

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 24 / Suplemento I / 2021



**Comunicaciones del
XLVI Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica**
Congreso Virtual, 11-14 de noviembre de 2021

Editores Especiales:
Francisca Pulido Agüero
Patricia Arribas Cobo



Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Patrocinado por:



DIAVERUM

ENFERMERÍA **NEFROLÓGICA**

Volumen nº 24 / Suplemento I / 2021

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

Congreso Virtual, 11-14 de noviembre de 2021

Editores Especiales:

**Francisca Pulido Agüero
Patricia Arribas Cobo**

Enfermería Nefrológica

EDITOR JEFE

Rodolfo Crespo Montero

Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba
Supervisor Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*
rodo.crespo@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1992-9798>

EDITOR

Antonio Ochando García

Supervisor de Enfermería. Unidad de Apoyo a la Investigación en Cuidados.
Hospital Universitario de Jaén*
aochondoseden@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9292-8185>

EDITORES ADJUNTOS

José Luis Cobo Sánchez

Enfermero. Departamento de Calidad, Docencia, Investigación e Innovación Asistencial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.
Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería Clínica Mompia. Universidad Católica de Ávila. España.
jlcs.enfermerianefrolologica@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3595-9216>

Ana Casaux Huertas

Profesora. Escuela de Enfermería
Fundación Jiménez Díaz. Campus Villalba
Enfermera. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Madrid*
anacasaux@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0285-4504>

Ian Blanco Mavillard

Enfermero. Unidad de Calidad, Docencia e Investigación. Hospital de Manacor. Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares*
ianblanco7@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2851-5631>

Francisco Cirera Segura

Enfermero. Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla*
paco.cirera@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8879-3639>

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL:

Ana Isabel Aguilera Flórez

Supervisora. Servicio de Nefrología
Complejo Asistencial U. León*
aaquilera@saludcastillayleon.es

M^a Teresa Alonso Torres

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

Sergi Aragó Sorrosal

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

Patricia Arribas Cobo

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

Manuel Ángel Calvo Calvo

Profesor Asociado. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.*
macalvo@us.es

María José Castro Notario

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

Antonio José Fernández Jiménez

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

Rosario Fernández Peña

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

Fernando González García

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

José María Gutiérrez Villaplana

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

David Hernán Gascuña

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

M^a Encarnación Hernández Meca

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

Ernestina Junyent Iglesias

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

Antonio López González

Antonio López González
Enfermero. Servicio de Nefrología.
Complejo Hospitalario U. A Coruña*
antonio.lopez.gonzalez@sergas.es

Pablo Jesús López Soto

Departamento de Enfermería. Profesor
Doctor de la Universidad de Córdoba /
IMIBIC. Córdoba*
pablolopezsoto90@gmail.com

Esperanza Melero Rubio

Enfermera. Servicio de Nefrología
Hospital Clínico U. Virgen de la Arrixaca Murcia*
melero.esperanza@gmail.com

Guillermo Molina Recio

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

M^a Teresa Moreno Casba

Directora de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud. Investen-ISCIII.
Madrid.* Miembro de la Academia Americana de Enfermería (AAN)
mmoreno@isciii.es

Cristina Moreno Mulet

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

Miguel Núñez Moral

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

Mateo Párraga Díaz

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

Raquel Pelayo Alonso

Supervisora de Enfermería.
Servicio de Nefrología-Hemodiálisis.
Hospital U. Marqués de Valdecilla Santander.*
sanesteban6@gmail.com

Concepción Pereira Feijoo

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

Juan Francisco Pulido Pulido

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

M^a Jesús Rollán de la Sota

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

M^a Luz Sánchez Tocino

Supervisora de Enfermería
Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Salamanca*
Lsanchez@friat.es

Isidro Sánchez Villar

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

Mercedes Tejuca Marengo

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

Antonio Torres Quintana

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

Filo Trocoli González

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

Esperanza Vélez Vélez

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

*España

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL:

Gustavo Samuel Aguilar Gómez

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

Iliaria de Barbieri, RN, MScN, PhD

Healthcare Professionals
Department, Azienda Ospedaliera
Universitaria di Padova, Padova,
Italia.
EDTNA/ERCA Executive
Committee member.
EDTNA/ERCA Scientific
Programme Committee Chair.
iliaria.debarbieri@edtnerca.org

Soraya Barreto Ocampo

Coordinadora de Carrera
Enfermería. Universidad Isalud.
Profesora Titular de Enfermería.
Escuela Superior Salud Pública.
Chaco. Argentina. Presidenta de la
Sociedad Argentina de Enfermería
Nefrológica (SAEN). Argentina
sbarreto@saen.com.ar

Nidia Victoria Bolaños Sotomayor

Profesora Auxiliar Universidad
Peruana Cayetano Heredia. Perú
nidia.bolanos@upch.pe

M^a Isabel Catoni Salamanca

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

Martha Elena Devia Rodríguez

Associated Marketing Manager
RSS L.A.
Bogota. Colombia
martha.e.devia@gmail.com

Ana Elizabeth Figueiredo

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

Daniel Lanzas Martín

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

Rosa María Marticorena

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

Clemente Neves Sousa

Profesor. Escola de Enfermería,
Oporto. Portugal
clementesousa@esenf.pt

Edita Noruisiene

Nephrology Nurse
European Dialysis and Transplant
Nurses Association/European
Renal Care Association President
Managing Director of private
dialysis clinics in Lithuania
edita.noruisiene@edtnerca.org

Paula Ormandy

Professor of Long term conditions
Research, University of Salford
Vice President for Research British
Renal Society
(Research Comitee Chair). U.K.
p.ormandy@salford.ac.uk

Fernando Orozco Quiroz

Presidente de la Asociación
Mexicana de Enfermeras en
Nefrología, A.C (AMENAC). México
amenac@amenac.org.mx

M^a Teresa Parisotto

Chief Nurse Advisor - Europe
Middle East Africa and Latin
America
mparisotto@icloud.com

Marisa Pegoraro

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

M^a Cristina Rodríguez Zamora

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

María Saraiva

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

Nicola Thomas

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

EDITORA HONORÍFICA:

Dolores Andreu Périz

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

JUNTA DIRECTIVA SEDEN:

Presidente: Juan Francisco Pulido Pulido

Vicepresidenta: Patricia Arribas Cobo

Secretaria General: Francisca Pulido Agüero

Tesorero: Fernando González García

Vocalía de Educación y Docencia: M^a Ángeles
Alcántara Mansilla

Vocalía de Publicaciones de SEDEN: Francisco Cirera
Segura

Vocalía de Trasplantes y Hospitalización: M^a Isabel
Delgado Arranz

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades: David
Hernán Gascuña

Vocalía de Diálisis Peritoneal: Miguel Núñez Moral

Vocalía de Hemodiálisis: Cristina Franco Valdivieso

Edita:

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica.

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

Secretaría de redacción:

SEDEN

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

Tarifas de suscripción:

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

Publicado el 01 de noviembre de 2021
Periodicidad: trimestral
Fundada en 1975. BISEAN, BISEDEN,
Revista de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica y Actualmente
Enfermería Nefrológica

© Copyright 2020. SEDEN

Enfermería Nefrológica en versión electrónica es una revista Diamond Open
Access, todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario o su
institución. Los usuarios están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir,
imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista
sin permiso previo del editor o del autor, de acuerdo con la definición B0A1 de open
access. La reutilización de los trabajos debe hacerse en los términos de la Licencia
Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.



La revista Enfermería Nefrológica no cobra tasas por el envío de trabajos ni tam-
poco por publicación de sus artículos y va dirigida a Enfermeros/as de nefrología.
La revista utiliza la plataforma Open Journal Systems (OJS).

Esta revista está indizada en:

CINAHL, IBECs, SciELO, CUIDEN, SIIC, Latindex, DULCINEA, Dialnet,
DOAJ, ENFISPO, Scopus, Sherpa Romeo, C17, RECOLECTA, Redalyc,
REBIUN, REDIB, MIAR, WordCat, Google Scholar Metric, Cuidatge, Cabells
Scholarly Analytics, AURA y JournalTOCs.

Maquetación: Seden

Impresión: Estu-Graf Impresores S.L.

Traducción: Pablo Jesús López Soto

ISSN: (Versión Impresa): 2254-2884

ISSN: (Versión Digital): 2255-3517

Depósito Legal: M-12824-2012



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

Colaboraciones Científicas:



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



Associação Portuguesa de Enfermeiros
de Diálisis y Trasplante (APEDP)



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



Sociedad de Enfermeras Especialistas
en Nefrología del Perú (SEENP)



Sociedad Argentina
de Enfermería Nefrológica (SAEN)



Asociación Mexicana de Enfermeras
en Nefrología (AMENAC)

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

Sumario

Editorial	9
------------------------	----------

Trabajos Premiados SEDEN 2021

Evaluación de la satisfacción percibida por los pacientes de diálisis peritoneal durante la pandemia <i>Premio SEDEN sobre Diálisis Peritoneal</i>	10
Impacto de la relación del volumen de líquido extracelular en el segmento corporal central y la supervivencia en pacientes de hemodiálisis <i>Premio Individualización del tratamiento de diálisis</i>	11
Necesidades asistenciales en el estudio de personas candidatas a donantes de riñón <i>Premio SEDEN Donación y Trasplante</i>	12
Prevalencia de sarcopenia y obesidad en consulta de enfermedad renal crónica avanzada <i>Premio SEDEN Enfermedad Renal Crónica Avanzada</i>	13
Reactogenicidad e inmunogenicidad tras la inoculación de vacuna frente a SARS-CoV-2 en personal sanitario de diálisis <i>Premio de Investigación sobre Innovación en técnicas dialíticas, resultados en salud</i>	14

Comunicaciones Orales

Atención integral

Calidad de vida en cuidadores de personas dializadas y su relación con la sobrecarga percibida	15
Diferencias de género en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos	16
Incorporación de las técnicas counselling en la comunicación de malas noticias al paciente renal durante el proceso de hospitalización	17
Significado del cuerpo para las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis: revisión integrativa	18

Diálisis peritoneal

Análisis del proceso de aprendizaje en diálisis peritoneal y los factores sociodemográficos desencadenantes de peritonitis	19
Seis años de experiencia con diálisis peritoneal incremental	20
Sellados con Meropenem como estrategia en la supervivencia del catéter de diálisis peritoneal	21

Enfermedad Renal Crónica Avanzada (Consulta Prediálisis)

Efectos de la valoración continuada y educación enfermera en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que inician terapia renal sustitutiva	22
Hiperhidratación en la consulta enfermedad renal crónica avanzada: Utilidad de la bioimpedancia en su control	23
Impacto de la educación enfermera en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada sobre la libre elección de la terapia renal sustitutiva	24
Importancia de un equipo interdisciplinar en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Factores que influyen en la toma de decisiones sobre tratamiento renal sustitutivo	25

Hemodiálisis

Análisis cuantitativo del impacto de un proyecto de humanización en las unidades de hemodiálisis	26
Análisis de las variaciones de glucemia según la ingesta intradiálisis en pacientes diabéticos en hemodiálisis	27
Asociación entre síntomas gastrointestinales y síndrome malnutrición-inflamación de pacientes en hemodiálisis. Papel de enfermera en la valoración de estos síntomas	28
Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	29
Características de los catéteres venosos centrales en pacientes de hemodiálisis de una unidad extrahospitalaria	30
Clasificación funcional del paciente muy anciano en hemodiálisis y su influencia en la individualización del tratamiento	31
Conocimiento del estado de sarcopenia por enfermería en ancianos en hemodiálisis	32
Diferentes herramientas para la valoración del estado nutricional de los pacientes con diabetes en hemodiálisis	33
Efectividad de protocolo Covid-19 en unidad de hemodiálisis	34
Efecto de la aplicación de técnicas de relajación intradiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica	35
El control de la hiperfosforemia con el refuerzo dietético por parte de las enfermeras	36
Enfoque empírico y sus nuevas indicaciones del Buttonhole hospitalario	37
Estratificación de riesgo de pie diabético empleando la teoría de la probabilidad	38
Estrés percibido y afrontamiento en pacientes de hemodiálisis frente a la pandemia por Covid-19	39
Estudio observacional de la reactividad presentada por pacientes en hemodiálisis tras la primera dosis de vacunación frente a Covid-19	40
Eventos adversos a corto plazo de la vacunación frente a Covid-19 en pacientes en hemodiálisis	41

Hemodiálisis extendida vs online o convencional.	
Estudio comparativo de necesidad de heparina y coagulación del sistema	42
Impacto de la pandemia Covid-19 en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	43
Impacto de la pandemia por la Covid-19 en los valores analíticos de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a un programa de hemodiálisis	44
Importancia de la valoración de la comorbilidad y dependencia en los pacientes en hemodiálisis	45
Incorporación de las alertas de medicamentos de alto riesgo en la conciliación de la medicación del paciente renal en las transiciones durante el proceso hospitalario	46
Opinión de las enfermeras con la realidad virtual utilizada en pacientes de hemodiálisis	47
Pandemia SARS-CoV-2: estudio cualitativo sobre el impacto emocional en los pacientes en hemodiálisis	48
¿Podemos mejorar el cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica al final de la vida?	49
Prevalencia de Burnout en época de pandemia entre enfermeras de nefrología	50
Seguridad y respuesta inmune a la vacuna Covid-19 en pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de diálisis	51
Valoración de fragilidad en una unidad de diálisis. ¿Son más frágiles los paciente con diabetes?	52
Valoración de la intervención dietética realizada durante la pandemia Covid-19 en una unidad de hemodiálisis	53
Valoración de la seguridad del paciente en la práctica clínica de terapia renal sustitutiva en reas de vigilancia intensiva	54
Valoración de los factores de personalidad de los pacientes en hemodiálisis y su relación con la adherencia al tratamiento	55

Trasplante renal

Atención continuada a personas con trasplante renal desde el hospital de día de trasplante	56
Evaluación de un programa docente en trasplante renal de donación de vivo dirigido a profesionales	57
Gasto energético y actividad física en pacientes trasplantados renales	58
Manejo ambulatorio tras infección por Covid-19 en pacientes trasplantados renales: Una consulta monográfica	59
¿Qué interés y conocimiento tenemos los profesionales que atendemos a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada sobre la planificación de la asistencia sanitaria?	60

Comunicaciones Posters

Atención integral

Aféresis, evolución en servicio de Nefrología del 2010 al 2020, creación de unidad de tratamiento ambulatorio	61
---	-----------

Promis 29: Una nueva herramienta para analizar los resultados reportados por los pacientes en calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada	62
--	-----------

Diálisis Peritoneal

Factores de riesgo de peritonitis precoces que debe identificar la enfermera de diálisis peritoneal para su prevención y mejora en el pronóstico. Análisis de 2.656 peritonitis en veinte años	63
Validez de la videollamada como método de acompañamiento en el inicio de diálisis peritoneal automatizada	64

Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Influencia del confinamiento domiciliario en el estado nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada	65
Más allá de la desnutrición: Trabajando la obesidad en consulta de enfermedad renal crónica avanzada	66

Hemodiálisis

Abordaje de una fistula arterio-venosa nativa compleja en brazo pluritatuado mediante la técnica de Buttonhole	67
Actuación en la unidad de hemodiálisis durante la pandemia por SARS-CoV-2	68
Análisis de la incidencia de Covid-19 tras un año de pandemia en un área de salud	69
Análisis del cumplimiento de objetivos, indicadores de calidad y satisfacción tras diez años de certificación con la norma ISO en hemodiálisis	70
Beneficios de la aplicación del protocolo de prevención frente al Covid-19, durante las distintas olas, en una unidad de hemodiálisis	71
Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis: una revisión sistemática	72
Campaña de vacunación contra la gripe y contra el coronavirus en una unidad de hemodiálisis hospitalaria	73
Diálisis hospitalaria: Análisis del primer año de pandemia por SARS-CoV-2	74
Estudio del impacto emocional de la pandemia por la Covid-19 en una unidad de hemodiálisis	75
Gestión de los protocolos de prevención del contagio de la Covid-19 durante la pandemia en una unidad de hemodiálisis hospitalaria	76
Influencia de la alimentación en el riesgo cardiovascular de pacientes hemodializados	77
Probando la seguridad y la eficacia de los nuevos filtros Toray: TS-UL y NF-U	78
¿Sabemos qué hacer y decir a nuestros pacientes en su primera vez? Cheklist de primera hemodiálisis	79

Seguimiento prospectivo de los pacientes frágiles en hemodiálisis	80
Seguridad y eficacia del dializador Clearum	81
Un año de pandemia en un centro periférico de hemodiálisis. Estudio descriptivo	82
Valoración del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis	83

Casos Clínicos

A propósito de un caso clínico. Innovación en acceso vascular: portacath vs acceso vascular periférico en el recambio plasmático por centrifugación	84
A propósito de un caso clínico: realización de plasmaféresis como tratamiento coadyuvante en paciente diagnosticada de Trombocitopenia inmune trombótica inducida por vacuna	85
Caso clínico. Quiloperitoneo: contraindicación para la diálisis peritoneal	86
Caso clínico: resolución de problemas y planificación de cuidados consensuados con el paciente que elige diálisis peritoneal	87
Caso clínico: síndrome de Dress con fracaso renal agudo	88
Comunicación pleuroperitoneal tardía en paciente en programa de diálisis peritoneal	89
Covid-19 inmediato tras trasplante renal: una aparición inesperada	90
El reto de la diálisis peritoneal continua ambulatoria en el anciano: caso clínico	91
Idoneidad de la técnica Buttonhole en fistula arterio-venosa con rea de punción limitada	92
La influencia de la enfermera de práctica avanzada en un caso de hemodiálisis domiciliaria	93
Líquido turbio en diálisis peritoneal: caso clínico	94

Criterios de valoración de trabajos científicos	95
--	-----------

Editorial

Francisco Cirera-Segura

Vocal de Publicaciones de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Estimados compañeros:

Por segundo año consecutivo y a pesar del esfuerzo ingente que estáis haciendo todos desde vuestros puestos de trabajo, la evolución de la situación no ha permitido que nos reunamos, por lo que nos vemos obligados a celebrar el 46º congreso nacional de la SEDEN de forma virtual.

Casi dos años de lucha extenuante contra la Covid-19, no han impedido que las enfermeras, en nuestro afán de mejora, sigamos desarrollando nuestra labor investigadora para ofrecer los mejores cuidados posibles basados en la evidencia científica. Muestra de ello son los 112 trabajos que hemos recibido.

Como sabéis, SEDEN apuesta por la investigación de calidad y sólo 85 trabajos han superado los criterios de calidad impuestos por el comité científico, rechazándose 27 trabajos. Finalmente, podremos disfrutar de 51 comunicaciones orales, 23 comunicaciones en formato posters y 11 casos clínicos que nos ilustrarán sobre diversos temas de todas las áreas de la Nefrología.

Desde Enfermería Nefrológica queremos dar la mejor respuesta a vuestro entusiasmo por la investigación enfermera y estamos mejorando nuestro proceso editorial. Para ello, estamos ampliando y revisando el equipo y el comité editorial y hemos adoptado la plataforma Open Journal System (OJS), que es la utilizada por las revistas más importantes de nuestro ámbito. También la web de la revista se está actualizando y pronto os tendremos más sorpresas...

Tras varios años desde que nos planteamos el proyecto, cuando tengáis esta revista en vuestras manos, habremos solicitado la inclusión de Enfermería Nefrológica en Medline. Sabemos que es difícil, pero es un primer paso para dar a vuestro trabajo la visibilidad que se merece y a la vez, una oportunidad de mejora de la revista. Sin vuestra colaboración nada de esto sería posible.

Solo me queda desearos, en nombre de la Junta directiva de la SEDEN y del Comité Organizador, unas fructíferas jornadas de trabajo de excelente nivel científico y esperamos veros a todos en persona el próximo año en Granada.

Evaluación de la satisfacción percibida por los pacientes de diálisis peritoneal durante la pandemia

“PREMIO SEDEN SOBRE DIÁLISIS PERITONEAL”

Adela Suárez, Fabiola Menéndez, Mónica Fernández, Beatriz Peláez, Magdalena Pasarón, Miguel Núñez

Hospital Universitario Central de Asturias. España

Introducción:

La pandemia nos ha obligado a intercalar consultas presenciales con consultas a distancia. No hemos percibido un aumento de las consultas urgentes por: edema agudo de pulmón, hiperpotasemia, infección peritoneal, etc. Lo que nos hace pensar que hemos mantenido una atención asistencial adecuada, pero nos parecía fundamental saber el grado de satisfacción percibida por el paciente como indicador de la calidad asistencial.

Objetivo:

Evaluar la satisfacción percibida por los pacientes de diálisis peritoneal durante la pandemia.

Material y Método:

Realizamos un estudio descriptivo transversal del 10-2-2021 al 13-3-2021 por medio de una encuesta telefónica anónima, por un entrevistador independiente.

Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años, que realizaban diálisis peritoneal (DP) y que dieron su consentimiento de forma oral. Se utilizó un muestreo por conveniencia.

Se recogieron variables socio-demográficas: edad, sexo, cuidador principal (sí/no), casa comercial de DP, ingreso hospitalario (sí/no).

El cuestionario constaba de 9 preguntas: 2 abiertas, 1 semicerrada con respuesta dicotómica (sí/no/no sé) y texto libre y 6 cerradas con respuesta tipo Likert del 0-10.

Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las variables cuantitativas se describieron usando la media y desviación estándar. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Excell 2010 para el que teníamos licencia.

Resultados:

Obtuvimos 71 encuestas de 78 entrevistados (índice de participación 91%). El 59,1% de los encuestados eran

hombres (n=42), edad media de la muestra 66,1 años $\pm 13,24$ (23,33 años - 91,23 años), sin cuidador 68 pacientes.

¿Se sintió bien atendido alternando visitas presenciales y consulta telefónica? 0 mal atendido, 10 perfectamente atendido. Media $9,5 \pm 1,13$.

¿Qué aspectos deberíamos mejorar en las consultas telefónicas? Respondieron 67 pacientes.

- Tener hora asignada: Sí 32,9%; No 61,2%; No sé 5,9%.
- Enviar cambios de tratamiento por escrito: Sí 11,9%; No 82,2%; No sé 5,9%.
- Poder vernos (video llamada): Sí 0%; No 95,6%; No sé 4,4%.
- Mejorar analíticas en atención primaria: Sí 4,5%; No 91,1%; No sé 4,4%.

En las preguntas abiertas, 4 pacientes de 71 (5,6%) se mostraron en contra de las consultas telefónicas. 8 pacientes de 71 (11%) se mostraron descontentos con las consultas presenciales, por las demoras.

