que pertenece, entre otras.

La incorporación de criterios subjetivos como son los cuestionarios de resultados percibidos por los pacientes (PRO-Patient Reported Outcomes) que tienen como eje central la percepción directa de la CVRS de la persona sin interpretación alguna de las respuestas más que la de la misma, ayudará a dar un giro al modelo biomédico clásico, acercándonos a un modelo más holístico e integral de salud.

Objetivo:

- Evaluar las variables sociodemográficas y los parámetros analíticos de las personas con ERCT y estudiar la relación con la CVRS de cada participante.
- Valorar y comparar la CVRS de la población a estudio según el sexo y tratamiento de diálisis recibido, mediante un cuestionario PRO.

Material y métodos:

Estudio observacional, analítico y de corte transversal, realizado durante el primer semestre de 2014. Se escogieron dos muestras (muestreo no probabilístico y estratégico): Una muestra de 30 personas que recibían tratamiento con Hemodiálisis de Alta Flujo (HD-AF) y otra muestra de 14 personas que recibían tratamiento con Hemodiafiltración On Line (HDF-OL) en nuestro centro.

Previo consentimiento informado, realizamos la valoración de la CVRS con el test Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQL-SF), también se recogieron datos clínicos y sociodemográficos. Realizamos estadística descriptiva e inferencial. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS v17.0 para Windows. Se consideraron significativos los resultados con un grado de significación igual o inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados:

Resultaron estadísticamente significativos, los siguientes resultados:

- Los valores séricos de albúmina fueron superiores en las personas que recibían tratamiento con HDF-OL respecto a las personas que recibían tratamiento con HD-AF.
- Según el sexo en la dosis de diálisis adecuada o Kt/V.
- En las puntuaciones del test KDQOL-SF sobre CVRS, encontramos diferencias en las siguientes dimensiones; según el sexo: Síntomas/problemas, situación laboral, función sexual, función física, dolor y vitalidad. Y según la técnica de diálisis: Sueño, actitud del personal de diálisis y en la función física.
- En relación a las variables sociodemográficas a estudio y el test de CVRS (KDQOL-SF), en las variables de convivencia y nivel de estudios.

Conclusiones:

Las personas que viven solas y tienen estudios presentan mejores puntuaciones en el test de CVRS. Las personas que reciben tratamiento con HDF-OL presentan mejor estado nutricional que las que reciben tratamiento con HD-AF, al igual que mejor puntuación en el test KDQOL-SF. Aunque las mujeres se dializan mejor que los hombres y presentan mejores puntuaciones en las escalas de función sexual y situación laboral, estas manifiestan tener más dolor, peor estado físico y menor vitalidad.

Valoración de la superficie del dializador en la Hemodiafiltración On-Line

Nuria Clemente Juan, Azucena Barranco Sos, Ángeles Mayordomo Sanz, Carina Caamaño Lado, Pilar Sobrado Sobrado, Carolina Palomar Ceballos

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción:

En recientes estudios se ha demostrado una mayor supervivencia en aquellos pacientes que recibían Hemodiafiltración On-line post-dilucional, confirmando la disminución de la mortalidad global y cardiovascular. Posteriores ensayos clínicos observaron una asociación entre el volumen convectivo (VC) y la supervivencia. A raíz de estos resultados se recomienda conseguir un VC total superior a 21L/sesión. Los principales factores limitantes en la consecución de altos volúmenes convectivos son: el flujo de sangre, el tiempo y el dializador. Actualmente, no está bien establecido si el aumento de superficie del dializador puede suponer mejores resultados en términos de eficacia convectiva y depurativa.

Objetivo:

Valorar el efecto del aumento de superficie del dializador sobre el VC y capacidad depurativa, así como la aparición de posibles incidencias durante el tratamiento.

Material y métodos:

Se incluyeron 37 pacientes, 31 varones y 6 mujeres que se encontraban en programa de HDF-OL con monitor 5008 Cordiax con auto-sustitución. Cada paciente fue analizado en 3 sesiones en la que sólo se varió la superficie del dializador (1.0, 1.4 o 1.8 m²). En cada sesión se determinaron concentración de urea (60 Da), creatinina (113 Da), β 2-microglobulina (11800 Da), mioglobina (17200 Da) y α 1-microglobulina (33000 Da) al inicio y al final de cada sesión. Paralelamente se realizó un registro de incidencias durante la sesión de hemodiálisis, donde se contemplaron variables como hemoconcentración, coagulación del circuito y nº de alarmas.