Discusión:

La satisfacción de nuestros pacientes, con el modelo mixto de consultas presenciales y telefónicas, parece elevado, ya que sólo un 5% realizó comentarios en contra y la sensación de estar bien atendido se acerca al 10. No obstante reclaman mejoras como tener hora asignada de llamada (61,1%) y enviar los cambios por escrito (82%). Nos sorprende que ningún paciente quiera hacer videollamada, quizás nuestra edad media >66 años, pueda justificar este rechazo a las nuevas tecnologías. Un 11,3% se quejan de las demoras en las consultas presenciales.

De acuerdo a la satisfacción mostrada por los pacientes, nuestro modelo mixto de visitas parece que transmite una buena calidad asistencial, subsidiaria de mejoras e individualización de la atención, según las características bio-psico-sociales de cada paciente.

Impacto de la relación del volumen de líquido extracelular en el segmento corporal central y la supervivencia en pacientes de hemodiálisis

“PREMIO INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS”

María Otero¹, Christian Alfaro², Rosa María Álvarez², Mónica Fons³, Diana Pazmiño¹, Antonio Marín³

¹ Centro de Diálisis de Pontevedra (Diaverum). Pontevedra. España

² Diaverum Santiago de Compostela. La Coruña. España

³ Centro de diálisis de Villagarcía (Diaverum). Pontevedra. España

Introducción:

La valoración del estatus de hidratación de un paciente es una práctica habitual en la práctica clínica y resulta de especial interés en aquellos pacientes con enfermedad renal. La bioimpedancia es una herramienta no invasiva y de uso sencillo para evaluar la composición corporal. Mediante el uso de electrodos de superficie se aplica una frecuencia de corriente eléctrica alterna y se mide cómo se ve afectado el flujo de esta señal a través de los diversos tejidos corporales.

Permite el seguimiento de tendencias y la detección de cambios inusuales en la distribución de fluidos.

El presente estudio ha tenido como objetivo estimar la relación del volumen de líquido extracelular en el segmento corporal central (VLEC) y la supervivencia en pacientes incluidos en hemodiálisis crónica.

Material y Método:

Estudio retrospectivo efectuado en una unidad de hemodiálisis. Fueron incluidos consecutivamente todos aquellos pacientes a los que se les había realizado una bioimpedancia en un periodo de 14 meses. Estos registros se obtuvieron con el uso de un equipo octopolar multifrecuencia (1-1000 kHz). Permitieron dividir la muestra poblacional en función del líquido extracelular a nivel del segmento corporal central (tronco y abdomen) El punto de corte fue la mediana (VLEC 40%).

También se recopilaron variables de interés de la historia clínica electrónica (sexo, edad, peso, modalidad de terapia, resultados analíticos, etc.) y los registros de exitus para su posterior análisis estadístico según correspondiera con pruebas paramétricas y no paramétricas. Se utilizaron modelos de análisis logístico multivariante, riesgos proporcionales de Cox y análisis de Kaplan-Meier para identificar los factores de riesgo de mortalidad mediante el paquete informático IBM SPSS v26. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados:

126 pacientes incluidos, 86 hombres (68%) y se apreciaron diferencias significativas de la distribución del sexo con respecto al VLEC ($p=0,005$) El análisis de regresión multivariable demostró que el incremento en la puntuación en el índice de Charlson y el acceso vascular tipo fistula arteriovenosa eran factores que contribuía de forma independiente en la presencia de un VLEC aumentado (OR:1,47; IC:95% 1,04-2,06; $p=0,02$ y OR:3,46; IC:95% 1,28-9,34; $p=0,01$ respectivamente).

En el periodo estudiado falleció el 19,8% de los pacientes. Aquellos pacientes con VLEC elevado demostraron tasas significativamente más altas de mortalidad por todas las causas ($p=0,02$ utilizando la prueba de rango logarítmico). Los análisis multivariados de riesgos proporcionales de Cox revelaron que un VLEC aumentado y el incremento en la puntuación en el índice de Charlson se asociaban significativamente con una mayor mortalidad por todas las causas (índice de riesgo ajustado: 2,6; intervalo de confianza del 95%:1,06-6,39; $p=0,03$ e índice de riesgo ajustado: 1,3; intervalo de confianza del 95%:1,09-1,56; $p=0,004$ respectivamente).

Conclusión:

La medición del estado de hidratación central parece ser una valiosa herramienta de pronóstico. La monitorización e intervención guiada por bioimpedancia podría mejorar la atención clínica diaria de los pacientes renales.

Necesidades asistenciales en el estudio de personas candidatas a donantes de riñón

“PREMIO SEDEN SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE”

Guillermo Pedreira-Robles¹, Victoria Morín-Fraile², Anna Bach-Pascual¹, M^a Dolores Redondo-Pachón¹, Marta Crespo-Barrio¹, Paloma Garcimartín-Cerezo¹

¹ Hospital del Mar. Barcelona. España

² Universidad de Barcelona. España

Introducción:

El trasplante renal de donante vivo es la modalidad de tratamiento sustitutivo renal (TSR) que aporta mayor calidad y más años de vida para las personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). No todas las personas con ERCA pueden acceder a esta opción, al no disponer de una persona que se ofrezca o que sea óptima para la donación. El estudio del candidato a donante es minucioso y está orientado a valorar la salud global y renal del potencial donante para garantizar, en términos de seguridad, el proceso quirúrgico, así como los futuros años de vida.

Objetivo:

Describir las necesidades asistenciales en el estudio de personas candidatas a donantes de riñón.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Se revisó la historia clínica de los candidatos a donantes de riñón estudiados durante el año 2020. Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos para describir la muestra; el número y tipo de visitas realizadas y; el número y tipo de pruebas complementarias realizadas durante el estudio.

Resultados:

Se incluyeron 60 candidatos (37 mujeres, 61,67%) a donantes de riñón con una media de 51,98±14,50 años y una mediana de 76 [RIQ (21-161)] días de estudio. De las personas estudiadas, 18 (30%) tenían hipertensión arterial, 3 (5%) diabetes mellitus, 16 (26,67%) dislipemia, 13 (21,67%) infecciones de orina recurrentes, 8 (13,33%) ansiedad y/o depresión, 4 (6,67%) asma y/o enfermedad pulmonar y 16 (26,67%) eran fumadores activos. El índice de masa corporal medio fue de 28,83±5,04 Kg/m² y 21 candidatos (35%) tenían un IMC>30 Kg/m².

De los 60 candidatos, 16 (26,67%) fueron aptos para la donación y 44 (73,33%) fueron descartados. Las principales causas de descarte fueron: el acumulo de factores de riesgo cardiovascular (n=9; 15%), función renal sub-óptima (n=7; 11,67%), otras patologías médicas (n=6; 10%) y el no deseo de continuar con el proceso (n=6; 10%). Para el estudio, se requirieron 757 visitas [405 (53,50%) presenciales y 352 (46,50%) virtuales]. De estas, 341 (45,05%) fueron visitas con enfermería [145 (19,15%) presenciales y 196 (25,89%) virtuales], 258 (34,08%) con nefrología [68 (8,98%) presenciales y 190 (25,10%) virtuales], 44 (5,81%) con urología [25 (3,30%) presenciales y 19 (2,51%) virtuales] y 114 (15,06%) con otras especialidades como anestesia, cardiología, neumología, psicología, etc. Se realizaron 426 pruebas complementarias: 97 (22,77%) analíticas, 40 (9,39%) pruebas cruzadas, 39 (9,15%) ecografías abdominales, 34 (7,98%) electrocardiogramas, 32 (7,51%) holters de presión arterial, 28 (6,57%) tomografías computarizadas y 156 (36,62%) otras pruebas complementarias.

El análisis presentado corresponde al 14,16% (n=16 TRDV) de la actividad trasplantadora del centro de referencia.

Conclusiones:

Este estudio ha descrito las necesidades asistenciales en términos de número de visitas y exploraciones que requieren las personas candidatas a donantes de riñón. Se ha puesto de manifiesto que es un proceso complejo que solo supera el 25% de las personas que lo inician, debido principalmente a causas clínicas y/o el no deseo de continuar con el proceso. El rol de la enfermera gestora de casos adquiere gran relevancia al concentrar el 45% de las visitas que requiere el proceso de estudio.

Prevalencia de sarcopenia y obesidad en consulta de enfermedad renal crónica avanzada

“PREMIO SEDEN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA”

Alfredo José Sáenz-Santolaya, Patricia Rodríguez-Presa, Sonia Ruiz-Almería, Rodrigo Muñoz-Blázquez, Isabel M^a Ruperto-Jiménez, Laura García-Tubio

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) presentan mayor riesgo de desnutrición y sarcopenia debido a la sintomatología propia de la ERC, así como al aumento de edad de los mismos. Esto implica un aumento de fragilidad. En el diagnóstico de obesidad y sarcopénica confluye un aumento de masa grasa junto con una disminución de masa magra. La alta prevalencia de obesidad entre nuestros pacientes puede estar relacionado con un aumento de diagnóstico de sarcopenia entre los mismos.

Objetivo:

Valoración de la existencia de sarcopenia y obesidad en la población de la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA).

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal. Se realizó bioimpedancia multifrecuencia, se midió fuerza por dinamometría y los datos antropométricos en pacientes prevalentes de la consulta ERCA. Se recogieron parámetros de anemia, función renal, nutrición e inflamación.

Resultados:

Se estudiaron a 78 pacientes (73,1% varones). Edad 59 ± 14 (29-92) años. Etiología ERC: nefroangioesclerosis 37%, diabetes 30,1%, poliquistosis 12,3%. Presentaban ERC estadio 4 el 57,5%, estadio 5 el 42,5%. FG $18,8 \pm 8,2$ ml/min. IMC $28,3 \pm 5,8$ kg/m².

En el análisis composición corporal las mujeres tuvieron mayor masa grasa relativa que los hombres ($39,3 \pm 10,7\%$ vs $34,3 \pm 7,4\%$) ($p=0,03$) y menor índice de tejido magro (ITM) $11,2 \pm 1,3$ kg/m² vs $14,1 \pm 2,6$ kg/m² ($p=0,001$).

Según los criterios de la OMS: 34,7% tenían obesidad, 37,3% sobrepeso, 25,3% peso normal y 2,7% peso insuficiente.

La fuerza por dinamometría fue en varones $29,7 \pm 8,1$ kg y en mujeres $18,2 \pm 5,3$ kg con diferencias significativas ($p < 0,05$). El ITM en varones fue $14,1 \pm 2,7$ kg/m² y en mujeres $11,2 \pm 1,3$ kg/m² ($p < 0,0001$). La fuerza se correlacionó de manera positiva con el ITM ($p < 0,01$) y masa celular ($p=0,01$) e inversamente con edad ($p < 0,01$) y proporción de agua extra/intra ($p=0,05$).

Para valorar sarcopenia utilizamos los nuevos criterios del Consenso Europeo 2018 para fuerza, ITM y masa magra. Presentaban sarcopenia por dinamometría el 38,6% mujeres y 35,3% de los hombres (punto corte: mujeres < 16 kg y hombres < 27 kg). Estos pacientes tuvieron PCR más elevada ($p < 0,03$). Dentro de este grupo 26,3% eran obesos y 42,9% tenían sobrepeso. Ningún paciente cumplió criterios de sarcopenia por ITM y masa magra.

Conclusiones:

La prevalencia de sobrepeso/obesidad es elevada en la población con ERCA. Según los criterios 2018 de sarcopenia existe una prevalencia elevada por dinamometría pero no por ITM y masa magra. Estos resultados discordantes indican la necesidad de estudios específicos en esta población para valorar la pérdida de fuerza sin descenso ITM. El grupo de sarcopenia por dinamometría tuvo parámetros inflamatorios más elevados y en un porcentaje considerable de pacientes coexistía sarcopenia por dinamometría con obesidad/sobrepeso. El diagnóstico y tratamiento desde estadios iniciales de la enfermedad podría mejorar la morbimortalidad de los pacientes con ERC ya que permitiría plantear intervenciones educativas tanto dietéticas como de fomento del ejercicio de forma temprana.

Reactogenicidad e inmunogenicidad tras la inoculación de vacuna frente a SARS-CoV-2 en personal sanitario de diálisis

“PREMIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE INNOVACIÓN EN TÉCNICAS DIALÍTICAS, RESULTADOS EN SALUD”

Elena Guerrero, Concepción Pereira, David Hernán, Blanca Miranda, Lola Arenas, Marta Sanjuan

Unidades FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Madrid, Castilla-León y Galicia. España

Introducción:

La pandemia por SARS-CoV-2 acumula en España más de 3,5 millones de casos confirmados y más de 78000 muertes. Ser personal sanitario en activo supone, por sí mismo, un factor de riesgo elevado para contraer la infección. El contagio del personal sanitario produce un doble efecto sobre el Sistema Nacional de Salud; la escasez de personal activo capaz de hacer frente a la demanda sanitaria y el riesgo de contagio tanto al resto de personal sanitario, como a los pacientes que atienden. La realización de programas masivos de vacunación es la mejor herramienta disponible para enfrentar este problema. Los profesionales sanitarios han sido incluidos en el Grupo 2 de vacunación, según la Estrategia de vacunación española, y han sido vacunados de manera prioritaria.

Objetivo:

Evaluar la inmunogenicidad de las vacunas frente a SARS-CoV-2 en personal sanitario de diálisis, analizar las reacciones adversas presentadas tras la vacunación y la relación entre ambas.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, multicéntrico (7 unidades intrahospitalarias y 11 extrahospitalarias). Se vacunó al personal sanitario voluntariamente, con vacuna ARN (Pfizer/Moderna), realizándose una determinación serológica del recuento de anticuerpos totales anti proteína "S" (AU positivo >50) entre las 4 y 12 semanas posteriores. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario ad hoc online anónimo y voluntario. Los datos fueron procesados con el programa R versión 4.0.4.

Resultados:

Muestra de 167 sanitarios (80% mujeres y 20% hombres). La edad media es 41,1 años (+/-11,96) y el IMC medio 24,58 Kg/m² (+/-4,25). El 15% de ellos ha pasado la infección. El 96,4% de los profesionales vacunados han desarrollado anticuerpos con una media de 15.776 (+/-13.640) y una mediana de 12.558; destacando que aquellos profesionales que han pasado previamente la infección tienen un número promedio de anticuerpos significativamente mayor (23.532 vs 14.381) ($p=0,05$) que los que no la han sufrido. La presencia de síntomas asoció una mayor reactividad con títulos significativamente superiores de anticuerpos: cansancio presente en un 69% ($p=0,019$), cefalea en un 44% ($p=0,021$), fiebre en un 32% ($p=0,001$) o mialgias, en un 13,2% ($p=0,0001$). Existe, globalmente, una relación significativa entre presentar reacciones adversas y un mayor recuento de anticuerpos ($p=0,004$). No hubo diferencias significativas entre el recuento de anticuerpos correlacionado con sexos, edades, trabajar en unidades hospitalarias o extrahospitalarias, categoría profesional ni en el número de días transcurrido desde la última dosis de vacunación.

Conclusiones:

Los profesionales sanitarios de diálisis se han infectado el doble que la población general en España, corroborando que nuestro trabajo asistencial supone, per se, un factor de riesgo elevado. La efectividad de la vacunación para generar anticuerpos ha sido casi total, con una cifra superior a las referidas por diferentes estudios realizados en población general que ronda el 81-88%, por lo tanto, la vacunación en el personal sanitario ha sido eficaz. Además, parece existir una clara relación entre el hecho de haber pasado la infección previamente y una mayor reacción inmunológica, manifestada por una mayor sintomatología post vacunación y el desarrollo de mayor cantidad de anticuerpos.

Calidad de vida en cuidadores de personas dializadas y su relación con la sobrecarga percibida

Claudia Patricia Cantillo-Medina¹, Alix Yaneth Perdomo-Romero¹, Inna Elida Floréz-Torres², Claudia Andrea Ramírez-Perdomo¹

¹ Universidad Surcolombiana Huila. Colombia

² Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia

Introducción:

La Insuficiencia Renal Crónica es una de las enfermedades no transmisibles estrechamente ligada al envejecimiento y otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. La evolución de esta condición es lenta y continua en el tiempo, ocasiona deterioro progresivo de la función renal hasta la etapa terminal, donde la persona requiere terapias de reemplazo renal para mantener la vida.

El individuo en tratamiento dialítico por su complejidad clínica y psicosocial, presenta múltiples síntomas y complicaciones, desarrolla alteraciones en la capacidad funcional e independencia que incrementan la necesidad de apoyo de un cuidador, desde el inicio de la enfermedad hasta su muerte.

Los cuidadores asumen la responsabilidad de múltiples actividades de asistencia, soporte práctico en la terapia, apoyo emocional, en la toma de decisiones y trámites en los servicios de salud. En ellos se evidencia que la atención total o permanente hacia su familiar y las tareas domésticas se constituyen en acciones prioritarias; aspectos que les puede afectar la calidad de vida y llevar a experimentar sobrecarga.

Objetivo:

Describir la calidad de vida y su relación con la sobrecarga percibida en cuidadores de personas dializadas asistentes a dos unidades renales.

Material y Método:

Estudio descriptivo, cuantitativo correlacional de corte transversal, realizado entre el sexto bimestre de 2019 y el primer bimestre de 2020. Se empleó un muestreo por conveniencia. Participaron 120 cuidadores de personas dializadas en dos unidades renales. Para la recolección de la información de los cuidadores se utilizaron tres instrumentos: Ficha de caracterización de la diada cui-

dador-persona con enfermedad crónica, Calidad de vida del cuidador informal y la Escala de sobrecarga de Zarit, previo consentimiento firmado en las unidades renales o en los domicilios. Las variables no presentaron distribución normal con lo cual se procedió a realizar el análisis de asociación por medio del método Rho-Spearman.

Resultados:

Cuidadores principalmente mujeres (82,5%), grupo etáreo predominante entre 29 y 59 años. Las percepciones del bienestar en el marco de la calidad de vida evidenciaron que el 51,7% presentaron una percepción negativa en la dimensión física y 65% en la dimensión espiritual. El 57,5% percepción positiva en la dimensión psicológica y 55% en la dimensión social. De manera global el 50,8% de la población evidenció percepción negativa de su calidad de vida. El 54,2 % manifestó percepción de sobrecarga (ligera 20,8% e intensa 33,3%). Se evidencian asociaciones débiles entre: el bienestar social con el nivel de sobrecarga (0,562) a un nivel de significancia a dos colas del 0,01 y el bienestar físico con el nivel de sobrecarga (0,327).

Conclusiones:

Este estudio demostró percepción global negativa de la calidad de vida de los cuidadores relacionada con la percepción de sobrecarga, aspectos importantes de intervenir para aportar al mejoramiento de la percepción en las dimensiones física y espiritual y disminución de la percepción de la sobrecarga.

Diferencias de género en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos

Carme Camps-Fernández, Eva Barbero-Narbona, Ernestina Junyent-Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La hipertensión arterial (HTA) es una causa prevenible de enfermedades, daño orgánico y muerte y uno de los factores de riesgo cardiovascular modificable más trascendental. Conseguir su control previene la morbi-mortalidad en hombres y mujeres. En la consulta de enfermería de HTA y riesgo vascular (RV), la utilización de estrategias dirigidas a la prevención y la reducción del riesgo son esenciales e influyen en el control de la presión arterial (PA) en ambos géneros con meta terapéutica de cifras inferiores a 140/90.

Objetivo:

Analizar de forma comparativa según el género los resultados obtenidos en el control de la presión arterial en una unidad de HTA y RV.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo, entre enero-2018 y diciembre- 2020. Se incluyeron todos los pacientes procedentes de atención primaria derivados a la consulta de enfermería de HTA y RV.

Las mediciones de PA se recogieron en la primera y última visita de seguimiento anual, realizadas por la enfermera con tensiómetro automático validado, en brazo de referencia y con manguito adecuado. El valor resultante es la media de PA sistólica y diastólica de tres medidas con un minuto de separación entre ellas. El paciente sentado, espalda apoyada, piernas des cruzadas, sin estímulos ambientales, relajado, en silencio y reposo de 10 minutos.

Se utilizó la entrevista motivacional en las recomendaciones para la modificación del estilo de vida, instrucción en el conocimiento de la enfermedad y fármacos prescritos.

Se diseñó una base de datos para recoger la información y se analizó mediante SPSS-22.

Resultados:

Muestra de 323 pacientes, 44% (142) mujeres y 56% (181) hombres.

Media de PA sistólica inicial/final en mujeres: 137,7±21,1 vs 129,4±17,3 respectivamente ($p<0,0001$).

Media de PA sistólica inicial/final en hombres:

137,6±15,6 vs 131±14,6 respectivamente ($p<0,0001$).

Media de PA diastólica inicial/final en mujeres: 74,4±14,2 vs 73,1±13,8 respectivamente ($p=0,2$).

Media de PA diastólica inicial/final en hombres: 79,1±12,6 vs 76,2±12,5 respectivamente ($p=0,001$).

El % de mujeres/hombres con depresión: 33,8% vs 19,9% respectivamente ($p=0,005$).

El % de mujeres/hombres con ansiedad ≥ 4 : 60,6% vs 45,3% respectivamente ($p=0,007$).

Perfil mujeres:

- Media de edad 60,9±18,5 años, inmigrantes 24% (34), laboralmente activas 29,6% (42).
- Media Índice de Masa Corporal (IMC) 30,1±5,7 Kg/m², obesidad abdominal 83% (118), fumadoras 15,5% (22).
- Conocimientos cifras/complicaciones HTA: 40,8% (58) / 66% (93), auto medida de la PA 42,3% (60), adherencia farmacológica: 53% (75).

Perfil hombres:

- Media de edad 56±16,7 años, inmigrantes 22% (40), laboralmente activos 51,4% (93).
- Media IMC 29,4±5,2 Kg/m², obesidad abdominal 61,8% (112), fumadores 26,5% (48).
- Conocimientos cifras/complicaciones HTA: 38,1% (69) / 58,6% (106), auto medida PA 29,8% (54), adherencia farmacológica: 45,9% (83).

Conclusiones:

Las estrategias preventivas utilizadas para mejorar el estilo de vida, la adherencia farmacológica y los conocimientos, resultaron en un descenso significativo de la PA sistólica en ambos sexos. Sin embargo, el descenso de la PA diastólica solo fue significativo en hombres.

Las mujeres presentaron de forma significativa niveles más elevados de ansiedad y de depresión respecto a los hombres. Consideramos que es importante determinar acciones diferenciadas desde la perspectiva de género para mejorar dicho aspecto y el control de la PA. Cuidar el bienestar emocional y ofrecer soporte psicológico especializado, son objetivos de mejora en la atención de enfermería a las mujeres con hipertensión.

Incorporación de las técnicas counselling en la comunicación de malas noticias al paciente renal durante el proceso de hospitalización

Trinidad López-Sánchez, Susana Fuentes-Racero, M^a Luz Amoedo-Cabrera, Auxiliadora Luque Cremades

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

La comunicación de malas noticias durante el proceso de hospitalización origina un impacto emocional y vivencial en el paciente renal/familia dependiente no solo de la capacidad de su afrontamiento sino de la forma y manera en la que fueron informados dependiendo de la experiencia previa, formación o bagaje cultural del profesional.

El counselling constituye la habilidad de comunicación y actitud avanzadas que mediante la pregunta, reflexión y actitud empática analiza las necesidades, miedos y preocupaciones del paciente para que movilice sus propios recursos de afrontamiento y adaptación.

Con el objetivo general de aliviar el sufrimiento el objetivo específico es:

Dar a conocer e incorporar las técnicas counselling en la comunicación de malas noticias según los principios bioéticos de beneficencia y autonomía.

Material y Método:

Revisión sistemática en bases de datos: IBECs, MEDES, I-ME, ENFISPO, CUIDEN, COCHRANE LIBRARY PLUS, DIALNET, MEDLINE Y SCIELO de los términos Counselling y Counselling en salud con selección de aplicaciones y beneficios terapéuticos aplicables al plan de cuidados.

Población Diana: Pacientes/familiar con insuficiencia renal crónica en proceso de hospitalización.

Evidencia interna de enfermeros con más de 10 años de experiencia con formación básica en: técnicas cognitivo-conductuales de 3^o generación mindfulness y coaching en una relación empática deliberativa con diálogo y simetría moral.

Participación del paciente: análisis de las manifestaciones de sufrimiento en la entrevista /valoración inicial:

Análisis NANDA/NIC/NOC y revisión/selección taxonómica NIC para incorporar el procedimiento "Estrategia de Buckman" basada en técnicas counselling en los dominios 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés/10 Principios vitales.

Registro en el plan de cuidados y evoluciones según criterios NOC seleccionados: Equilibrio emocional, Aceptación del estado de salud.

Resultados:

Edición de sesión clínica interdisciplinaria bibliográfica con:

Contenidos:

- 1: "La falta de comunicación como factor conflicto en la relación con el paciente"
- 2: "Marco legal vinculado a la transmisión de malas noticias" la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente de Derechos y Obligaciones
- 3: Aprendizaje técnicas de counselling: Consejo asistido, asesoramiento, relación de ayuda, proceso interactivo que ayuda a reflexionar para tomar las decisiones adecuadas de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional.

- 4: Técnicas en counselling: Preguntar, Clarificar, Validar, Parafrasear, Confrontar,

Actitudes y habilidades necesarias: Empatía, veracidad/ congruencia y aceptación incondicional, Escucha activa, asertividad, baja reactividad, silencio.

Forma del mensaje: postura, la mirada, la cercanía física, tono de voz y el ritmo de las palabras, frases cortas, huyendo de tecnicismos sin culpabilizar ni falsas información o esperanzas.

ESTRATEGIAS ROLL-PLAY Buckman:

- 1: Preparar el contexto físico valoración del estado emocional: preguntas indirectas/escucha activa.
- 2: Averiguar cuanto sabe el paciente: técnicas apoyo narrativo para conocer gravedad percibida/afectación futura.
- 3: Averiguar lo que el paciente quiere saber preguntando información que puede asimilar con respeto a sus decisiones.
- 4: Compartir la información si así lo decide: conocer su proceso y establecer un diálogo terapéutico (incluir voluntades anticipadas)
- 5: Responder a sus sentimientos: destacan los silencios, la empatía no verbal y escucha activa.
- 6: Planificación y seguimiento del proceso con disponibilidad profesional y movilización de fuentes de apoyo

Conclusiones:

Las técnicas counselling nos permiten explorar y aliviar el sufrimiento de los pacientes renales con perfil de cronicidad y aflicción ayudando a disminuir la morbilidad psicológica ante la amenaza/incertidumbre de una mala noticia incrementando los recursos de afrontamiento internos y externos del profesional y paciente/familia en una interacción basada en la relación de ayuda.

Significado del cuerpo para las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis: revisión integrativa

Claudia Andrea Ramírez-Perdomo, Yesid Ferney Mamián-Trujillo, Kelly Andrea Rodríguez-Losado, Fabián Andrés Vargas-Tovar, Claudia Patricia Cantillo-Medina

Universidad Surcolombiana. Huila. Colombia

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica ha incrementado en los últimos años convirtiéndose en un problema de salud pública. La persona con insuficiencia renal crónica en diálisis enfrenta diversos procesos físicos, emocionales, familiares, sociales y económicos que se conjugan creando un momento dramático derivado directamente de la enfermedad y las terapias dialíticas. Ante este panorama cobra relevancia los efectos de la enfermedad sobre el cuerpo de la persona enferma, un cuerpo que debe ser visto alejado desde la postura reduccionista, hacia una comprensión sobre el cuerpo enfermo y su impacto en el mundo de la vida.

Objetivo:

Integrar los hallazgos de la literatura disponible acerca del significado del cuerpo para las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis.

Material y Método:

Se realizó una revisión integrativa de literatura según Whittemore y Knafl, teniendo en cuenta los siguientes pasos: identificación del problema, búsqueda en la literatura, evaluación de los datos, análisis de los datos y presentación. Para la búsqueda se emplearon las palabras claves, se realizó búsqueda en las bases de datos SCOPUS, Pubmed y Science Direct. Como resultado se obtuvieron 57 artículos; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, se encontró que 23 artículos cumplían con estos; mediante el uso de la herramienta CASPe, se revisó el cumplimiento de los criterios de calidad, dando como resultado final 6 artículos que cumplieron con los criterios propuestos para el estudio.

Resultados:

A partir de los artículos analizados, la información identifica 3 temas principales descritos a continuación: Tema 1: El cuerpo deteriorado, sintiéndose mal con el cuerpo; Tema 2: Experimentando los cambios en el cuerpo: afectando la sexualidad; Tema 3: Los accesos de diálisis: ocultarlo de la mirada del otro.

Conclusiones:

El cuerpo para las personas con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico asume diversas representaciones que hacen visible la magnitud de la enfermedad en su vida e impacta las relaciones con sus congéneres. Un cuerpo que aparece marcado por los accesos vasculares o la presencia de catéteres ocultos ante la mirada del otro, la enfermedad torna difícil la relación con la pareja, afectan su autoimagen y producen inseguridad. Ante este panorama la labor de Enfermería se torna compleja por lo tanto se requiere profundizar en la comprensión sobre los múltiples cambios que produce la enfermedad y las Terapias de Reemplazo Renal. Reconocer el significado del Cuerpo para este grupo de personas es importante para ayudarlos a adaptarse a los múltiples cambios que deben asumir ante la presencia de la enfermedad, disminuir el riesgo de estigmatización por parte la sociedad y evitar sentimientos desagradables como el disgusto y la falta de armonía con su imagen corporal.

Análisis del proceso de aprendizaje en diálisis peritoneal y los factores sociodemográficos desencadenantes de peritonitis

Sara Arranz-Arroyo, Sandra Peña-Blázquez, María Teresa Alonso-Torres, Ana Palomino-Martínez, Esther Franquet-Barnils

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

Introducción:

La diálisis peritoneal (DP) es un tratamiento ampliamente utilizado como terapia de sustitución renal. La peritonitis es una de las complicaciones más importante asociada a una incorrecta realización de la técnica; posible causa directa de morbilidad, fracaso y salida del tratamiento. Existen muchos factores que contribuyen a su aparición. Se sabe que la educación es un pilar fundamental para evitar esta complicación y garantizar el éxito del tratamiento. La responsabilidad del tratamiento se comparte; los pacientes son los principales 'actores' en su tratamiento y enfermería en la adquisición de sus competencias.

Objetivo:

Conocer la influencia de los factores sociodemográficos y del proceso de aprendizaje en la aparición de peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal.

Material y Método:

Estudio retrospectivo observacional realizado en una Unidad de Diálisis Peritoneal durante 6 años (2015-2020). La población de estudio incluyó 123 pacientes que entraron en programa de diálisis peritoneal, tras aplicar criterios de inclusión (mayor de 18 años, pertenecer al Centro hospitalario, haber recibido aprendizaje completo e iniciado tratamiento de DP con un mínimo de 1 mes), la muestra fue de 101 pacientes. Se recogieron variables sociodemográficas (género, edad, nivel educativo, situación laboral), proceso de aprendizaje (días y horas), ayuda del cuidador y clínico-asistenciales: modalidad dialítica: pudiendo ser diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) o diálisis peritoneal automatizada (DPA), permanencia en cada técnica (meses), aparición peritonitis, motivo de salida de programa.

El análisis fue realizado mediante programa estadístico SPSS Statistics versión 17.0. Se calcularon pruebas estadística descriptiva y análisis bivariado, frecuencias y porcentajes (variables cualitativas), medias y desviación estándar (variables cuantitativas). Se realizaron test de

student y la prueba de Chi², entre otros. Se asumió nivel de confianza 95% ($p < 0,05$).

Resultados:

Se incluyeron 101 pacientes: 61,4% hombres y 38,6% mujeres, edad media 59,3 años $\pm 13,40$. Adultos 60,4%. Estudios universitarios 28,7% y sin estudios 4%. Laboralmente activos 28,7% y jubilados 39,6%; apoyo cuidador 11%; Modalidad: 34,7% DPCA, 1% sólo DPCC, 58,4% ambas técnicas y 5,9% un intercambio DPCA. Tiempo en DP: 17,98 \pm 15,25 meses, por género: 18,31 \pm 14,642 mujeres y 17,17 \pm 15,774 meses hombres, tuvo una media superior en mujeres que en hombres ($p < 0,05$). Media tiempo aprendizaje: 11,14 \pm 6,408 DPCA y 4,19 \pm 4,527 días DPA y 7,36 DPA frente 14,21 (horas) DPA. Salieron del programa 73,3% (8,9% exitus, 46,5% TR, 16,2% HD, 1% traslado Hospital). El 29,7% realizaron peritonitis (14,9% DPCA, 12,9% DPCA y 2% ambas), 3% más de cuatro episodios (rango 5-8). De ellas, el 1% relacionadas con el catéter, 4% episodios recidivantes, 2% peritonitis repetición, no hubo recurrentes. Tasa global peritonitis: 0,23. El tipo de modalidad de DP tuvo probabilidad de padecer peritonitis ($p < 0,014$), ambas ($p < 0,009$). No se observaron diferencias significativas entre peritonitis y no peritonitis por razón de edad y sexo, aunque la media fue mayor en hombres que en mujeres y en > 65 años. Tiempo medio en DP: 28,73 \pm 18,3 peritonitis y 13,44 \pm 11,13 (meses) no peritonitis y motivo de salida ($p < 0,05$). Tiempo aprendizaje (horas) con peritonitis: 14,83 \pm 11,332 (DPCA) y 8,83 \pm 7,715 (DPA) y no peritonitis: 13,94 \pm 6,306 (DPCA) y 6,73 \pm 7,458 (DPA). Presentaron mayor peritonitis los jubilados y no universitarios sin significación estadística.

Conclusión:

Aparecieron más peritonitis en pacientes que necesitaron más tiempo de aprendizaje y tuvieron mayor probabilidad cuanto más tiempo permanecieron en DP.

Seis años de experiencia con diálisis peritoneal incremental

Débora Bonache, Kelly Romero, Ángeles Mayordomo, José Jesús Broseta, Manel Vera

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

La elección de diálisis peritoneal como opción terapéutica inicial de tratamiento sustitutivo renal continúa aumentando progresivamente. En los últimos años, la modalidad de diálisis peritoneal incremental, en la cual los pacientes inician diálisis con hasta 3 intercambios peritoneales diarios, ha tomado relevancia al estar directamente relacionada con el mantenimiento de la función renal residual, mejor preservación de la membrana peritoneal y como consecuencia, en una disminución de complicaciones tanto infecciosas como metabólicas y una mejor calidad de vida.

En nuestra unidad, desde el año 2015, y tras una valoración holística de cada paciente, hemos adoptado la diálisis peritoneal incremental como forma de inicio habitual porque promueve la individualización de la pauta de diálisis.

Objetivo:

Analizar la evolución de los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal incremental en nuestro centro.

Material y Método:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes incidentes tratados en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro centro entre enero del 2015 y diciembre del 2020 con diálisis peritoneal incremental.

Resultados:

La muestra resultante fue de 50 pacientes de los cuales un 40% inició diálisis peritoneal con un único intercambio diario, otro 40% inició con 2 intercambios y únicamente, el 20% restante con tres intercambios diarios. Durante el tiempo de seguimiento, el 16% de los pacientes aumentó el número de intercambios inicial y el 10% cambió a la modalidad de diálisis peritoneal automática para aumentar la dosis de diálisis.

El 54% de los pacientes no presentó episodios infecciosos directamente relacionados con la técnica.

El tiempo medio de permanencia en esta modalidad es de $18,6 \pm 9,1$ meses. Al finalizar el estudio, el 44% continúan en diálisis peritoneal incremental. El principal motivo de retirada del programa (32%) fue por trasplante de riñón de donante cadáver.

Conclusiones:

La diálisis peritoneal incremental es una técnica individualizada que permite obtener una adecuada eficacia del tratamiento.

Sellados con Meropenem como estrategia en la supervivencia del catéter de diálisis peritoneal

Janire Mayo-Alcerreca, Raquel Guinea-Pardo, Maite González-Manjón, Milagros Ferro-Villar, José Ignacio Minguela-Pesquera, Nerea Martínez-Sáez

Hospital Txagorritxu. Álava. España

Introducción:

Las peritonitis polimicrobianas de origen entérico suelen precisar la retirada del catéter de diálisis peritoneal (DP). También las peritonitis por bacilos gram negativos con mala evolución clínica. En un estudio de 2017 en PDI Abrahams AC et al publican su protocolo (Mero-PerRest protocol) que consiste en suspender DP durante 1 semana con sellado del catéter de DP con meropenem, con buena respuesta. Se basan en que la permanencia de líquido de DP favorece la persistencia de la infección en infecciones polimicrobianas de origen entérico o por bacilos gram negativos.

Objetivo:

Mostrar los resultados de los casos en los que hemos usado la suspensión temporal de DP y el sellado del catéter de DP con Meropenem.

Material y Método:

Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo, de nuestra experiencia con el uso de esta pauta en nuestro centro.

Pacientes: se incluyen todos los pacientes en los que se ha usado la técnica de suspensión temporal de DP y sellados del catéter DP con Meropenem.

Protocolo: Se suspende la DP por $\pm 7-10$ días, se pasa a Meropenem intravenoso y se sella el catéter de DP con 125 mg de Meropenem en 25 ml de suero fisiológico, cada día. Tras reiniciar DP se administra Meropenem intraperitoneal (i.p) 125 mg/L (aunque en dos casos los utilizamos en una dosis intermitente nocturna [500-1000 mg/noche]). En dos casos se añadió sellado de catéter DP con Tauro-lock urokinasa por ligera elevación de células tras reinicio de DP y administración de Meropenem i.p. (con cultivos estériles).

Se recogen datos de cultivos, recuentos celulares y evolución de los pacientes.

Resultados:

Se incluyen 5 casos en 4 pacientes (todos varones) de edad avanzada (75-85 años). Uno procedía de trasplante renal y los otros 3 inicios de tratamiento renal sustitutivo en DP con un tiempo en DP desde 1 mes hasta 5 años.

En cuatro casos eran peritonitis polimicrobianas de origen entérico con reaparición de líquido turbio justo al acabar el tratamiento o intra-tratamiento, con aislamiento de nuevos gérmenes o mala evolución. El último caso fue una peritonitis monobacteriana por bacilo gram negativo de origen entérico (E.coli) con ausencia de respuesta a Ceftazidima i.p a pesar de ser sensible y empeoramiento clínico. La respuesta fue favorable en todos ellos.

El primer caso, era un paciente muy frágil que justo al finalizar el tratamiento tuvo crisis convulsivas, con mala respuesta a tratamiento anticonvulsivo, por lo que se decidió parar la diálisis unos días después de haber finalizado el tratamiento antibiótico, estando con líquido claro. El resto no tuvieron ninguna complicación y continuaron en DP sin recidiva de la peritonitis.

Conclusiones:

La suspensión temporal de la DP con sellados de catéter por Meropenem puede evitar la retirada del catéter de DP en peritonitis polimicrobianas de origen entérico o por bacilos gram negativos con mala evolución.

Efectos de la valoración continuada y educación enfermera en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que inician terapia renal sustitutiva

Graciela Álvarez-García, Carmen Sellán-Soto, Amelia Rodríguez-Nogueiras, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Introducción:

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se ha convertido en un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia, prevalencia y morbimortalidad asociada.

La finalidad de las consultas de Enfermedad Renal Crónica es potenciar los autocuidados y autonomía del paciente en las diferentes fases de la enfermedad, facilitando su adaptación a los cambios que preceden a la progresión de la enfermedad, evitando las posibles complicaciones que pueden surgir de la entrada no programada en tratamiento renal sustitutivo (TRS).

La valoración continuada integral es muy importante en la preparación al paciente para la entrada programada en TRS.

El rol educativo que cumple la enfermera de la unidad ERCA es crucial para potenciar el autocuidado y capacitar al paciente para la toma de decisiones en la libre elección de la TRS.

Objetivo:

Analizar los efectos de la valoración continuada y la educación enfermera en los pacientes que inician terapia renal sustitutiva.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo transversal sobre una muestra de 180 pacientes de la consulta de ERCA.

Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos: en el momento de la elección de la TRS.

Variables sociodemográficas y clínicas: Edad, sexo, diabetes, comorbilidad (el Índice de Charlson).

Valoración de la dependencia (Índice de Barthel).

Valoración de la fragilidad (el Índice de Fried).

Variables analíticas: Función renal (FG por CKD-EPI)

Anemia: Hemoglobina, transferrina.

Estado nutricional: Albúmina, pre-albúmina.

Estado inflamatorio: Proteína C reactiva (PCR), linfocitos

Otros datos: Si ha recibido seguimiento y educación por la enfermera, número de visitas de educación previas a la toma de la decisión y la opción de TRS elegida por el paciente.

Resultados:

La media de edad de la muestra 71,4±12,11 años, el 67,2% hombres y el 42,3% mujeres. Del total el 30,3 % diabéticos. La media del índice de Charlson 6,58±1,23.

La media del I. Barthel de 96,42±7,21.

Hemos encontrado diferencias entre distintos parámetros: el filtrado glomerular, hemoglobina, transferrina, albúmina, pre albúmina y PCR, en aquellos pacientes que han estado en seguimiento continuado.

El 75% de los pacientes han estado en seguimiento en la unidad ERCA y recibió educación previa a la elección del TRS.

Elección final de las diferentes opciones de TRS: el 54% eligió hemodiálisis en centro, el 38% diálisis peritoneal, el 5% hemodiálisis domiciliaria, el 2% trasplante renal de donante vivo y el 1% tratamiento conservador.

Un 78% de los pacientes necesitaron 2 visitas de educación previa a la toma de decisión de la opción de TRS y un 22% 3 visitas.

Conclusión:

Los pacientes con seguimiento continuado en la consulta de ERCA, presentaron mejores parámetros de nutrición, inflamación y hemoglobina.

Es imprescindible identificar y abordar tempranamente los factores modificables que influyen negativamente en la preparación física y mental del paciente, previo inicio de TRS.

La educación estructurada por la enfermera, ha reflejado un equilibrio en la distribución de porcentajes de las técnicas de diálisis elegidas y un aumento de la entrada programada en TRS.

Hiperhidratación en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: utilidad de la bioimpedancia en su control

Alfredo José Sáenz-Santolaya, Pilar Rodríguez-Gayán, María Begoña Bermejo-Yunquera, Yolanda Varona-Sastre, Sonia García-Estévez, Virginia Garzón-Agenjo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

La valoración del estado de hidratación de los pacientes en consulta enfermedad crónica avanzada (ERCA) es, en muchas ocasiones, compleja siendo aconsejable la utilización conjunta de diversas herramientas. La bioimpedancia (BIA) se utiliza ampliamente en la población en diálisis. Esta herramienta unida a la exploración física puede ser un elemento de ayuda en el control de la sobrehidratación.

Objetivo:

Valorar el estado de hidratación en una población de la consulta ERCA mediante bioimpedancia.

Material y Método:

Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó BIA multifrecuencia y revisión de parámetros de anemia, función renal y nutrición a pacientes de la consulta ERCA que acudían a control analítico rutinario. Para valorar hiperhidratación extracelular se calculó sobrehidratación relativa (cociente sobrehidratación/agua extracelular x100) y se establecieron dos puntos de corte > 10% y >15% según datos de la literatura.

Resultados:

78 pacientes (73,1% varones). Edad 59 ± 14 (29-92) años. Etiología ERC: nefroangioesclerosis 37%, nefropatía diabética 30,1%, poliquistosis 12,3%, glomerulonefritis crónica 6,8% y nefropatía intersticial 6,8%. Presentaban ERC estadio 4 un 57,4% y estadio 5 un 42,5%. Filtrado Glomerular $18,8\pm 8,2$ ml/min. El 52,1% eran diabéticos y 35,6% tenían antecedentes de insuficiencia cardiaca congestiva. El 80,9% tomaban algún diurético.

La media de sobrehidratación fue $1,2\pm 1,5$ litros y la sobrehidratación relativa $6,8\pm 7,8\%$. Presentaban hiperhidratación según punto de corte sobrehidratación relativa >15% un 14,9% de los pacientes y según punto de corte >10% un 36,5%.

Los pacientes hiperhidratados según punto de corte >15% tuvieron menores valores de hemoglobina ($p=0,02$), albumina ($p<0,001$) y uricemia ($p=0,03$), y mayores de potasio ($p<0,005$) respecto a los no hiperhidratados.