Resultados:

El volumen convectivo alcanzado fue de 29.8 ± 3.0 con 1.0 m², 32.7 ± 3.1 con 1.4 m² y de 34.7 ± 3.3 L con 1.8 m² ($p < 0.001$).

El incremento de la superficie del dializador mostró un aumento de la dosis de diálisis y de la depuración de urea y creatinina. El porcentaje de reducción de β 2m incrementó de 80.0 ± 5.6 con 1.0 m², a 83.2 ± 4.2 con 1.4 m² y de $84.3 \pm 4.0\%$ con 1.8 m².

Respecto a la mioglobina y la 1-microglobulina, se observaron diferencias significativas entre la menor superficie (1.0 m²) 65.6 ± 11 y 20.1 ± 9.3 ; y las otras dos superficies 70.0 ± 8.1 y 24.1 ± 7.1 (1.4 m²) y 72.3 ± 8.7 y 28.6 ± 12 (1.8 m²). Todas las sesiones de diálisis se realizaron sin incidencias médicas y técnicas destacables asociadas a la variación de la superficie del dializador.

Conclusión:

Este estudio muestra que el incremento del 40% y el 80% de la superficie conlleva un aumento del VC entre un 6 y un 16% respectivamente, mostrando mínimas diferencias tanto en el VC como en la capacidad depurativa cuando el CUF era superior a 45 ml/h/mmHg, por lo que parece razonable a la hora de elegir el dializador para un paciente, escoger aquel que con menor superficie permita conseguir un mismo objetivo de convección y depuración. La no aparición de incidencias no supuso un aumento en las cargas del trabajo de enfermería. Adecuar la superficie del dializador puede representar un ahorro del gasto del tratamiento.

Análisis metodológico del fomento del ejercicio físico en el proceso postquirúrgico del trasplante renal

Trinidad López Sánchez, Ildefonso Blanco Saborido, Marta Pérez Doctor, M^a Luz Amoedo Cabrera, Olga Vanesa Caballero Rubio

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

Los avances en el cuidado de la salud nos permite conocer los beneficios de la práctica del ejercicio físico siendo cada vez más común las manifestaciones del paciente trasplantado PTx del deseo de recuperar su capacidad para mantenerse en forma tanto si lo practicaba anteriormente como para iniciarlo.

El Fomento del ejercicio (NIC 0200) es una intervención enfermera incluida en el plan de cuidados PC durante el proceso postquirúrgico hospitalario del PTx de forma interdisciplinar tanto para prevenir complicaciones como para tratar el deterioro de la movilidad física (NANDA) como diagnóstico enfermero estandarizado con actividades a menudo incompletas o desiguales que se reducen a la suplicencia en el traslado cama/sillón o a la deambulacion por el pasillo antes de recibir el alta al domicilio.

Objetivo:

Con el objetivo general de que el PTx adquiera o recobre la máxima capacidad de movilización y resistencia muscular el objetivo específico es:

- Elaborar un programa de ejercicios regulares de amplitud de movimientos activos y pasivos junto con las recomendaciones generales y programa educativo para adquisición y mantenimiento del hábito.

Material y método:

Principios de Enfermería Basada en la Evidencia con: Evidencia externa EE evidencia interna EI y Participación del paciente PP.

EE: búsquedas bibliográficas actualizadas (web exploraevidencia, guías de práctica clínica) sobre recuperación, ejercicios/ forma física y revisión de protocolos editados por sociedades científicas.

EI: análisis, revisión y discusión por enfermeros con más de 15 años de experiencia en el manejo del paciente renal y por fisioterapeuta de las taxonomías NANDA/NIC/NOC con selección de los criterios y actividades más efectivas para incluir los ejercicios seleccionados.

PP: análisis de las manifestaciones del paciente relacionadas con la enfermedad (comorbilidad musculoesquelética) y/o al proceso quirúrgico (dolor, herida...) nivel de sedentarismo (NANDA 00168) junto con nivel de motivación/ansiedad, conocimientos e implicación del cuidador: patrones funcionales M. Gordon en valoración integral.

Población diana: PTx sin complicaciones, con rango aceptable de evolución de la función renal y tolerancia a inmunosupresores y sin prescripción específica de restricción de la movilidad salvo los requerimientos postquirúrgicos protocolizados.

Diseño: cronograma del plan de ejercicios y recomendaciones generales. Registro de las evoluciones individualizadas: escalas liker de los criterios seleccionados, clinimetrías en la evolución del nivel funcional.