Conclusión:

La valoración correcta del estado de hidratación del paciente ERCA es compleja en muchas ocasiones y fundamental para intentar mantener una situación de euvolemia con el fin evitar las complicaciones derivadas de la sobrehidratación. La población de la consulta ERCA en nuestro medio tiene una prevalencia elevada de hiperhidratación (variable según consideramos un 10 o un 15% de sobrehidratación relativa). La sobrehidratación también se relaciona con un peor estado nutricional, con una disminución significativa de la albumina ya sea por dilución de la muestra o por un mal estado general. La BIA es una herramienta útil y complementaria para su diagnóstico, que además al aportar una cifra concreta de sobrehidratación, puede ayudar a nuestros pacientes a concienciarse y a valorar correctamente la magnitud del problema, mientras que a los profesionales puede facilitarles su labor a la hora educar en una ingesta hídrica y de sodio adecuada así como al transmitir la importancia de las complicaciones derivadas de un estado permanente de sobrehidratación.

Impacto de la educación enfermera en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada sobre la libre elección de la terapia renal sustitutiva

Graciela Álvarez-García, Carmen Sellán-Soto, Amelia Rodríguez-Nogueiras, Miguel Ángel Moral-Caballero, Ángel Nogueira-Pérez, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción:

Uno de los objetivos de las Unidades de enfermedad renal crónica (ERCA) es la preparación y la educación al paciente para favorecer la libre elección y la entrada programada en la terapia renal sustitutiva (TRS) de elección.

El abordaje de los pacientes con ERCA debe plantearse desde un enfoque multidisciplinar.

Se recomienda la referencia precoz a la unidad de ERCA al menos de 3 a 6 meses antes de iniciar TRS.

La enfermera de la unidad ERCA tiene un papel clave por la influencia que ejerce en la educación sanitaria y en la orientación terapéutica que proporciona a estos pacientes, para garantizar los conocimientos adecuados, fomentar el autocuidado, adhesión al tratamiento y facultarlos para elegir libremente, la modalidad de TRS que mejor se adapte a su estilo de vida, necesidades y capacidades.

Objetivo:

Analizar el impacto de la educación enfermera en la consulta de ERCA sobre la libre elección de la terapia renal sustitutiva.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo transversal, de una muestra de 180 pacientes procedentes de la consulta ERCA, que eligen modalidad de TRS.

Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos: Edad, sexo, comorbilidad, y función renal en el momento de la elección de TRS.

Otros datos recogidos:

Tiempo en seguimiento en la unidad ERCA, proceso educativo recibido, número de vistas necesarias para tomar la decisión, opción terapéutica inicial y final elegida.

Se creó un protocolo de referencia en la consulta ERCA sobre el proceso de educación en las opciones de TRS.

Resultados:

La x de edad $71,4 \pm 12,11$ años, de los cuales el 67,2% hombres y el 42,3% mujeres. La media del índice de Charlson $6,58 \pm 1,23$.

Del grupo valorado el 66% ha estado en seguimiento más de 6 meses en la consulta ERCA de enfermería. El 5,6% seguimiento durante 3-6 meses, 2,2% seguimiento durante 1-3 meses, 10,6% seguimiento menor a 1 mes y 15% sin seguimiento por la enfermera en ERCA.

Filtrado Glomerular Medio (CKD-EPI) al inicio de la educación fue de $14,2 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.

El 85% de los pacientes recibieron educación previa a la entrada en TRS.

Se han realizado 405 visitas educativas.

El 78% de los pacientes necesitan dos visitas para decidir, el 21% tres, 1% cuatro.

Elección final de las diferentes opciones de TRS: el 54% eligió hemodiálisis, el 38% diálisis peritoneal, el 5% hemodiálisis domiciliaria, el 2% trasplante renal de donante vivo y el 1% tratamiento conservador.

Conclusiones:

El proceso de educación, por la enfermera de la consulta de ERCA, es imprescindible como parte de la preparación al paciente y favorecer la entrada programada en TRS.

La derivación a la consulta de ERCA debe ser considerada con tiempo suficiente para poder preparar, educar y capacitar al paciente para la libre elección de la TRS, de forma autónoma, acorde a sus valores y preferencias.

Un programa educativo y estructurado ha reflejado un equilibrio en la libre elección de las diferentes opciones de TRS y mayor probabilidad de escoger una modalidad de autocuidado como son las técnicas domiciliarias.

Importancia de un equipo interdisciplinar en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Factores que influyen en la toma de decisiones sobre tratamiento renal sustitutivo

Marisol Fernández-Chamarro, Eva Barbero-Narbona, Isabel Galcerán-Herrera, Silvia Collado-Nieto, María Dolores Arenas-Jiménez, Marta Crespo-Barrio

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La toma de decisiones en la elección del tratamiento renal sustitutivo (TRS) o tratamiento conservador (TC) es un proceso en el que intervienen factores relacionados con aspectos de salud del paciente y otros relacionados con su estilo de vida, valores, tendencia y su entorno. Además, los determinantes sociales, económicos, culturales y medioambientales explican más del 75% de los resultados en salud por lo que probablemente influyen en la toma de decisiones en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y generan desigualdades en el acceso al TRS.

Objetivo:

Analizar los factores que influyen en la toma de decisiones en ERCA y en el acceso a TRS.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo de 673 pacientes que han pasado por el proceso de toma de decisiones liderado por enfermería y por la consulta ERCA entre 2009-2020 de nuestro Hospital. Se identificaron factores que pueden influir en esta decisión: edad, sexo, grado de dependencia a las actividades básicas o instrumentales diarias, nacionalidad, barrera idiomática, entorno socioeconómico y el acceso tanto a la consulta ERCA como al TRS.

Resultados:

De los 673 pacientes, 402 (59,7%) eligen hemodiálisis (HD), 160 (23,8%) diálisis peritoneal (DP) y 111 (16,5%) TC. La edad media fue de $69,9 \pm 14,07$ años, 62,3% varones. Los pacientes en DP tenían una mayor opción de trasplante de vivo que los que elegían HD (23,8% vs 2,0%, $p < 0,001$). Ciento once (16,6%)

eran de otras nacionalidades y, de estos, 42,5% tenían barrera idiomática. 138 (26,4%) tenían un nivel socio-económico bajo y, de éstos, sólo un 18% eligieron DP.

La elección de HD frente a DP se relacionó con: nivel socioeconómico bajo (45,2% vs 28,7%, $p < 0,001$), mayor grado de dependencia (puntuación escala Barthel: $93,0 \pm 11,7$ vs $97,1 \pm 7,3$, $p < 0,001$), la nacionalidad extranjera (23,4% vs 9,4%, $p < 0,001$) y la barrera idiomática (45,7% vs 13,3%, $p = 0,01$). El tiempo de seguimiento en la consulta ERCA de los pacientes de otras nacionalidades es más corto (extranjeros $22,3 \pm 2,2$ meses vs españoles $32,2 \pm 1,2$ meses, $p = 0,0001$), acceden más tarde (filtrado glomerular en la primera visita ERCA: $19,08 \pm 7,7$ ml/min/1,73 m² vs $21,3 \pm 6,6$ ml/min/1,73 m², $p = 0,002$) y existe un mayor número de pérdidas de seguimiento (9,7% vs 3,8%, $p < 0,001$). También tienen más riesgo de iniciar TRS, en concreto HD, por síntomas urémicos (26,5% vs 12,2%, $p = 0,04$) y 35,6% tenían antecedentes de ICC. El 80,9% tomaban algún diurético.

Conclusiones:

Los factores sociodemográficos y socioeconómicos influyen en la elección del TRS y en el acceso al TRS.

Estos resultados justifican un equipo y una valoración interdisciplinar desde la entrada en la consulta ERCA para que éstos pacientes accedan al mejor tratamiento y en las mejores condiciones.

Enfermería lidera esta coordinación entre diferentes profesionales, coordina la comunicación entre diferentes niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria) y colabora activamente en el desarrollo de un programa mentoring (incluyendo la figura mentor intercultural).

Análisis cuantitativo del impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis

Ana Casaux-Huertas, Juana Elisabeth Cabrejos-Castillo, Nuria Pascual-Aragonés, Marta Moreda-Díaz Pavón, Eva M^a Carrera-Rodríguez, David Hernán-Gascuña

Unidades FRIAT (Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo). Madrid, Castilla-León y Galicia. España

Introducción y Objetivos:

Los pacientes en hemodiálisis (HD) pasan una media de unas 12 horas semanales en los centros donde reciben tratamiento. El papel de la Enfermería Nefrológica en el cuidado de estos enfermos se torna fundamental, ya que abarca aspectos tanto técnicos como psicosociales. Por tanto, el objetivo principal de este trabajo fue analizar la satisfacción percibida de los pacientes y los profesionales sanitarios de una serie de unidades de HD en España tras la implementación de medidas de humanización.

Material y Método:

Se llevó a cabo un estudio analítico longitudinal prospectivo cuasiexperimental con grupo control histórico realizado a pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo renal de tipo HD. La recogida de datos se realizó en un periodo de 9 meses comprendido entre agosto de 2019 y septiembre de 2020 en 16 Unidades de Hemodiálisis de España.

Algunas de las intervenciones que se implementaron para lograr la humanización de las unidades fueron:

- Acogida en la unidad previa a la primera diálisis.
- Acceso de familiares a las diálisis: acompañar en diálisis.
- Organización de mini-talleres formativos durante la sesión.
- Celebraciones: felicitación de cumpleaños, eventos de Navidad.
- Carta de duelo a familiares.

Para la recogida de datos se emplearon cuestionarios autoadministrados tipo Likert, uno de ellos para la "valoración de los pacientes de la atención humanizada" y el otro para la "valoración de los profesionales de la atención humanizada".

Resultados:

En cuanto a los resultados obtenidos en los cuestionarios cabe destacar que, tras la implantación de las intervenciones, el número de pacientes que considera que el personal siempre les informa sobre los procedimientos que se realizan en la sesión de HD aumentó de forma significativa ($p=0,043$). Asimismo, los pacientes consideran que el personal sanitario siempre conoce sus gustos y se preocupa por conocer sugerencias para mejorar su bienestar.

Los datos obtenidos respecto al acompañamiento en diálisis merecen especial mención, donde se observó que un 62,4% de los pacientes consideran importante que pueda entrar algún familiar o persona cercana durante la sesión, no obstante, solo en el 39,2% de los casos esto fue posible, entre otras causas debido a la pandemia mundial Covid-19.

En lo referente a los cuestionarios de los profesionales, estos consideran que es necesaria la formación en el ámbito de la humanización y creen que sería conveniente mejorarla en las unidades de HD.

Conclusiones:

La acogida del proyecto ha sido muy buena tanto por parte de los pacientes como de los profesionales que trabajan en los centros de HD y así se refleja en los cuestionarios recogidos. Se ha visto un incremento estadísticamente significativo en la satisfacción de los usuarios respecto a la información obtenida por los profesionales, la cercanía de estos y, aunque la comparación pre y post intervención no resultó significativa, se registraron valores muy positivos respecto al trato que reciben los pacientes y la comodidad de estos en los centros.

Análisis de las variaciones de glucemia según la ingesta intradiálisis en pacientes diabéticos en hemodiálisis

Marina Burgos Villullas, Ana María Sacristán Román, Elena Guerrero Rodríguez

Centro FRIAT (Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo). Los Pinos. Valladolid. España

Introducción:

La Diabetes Mellitus es la principal causa de enfermedad renal crónica. Los pacientes diabéticos en tratamiento de hemodiálisis presentan un notable incremento de la morbimortalidad cardiovascular.

El estado inflamatorio del paciente con enfermedad renal crónica, junto con el gasto energético que supone una sesión de hemodiálisis puede producir variaciones de los niveles de glucosa en sangre hasta provocar complicaciones como la hipoglucemia. Habitualmente, en nuestros centros se proporcionaba alimentos a los pacientes durante la sesión de hemodiálisis, pero durante la pandemia de SARS-CoV-2 se eliminó la ingesta intradiálisis como medida de prevención del contagio, lo que nos planteó realizar el análisis comparativo de las variaciones de glucemia antes y después de implantar esta medida.

Objetivo:

- Analizar y comparar las variaciones en los niveles de glucosa en dos periodos, uno de ellos con ingesta intradiálisis y otro sin ella.
- Valorar los beneficios o complicaciones de la ingesta durante la sesión de hemodiálisis y su relación con el control de la glucemia en los pacientes diabéticos.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, utilizando como muestra los niveles de glucemia de 22 pacientes diabéticos de dos centros extrahospitalarios de hemodiálisis durante 8 meses, dividiéndolo en dos periodos entre los años 2019 y 2020. Se analizaron un total de 2.104 sesiones: 1.036 sesiones en las que los pacientes ingerían alimentos intradiálisis y 1.068 sesiones sin comer durante la diálisis. Para llevar a cabo dicho análisis, se utilizó el paquete Excel 2010. En cada sesión, se analizó el porcentaje de variación de la glucemia antes y después del tratamiento, así como el

promedio de variación de cada paciente. Las glucemias se obtuvieron al comenzar la sesión y justo antes de terminar, extrayendo sangre de la línea arterial del circuito sanguíneo y analizada con el equipo de glucemia de la marca "ACME". Cada paciente es un control de sí mismo en los dos periodos. Tras el análisis de los valores de glucemia se llevó a cabo la comparación de la tasa de variación entre ambos periodos.

Resultados:

Tras el análisis de los datos, el 100% sufría descenso de la glucemia durante la hemodiálisis sin ingesta, frente al 66,6% en el periodo en el que si se ingerían alimentos.

Aunque ambos promedios de variación fueron negativos, el descenso de la glucemia en las sesiones con comida fue del -4%, frente al -26% de las sesiones sin ella. Durante el periodo con ingesta los porcentajes de variación oscilaron entre el 30% y el -36%; mientras que en el periodo sin ingesta todos sufrieron variaciones negativas, abarcando entre el -5% y el -51%. Sólo 3 pacientes necesitaron rescate con 3,3 g de Glucoce-min intradiálisis por hipoglucemias durante el periodo sin ingesta.

Conclusiones:

- Se observa una disminución de los niveles glucemias en todos los pacientes durante el periodo sin ingesta.
- Se percibe que la disminución de los niveles de glucemia durante la sesión es más pronunciada en el periodo sin ingesta.
- La ingesta intradiálisis sugiere ser más beneficiosa para el paciente diabético en tratamiento renal sustituto.

Asociación entre síntomas gastrointestinales y síndrome malnutrición-inflamación de pacientes en hemodiálisis. Papel de enfermería en la valoración de estos síntomas

Miriam Calvo-Báscones, Sara Hussein-Cobos

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción:

La prevalencia de insuficiencia renal crónica ha aumentado considerablemente en los últimos años. Los síntomas gastrointestinales asociados a la uremia juegan un papel importante en la inducción de la malnutrición urémica. La dispepsia supone una mayor causa de morbilidad y puede tener un impacto considerable en la calidad de vida de estos pacientes. A pesar de ello, este tema ha sido muy poco estudiado y su etiología es desconocida.

Objetivo:

Definir la frecuencia de dispepsia en pacientes en hemodiálisis, su asociación con la acumulación de citoquinas pro-inflamatorias, su repercusión en el estado nutricional y la calidad de vida y el papel de enfermería en la valoración de estos síntomas.

Material y Método:

Se han utilizado diversas escalas de valoración de síntomas gastrointestinales, anorexia, estado nutricional, calidad de vida y autonomía. También se han realizado determinaciones analíticas de marcadores nutricionales, inflamatorios y péptidos gastrointestinales asociados a la motilidad del aparato digestivo superior.

Resultados:

La frecuencia de dispepsia en la muestra de pacientes en hemodiálisis fue del 89%. Se ha encontrado correlación entre la presencia de síntomas como dispepsia y anorexia, marcadores inflamatorios (TNF- α e IL(-)6), la Colecistoquinina y peor calidad de vida de los pacientes estudiados.

Conclusión:

Los resultados obtenidos sugieren que la existencia de las moléculas pro-inflamatorias analizadas en el estudio es un factor importante en la inducción de síntomas gastrointestinales y el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Por todo ello, la enfermería juega un papel clave en la evaluación de estos síntomas para realizar un diagnóstico temprano y un seguimiento e intervención oportunos.

Calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Laura Pulido-Agüero¹, Beatriz González-Toledo², Francisca Pulido-Agüero¹, Juan Francisco Pulido-Pulido¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

² Unidad FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo) del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

Introducción:

La calidad de vida relacionada con la salud, ha adquirido cada vez más importancia en la salud pública como reflejo de la calidad de los tratamientos y resultados. La calidad de vida es uno de los aspectos importantes a abordar en pacientes con Hemodiálisis como terapia de remplazo renal y entender cómo influye en lo que la persona considera calidad de vida.

Objetivo:

Conocer la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento Hemodialítico.

Material y Método:

Se trata de un estudio de metodología cualitativa descriptiva de carácter fenomenológico, realizado con un muestreo intencional, complementado por bola de nieve. La técnica de recogida de datos se ha realizado con entrevistas a 10 pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento en Hemodiálisis, con más de seis meses de tratamiento y una edad comprendida entre cuarenta y ochenta años. El análisis de datos se ha realizado siguiendo los criterios propuestos según Lincoln y Gubba.

Material y Método:

Los participantes significan la calidad de vida cómo "No estar enfermo, ser independiente y en general "estar bien". Se agruparon en 5 categorías• Calidad de vida: la definen como "buena para su patología" relacionado con: - Líquidos: todos lo pasan o lo han pasado muy mal con las restricciones de agua y en mayor cantidad aquellos que no hacen una dieta estricta sin sal. - Dieta: Tienen muy claro lo que pueden y no pueden comer, especialmente aquellos alimentos más restringidos

que contienen potasio y sodio, que deben evitarlos para evitar posibles consecuencias y en general encontrarse mejor, refieren haber recibido bastante información de la dieta y la inmensa mayoría cuando tiene alguna duda recurre a las enfermeras. Les dificulta ir a restaurantes más que a fiestas familiares. • Influencia del tratamiento en: - Su vida: dicen estar adaptados, "acostumbrados", cuanto más tiempo llevan, afectándoles más el transporte si cabe. - Físico: refieren estar más delgados y "notan envejecer más rápidamente". - Laboral: todos menos uno tuvieron que dejar el trabajo. - Actividad social: todos menos dos están demasiado cansados para mantenerla y les dificulta el viajar a zonas sin centro de diálisis descartando el extranjero. • Conocimiento de la enfermedad: conocen y saben que les ha causado la enfermedad, el tratamiento farmacológico, la hemodiálisis y el acceso vascular, mejorando tras la apertura de la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada. • Afrontamiento: el inicio del tratamiento fue malo y duro mejorando con el tiempo e intentan llevarlo lo mas "normal" posible. La mayoría no hablan de la enfermedad con otras personas. • Percepción rol enfermero: se sienten muy satisfechos con el trabajo de enfermería y con la comunicación con el equipo, consideran que el tratamiento es de la máxima calidad y reclaman "ayuda psicológica".

Conclusiones y Discusión:

Presentan un deterioro de las funciones mental, física, espiritual y laboral; lo que influye directamente en su interacción social, familiar y en la percepción propia sobre la vida y la calidad de vida esperada. Tienen una calidad de vida regular, y se ve afectada debido a que los cambios en su estilo de vida están asociados al tratamiento.

Características de los catéteres venosos centrales en pacientes de hemodiálisis de una unidad extrahospitalaria

Elena Guerrero, Bárbara Alonso, Ignacio Escanes, Iris Rubio, Alexandra Blázquez, Carolina Arnaiz

Centro FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Los Llanos II-Getafe. Madrid. España

Introducción:

El tratamiento de hemodiálisis requiere de un acceso vascular para su realización. El acceso vascular de primera elección es, según indica la "Guía Clínica Española de Acceso Vascular para Hemodiálisis", la fístula arterio-venosa, pero el aumento de pacientes añosos en las unidades de hemodiálisis, la presencia de pluripatologías y las complicaciones vasculares que presentan, han provocado que aumente el porcentaje de pacientes que requieren de un catéter venoso central (CVC) para poder recibir su tratamiento. El avance de la tecnología médica ha permitido desarrollar nuevos diseños de CVC que facilitan su colocación y permiten alcanzar flujos sanguíneos elevados, lo que favorece la obtención de dosis de diálisis adecuadas, mejorando así su calidad de vida.

Objetivos:

Realizar una revisión de las características que presentan los catéteres venosos centrales de nuestra unidad, con el fin de conocer sus especificaciones: posición, modelo, calibre, longitud, material y situación de la punta según control radiográfico.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La recopilación de las variables se realizó analizando historias clínicas electrónicas Nefrosoft y Selene; los investigadores realizaron, además, un reconocimiento in situ de cada catéter, incluyendo la toma de imágenes de los mismos.

Resultados:

El 43,6% de los pacientes de nuestra unidad se dializan a través de CVC, analizamos un total de 34 catéteres. El 88% se encuentra ubicado en la vena yugular derecha, el 9% en la vena yugular izquierda y el 3% en la vena subclavia derecha. En cuanto a la marca y modelo más utilizados, destaca que disponemos de 9

modelos diferentes, siendo los de mayor prevalencia: Duramax de Angiodynamics (56%), Smooth Flow de Joline (18%), el Hemosplit de BARD (12%). Todos los catéteres estudiados están fabricados con poliuretano y son de diseño de doble luz. Respecto al calibre de los mismos el 73% son 15,5 Fr y el 27% restante 14,5 Fr y su longitud oscila entre los 19-32 cm, siendo los más utilizados de 19 cm (26%), 24 cm (23%) y 28 cm (30%) cm respectivamente. En relación a la posición de punta del catéter, el 56% muestran la punta ubicada en aurícula derecha, un 26% en vena cava superior y un 3% en vena cava inferior. Cabe matizar que, en un 15% de los catéteres de la unidad, no disponíamos de radiografía de tórax postinserción, por lo que no se pudo valorar este dato.

Conclusiones:

La mayor parte de los catéteres estudiados están localizados en vena yugular interna derecha, lo que coincide con la recomendación de la guía de acceso vascular para hemodiálisis. Pese a tratarse de una muestra pequeña, disponemos de una gran variedad de modelos, todos ellos fabricados con poliuretano lo que facilita el uso de una solución antiséptica única para su desinfección, en nuestro caso, antiséptico de base acuosa. Más de un tercio de los catéteres difiere de las recomendaciones de la guía, ya sea por tener una longitud superior o inferior, o porque la punta está ubicada en una posición diferente a la recomendada, ambas circunstancias pueden relacionarse con una mayor disfunción del catéter.

Clasificación funcional del paciente muy anciano en hemodiálisis y su influencia en la individualización del tratamiento

M^a Luz Sánchez-Tocino¹, Mónica Pereira-García², Silvia Villoria-González¹, Antonio López-González³, Marcos García-Olegario², Ana María de Alba Peñaranda²

¹ Centro de hemodiálisis FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Las Encinas. Salamanca. España

² Unidad FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

³ Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

Introducción:

La edad de los pacientes en hemodiálisis está aumentando. Presentan un mayor deterioro de su capacidad para realizar sus actividades diarias, es decir su funcionalidad. El fin de la diálisis es mejorar el estado y la calidad de vida del paciente, por lo que la funcionalidad se tiene en cuenta a la hora de prescribir una pauta de diálisis. Las principales escalas que miden funcionalidad son nutrición, fragilidad, dependencia y comorbilidad.

Objetivo:

Conocer la situación de la funcionalidad en los pacientes muy ancianos en hemodiálisis para categorizar nuestra población y poder adaptar e individualizar su tratamiento.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, realizado en febrero de 2019 a 60 pacientes mayores (75-95 años) de 3 unidades extrahospitalarias en tratamiento con hemodiálisis crónica. Se midieron: a) Comorbilidad mediante escala de CHARLSON, con punto de corte alta comorbilidad (>3 puntos). b) Escala de nutrición MISS, diferenciando extremadamente desnutrido (<10 puntos); desnutrición muy severa (>7-10 puntos); desnutrición moderada-severa (>5-7 puntos); desnutrición leve-moderada (>2-5 puntos); normonutrido (<2 puntos). c) Escala de dependencia Barthel, determinando independiente (100 puntos); dependencia leve (91-99 puntos); dependencia moderada (61-90 puntos); dependencia severa (21-60 puntos); dependencia total (<20 puntos). d) Escala de fragilidad FRAIL, no fragilidad (0 puntos); prefrágil (de 1-2 puntos); frágil (>3 puntos). Programa estadístico SPSS Statistics V20. Se presentaron las variables cuantitativas media y desviación estándar y las cualitativas, mediante cifras absolutas y porcentajes. Se utilizó la t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas y test

Chi cuadrado para cualitativas. Significación estadística p menor o igual 0,05.

Resultados:

De los 60 pacientes, el 68% (41) fueron hombres, edad media 81,85±5,58 años y tiempo en HD 49,88±40,29 meses. Etiología de la enfermedad renal fue: diabetes mellitus (28%), enfermedad renal no filiada (22%), nefroangioesclerosis (20%), nefritis intersticial (7%), glomerulonefritis (5%) y otros (8%).

Las medias de valores de las cuatro escalas de funcionalidad analizadas fueron: para MISS 6,01±3,80 puntos clasificándose 8 (13%) pacientes normonutridos, 24 (40%) con desnutrición leve-moderada, 10 (17%) desnutrición moderada-severa, 13 (22%) desnutrición muy severa y 5 (8%) extremadamente desnutridos. Respecto al Barthel, media 88,16±18,59 puntos, clasificó 32 (53%) independientes, 6 (10%) dependencia leve, 17 (28%) dependencia moderada, 4 (7%) dependencia severa, 1 (2%) dependencia total. En cuanto al FRAIL, media 1,98±1,32 puntos, clasificó 10 (17%) pacientes no frágiles, 31 (51%) prefrágiles y 19 (32%) frágiles. Por último, la media de la escala Charlson fue 10,01±2,20 puntos. Presentando el 100% de los pacientes alta comorbilidad. Solo se encontraron diferencias significativas entre sexo para la media de Charlson, presentando los hombres mayor comorbilidad.

Conclusiones:

En 47% de los pacientes ancianos en hemodiálisis presentan desnutrición entre severa y extrema, (8% extrema). El 37% presenta dependencia de moderada a total. El 32% son pacientes frágiles y un 100%, tiene una alta comorbilidad. Estos resultados nos evidencian el gran deterioro general funcional del paciente añoso en diálisis y nos alertan sobre la necesidad de realizar tratamientos individualizados enfocados en su recuperación, incluida la propia diálisis.

Conocimiento del estado de sarcopenia por enfermería en ancianos en hemodiálisis

M^a Luz Sánchez-Tocino¹, Antonio López-González³, Silvia Villoria-González¹, Mónica Pereira-García², Marcos García-Olegario², Ana María de Alba-Peñaranda²

¹ Centro de hemodiálisis FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Las Encinas. Salamanca. España

² Unidad FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

³ Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

Introducción:

Con la edad se produce una pérdida progresiva de masa y fuerza del músculo esquelético conocida como sarcopenia. La prevalencia de sarcopenia en las diferentes poblaciones estudiadas es variable pues depende los criterios usados. Esta variabilidad también se ha observado en los pacientes en hemodiálisis (HD). Intentando unificar criterios, se actualiza en algoritmo diagnóstico por el Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en personas en Edad Avanzada (EWGSOP2).

Objetivo:

Describir la prevalencia de sarcopenia en pacientes muy ancianos en hemodiálisis según EWGSOP2 y la utilidad práctica del algoritmo diagnóstico en nuestra población.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, realizado en febrero de 2019 a 60 pacientes (de 75 a 95 años) de 3 unidades extrahospitalarias en hemodiálisis crónica. El diagnóstico de sarcopenia incluyó cuatro fases:

- 1) Búsqueda de casos con Test SARC-F (punto de corte sarcopenia si > 4 puntos),
- 2) Probable sarcopenia definida por las variables, fuerza de agarre con dinamometría (HG, corte hombre <27 kg, mujeres <16 kg) y prueba sentarse y levantarse 5 veces (STS5, corte >15 segundos),
- 3) Confirmación mediante la medida de masa muscular por bioimpedancia (AMS, corte hombre <20 kg, mujeres <15 kg).
- 4) Determinación gravedad, mediante test físicos: velocidad de marcha (VM, corte >0,8 m/s), prueba Timed-Up and Go (TUG, corte >20 s) y batería de rendimiento físico corto (SPPB, corte >8 pts.). Además, se recogieron variables demográficas (sexo y edad) de enfermedad renal (etiología y tiempo en diálisis).

Programa estadístico SPSS Statistics V20. Se presentaron las variables cuantitativas media y desviación estándar y las cualitativas, mediante cifras absolutas y

porcentajes. Se utilizó la t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas y test Chi cuadrado para cualitativas. Significación estadística p menor o igual 0,05.

Resultados:

De los 60 pacientes. El 68% (41) fueron hombres, edad media 81,85±5,58 años y tiempo en HD 49,88±40,29 meses. Etiología de la enfermedad renal fue: diabetes mellitus (28%), enfermedad renal no filiada (22%), nefroangioesclerosis (20%), nefritis intersticial (7%), glomerulonefritis (5%) y otros (8%).

La media de valores de las siete variables marcadoras de sarcopenia y la frecuencia de pacientes identificados como sarcopénicos fueron, para SARC-F 2,6+2,3 puntos clasificando a 18 (30%) pacientes sarcopénicos. Para HG 19,02+6,6kg, 45 (75%). Para STS5 20,03+6,3 segundos, 53 (88%). Para AMS 19,3+3,3 kg 24 (40%). Para VM 0,69+0,27 m/s, 42 (70%). Para TUG 19,1+12,1 segundos, 22 (37%). Para SPPB 6,2+2,9 pts., 45 (75%). No se encontraron diferencias significativas entre sexo en medias o frecuencias. En la combinación de variables para el diagnóstico de sarcopenia encontramos 58 (97%) probables sarcopénicos con la combinación HG y/o STS5. Se confirmó sarcopenia en 23 (38%), bajo el criterio HG+AMS, 22 (37%) con STS5+AMS y 24 (40%) con HG y/o STS+AMS. En cuanto a la gravedad, 19 (32%) fueron graves con cualquier combinación del test VM como marcador de gravedad. 11 (18%) fueron diagnosticados como graves con el TUG y 21 (35%) lo fueron con SPPB.

Conclusiones:

La prevalencia de sarcopenia confirmada en pacientes ancianos en hemodiálisis oscila entre el 37 y 40%. La sarcopenia grave en nuestra población se presenta entre 18 y el 37% de los casos. Todo ello afecta directamente a su funcionalidad y anima a enfrentar el problema con medidas dirigidas a mejorar la condición y la función muscular de los pacientes.

Diferentes herramientas para la valoración del estado nutricional de los pacientes con diabetes en hemodiálisis

Vanesa Villegas-Jiménez, Carolina Palomar-Ceballos, Bárbara Romano-Andrioni, M^a del Mar Martínez-Nebreda, Marta Quintela-Martínez, Marta Arias-Guillén

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad con gran incidencia y prevalencia, siendo la nefropatía diabética una de las principales causas de enfermedad renal crónica (ERC). La salud nutricional es un aspecto especialmente relevante en aquellos pacientes en programa de hemodiálisis (HD), con una elevada prevalencia de desgaste proteico-energético. Existen diversas herramientas que permiten realizar la valoración nutricional, aunque ninguna por separado puede comportarse como indicador de malnutrición, ya que es un concepto dinámico que engloba muchos aspectos. Por este motivo, es fundamental disponer de una herramienta en las unidades de diálisis que nos permita realizar una adecuada valoración nutricional de manera fácil, reproducible y objetiva dada la sobrecarga asistencial en estas unidades.

Objetivo:

Comparar diferentes herramientas que permitan una evaluación fácil, objetiva y reproducible del estado nutricional del paciente con DM en HD.

Material y Método:

Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y transversal. Realizamos un análisis comparativo de los pacientes prevalentes con y sin DM en HD de nuestro centro. Se utilizaron diversas herramientas: cribado nutricional con MNA (Mini Nutritional Assessment), MIS (Malnutrition-Inflammation Score) y VGS (Valoración global subjetiva). Basal y a los 4 meses, parámetros analíticos nutricionales y bioimpedanciometría mediante dos dispositivos (BCM®, Fresenius Medical Care y Nutrilab™, Akern).

Resultados:

Se incluyeron 63 pacientes (43 hombres), con edad media de $75 \pm 16,3$ años y tiempo medio en HD de $36 \pm 24,7$ meses. 29 pacientes con DM.

Con el MNA únicamente se detectó un 9,5% (6,3% DM) de pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos, mientras que al utilizar los scores nutricionales el 20,6% de los pacientes con DM presentaron malnutrición moderada o severa (VGS grado B/C y $MIS \geq 9$) sin diferencias significativas respecto a los no DM.

A nivel analítico no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes. A nivel bioimpedanciometría con el Nutrilab™, se observó un aumento significativo de masa celular corporal y del índice masa magra (FFMI $17,8 \text{ Kg/m}^2$ en DM vs $17,4 \text{ Kg/m}^2$ en no DM), datos que también se observan con BCM®, así como un aumento del índice de músculo esquelético (SMI), variable relacionada con sarcopenia ($8,4 \text{ kg/m}^2$ en DM y $7,4 \text{ kg/m}^2$ en no DM). A nivel de sobrehidratación, aumentó de forma significativa en el grupo de DM frente a no DM. El análisis Bland-Altman observó diferencias intermétodo entre ambos dispositivos.

Conclusiones:

Los pacientes con DM presentaron un importante grado de desnutrición medido por los scores validados en población en diálisis. La bioimpedanciometría ha ido ganando popularidad como recurso complementario de valoración nutricional por su sencillo manejo y prestaciones fácilmente interpretables a nivel de composición corporal. En este estudio hemos detectado que el Nutrilab™ es un dispositivo que aporta un valor añadido al tener indicadores específicos de sarcopenia, altamente útiles, dado el alto grado de fragilidad en la población en HD. Sin embargo, no es comparable con el dispositivo de BCM® que es más específico para valorar hidratación. Estas herramientas posibilitarán a los profesionales de la salud implicados, realizar un cribado que identifique a aquellos pacientes con necesidades nutricionales e implantar las intervenciones pertinentes.

Efectividad de protocolo Covid-19 en unidad de hemodiálisis

Mónica Lorenzo-Méndez, Aranzazu Macarro-González, Sara Vallejo-García, María Medina-Varela, Henar Sanz-Frutos, Inés Constanze-Hammel

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción:

La irrupción del SARS-CoV-2 ha supuesto un reto sanitario a nivel mundial. En el caso de nuestro servicio no solo se han modificado pautas de actuación de Enfermería, sino también la necesidad de creación de un protocolo interdisciplinar que disminuyese la tasa de contagios al mínimo posible; incidiendo en el aprovechamiento de los recursos disponibles para prevenir la transmisión y fomentando a su vez la seguridad del paciente.

Objetivo:

Dar a conocer nuestro protocolo de seguridad para evitar la transmisión del SARS-CoV-2.

Relacionar el protocolo implantado con una baja incidencia de Covid-19 en los pacientes de hemodiálisis.

Fomentar la seguridad del paciente y el autocuidado mediante educación sanitaria.

Material y Método:

Se trata de un trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que incluye datos desde marzo de 2020 en una muestra de pacientes. Se explica a los pacientes la necesidad de las medidas extraordinarias tanto en el ámbito familiar, en el trayecto al hospital y durante su estancia en diálisis. Nos basamos en un protocolo exhaustivo enfocado en dificultar la propagación del virus a través de la minimización del contacto entre pacientes desde su llegada al centro hospitalario:

Los pacientes procedentes de su domicilio acuden a su sesión de hemodiálisis programada, esperando en la sala de espera reubicada y adaptada para mantener las medidas de seguridad.

Antes de entrar a la Unidad son triados, mediante valoración de enfermería y toma sistemática de constantes vitales (Temperatura). Si los pacientes no presentan

sintomatología ni febrícula, acceden a la sala de crónicos, donde tras realizar higiene de manos y recambio de mascarilla, ocupan su sitio designado, manteniendo distancia de seguridad entre ellos. Se han mantenido fijos los grupos respetando día y turno (grupos burbuja) aislando a los posibles pacientes que tuvieran que ser dializados en un turno diferente al suyo.

En caso de febrícula y/o sintomatología, el paciente accede a una sala de aislados en la que se realizará la diálisis y la determinación de PCR para descartar Covid-19 +. En el caso de que el paciente resulte Covid-19 +, y no sea necesaria su hospitalización el traslado se realizará siempre por el "Circuito Covid-19", solicitando ambulancia para Covid-19 +. Una vez finalizada la sesión de hemodiálisis, si el paciente está orientado, esperará el transporte en la sala de espera destinada a Covid-19 +. Si el paciente está desorientado, ante riesgo de deambulación por el hospital, esperará el transporte en la sala donde ha realizado la terapia. En el caso de que el paciente resulte Covid-19 + con necesidad de hospitalización, el traslado se realizará siempre por el "Circuito Covid-19".

Conclusiones:

El protocolo definido de manera interdisciplinar ha tenido un papel fundamental en la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2. Entre los pacientes infectados por SARS-CoV-2, distinguimos posibles contagios en la unidad, posibles contagios en el ámbito familiar, y aquellos de que se contagiaron en centro periférico o por otras patologías en otras unidades.

Efecto de la aplicación de técnicas de relajación intradiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica

M^a Isabel Pérez-Villar, Vanessa Rojas-Peinado, Sonia Ruiz-Almería, Beatriz Liébana-Pamos, M^a Nieves Acevedo-Sánchez, Mónica Varela-Ruiz

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica que requieren tratamiento con hemodiálisis (HD), presentan alta incidencia de estrés y ansiedad, niveles elevados de dolor y cifras tensionales elevadas.

Las técnicas de relajación son cada día más habituales para controlar los niveles de activación excesivos y/o mantenidos de forma crónica, aportando además percepción de bienestar.

Objetivo:

Determinar el impacto de la utilización de técnicas de relajación intradiálisis sobre parámetros cuantificables (tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC) y ganancia interdiálisis (GID)) y parámetros subjetivos (dolor, ansiedad, percepción del bienestar y satisfacción).

Material y Método:

Estudio cuasiexperimental y prospectivo. El periodo de intervención fue de 3 meses en los que se recogieron datos durante 36 sesiones de HD. Se valoraron los siguientes parámetros: TA, FC, GID, así como escalas validadas de dolor (EVA) y ansiedad (GAD-7, STAI: ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR)) y escalas de percepción del bienestar y satisfacción de elaboración propia.

La muestra fue de 20 pacientes que cumplían los criterios de inclusión: en programa de HD y mayores de edad que consintieron. Los criterios de exclusión fueron: deterioro cognitivo y dificultad de comprensión idiomática.

Se proporcionó a los pacientes una relajación guiada a través de un audio durante las sesiones de HD en las que se registró a diario: TA y FC pre y post-intervención además de GID. Para las escalas GAD-7 y EVA se realizaron cuatro mediciones: inicial, mensuales y al final del periodo de intervención. Las escalas STAI-AR y STAI-AE se recogieron en dos momentos: al inicio y al final del estudio. Para la percepción del bienestar y

satisfacción se realizaron tres mediciones correspondientes a los 3 meses de intervención, más una encuesta final de satisfacción global.

Resultados:

Se han realizado diversas pruebas T para muestras emparejadas con el programa estadístico.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas para TA y FC.

En las escalas GAD-7 y STAI-AE, encontramos diferencias significativas entre las mediciones pre y post-intervención (GAD-7 media 5,5 $p < 0,001$ y STAI-AE media 5,45 $p = 0,022$).

Para las medidas de satisfacción encontramos significación estadística (media 0,450 $p = 0,009$).

En las escalas EVA y percepción del bienestar, observamos disminuciones no significativas (EVA $p = 0,877$ y bienestar $p = 0,197$).

Conclusiones:

Se observa una disminución de la ansiedad al final del estudio en comparación con los niveles previos y un aumento de la satisfacción con la aplicación de técnicas de relajación.

No encontramos mejoría en la percepción del dolor, aunque la tendencia en la media es positiva.

Con respecto a la percepción del bienestar, la falta de validación psicométrica de la escala ha podido influir en los resultados, a pesar de que los pacientes han informado de un aumento del bienestar a lo largo de la intervención.

La aplicación de técnicas de relajación en HD contribuye a mejorar los niveles de ansiedad, la percepción subjetiva del bienestar y del dolor, así como a una mayor satisfacción durante el tratamiento, haciéndolo más llevadero.

El control de la hiperfosforemia con el refuerzo dietético por parte de las enfermeras

Laia Reixach-Aumatell, María Cufí-Vallmajor, Esther Martín-Rabassa, Alicia Rey-Miguel

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Introducción:

La escasa adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los mayores problemas entre los pacientes con enfermedad renal crónica y requiere una actuación específica. En este trabajo comparamos diferentes actuaciones dietéticas por parte de las enfermeras para valorar la eficacia en la disminución del fósforo en pacientes con hiperfosforemia.

Objetivo:

Evaluar los niveles de fósforo en sangre antes, durante y después de las intervenciones dietéticas por parte de las enfermeras.

Procedimiento:

El estudio se divide en 3 partes;

- Periodo previo: seis meses de control de los niveles de fósforo sin intervención dietética por parte de las enfermeras. En este periodo solo se entregó la prescripción de medicación pautada según los niveles de fósforo de cada paciente por parte de los nefrólogos.
- Periodo intermedio: seis meses de control de los niveles de fósforo después de una intervención dietética puntual. El resto de meses se entrega la pauta de medicación por parte de los nefrólogos.
- Periodo final: seis meses de control de los niveles de fósforo donde, cada mes, coincidiendo con el día de la entrega de la pauta de medicación, las enfermeras repasan la medicación y la dieta con los pacientes.

Durante el estudio, coincidiendo con los controles analíticos mensuales, que se realizaron de forma protocolizada, se complementó una hoja de registro con los valores de fósforo de cada paciente.

Por parte de las enfermeras se elaboró una hoja de consejo dietético con la que se llevó a cabo las intervenciones dietéticas. La información contenida en dicha hoja la transmitió enfermería siguiendo una pauta establecida.

Se administró el test de Morisky Green, para valorar el cumplimiento terapéutico durante el estudio: al inicio del estudio, pasados seis meses y al final del estudio.

Resultados:

De los 19 pacientes que cumplieron el estudio, se determinó el nivel de fósforo durante los diferentes periodos del estudio.

El nivel de fósforo en el periodo previo fue de una mediana de 5,13 mg/dL, en el periodo intermedio se obtuvo una mediana de 4,94 mg/dL y en el periodo final la mediana fue de 4,8 mg/dL. Estas puntuaciones no demostraron ser estadísticamente diferentes con el test de prueba T ($p>0,05$).

Se dividió la muestra según el test de Morisky-Green en pacientes cumplidores y no cumplidores. Los pacientes cumplidores obtuvieron una mediana de 5,00 mg/dL, 4,84 mg/dL y de 4,79 mg/dL en sus respectivos periodos y los pacientes no cumplidores, la mediana fue de 5,48 mg/dL, 5,22 mg/dL y 4,84 mg/dL respectivamente. Estas puntuaciones no demostraron ser significativamente diferentes con la prueba T ($p>0,05$).

Conclusiones:

Los niveles de fósforo en sangre mejoran levemente si comparamos los periodos sin intervención dietética, con una intervención dietética puntual y con intervención dietética mensual.

Aunque los resultados de los niveles de fósforo no son estadísticamente diferentes entre las diferentes intervenciones, se observa una tendencia a la disminución del fósforo cuando se repasa la medicación que toman en casa y se insiste en la dieta mensualmente de manera individual por parte de las enfermeras.

Enfoque empírico y sus nuevas indicaciones del buttonhole hospitalario

Rocío Marín-González, Inés Constanze-Hammel, Raquel González-Rojo, María del Carmen López-López, María Jesús Martín-Rodríguez, Coronada Santos-Amado

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción:

La edad media de nuestros pacientes en hemodiálisis, es cada vez más elevada. Actualmente nuestra media en la unidad es de 72,8 años. Dado el envejecimiento y las pluripatologías, cada vez es más difícil conseguir una FAV funcionante, desarrollarla y mantenerla. Nuestro centro dispone de 43% de catéteres permanentes, frente a un 57% de FAV. Debido al riesgo de infección, se asocia un aumento de mortalidad en pacientes portadores de catéteres y de PTFE (GORE-TEX); por lo que nuestra primera elección siempre ha sido conseguir un buen acceso vascular autólogo. Cada vez se nos presentan mayores dificultades en el manejo del acceso, por ello, nuestras indicaciones para iniciar un buttonhole (BH) siguen siendo determinadas. Disponemos de experiencia con el BH desde el año 2016 y actualmente un 11% de todos los pacientes tiene un BH. Desde entonces no hemos asociado su uso a un aumento de infección, aunque varios estudios demuestren lo contrario; otros concluyen controversia. Existen incluso estudios que recomiendan que su uso debe ser limitado para la diálisis domiciliaria. Debido a nuestra experiencia positiva, se plantea a partir de ahora, incluir pacientes con acceso autólogo que presentan un deterioro cognitivo, o pacientes agitados. En este tipo de pacientes existe una ventaja intrínseca por el uso de la punción con agujas romas y no afiladas, evitando así extravasaciones y otras complicaciones derivadas de las mismas.