Resultados:

- Edición del plan de ejercicios regulares progresivos aeróbicos, anaeróbicos incluidos los de visualización (efecto Carpenter) sobre la zona lesionada (injerto renal), relajación y precalentamiento (Frecuencia cardiaca 60-85% del máximo teórico).
- Edición de las recomendaciones generales con lenguaje sencillo que incluyan: lo permitido, lo desaconsejado, signos de alarma y medidas ante complicaciones.
- Edición de las otras intervenciones NIC asociadas a los diagnósticos activados relacionados y criterios NOC añadidos en el PC: Forma física (2004). Movimiento articular activo (0206) Función muscular (0209) Equilibrio (0202).

Conclusiones:

La actualización y ampliación de las NIC sobre el ejercicio es un instrumento de mejora en la recuperación y mantenimiento de la actividad física como pilar básico

del régimen terapéutico del PTX que reduce la morbimortalidad , previene los riesgos cardiovasculares, (obesidad, hipertensión, dislipemias, diabetes) con beneficios psicológicos y sociales demostrados.

Elaboración de un check-list de verificación en la recepción postquirúrgica para mejorar la seguridad del paciente sometido a trasplante renal

Trinidad López Sánchez, Marta Pérez Doctor, M^a Luz Amoedo Cabrera

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

Según el estudio Eneas (2005) una de las principales causas de producción de eventos adversos EAv está relacionados con las complicaciones perioperatorias siendo el empleo de los check list de verificación una práctica normalizada en el proceso quirúrgico del paciente sometido a trasplante renal (PTX) dentro de la Estrategia para la seguridad del paciente de nuestro Sistema sanitario (EPA).

La recepción del PTX en el postoperatorio constituye una fase del proceso con evidencia de frecuentes incidentes por errores en las acciones con diferentes actores (vacíos, duplicidad, retrasos...) o los relacionados con el material por falta de comprobación previa o mala disposición acentuado en períodos de vacaciones o sustituciones del personal Ptx (enfermeros y auxiliares) que pueden dar lugar a EAv.

Objetivo:

Garantizar la seguridad del PTX los objetivos específicos son:

- Elaborar un check-list que con las principales acciones imprescindibles de verificar para prevenir los EAv (personal y medios materiales).

Material y método:

- Población diana: PTX en el subproceso de traslado y llegada a la unidad de tx. Personal implicado: enfermeros, auxiliares (verifican) y celador (trasporte del paciente) que deben hacer realizado el curso de Seguridad del paciente del centro (Programa Atenea).
- Diseño: check-list de verificación sencillo, práctico y fácil de visualizar sobre el que se han hecho búsquedas bibliográficas de forma de realizarlo y análisis DAFO documental.

Reuniones (análisis de la situación, debate, reflexión) del PTX dentro del servicio y con el personal de UCI con:

Revisión de las estrategias de seguridad: higiene de manos, Bacteriemia Zero (Stop BCR y Plan de seguridad integral en UCI), listado de verificaciones quirúrgicas (Proyecto comprueba) así como las Buenas prácticas en el uso de medicamentos (conciliación, manejo, prescripción y registro) e identificación inequívoca del paciente.

Aplicación del procedimiento de análisis de riesgo retrospectivo (Análisis Causa-Raíz ACR) y prospectivo (Análisis modal de fallos y efectos AMFE) con definición del área, equipo, material y acciones a verificar en los momentos vulnerables identificados: salida-traslado desde la UCI y recepción inmediata.

Resultados:

Edición del check-list (formato registro y guía de cumplimiento) a verificar por enfermero (DUE) auxiliar (TAEC) y celador (oral) incluye :Preparación de la habitación: limpieza general (PNT: protocolo normalizado), aparataje (limpieza y funcionalidad) y fungible.

Recepción: transporte (incluir al celador), identificación y acogida y atención directa (patrones funcionales) con chequeo de: Estabilidad hemodinámica. Eliminación. Vías y fluidos. Herida quirúrgica. Nivel del dolor. Confortabilidad. Ingesta. Información a familiares (medidas de aislamiento, normas).

Incidencias/otros: focalizados en las buenas prácticas BP en prevención de EA prevalentes: identificación, IRAS (infecciones nosocomiales), complicaciones postoperatorias, errores uso medicación y de ámbito general: cuidados específicos y comunicación interprofesional.

Conclusiones:

Incorporar instrumentos de verificación sencillos, exhaustivos e integrales ayuda a priorizar las acciones, mejorar el trabajo en equipo, con validez y confiabilidad

estadística para extrapolar datos y responden a las estrategias para la seguridad del paciente (EAP) en la reducción de la morbimortalidad relacionada con los EAv .