Objetivo:

- Conocer la tasa de infección del buttonhole desde su implantación.
- Analizar la supervivencia del acceso y la suspensión prematura de esta técnica.
- Saber el tiempo de hemostasia antes y después del inicio con BH.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que incluye datos recuperados de nuestro programa desde 2016 hasta la actualidad. Se analiza una muestra de 19 pacientes, dado que otros ensayos con un tamaño similar han podido mostrar resultados estadísticamente significativos.

Resultados:

No se han registrado en ningún caso en los pacientes atendidos por enfermería, una infección del buttonhole. Sólo un paciente con diálisis domiciliaria presentó una infección del canal por *S. aureus*. La media de supervivencia del acceso mediante la técnica BH en nuestro servicio es de 602 días. El tiempo de hemostasia previo a la técnica, ha sido registrado con una media de 18,16 minutos y post de 9,4 minutos. La edad media de los pacientes con BH es de 72,47 años. En 5 casos se suspende de forma prematura la técnica del buttonhole por diversas causas. 4 de los pacientes con BH fueron derivados a otros centros y en 6 pacientes sigue la técnica activa hasta el día de hoy.

Conclusiones:

El buttonhole no aumenta la tasa de infección en pacientes atendidos por enfermeros entrenados con dicha técnica. Como en otros estudios se ha observado un tiempo menor de hemostasia. No se han registrado extravasaciones mediante la técnica buttonhole, tampoco en pacientes agitados y/o con deterioro cognitivo. No todos los pacientes con indicaciones se benefician del mismo.

Estratificación de riesgo de pie diabético empleando la teoría de la probabilidad

Javier Oswaldo Rodríguez-Velásquez¹, Sandra Catalina Correa-Herrera¹, Signed Esperanza Prieto-Bohórquez¹, Alix Yaneth Perdomo-Romero², Claudia Andrea Ramírez-Perdomo², María Elena Rodríguez-Vélez²

¹ Grupo Insight. Hospital Universitario Nacional. Bogotá. Colombia

² Universidad Surcolombiana. Huila. Colombia

Introducción:

La diabetes Mellitus tipo II es una Enfermedad Crónica no Transmisible, sus complicaciones ocasionan discapacidad, disminuyendo la productividad de quienes la padecen, además se asocia con el 70% de las amputaciones en adultos con esta patología. Las intervenciones de promoción y prevención que realiza Enfermería con este grupo de pacientes se orientan a la identificación de los factores riesgo, educación para reforzar prácticas de autocuidado y protección de los pies, encaminadas a minimizar el riesgo de desarrollar pie diabético, así como el impacto que esta complicación ocasiona en los pacientes y sus familias.

Emplear la teoría de la probabilidad, es una estrategia que permite determinar la posible ocurrencia de un evento como las úlceras en los pies. Esta teoría se ha utilizado para desarrollar métodos de diagnóstico y predicción en otras áreas de la salud como la cardiovascular y metabólica.

Contar con un instrumento de estratificación matemática de riesgo de desarrollar pie diabético sería de gran utilidad para los profesionales de enfermería de Atención Primaria en Salud, puesto que les permitiría priorizar a los pacientes que requieren de una educación más personalizada y así impactar de manera significativa la prevención de esta complicación tan costosa para los sistemas de salud y reconocida como un problema de salud pública en el mundo.

Objetivo:

Desarrollar un instrumento de evaluación del riesgo de pie diabético que unifique las variables de los instrumentos: "Prácticas de autocuidado del pie en personas con diabetes tipo II" y "Pie Risk Paciente" además de variables sociodemográficas de los pacientes.

Material y Método:

Se analizaron los dos grupos de variables a 202 pacientes de un programa de riesgo cardiovascular diagnosticados con diabetes. Se aplicó la teoría de probabilidad para calcular el riesgo para cada grupo de variables, posteriormente se calculó la proporción de las probabilidades calculadas para cada grupo, respecto a la probabilidad calculada para la suma de todas las variables evaluadas, estas proporciones de probabilidad se sumaron para generar un cálculo de probabilidad global.

Resultados:

Los valores de la probabilidad proporcionales según el número de preguntas de cada dimensión fueron de 0,885 a 0,457, se encontró asociación entre la probabilidad del riesgo calculado en el instrumento desarrollado y el nivel de riesgo de la escala "Prácticas de autocuidado del pie en personas con diabetes tipo II". Lo cual permitió determinar que existe una adecuada correlación entre la probabilidad calculada por el instrumento y el riesgo para desarrollar pie diabético en el grupo de personas estudiadas.

Conclusiones:

Se diseñó un método de determinación del riesgo de desarrollar pie diabético, este puede ser útil para realizar una detección temprana de personas con alto riesgo en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual contribuye al desarrollo de estrategias de intervención orientadas a minimizar el riesgo de pie diabético, amputaciones y a mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes Mellitus y su familia.

Estrés percibido y afrontamiento en pacientes de hemodiálisis frente a la pandemia por Covid-19

Alejandra Elizabeth Collantes-Toaza, Aitana Hernández-Pérez, M^a José Gil-Manzano, Dolores Piña-Simón

Unidad FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles. Madrid. España

Introducción:

El estrés y las estrategias de afrontamiento de los pacientes en hemodiálisis (HD) conducen a una línea de investigación interesante debido a la repercusión que tiene este tratamiento en la vida del paciente, por la dependencia y requerimientos que genera en su rutina diaria. La pandemia por Covid-19 ha supuesto para este tipo de pacientes una situación excepcional ya que por sus características se les ubica como pacientes de alto riesgo, generando cambios en su vida y por consiguiente en su estado emocional.

Objetivo:

Conocer el nivel de estrés percibido y afrontamiento frente a la pandemia por Covid-19 en pacientes de hemodiálisis.

Material y Método:

Estudio transversal de 59 pacientes incidentes en hemodiálisis. Se realizó una evaluación del nivel de estrés y afrontamiento mediante tres cuestionarios: Escala de estrés percibido (PSS), Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), y Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). Se realizó el análisis inferencial de las variables de los cuestionarios frente a las variables sociodemográficas estudiadas.

Resultados:

PSS con techo de 56 puntos, presentó una media de $19,44 \pm 9,47$. CSI con techo de 20 puntos, presentó su valor más alto en el factor Resolución de problemas una mediana de 18 puntos (IQR=15-20), en el extremo opuesto se situó el factor Autocrítica con una mediana de 6 puntos (IQR=3-14). CAE con techo de 24 puntos, presentó su valor más elevado en el estilo Focalización en la solución del problema con mediana de 20 puntos (IQR=15-22), en el otro extremo se situó el estilo Religión con una mediana de 5 puntos (IQR=0-18).

El análisis inferencial mostró asociación entre PSS con la edad (<40 años: $29,83 \pm 11,82$; >70 años: $15,04 \pm 6,77$; $p=0,001$), CAE-Religión con la edad (40-70 años: 2 [IQR=0-9]; >70 años: 14 [IQR=1,75-20,25]; $p=0,004$), CAE-Religión con el nivel de estudios (no estudios: 24 [IQR=16,50-24]; básico: 2 [IQR=0-11]; $p=0,001$).

Conclusiones:

Los pacientes de HD presentan tras la pandemia por Covid-19 un nivel de estrés percibido bajo, siendo mayor en los pacientes jóvenes. Dentro de las estrategias de afrontamiento, se observa que los pacientes en HD son proactivos en la resolución de problemas, y que presentan escasa autocrítica. En relación con los estilos de afrontamiento, se advierte que los pacientes se focalizan en la solución del problema. Respecto al estilo de afrontamiento relacionado con la religión es destacable su valor en los pacientes de mayor edad, así como en los que no tienen estudios.

En definitiva, el nivel de estrés y afrontamiento que presentan los pacientes en HD tras la pandemia por Covid-19 es bastante positivo, ya que no se observa que la eventualidad de la pandemia haya repercutido en los mismos. Se considera conveniente realizar un estudio posterior que valide estos resultados, aplicando los cuestionarios sin el contexto de la pandemia.

Estudio observacional de la reactogenicidad presentada por pacientes en hemodiálisis tras la primera dosis de vacunación frente a Covid-19

Elena Guerrero-Rodríguez, Iris Rubio-Segovia, Carolina Arnaiz-Guerrero, Bárbara Alonso-Estévez, Alexandra Blázquez-Aguado, Rene Werner Junyent-Wincler

Centro FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Los Llanos II-Getafe. Madrid. España

Introducción:

Las personas con enfermedad renal terminal tienen una incidencia de infección por Covid-19 mayor a la observada en la población general, siendo los principales afectados los pacientes en hemodiálisis que reciben su tratamiento en centros sanitarios. Entre los responsables de esta elevada incidencia se encuentran la edad avanzada y los factores de riesgo propios de la insuficiencia renal, además, cuentan con el agravante dializarse en salas comunes y hacer uso de transporte colectivo. Por estos motivos los pacientes en hemodiálisis fueron considerados "alto riesgo" por las autoridades sanitarias en España y han sido vacunados prioritariamente. La inoculación de la vacuna frente a Covid-19 puede provocar la aparición de efectos adversos. Entre los más comunes encontramos: fiebre, dolor en la zona de inyección, cefalea y náuseas; la mayoría de ellos desaparecen una vez transcurridas 24-48 horas.

Objetivo:

Analizar la reactogenicidad provocada por la primera dosis de la vacuna frente a Covid-19 en pacientes de hemodiálisis. Conocer el porcentaje de pacientes que han estado infectados, su grado de aceptación frente a la vacunación y el tipo de vacuna que les ha sido administrada.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La recopilación de las variables se realizó a través de un cuestionario ad-hoc anónimo y voluntario compuesto por 26 ítems. Los datos demográficos se obtuvieron a través de la Historia Clínica Nefrosoft y se procesaron con el programa SPSS V.26.

Resultados:

Muestra de 81 pacientes (70,4% hombres y 29,6% mujeres), con edad media de 59 años (+/-16). Presentaron infección previa por Covid-19 el 26%. Todos los pacientes de la unidad aceptaron ser vacunados, el 95% había recibido la primera dosis de vacunación en el momento de realizar la recopilación de datos. Respecto al tipo de vacuna administrada el 88% había sido vacunado con Moderna, el 8% con Pfizer y el 4% con AstraZeneca. Analizando las reacciones adversas presentadas tras la inoculación de la vacuna el 25% de los pacientes consultados refería no haber presentado ningún síntoma postvacunación, el 67% había presentado dolor en la zona de inyección, el 39% dolor en todo el brazo, 15% cefalea, 10% mal estado general y un 9% tiritona y escalofríos. Haciendo una distinción entre los pacientes que habían pasado previamente la infección y los que no, obtuvimos que existe diferencia significativa ($P=0,02$) en cuanto al número de síntomas experimentados. El 72% de los pacientes vacunados que habían pasado previamente la infección presentó más de 4 síntomas.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos corroboran el elevado impacto que ha tenido la infección por Covid-19 en los enfermos con enfermedad renal terminal. Pese a los temores iniciales, la vacunación ha tenido gran acogida entre nuestros pacientes. La vacuna administrada a la mayor parte de la muestra difiere de la inoculada mayoritariamente al resto de la población en España. Los síntomas presentados tras la inoculación de la primera dosis han sido mayoritariamente leves-moderados, y coinciden con los presentados por la población general. Existe una clara relación entre haber padecido previamente Covid-19 y presentar múltiples síntomas postvacunación.

Eventos adversos a corto plazo de la vacunación frente a Covid-19 en pacientes en hemodiálisis

Esther Rodríguez-Suárez, Alfredo José Sáenz-Santolaya, David Conejo-Gómez, Raquel Cerrajero-Calero, Natalia Sánchez-Fernández, Patricia Arribas-Cobo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

La infección por SARS-CoV-2 ha supuesto una pandemia mundial con una elevada mortalidad. Los pacientes con Enfermedad Renal (ER) constituyen un grupo de riesgo, por lo que se recomienda su vacunación de forma prioritaria.

El objetivo de la vacunación es prevenir la enfermedad, disminuir su gravedad y mortalidad además de disminuir el impacto sobre el sistema asistencial y socioeconómico, protegiendo especialmente a aquellos grupos de mayor vulnerabilidad pero, como cualquier medicación, no está exenta de eventos adversos (EA).

El objetivo del estudio fue valorar los EA a corto plazo provocados por la vacunación frente a SARS-CoV-2 en los pacientes en hemodiálisis (HD) tras la administración de cada una de las dosis de la vacunación.

Material y Método:

Estudio descriptivo observacional transversal. Se incluyeron todos los pacientes de la Unidad que fueron vacunados con 2 dosis de la vacuna ARN mensajero Moderna®.

La vacunación se realizó entre abril y mayo de 2021.

La semana siguiente a cada una de las dosis administradas, se pasó un cuestionario elaborado a tal efecto sobre EA de la vacunación.

Las variables recogidas fueron: sexo, inflamación local, adenopatías, fiebre, febrícula, cefalea, dolor local, síntomas digestivos, artralgias, mal estar general, cansancio y anafilaxia.

Se utilizan los porcentajes para las variables cualitativas y el índice de correlación de Pearson para muestras bivariantes entre los síntomas de ambas dosis ($p < 0,05$).

Resultados:

La muestra la constituyeron 67 pacientes (77,01% de la Unidad), 71,6% hombres. Excluidos 20 pacientes (3,44% no desean participar; 14,94% han sido vacunados en su centro de salud; 2,29% están ingresados con proceso agudo; 1,14% presentan Covid activo).

Los EA tras la primera dosis fueron: inflamación local (88,1%); adenopatías (1,5%); fiebre (4,5%); febrícula (3%); cefalea (7,5%); dolor local leve (33,3%); moderado (7,6%); intenso (4,5%); síntomas digestivos (1,5%); artralgias (7,6%); mal estar general (4,5%); cansancio (10,6%); anafilaxia (0%).

Tras la segunda dosis fueron: inflamación local (79,1%); adenopatías (0%); fiebre (3,3%); febrícula (13,1%); cefalea (19,7%); dolor local leve (32,8%); moderado (16,4%); intenso (8,2%); síntomas digestivos (9,8%); artralgias (21,3%); mal estar general (27,9%); cansancio (37,7%); anafilaxia (0%).

Entre la primera y segunda dosis encontramos diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de inflamación ($p=0,004$) mayor en la primera dosis, hipertermia ($p=0,001$), dolor local ($p=0,00$) y en el cansancio ($p=0,00$) mayor en la segunda dosis.

Discusión y Conclusiones:

Según el Colegio Oficial de Farmacéuticos de nuestra Comunidad Autónoma, pueden aparecer EA, siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo unos días tras la vacunación. Estas reacciones son más frecuentes tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad.

En nuestro estudio encontramos eventos adversos a corto plazo, todos ellos de intensidad leve/moderada. Los principales eventos han sido el dolor e inflamación local en la zona de la inoculación, datos que coinciden con los informes de farmacovigilancia publicados por AEMPS, estos aumentan con la segunda dosis de la vacuna a excepción de la inflamación local, que es mayor tras la administración de la primera dosis.

Hemodiálisis extendida vs online o convencional. Estudio comparativo de necesidad de heparina y coagulación del sistema

Raquel Pelayo-Alonso, José Luis Cobo-Sánchez, Patricia Martínez-Álvarez, Marta Portilla-Sánchez, Emilio Ibarguren-Rodríguez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción:

Pese a los avances de las técnicas dialíticas, siguen existiendo limitaciones para la eliminación de algunos solutos, especialmente moléculas medianas y toxinas urémicas unidas a proteínas. Estas moléculas medianas juegan un papel importante en la toxicidad urémica.

La reciente aparición de membranas de corte medio (MCM) con un diseño que permite la eliminación de moléculas de hasta 45 kDa ofrece una alternativa para el tratamiento del paciente urémico, al permitir una mayor eliminación de moléculas medianas, sin pérdida de albúmina.

Sin embargo, el mayor tamaño del poro podría afectar a la eliminación de determinados fármacos de uso habitual durante la hemodiálisis como la heparina, afectando al estado de coagulación del circuito.

Objetivo:

Determinar si existen diferencias entre las necesidades de heparina y estado de coagulación del sistema entre la hemodiálisis extendida (HDx) y la HD convencional (HDC) o hemodiafiltración online (HDFOL).

Material y Método:

Estudio cuasiexperimental pre post intervención, en pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica desde hace 6 meses y con administración de heparina durante la sesión de hemodiálisis. Se establecieron dos periodos de estudio con una duración de 3 meses: en el 1º periodo el paciente realizó HDC o HDFOL –con membranas Helixona plus (HP) o Polietersulfona con heparina (PH) según pauta médica–, en el 2º periodo, el paciente realizó HDx con una MCM de polietersulfona. No hubo cambios en la pauta de hemodiálisis.

Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos incluyendo acceso vascular, anticoagulación domiciliar, duración de la sesión, estado de coagulación del circuito y dializador (limpio, parcialmente coagulado, cambio circuito/cambio dializador). Se realizó un análisis

descriptivo e inferencial (test chi cuadrado, exacto de Fisher y ANOVA de un factor) con el paquete estadístico PSPP.

Resultados:

Se incluyeron 14 pacientes con una edad media de $71,57 \pm 10,5$ años, siendo el 50% hombres. El 78,6% era portador de catéter venoso central. Se analizaron un total de 977 sesiones de hemodiálisis. En el primer periodo, el 57% de los pacientes realizaron HDF.

El circuito quedó parcialmente coagulado en el 12,4% de las sesiones realizadas con PH, en el 5,7% de las sesiones realizadas con HP y en el 6,2% de las realizadas con MCM ($p=0,015$). El dializador quedó parcialmente coagulado en el 17,2% de las sesiones realizadas con PH, 12,5% de las realizadas con HP y 10,3% de las llevadas a cabo con MCM ($p=0,054$). Al analizar por técnica, el dializador quedó sucio en el 10,3% de las sesiones con HDx frente al 19,1% con HDC y 11,4% HDFOL ($p=0,011$). La dosis media de heparina utilizada según la membrana fue de 33 mg para el PH, 37mg para la HP y 34mg para la MCM ($p<0,01$).

Conclusiones:

Según nuestros datos, la MCM ofrece un mejor estado de coagulación final tanto del circuito extracorpóreo como del dializador que otras membranas.

Pese a un mayor tamaño del poro, la heparina puede que no sea eliminada en mayor medida por la MCM, aspecto que debe ser tenido en cuenta a la hora de ajustar dosis de heparina con el fin de evitar complicaciones.

Impacto de la pandemia Covid-19 en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Marta María Torres-Romero, Eva Sanjuan-Suria, Beatriz Rodríguez-Hernández, Cristina Luque-Moreno, Sandra Montes-Martín, Miguel Ángel Moral-Caballero

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción:

La pandemia por Covid-19 "es una de las mayores tragedias humanas y sanitarias que ha vivido la humanidad en los tiempos modernos".

Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis tienen alta comorbilidad asociada con una mayor posibilidad de gravedad y mortalidad durante la infección Covid-19. Esta situación ha hecho que su atención en las unidades de diálisis sea cada vez más compleja, relacionándose con una mayor demanda de cuidados de enfermería.

El motivo de este estudio es reflejar el impacto y la incidencia de la pandemia en los pacientes en hemodiálisis afectados por la enfermedad Covid-19, en el servicio de nefrología y hemodiálisis de un hospital público.

Objetivo:

Analizar el impacto y la incidencia de la infección por Covid-19 en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en hemodiálisis (HD).

Objetivo secundario

Relacionar la comorbilidad de estos pacientes con las necesidades de cuidados de enfermería en la unidad de diálisis.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo del año 2020-2021 con una muestra de 192 pacientes en hemodiálisis.

Variables a estudio:

- Sociodemográficas: edad, sexo, diabetes y comorbilidad.
- Otros parámetros: infección por Covid-19, ingreso y éxito por Covid-19.

Resultados:

- Se evaluaron a 192 pacientes con ERCA en HD: 70,8% hombres y 29,2% mujeres.
- La media de edad es de $74,26 \pm 13,02$ años.
- Un 44,3% de los pacientes de ERCA en HD son diabéticos.

- Un 94,3% de estos pacientes tienen alta comorbilidad (Índice de Charlson ≥ 5 puntos).
- Del total de los pacientes de ERCA en HD, un 20,3% se contagiaron de Covid-19.
- La media de edad de pacientes con Covid-19 contagiados fue de $74,33 \pm 11,68$ años.
- De los pacientes contagiados por Covid-19, un 81,8% de la muestra presentaron alta comorbilidad (Índice de Charlson ≥ 5).
- De estos pacientes, un 71,8% necesitaron ingreso hospitalario.
- La media de edad de los pacientes ingresados de la ERCA en HD contagiados por Covid-19 fue de 76 años.
- Fallecieron el 38,4% de los pacientes con infección por Covid-19. Todos ellos tenían un Índice de Charlson ≥ 5 puntos.
- La media de edad en los éxitos de los pacientes contagiados por Covid-19 fue de 79 años.

Conclusiones:

- El perfil de la muestra indica que la mayoría de los pacientes con ERCA en HD eran hombres, diabéticos y con alta comorbilidad.
- Se ha visto una elevada incidencia en el porcentaje de pacientes con ERCA en HD infectados por Covid-19. Estos resultados reflejan que, a mayor comorbilidad, mayor posibilidad de infección por Covid-19 ($p < 0,05$).
- Hemos encontrado una relación entre la alta comorbilidad y la necesidad de ingreso hospitalario por el virus Covid-19 ($p < 0,05$).
- De todos los pacientes con infección y fallecimiento por Covid-19 ($p < 0,05$), hemos encontrado una asociación entre la alta comorbilidad y la mortalidad.
- Lo que queda de manifiesto es que debido a las propias características y a la vulnerabilidad de estos pacientes, necesitan una protección especial y unos cuidados especializados de enfermería, para poder garantizar su seguridad y ofrecer una alta calidad asistencial.

Impacto de la pandemia por la Covid-19 en los valores analíticos de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a un programa de hemodiálisis

Sonia Elvira-Carrascal, Judit Bou-Folgarolas, Mercè Homs-del Valle, Marta Colomer-Codinachs, Emma Puigoriol-Juventeny, Alicia Minaya-Freire

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

Introducción:

El SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que produce la enfermedad infecciosa denominada Covid-19. Fue detectada por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Covid-19 como pandemia y una de las medidas adoptadas por el gobierno fue el confinamiento.

El confinamiento en el hogar fue una situación sin precedentes, y tuvo un importante impacto en el bienestar físico y psicológico. Durante el mismo, uno de los aspectos más afectados fueron los hábitos y rutinas de las personas. La interrupción de hábitos adecuados durante el confinamiento y la instauración de otros poco saludables (p.ej. malos hábitos alimenticios, sedentarismo) pueden derivar en problemas físicos.

El desconocimiento inicial de la enfermedad y la falta de experiencia previa con este coronavirus motivó que, las enfermeras de la unidad de hemodiálisis se centraran en la prevención de contagio entre pacientes y personal sanitario. En consecuencia, la educación del paciente durante el estado de alarma se centró en las medidas para prevenir el contagio de la enfermedad y el apoyo psicológico, desplazando la intervención dietética que las enfermeras realizan de forma habitual como parte de la atención al paciente con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis.

La intervención habitual consiste en dar consejos dietéticos individualizados según los resultados analíticos periódicos (potasio y fósforo). Se recoge la totalidad de la ingesta realizada durante una semana mediante un registro de alimentos y se adaptan las recomendaciones dietéticas.

En este contexto, nos planteamos como objetivo describir la evolución de los resultados analíticos (potasio y fósforo) de los pacientes sometidos a hemodiálisis antes y después del estado de alarma, así como revisar la intervención dietética y adaptarla a las nuevas circunstancias.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de los valores analíticos entre enero y junio 2020 de los pacientes tratados en la Unidad de Hemodiálisis. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y valores analíticos (potasio y fósforo) antes y después del estado de alarma.

Resultados:

Se incluyeron 81 pacientes con una media de edad de $70,74 \pm 13,1$ años, el 61,7% eran hombres y llevaban en hemodiálisis una mediana de 34 meses. Respecto a los resultados analíticos antes y después, la media de potasio fue de $4,78 \pm 0,67$ mmol/L y $4,92 \pm 0,7$ mmol/L ($p=0,05$) y de fósforo $4,39 \pm 1,5$ mg/dl y $4,68 \pm 1,6$ mg/dl ($p=0,119$) respectivamente. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre la media de fósforo pre ($4,47 \pm 1,8$ mg/dl) y post ($5,07 \pm 1,9$ mg/dl) en los pacientes que llevaban <3 años en hemodiálisis ($p=0,04$) y entre la media de fósforo pre ($4,34 \pm 1,5$ mg/dl) y post ($4,80 \pm 1,7$ mg/dl) en los hombres ($p=0,048$).

Conclusión:

Los valores medios de potasio y fósforo durante el estado de alarma aumentaron. Estos resultados son clínicamente relevantes teniendo en cuenta que durante el estado de alarma las enfermeras relajaron la intervención educativa habitual. Por este motivo se han diseñado nuevas herramientas educativas mediante audiovisuales para que los pacientes puedan visualizarlos durante la hemodiálisis.

Importancia de la valoración de la comorbilidad y dependencia en los pacientes en hemodiálisis

Miguel Ángel Moral-Caballero, Inmaculada Donaire-García, Andrea Muñoz-Pérez, María Díaz-Montero, Graciela Álvarez-García, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada ha aumentado su prevalencia en la última década, y con ello la cifra de pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. En la actualidad, los pacientes en hemodiálisis son crónicos complejos, con edad avanzada, un porcentaje alto de diabéticos y con alta comorbilidad asociada. Esta situación hace que aumenten las demandas de cuidados de enfermería. En nuestra unidad de hemodiálisis se realiza una valoración integral valorando la situación clínica, funcional, cognitiva y social del paciente.

Para la valoración de los pacientes, hemos utilizado índices o herramientas de medición como son el índice de Charlson y el índice o escala de Barthel. Para poder adaptar la situación del paciente a las demandas de cuidados y ofrecerles una mayor calidad asistencial.

Objetivo:

El objetivo del presente estudio es valorar y evaluar el grado de dependencia y comorbilidad de los pacientes en nuestra unidad de hemodiálisis y relacionar con las demandas de cuidados de enfermería.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional transversal. La muestra la conforman 58 pacientes en tratamiento renal sustitutivo, en hemodiálisis, del Servicio de Nefrología de un hospital.

Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos como son: edad, sexo, comorbilidad mediante el Índice de Charlson

Diabetes mellitus.

Grado de dependencia mediante el Índice de Barthel.

Otros datos: tiempo en hemodiálisis y modalidad de la diálisis.

Resultados:

Se valoraron a 58 pacientes, de los cuales hombres (75,9%), y mujeres (24,1%), la media de edad fue de $71,98 \pm 14,55$ años. Pacientes diabéticos (38,8%).

- La media del tiempo en diálisis fue de $42,70 \pm 37,92$ meses.
- La media del índice de Charlson fue de $7,53 \pm 2,77$.
- En cuanto al grado de dependencia, un 53,4% eran independientes, 29,3% dependientes leves, 3,4% dependencia moderada, 10,3% dependencia grave, 3,4% dependencia total.
- La edad media de los dependientes grave fue de $82,66 \pm 14,36$ años, dependientes moderados $83,00 \pm 9,89$ años, dependientes leves $68,17 \pm 16,51$ años, independientes $70,90 \pm 13,21$ años ($p=ns$).

Conclusión:

La mayor parte de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis presentan alta comorbilidad.

Nuestros resultados nos muestran que casi la mitad de nuestros pacientes tiene algún grado de dependencia, hemos encontrado relación de a mayor edad, mayor grado de dependencia y mayor demanda de cuidados de enfermería durante las sesiones de hemodiálisis.

Las escalas Índice Barthel y el Índice Charlson, son fáciles y útiles de utilizar para valorar la comorbilidad y dependencia.

Es necesario homogeneizar y utilizar protocolos de trabajo y herramientas de valoración adecuados para su detección y adecuación de los cuidados a las necesidades de nuestros pacientes.

Incorporación de las alertas de medicamentos de alto riesgo en la conciliación de la medicación del paciente renal en las transiciones durante el proceso hospitalario

Trinidad López-Sánchez, Susana Fuentes-Racero, M^a Luz Amoedo-Cabrera

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Las transiciones del paciente renal en el proceso hospitalario (PHR) son puntos vulnerables de errores en la medicación (EM) por omisiones, duplicidades y frecuente prescripción de medicamentos de alto riesgo (MAR), cuyas consecuencias pueden causar daños graves o incluso mortales en estos pacientes con perfil prevalente de polimedicación, cronicidad y comorbilidad asociada.

Con el objetivo general de mejorar la seguridad del PHR en la prevención de Eventos Adversos EA relacionados con la medicación los objetivos específicos son:

- Dar a conocer el procedimiento base de conciliación de toda la medicación prescrita.
- Incorporar alertas sobre MAR en protocolos y recomendaciones al alta al domicilio.

Material y Método:

Diseño: procedimiento estandarizado y recomendaciones según Guías de Práctica Clínica.

Población diana: PHR/cuidador en proceso de hospitalización.

Reunión interdisciplinaria: enfermeros experimentados en manejo de medicación múltiple/MAR, farmacéutico, miembro Comisión/referente UGC Seguridad con consenso en uso del Cuestionario de autoevaluación del ISMP-España.

Seguimiento etapas de conciliación evaluable: ingreso/reingreso (de urgencias/programado), transiciones intrahospitalarias y alta domiciliaria.

- Análisis de las Buenas Prácticas/Prácticas Seguras sobre MAR.
- Análisis metodológico de la intervención NIC interdisciplinaria/educativa 2380 Manejo de la medicación 7370 Planificación del Alta con responsabilidad del paciente en el seguimiento terapéutico.

Conciliación máxima en las primeras 24 h desde ingreso o traslado acortando tiempo en MAR y específicos de riesgo (conciliar <4 h).

Resultados:

Edición/difusión del procedimiento con:

Lista de CM (LCM) al ingreso: con historia farmacoterapéutica de referencia ambulatoria.

LCM en las transiciones: modificaciones en prescripciones activas.

LCM en el informe de alta a paciente/cuidador junto con:

- recomendaciones sencillas incluyendo el consejo nutricional, ejercicio y estilo de vida.
- información específica sobre MAR (lista proyecto MARC) paciente crónico/cuidador con medidas/precauciones para evitar errores y utilización segura tras el alta.
- Checklist de verificación ausencia de errores, discrepancias justificadas o no.
- Inclusión alertas Informatizada sobre MAR (icono) con apoyo de:

Lista impresa, directrices de actuación de MAR (y antidotos) hospitalaria destacando: insulinas, opiáceos, heparinas, sales de potasio inyectables y CLNa>0,9%, citostáticos, agonistas adrenérgicos, Ca/Mg IV, hipoglucemiantes/anticoagulantes orales, lidocaína, bloqueantes neuromusculares.

Registro evoluciones criterios NOC relacionados con diagnósticos NANDA: 00126 Déficit de conocimientos/0078 Gestión ineficaz de la salud.

Conclusión:

La Conciliación Medicación con incorporación de alertas sobre MAR ayuda a ejecutar los protocolos con concienciación profesional sobre los riesgos y consecuencias de EA ofreciendo unos cuidados más seguros con participación activa del paciente que beneficia la adherencia al alta hospitalaria.

Opinión de las enfermeras con la realidad virtual utilizada en pacientes de hemodiálisis

Marta Argilès-Huguet, Aida Martínez-Sáez, Nuria Gasco-Coscojuela, Rocío Herrero-Camarano, María Dolores Arenas-Jiménez, Guillermo Pedreira-Robles

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La Realidad Virtual (RV) ha demostrado su eficacia en muchos campos en cuanto a percepción del dolor y disminución del nivel de ansiedad. Esta herramienta puede ser de utilidad para la enfermera de hemodiálisis al trabajar con una técnica que puede provocar dolor y ansiedad anticipatoria en el paciente.

Objetivo:

Describir la opinión de las enfermeras de hemodiálisis en relación con la RV utilizada con los pacientes.

Material y Método:

Estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se recogieron datos sociodemográficos para describir la muestra. Se administró un cuestionario ad hoc de preguntas con respuesta cerrada tipo Likert [1 (totalmente en desacuerdo) - 5 (totalmente de acuerdo)] a fin de responder el objetivo principal del estudio.

Resultados:

Se incluyó un total de 9 enfermeras (9 mujeres, 100%), con una media de $38,56 \pm 7,89$ años de edad y una media de $14 \pm 7,35$ años de experiencia laboral. 3 (33,33%) tenían nivel formativo de master y 6 (66,67%) de grado. 7 (77,78%) estuvieron totalmente de acuerdo en que la RV ayuda a los pacientes a sobrellevar el momento de la canalización de las agujas y 2 (22,22%) estuvo de acuerdo. 4 (44,44%) estuvieron totalmente de acuerdo en que la RV ayuda a no sentir la ansiedad o miedo del paciente durante la conexión, 3 (33,33%) estuvieron de acuerdo y 2 (22,22%) estuvieron ni en acuerdo ni en desacuerdo. 1 (11,11%) estuvo totalmente de acuerdo en que la RV ha facilitado que la preparación y la conexión hayan sido más ordenadas y tranquilas, 6 (66,67%) estuvieron de acuerdo y 2

(22,22%) ni en acuerdo ni en desacuerdo. 4 (44,44%) estuvieron totalmente de acuerdo en que la RV permite tomar decisiones sobre como canalizar las agujas con más libertad según los conocimientos y protocolos, 2 (22,22%) estuvieron de acuerdo, 2 (22,22%) ni en acuerdo ni en desacuerdo y 1 (11,11%) estuvo en desacuerdo. 6 (66,67%) estuvieron totalmente de acuerdo en que la RV sería un buen instrumento para utilizar en los servicios de nefrología y 3 (33,33%) estuvieron de acuerdo. 5 (55,56%) estuvieron totalmente de acuerdo en que la incorporación de la RV a la práctica diaria puede suponer un beneficio tanto para el paciente como para las profesionales, 3 (33,33%) estuvieron de acuerdo y 1 (11,11%) ni en acuerdo ni en desacuerdo. 5 (55,56%) estuvieron totalmente en desacuerdo en que la aplicación de la RV ha sido difícil para el paciente, 3 (33,33%) estuvieron en desacuerdo y 1 (11,11%) estuvo de acuerdo. 2 (22,22%) estuvieron totalmente en desacuerdo en que la aplicación de la RV ha sido difícil para la enfermera, 4 (44,44%) estuvieron en desacuerdo y 3 (33,33%) ni en acuerdo ni en desacuerdo.

Conclusión:

La opinión de las enfermeras de hemodiálisis en relación con la RV es muy favorable y se identifica como beneficiosa para los pacientes y las profesionales. Además, se destaca como una inversión necesaria en nuestro contexto y como una herramienta fácil tanto para el paciente como para las profesionales.

Pandemia SARS-CoV-2: Estudio cualitativo sobre el impacto emocional en los pacientes en hemodiálisis

Marta Moreda-Díaz Pavón, Adriana Iglesias-González

Unidad FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo) del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Madrid. España

Introducción:

A finales de febrero de 2020 España se vio inmersa en la Pandemia por el virus SARS-CoV-2. Desde ese momento comenzó nuestro interés por conocer las experiencias vividas de los pacientes en programa de hemodiálisis (HD), los cuales irremediablemente debían seguir con su tratamiento acudiendo tres días por semana al hospital con todos los riesgos de contagio que ello suponía. Desde el primer día, se constató la necesidad de información tanto por parte de los pacientes como por su familia, momento en que comenzó nuestro interés por conocer sus vivencias y miedos durante la pandemia, al considerar esta nueva circunstancia como una línea de cuidados de Enfermería inédita hasta ese momento.

Objetivo:

- 1- Describir la experiencia vivida directamente por los pacientes que acuden a la unidad de Hemodiálisis afectados por la irrupción de la Pandemia por SARS-CoV-2.
- 2- Identificar necesidades y demandas de apoyo que requirieron durante dicho periodo.

Material y Método:

Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo. Se realizó muestreo aleatorio estratificado partiendo de una población total de 54 pacientes excluyendo a no castellano parlantes. Utilizamos una entrevista semiestructurada creada adhoc como herramienta de recogida de datos, evitando expresar puntos subjetivos por parte del entrevistador que pudieran producir sesgo de confusión. El análisis fenomenológico se realizó según STRAUSS Y CORBIN (1998) de manera secuencial, lo que permitió reorganizar datos y concretar objetivos, logrando una mejor aproximación al fenómeno de estudio. Se realizó una transcripción literal de las entrevistas y análisis de los contenidos mediante la categorización de conceptos y significados.

Resultados:

Se realizaron 10 entrevistas siendo éstas suficientes para llegar a la saturación de datos. A través de la codificación obtuvimos 6 categorías: atención sociosanitaria, ambiente habitual, vínculo emocional, medios de comunicación y adaptación a la nueva realidad, llegando así al fenómeno de estudio "estado emocional percibido tras la declaración de pandemia por Covid-19". De estas entrevistas se desprendieron numerosos sentimientos, entre ellos: miedo, infravaloración, culpabilidad y soledad, además de destacar a Enfermería como miembro de su grupo burbuja y personal de confianza para mitigar la inseguridad que les generaba el bombardeo masivo de información.

Conclusión:

A través de las entrevistas hemos constatado por un lado, un cambio en la percepción que nuestros pacientes tienen de su entorno reflejando miedo e incertidumbre por el futuro, y por otro la urgente necesidad de sentirse protegidos ante un posible contagio. De los sentimientos percibidos destaca el de infravaloración y con ello la creencia de que su vida tenía un valor inferior al del resto de población por el hecho de estar en programa de HD. Ante estos hallazgos sugerimos la creación de grupos de paciente experto y fomentar la participación en actividades grupales para apoyar la adaptación a la nueva realidad en la que nos vemos inmersos. Como profesionales de enfermería debemos continuar siendo referentes para nuestros pacientes manteniéndonos informados y formados de manera continuada, sin olvidar la humanización como base de nuestros cuidados.

¿Podemos mejorar el cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica al final de la vida?

Pilar Díaz-de Argote-Cervera, Marián Bernabé-Villena, Ana María Ramos-Domínguez, Elena Herrera-Martín, Gema Vinagre-Rea, María Martínez-González

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

La planificación anticipada de la asistencia sanitaria (PAAS) representa un paso importante en el respeto por la autonomía de los pacientes, así como en el deseo de involucrar a la persona en la toma de decisiones en los aspectos relacionados con su propia muerte. El equipo sanitario que atiende a los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), ejercen un papel fundamental en el cuidado de estos al final de la vida. Los pacientes con ERC avanzada, deben ser informados y ofrecerle la PAAS. Las decisiones deben quedar reflejadas en la historia clínica del paciente y ser periódicamente revisadas. La existencia de protocolos que ayuden a tomar estas decisiones sería muy útil ayudando a los pacientes en el final de la vida.

Objetivo:

Conocer la realidad en nuestros pacientes en relación a la PAAS y saber qué aspectos les preocupaban al final de la vida.

Material y Método:

Estudio cualitativo descriptivo mediante encuesta autoadministrada a pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS). En los casos en los que el paciente no podía cumplimentar la encuesta fue el personal de la unidad quien le ayudó a hacerlo.

La encuesta incluía 17 preguntas sobre su conocimiento de la PAAS y el documento de voluntades anticipadas.

Resultados:

77 pacientes fueron encuestados.

Un 75,3% de los pacientes eran hombres, un 55,8% de los pacientes estaban casados, 14,3% viudos y un

29,9% eran solteros. El 17% de los pacientes vivía solo y un 2,6% en una residencia. Sólo trabajaban el 6,5% de los pacientes. Respecto al nivel de estudios: 22,4% no tenía ningún tipo de estudios, 38,2% estudios primarios, 27,6% estudios secundarios, y un 10,5% estudios universitarios.

Las principales preocupaciones de los pacientes al final de la vida fueron: ser una carga para su familia un 31% (28,4% en los hombres y 2,7% en las mujeres), el dolor un 27% (17,6% en los hombres y 9,5% en las mujeres), no poder decidir sobre su situación 23% (28,4% hombres y 2,7% mujeres) y miedo a la muerte un 8,1% (5,4% hombres y 2,7% en las mujeres).

Entre los cuidados que les ayudarían a sentirse mejor se encontraron: la confianza en los profesionales 17,6%, recibir más información un 14,9%, que se respetaran sus deseos 10,8% y ser escuchados 9,5%.

El 14,3% de los pacientes no conocía el pronóstico de su enfermedad y el 78,6 % reconocía que la diálisis había mejorado su calidad de vida, con diferencias entre hombres y mujeres, 60% hombres y 18% mujeres.

Sólo un 26,3% de los pacientes sabía en qué consistía la PAAS y el documento de voluntades anticipadas, un 32,4 % de los pacientes no quería recibir información sobre ello, un 67,6% si quería tener información.

Resultados:

La mayoría de los pacientes en TRS:

- No conocen en qué consiste la planificación anticipada de cuidados y el documento de voluntades anticipadas
- Desean recibir información.

Hemos identificado una importante área de mejora en el cuidado de los pacientes con ERC en relación a la atención al final de la vida.

Prevalencia de burnout en época de pandemia entre enfermeras de nefrología

Laura Terns-Campius, Guillermo Pedreira-Robles

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC), así como la complejidad técnica de su manejo terapéutico, hace que las enfermeras de nefrología sean susceptibles a sufrir el síndrome de burnout. Además, la nueva situación marcada por la pandemia puede acusar aún más la aparición de burnout entre el personal sanitario.

Objetivo:

Definir la prevalencia del síndrome de burnout, así como sus tres esferas, entre las enfermeras de un servicio de nefrología de un hospital terciario entre abril y mayo de 2021.

Material y Método:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico. Se administró un cuestionario ad hoc compuesto de 14 preguntas sociodemográficas y laborales de respuesta cerrada, con el objetivo de definir la muestra y obtener datos sobre el impacto de la Covid-19. También se administró el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), en su validación al español. El MBI-HSS consta de 22 ítems con 7 respuestas posibles sobre sentimientos y actitudes de los profesionales hacia pacientes y compañeros. 9 de los ítems corresponden a la esfera de fatiga emocional, 5 a la esfera de despersonalización y 8 se relacionan con la realización personal. Cada esfera se clasifica, según el resultado, en: riesgo bajo, moderado o alto, describiendo así el síndrome de burnout.

Resultados:

Se incluyó a 28 enfermeras, correspondiendo al 71,79% del total de la población a estudio. 28 (100%) eran mujeres y tenían 16,5 [RIQ (5,75; 25,75)] años de experiencia profesional. 11 (39,29%) enfermeras pasaron la enfermedad en algún momento y 24 (85,71%) están actualmente vacunadas. 11 (64,29%) enfermeras reportaron

no haber recibido formación sobre la Covid-19 o no estar satisfechas con ella. Actualmente, 13 (46,43%) profesionales tiene miedo de transmitir la Covid-19 a su entorno y 5 (17,86%) tiene miedo de contagiarse. 6 (21,43%) enfermeras creen que actualmente cuenta con equipos de protección individual suficientes y 19 (67,86%) se siente mal anímicamente por la situación vivida.

Los resultados para el MBI-HSS fueron: en la esfera de fatiga emocional, 15 (53,57%) enfermeras puntuaron con un riesgo bajo de alteración, 5 (17,86%) con un riesgo moderado y 8 (28,57%) con un riesgo alto. En la esfera de despersonalización, 17 (60,71%) enfermeras puntuaron con un riesgo bajo de alteración, 6 (21,43%) con un riesgo moderado y 5 (17,86%) con un riesgo alto. En la esfera de realización personal, 15 (53,57%) enfermeras puntuaron con índice bajo (riesgo alto de alteración), 8 (28,57%) con un riesgo moderado y 5 (17,86%) con un índice alto (riesgo bajo de alteración). Según estos datos, 15 (53,57%) enfermeras presentan dos de las tres esferas afectadas y 6 (21,42%) presentan alteración en todas. 4 (14,28%) enfermeras no presentaban ninguna esfera alterada.

Conclusiones:

Las enfermeras presentan un riesgo real de síndrome de burnout. La implementación de programas de prevención y tratamiento eficaces sería lo apropiado según la literatura de referencia. La esfera con mayor afectación reportada es la de la realización personal.

Seguridad y respuesta inmune a la vacuna Covid-19 en pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de diálisis

Núria Clemente-Juan, Azucena Barranco-Sos, Montserrat Carbonell-Rodríguez, José Jesús Broseta-Monzó, Marta Quintela-Martínez

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de la diálisis (ERC-DD) tienen una respuesta inmune deficiente que los predispone a infecciones y una respuesta inadecuada a las vacunas, así como un mayor riesgo de contraer SARS-CoV-2 en unidades de hemodiálisis, y una vez infectados, muestran mayores tasas de mortalidad y estancias hospitalarias más largas que la población general. Los enfermos renales tienen una respuesta inmune algo deficiente y se ha visto que no generan memoria inmunológica en los programas de vacunación con la misma eficacia que las personas sanas, un ejemplo es su respuesta a la vacunación de la hepatitis B.