Espasmo vesical: dolor más común y difícil de manejar en el post-operatorio del trasplante renal

Inmaculada Gil Barrera, Anabel Velázquez Fernández, Rubén Romero López, Carmen Torres Arauz, Margarita Caro Torrejón, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

Introducción:

Los espasmos vesicales son contracturas involuntarias del músculo detrusor de la vejiga que tienen lugar de manera intermitente e impredecible y que cursan con calambres abdominales, pérdida de orina, urgencia de vaciar la vejiga y sobre todo, mucho dolor. Su aparición es uno de los principales problemas de Enfermería en el post-operatorio inmediato de los trasplantes renales. Suelen surgir a las 24 h de la intervención. Nuestro objetivo es describir el manejo de los mismos y de ese modo mejorar los cuidados de enfermería.

Material:

Estudio retrospectivo y analítico. Sujetos: Todos los trasplantados renales intervenidos en nuestro hospital en el año 2014. En total fueron 75, de los cuales un 86,01 % fueron receptores de órgano de cadáver y un 13,9 % de vivo.

Discusión:

Los espasmos no son iguales en unos trasplantes que en otros, de los 75 analizados sufrieron espasmos el 80 % en los procedentes de donaciones de cadáver son más frecuentes (62.3%) que en los de donaciones de vivos (6%), son menos habituales en mujeres (11.7 %). La razón principal de estas diferencias radica en la elasticidad del músculo detrusor de la vejiga: Existen diferencias, un paciente que lleva dializándose años, tiene una vejiga más atrofiada que el enfermo que lleve poco tiempo en diálisis. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, se pueden encontrar en el tamaño de la uretra únicamente con mayor o menor intensidad, porque tras el trasplante la vejiga sufre también un proceso de cicatrización tras la implantación del uréter.

Resultados:

Existen tratamientos farmacológicos para frenarlos a través de analgésicos, los más habituales son: paracetamol, metamizol y dexketoprofeno. También anticolinérgicos como la oxibutinina. Podemos emplear masaje abdominal, técnicas de relajación, y lavado manual. Otro remedio también efectivo es el cambio de sonda, normalmente en quirófano se le coloca una de poliuretano de tres vías del nº 18, y al cambiarla ya en la unidad de trasplante por una Foley, se produce mejora, al ser más maleable. Por último podemos intentar llenar el globo vesical: Lo que realmente mejora la sintomatología de los espasmos es la retirada de la sonda, algo que no sucede antes de los 6-8 días tras el trasplante.

Conclusión:

Dada la dificultad de evitar los espasmos, se deberían fomentar las donaciones de vivo; ya que presentan menor sintomatología; además su pronóstico es mejor que los de donaciones de cadáver. Además se deben aumentar los analgésicos, o en su defecto administrarlos en intervalos más cortos para evitar su aparición y disminuir el dolor de los pacientes.

Crterios de valoración de trabajos científicos SEDEN

EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA: (Evalúan los aspectos formales del trabajo).

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos, o que no son demostrados estadísticamente.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores unas planillas en las que deben anotar las puntuaciones que adjudican a cada uno de los criterios antes descritos, según la siguiente escala de puntuación:

- **Criterios de estructura:** Cada criterio se puede puntuar con el siguiente baremo.

1. a. ORIGINALIDAD: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1. b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1. c. METODOLOGÍA: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1. d. CLARIDAD DE RESULTADOS: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1. e. TÍTULO: se puntuará de 0 a 1 puntos.

- **Criterios de contenido:** (se puntuará de 1 a 10 puntos).

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un coordinador que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos presentados al congreso de la SEDEN, son clasificados en la secretaría de la sociedad según su temática, en los siguientes grupos o áreas de interés diferentes:

- **Hemodiálisis.**
- **Diálisis peritoneal.**
- **Trasplante renal.**
- **Atención integral.**
- **ERCA (Consulta Prediálisis).**

Una vez clasificados los trabajos, son enviados a los miembros del Comité Seleccionador, que está formado por grupos de "expertos" en estas cinco áreas, de forma que cada trabajo sea valorado por cuatro evaluadores diferentes.

Posteriormente, se hará la media entre las cuatro puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la puntuación final, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una reunión conjunta entre la Junta Directiva de la SEDEN y los cuatro coordinadores del comité seleccionador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del comité seleccionador.

EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El comité de selección de trabajos tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla **“NOTA”** de la planilla de puntuación, si considera el

trabajo en cuestión **“APTO”** o **“NO APTO”** para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato pdf, en el mes de Septiembre. Y durante el congreso serán seleccionados los premiados.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de 1 a 10 los siguientes criterios:

- **Interés para la práctica de la enfermería.**
- **Metodología e interés científico.**
- **Originalidad.**
- **Calidad artística.**