Objetivo:

Analizar la respuesta inmune de los pacientes con ERC-DD e identificar efectos secundarios tras la administración de la vacuna.

Material y Método:

Se realizó un estudio prospectivo de 78 pacientes vacunados en una unidad de hemodiálisis, mayores de 18 años, con IgG indetectable al SARS-CoV-2 antes de recibir la primera dosis vacunal SARS-CoV-2-1273. Se determinó la respuesta celular basal y después de la vacunación. Para medir la aparición y cantidad de anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2 se realizaron analíticas basales, al cabo de 7-10 días después de la segunda dosis de vacunación y a los 3 meses. Se monitorizó la tasa semanal de seroconversión mediante un test rápido de anticuerpos (con una sensibilidad del 98,1% y una especificidad del 99,7%) a partir de la primera semana de la dosis inicial y hasta cuatro semanas después de la administración de la segunda dosis.

Se realizó una encuesta para registrar los síntomas que presentaban tras las dosis de vacunación.

Resultados:

A medida que avanzan las semanas encontramos un aumento en el número de pacientes con una respuesta inmune detectable: los anticuerpos IgG detectables se encontraron sólo en el 9% de ellos a los 15 días y el 5,4% de ellos a los 28 días justo antes de la segunda dosis de vacuna, un porcentaje peor que la población general. Tras la segunda dosis, los porcentajes de seroconversión aumentaron progresivamente con un notable salto en la sexta semana, alcanzando un máximo del 94,9% para la séptima. Los títulos cuantitativos de IgG se midieron cuatro semanas después la primera y la segunda dosis. La tasa final de seroconversión, aunque similar a la de la población general, se logra más adelante.

Efectos secundarios detectados: ninguno (61,8%), dolor local (13,5%), múltiples con fiebre (7,8%), astenia (5,6%), múltiples sin fiebre (5,1%), fiebre (5,1%) y digestivos (1,1%).

Conclusión:

Ante el alto riesgo de pacientes con ERC-DD, estos resultados constatan la eficacia y seguridad de la vacunación contra el SRAS-CoV-2. Dado que las tasas de respuesta se retrasan, se deben preferir vacunas altamente potentes para esta población.

Se necesita un seguimiento para determinar el mantenimiento a largo plazo de esta respuesta inmunológica y la necesidad de dosis adicionales de refuerzo.

Los test rápidos de detección de anticuerpos son suficientemente fiables para seguir la respuesta inmune en este grupo de pacientes.

Valoración de fragilidad en una unidad de diálisis ¿Son más frágiles los pacientes con diabetes?

Sonia Guerrero-Carreño, Eva Elías-Sanz, Miquel Gómez-Umbert, Marta Quintela-Martínez, Teresa Gabarró-Taulé, Marta Arias-Guillén

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

La enfermedad renal crónica (ERC) y la diabetes (DM) representan un importante problema de salud pública. La elevada prevalencia de ambas patologías junto al envejecimiento progresivo de la población presupone una inclusión cada vez mayor de personas de edad avanzada con diabetes en programa de hemodiálisis. Esta situación proyecta hacia un evidente empeoramiento de la capacidad funcional de nuestros pacientes en hemodiálisis.

La fragilidad es un síndrome clínico que se asocia al incremento de caídas, discapacidad, hospitalización, pérdida de movilidad y enfermedad cardiovascular. Para mejorar la práctica clínica y los indicadores de salud, es importante hacer un cribaje de la fragilidad en las unidades de diálisis.

Objetivo:

Evaluar el grado de fragilidad y el estado funcional del paciente en nuestra unidad de hemodiálisis y analizar si existen diferencias entre diabéticos y no diabéticos.

Material y Método:

Estudio observacional de corte transversal para evaluar la fragilidad y el estado funcional de los pacientes en nuestra unidad de diálisis. Para la medición de fragilidad se utilizó el fenotipo de L. Fried y para la valoración funcional se utilizaron las escalas Barthel para las actividades básicas de la vida diaria, Lawton para las instrumentales y la Short Physical Performance Battery (SPPB). Se evaluaron también otros aspectos como comorbilidad y riesgo de caídas, para lo cual se utilizó el índice Charlson y la escala Dawton respectivamente. Se realizó una comparación de las variables entre los grupos de diabéticos y no diabéticos y se analizó si la fragilidad está relacionada con la edad, mayor dependencia, comorbilidad y riesgo de caídas mediante la correlación de Pearson.

Resultados:

Se incluyeron 128 pacientes, 86 hombres y 42 mujeres. El 45% tenían Diabetes. Los pacientes con diabetes eran mayores que los no diabéticos ($74,2 \pm 11$ vs $67,8 \pm 15$ años) y tenían mayor comorbilidad (Charlson $8,2 \pm 2,2$ vs $5,8 \pm 2,4$). Se catalogaron como frágiles al 25% de los pacientes, 46% pre-frágiles. Se observó una tendencia porcentual cercana a la significancia estadística ($p=0,063$), sugiriendo mayor fragilidad en los pacientes con diabetes. En las escalas de Barthel y Lawton también puntuaron con mayor grado de dependencia los pacientes diabéticos (NS). Según el test SPPB, los pacientes con diabetes tuvieron una peor capacidad funcional ($p=0,026$)

Se constató correlación entre fragilidad y dependencia ($r=0,615$), comorbilidad ($r=-0,566$) y riesgo de caídas ($r=0,540$).

Conclusiones:

En vista de los resultados obtenidos y ante un perfil de paciente cada vez mayor y más dependiente, la detección de fragilidad es útil para identificar a aquellas personas más susceptibles a desarrollar dependencia y puedan beneficiarse de medidas que retrasen su evolución, como asesoramiento dietético, inclusión en programas de actividad física intradiálisis u otras actividades que den respuesta a las nuevas necesidades asistenciales y así mantener su autonomía durante más tiempo.

Los pacientes con diabetes tienden a tener mayor fragilidad que podría estar relacionada con mayor edad, mayor comorbilidad y menor capacidad funcional que los no diabéticos.

El test Fried nos ha resultado una herramienta sencilla, fiable y fácilmente reproducible en nuestra práctica habitual.

Valoración de la intervención dietética realizada durante la pandemia Covid-19 en una unidad de hemodiálisis

Pilar Cardona-Blasco, Almudena Crespo-Acedo, Carolina Palomar-Ceballos, Bárbara Romano-Andrioni, Miquel Gómez-Umbert, Marta Quintela-Martínez

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

Entre las medidas para prevenir y controlar la propagación del Covid-19 ha sido necesario reestructurar la unidad de hemodiálisis (HD) acondicionando nuevos turnos y modificando horarios, con la consecuente alteración en los patrones dietéticos de los pacientes, y seguir la recomendación de eliminar la ingesta durante la sesión de HD.

Objetivo:

Analizar los resultados de las intervenciones dietéticas realizadas durante la pandemia Covid-19 en nuestro centro.

Material y Método:

Estudio prospectivo en 112 pacientes (65% varones) en HD. Se realizó test Malnutrición-Inflamación (MIS) y Valoración Global Subjetiva (VGS) basal. Para valorar los cambios en la composición corporal se evaluó al mes de detectarse la pandemia Covid-19 (basal) y a los 3 meses (final):

1. Parámetros analíticos: albúmina, prealbúmina.
2. Biompedanciometría: dispositivo BCM (Fresenius®).
3. Cuestionario elaborado por nutricionista para evaluar el impacto en el patrón dietético así como la entrega de un díptico informativo.

A un grupo de pacientes que tuvo que ser desplazado a otro centro (N=22) no se le pudo entregar el díptico, considerándolo grupo control.

Resultados:

El peso se mantuvo estable (70,4±16,3 inicial vs 70,1±16 kg final), observándose un incremento en prealbúmina y albúmina (p=0,01) en los pacientes que recibieron el díptico. Puntuación ≥8 en el MIS en el 44%, grado B-C con el VGS en el 51,5%. Con la bioimpedanciometría se observó un descenso en la masa ce-

lular en el grupo control (NS), así como un descenso de masa grasa (FTI, p<0,05 pre-post) y adiposa, mayor en los que recibieron díptico.

Respecto al cuestionario, se le modificó el turno o desplazó de centro al 56,3%, alterando esto su horario de comidas al 52,4% (fundamentalmente almuerzo) y optando por saltarse esa comida el 17,4%. El apetito disminuyó en el 23,1% y aumentó en el 19,8%. Afectó bastante o mucho la retirada de sólidos durante la sesión al 34%. El 46,2% requirió ayuda para adquirir o preparar los alimentos. La opción del díptico más aceptada para mantener el aporte calórico-proteico fue la de redistribuir los alimentos (desayuno más completo o merienda-cena). Sólo en el 6,6% el Covid modificó su alimentación (menos productos frescos o más precocinados).

Conclusiones:

Durante la pandemia del Covid-19, el confinamiento, la dificultad al acceso y elaboración de los alimentos en este perfil de pacientes sumado a la pérdida de alguna comida principal por adecuación de turnos, provocó un retroceso en el estado nutricional de algunos de ellos, especialmente en aquellos que ya tenían de base una fragilidad nutricional catalogada.

Tras dos meses de confinamiento, en nuestro centro se decidió reintroducir la ingesta en la sala de hemodiálisis pero con medidas de contención de riesgo: desayunos y meriendas en posiciones alternas para garantizar la distancia de seguridad y con una duración no superior a 15 minutos sin mascarilla.

Un año después no ha habido contagios asociados a las medidas tomadas, lo que demuestra que hay otra manera de cuidar a la vez que minimizar riesgos y mejorar el estado nutricional.

Valoración de la seguridad del paciente en la práctica clínica de terapia renal sustitutiva en áreas de vigilancia intensiva

María del Tránsito Suárez, Lida María Rodas, Marta Quintela, Adriana Patricia Mejía

Hospital Clinic de Barcelona. España

Introducción:

La seguridad del paciente ingresado en áreas de vigilancia intensiva (AVI), con requerimiento de terapia renal sustitutiva intermitente (TSRI), está influenciada por diversos factores: los inherentes al paciente, factores humanos y técnicos; razón por la que la vigilancia de estos, es el principal dominio de la calidad asistencial y es tema prioritario de revisión en todas las instituciones de salud.

Objetivo:

- 1) Identificar los factores de riesgo presentes en la práctica clínica, que interfieren en la seguridad del paciente al que se le realiza TSRI: hemodiálisis intermitente (HDI), diálisis sostenida de baja eficiencia (SLED) y Diálisis Diaria Extendida (DDE).
- 2) Describir las principales incidencias, complicaciones médicas y técnicas.
- 3) Determinar posibles factores de riesgo relacionados con el personal de enfermería: identificación inequívoca del paciente, notificación de incidencias y complicaciones; formación, experiencia y rotación de personal.

Material y Método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, del registro informático de 413 sesiones de TSRI realizadas en AVI, durante todo el 2018. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos, complicaciones médicas y técnicas, controles de calidad de agua y monitores; medidas correctivas derivadas de las complicaciones e incidencias. Se determinó los posibles factores de riesgo relacionados con los enfermeros encargados del procedimiento a través de un cuestionario.

Análisis de datos

Análisis univariable cuantitativo, cualitativo y prueba de Fisher para variables asociadas; análisis estadístico con el programa IBM SPSS STATISTICS 24.0.

Resultados:

Análisis de 413 sesiones realizadas en 91 pacientes; técnica más utilizada (52,1%) la HDI. Edad media 65 años; 78,7% sexo masculino; principal motivo de ingreso shock séptico (35,1%). Incidencias clínico asistenciales considerados factores de riesgo para la seguridad del paciente: error en la asignación de la modalidad en el programa informático (33,2%), pautas sin actualizar (30,5%), disfunción del acceso vascular (15,7%), fallos en el registro de averías, desinfección y desincrustación de monitores. Se registraron complicaciones médicas en 239 sesiones: el 47,6% en HDI siendo la hipotensión la principal complicación (41,2%). Las complicaciones técnicas estuvieron presentes en el 37,7% de las sesiones, con mayor porcentaje en DDE; la coagulación total o parcial del circuito extracorpóreo la más frecuente (16,7%).

La encuesta al personal de enfermería respondida por 21 enfermeros, identificó como problemas de seguridad relacionados con el personal: falta de un programa estandarizado de formación para personal de nueva incorporación (57,1%), la variabilidad de personal (81%), la no asistencia a la capacitación específica programada (52,4%).

Conclusiones:

La seguridad del paciente que recibe TSRI en AVI, es un proceso multifactorial que incluye factores relacionados con el paciente que no son modificables, incidencias médicas y técnicas; aunque no tuvieron efectos adversos mayores en la evolución clínica del paciente, son considerados potenciales, algunos previsible, controlables y evitables. Por tanto, se recomienda intervenciones interdisciplinarias que vigilen y prioricen estrategias en: protocolización de desconexión urgente, actualización diaria de pautas, factores de riesgo humano (experiencia y formación), control de mantenimiento monitores y tratamiento de aguas; además hacer un seguimiento para evaluar su efectividad, promoviendo así una cultura de seguridad.

Valoración de los factores de personalidad de los pacientes en hemodiálisis y su relación con la adherencia al tratamiento

María Dolores Robles-Relaño, Sherezade Salado-Jurado, Antonio José Fernández-Jiménez

Centro de Hemodiálisis Sierra Este Diálisis Andaluza. Sevilla. España

Introducción:

La relación entre los aspectos emocionales y físicos es motivo de estudio de forma permanentemente y vinculado con ello tenemos la adherencia al tratamiento, la cual es una variable influida por múltiples factores, siendo uno de ellos la personalidad. Los pacientes en hemodiálisis necesitan tener una buena adherencia al tratamiento desarrollando conductas de autocuidado sobre ellos mismos, por ello es importante la atención psicológica y para el correcto desarrollo de dicha atención es necesario el conocimiento de la personalidad en estos pacientes. La personalidad se compone de diferentes factores psicológicos que influyen y están influidos a la vez por la parte conductual/comportamental. Los estudios sobre los factores de personalidad y la enfermedad renal crónica son escasos.

Objetivo:

Valorar los cinco factores de la personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y compromiso en una muestra de pacientes en hemodiálisis para detectar posibles necesidades de atención psicológica, y ver la relación existente entre los factores sexo y adherencia al tratamiento.

Material y Método:

Se recogió una muestra de 54 pacientes, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 23 y 80 años. Estudio descriptivo correlacional de corte transversal con datos recogidos entre enero y junio de 2020. Se administró individualmente el inventario de personalidad NEO-FFI (cinco factores de personalidad). Se recogieron los datos sobre adherencia al tratamiento utilizando como indicador la ganancia hídrica interdiálisis.

Se cuantificaron los valores de frecuencia de las puntuaciones obtenidas en el test y se realizó comparación con la población normativa no Enfermedad Renal Crónica (ERC) y correlación con las variables sexo y adherencia al tratamiento.

Resultados:

Entre los factores de personalidad existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población normativa no ERC; por un lado en el factor de neuroticismo con tendencia a la superioridad ($p=0,000$); y por otro, en los factores de extroversión ($p=0,000$) y apertura a la experiencia ($p=0,000$) con tendencia a la inferioridad. Con respecto al sexo, existe diferencia estadísticamente significativa en el factor de neuroticismo, con tendencia a la superioridad en mujeres ($p=0,008$). Por otro lado, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ningún factor en relación a la adherencia al tratamiento.

Conclusiones:

Los pacientes en hemodiálisis tienden a ser inestables emocionalmente y a experimentar estados emocionales negativos, con tendencia a ser retraídos y más reflexivos, con ideas rígidas e intereses reducidos. Su nivel de amabilidad y responsabilidad no difieren del resto de la población. Por ello, se alerta sobre la necesidad de atención psicológica en estos pacientes. La adherencia al tratamiento no depende de ninguno de los factores estudiados.

Atención continuada a personas con trasplante renal desde el hospital de día de trasplante

Anna Bach-Pascual, Aida Martínez-Sáez, Guillermo Pedreira-Robles, Dolores Redondo-Pachón, Ernestina Junyent-Iglesias, Marta Crespo-Barrio

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El paciente trasplantado renal (TR) requiere una atención estrecha y continua por personal sanitario especializado. Disponer de un hospital de día (HdD) de TR permite la atención del paciente trasplantado reciente, pero también del trasplantado inestable o con patología urgente. La optimización de este recurso es fundamental para prestar esta atención continuada y de calidad al paciente TR. Esta optimización requiere una actuación conjunta médico-enfermera para entrevistar, realizar pruebas complementarias y administrar tratamientos en el mismo proceso asistencial.

Objetivo:

Describir la atención asistencial llevada a cabo en el hospital de día de trasplante renal durante el año 2020. Método: Se incluyeron a todos los pacientes trasplantados que fueron visitados en el HdD de TR en el año 2020 y se clasificaron como TR recientes (≤ 2 meses posTR) y TR no recientes (> 2 meses posTR). Se recogieron datos clínicos del paciente, número de visitas realizadas, motivo de la visita y derivación (ingreso hospitalario, servicio de Urgencias, seguimiento en HdD o consulta externa ambulatoria de trasplante).

Resultados:

Se visitaron presencialmente un total de 264 pacientes en el HdD, de los cuales 99 (37,5%) fueron pacientes recién trasplantados y 165 (62,5%) pacientes no recientes que generaron 1002 visitas [665 (66,3%) en TR recientes y 337 (33,7%) en TR no recientes]. De los 165 pacientes no recientes, 41 (25%) pacientes cumplían algún criterio de ingreso. En 30 (73%) pacientes se consiguió evitar el ingreso hospitalario realizando tratamiento médico ambulatorio y 11 (27%) fueron ingresados: 8 ingresaron de forma directa a la Unidad de Hospitalización y 3 lo hicieron a través de derivación al Servicio de Urgencias.

Conclusiones:

El hospital de día de trasplante renal ha demostrado ser un buen recurso para dar atención continuada a las personas trasplantadas. Permite evitar ingresos y manejar ambulatoriamente de forma estrecha a este tipo de pacientes. La figura de la enfermera referente en trasplante renal y la optimización del hospital de día de trasplante de TR, es fundamental para el seguimiento de la persona trasplantada, individualizando sus cuidados, a través de la gestión, con el fin de mejorar su calidad de vida y adherencia.

Evaluación de un programa docente en trasplante renal de donación de vivo dirigido a profesionales

Maria Teresa Alonso, Maite López, Ana Palomino, Esther Franquet, Carme Facundo, Alberto Breda

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

Introducción:

La formación de profesionales de la salud influye en la calidad asistencial del sistema sanitario. Tanto, en Europa como en EEUU, existen recomendaciones sobre un programa de formación teórico-práctico de especialistas en las diferentes disciplinas. La docencia y el aprendizaje de estos programas de formación requieren una evaluación con la finalidad de mejorar la asistencia sanitaria nacional. En 2020, el Plan Estratégico de la Organización Nacional de Trasplante (ONT) propone la formación de profesionales como instrumento de mejora de la actividad de trasplante y donación de vivo en el estado español, siendo nuestro centro pionero desde el 2004.

Objetivo:

Describir un programa de formación en Trasplante Renal de Donante Vivo, evaluar la docencia dirigida a profesionales nacionales de la salud y la opinión de los asistentes en los últimos 5 años.

Material y Método:

Estudio retrospectivo observacional realizado en un Centro hospitalario durante 5 años (2016-2020). La población fueron profesionales interesados en recibir la formación. La muestra fue 252 asistentes. Se diseñó un cuestionario, evaluándose nivel de satisfacción y opinión sobre la calidad del programa. La encuesta disponía 2 tipos de preguntas, abiertas y cerradas. Para preguntas abiertas, espacio en blanco, con respuesta de opinión y en preguntas cerradas disponía de escala liker 1 al 5 (menor a mayor valoración). Se recogieron variables: género, categoría profesional, disciplina y comunidad autónoma del asistente. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17. Se calculó estadística descriptiva, frecuencias, medias y desviaciones y T-Student para comparaciones de medias. Se estableció el nivel de significación ($P < 0,05$).

Resultados:

El hospital centro docente nacional e internacional dispone de Unidad de Nefrología y Urología. Ambas, polivalentes y medicoquirúrgicas con un total de 90 camas, que admite pacientes a partir de 18 años para programa de trasplante renal. Se diseñó un programa de formación, teórico-práctico en Trasplante Renal de Donante Vivo (TRDV). En 2004 se inició el curso de formación teórico-práctica TRDV, compuesto por un equipo multidisciplinar dirigido a profesionales de la salud y acreditado por el Sistema Nacional de Salud. Los docentes del programa educativo fueron nefrólogos, urólogos, anestesiistas, psicólogos, enfermeras y externos: Inmunólogo, magistrado y bioética. Duración del programa: 3 días, distribuidos 2 días teóricos y 1 día práctico (quirófano). Desde 2016 al 2020, se incluyeron 224 alumnos. De ellos 10,71% internacionales. Asistencia: 83,3% presencial y 16,67% online; 24,10% hombres y 75,89% mujeres. Categoría profesional: 54,01% médicos (41,52% nefrólogos, 7,14% urólogos, 2,23% anestesiistas y 3,12% otros: inmunólogos, farmacéuticos...), 1,78% coordinadores/gestores, 25,89% enfermeros. 10,71% estudiantes y resto sin datos. Cumplimentaron encuestas 57,54% (145). Los alumnos consideraron excelente el curso (4,5/5), 90,8% nivel de satisfacción, las opiniones se categorizaron por agradecimientos, sugerencias de mejora, temas que cambiaría y eliminaría. Tasa media anual nacional de TRDV 6,66%.

Conclusiones:

El programa es un método educativo para la formación teórica y práctica de profesionales de la salud en trasplante renal de donación de vivo. La evaluación del programa es necesaria para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y contribuir al desarrollo del programa en TRDV nacional cumpliendo uno de los objetivos de la ONT.

Gasto energético y actividad física en pacientes trasplantados renales

Emilia Ferrer-López, Víctor Cantín-Lahoz, Francisco Javier Rubio-Castañeda, Raúl López-Blasco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción:

La actividad física se ha convertido en los últimos años en un pilar clave en las estrategias y programas de salud, debido a los numerosos beneficios que produce, las consecuencias de la inactividad física, se consideran el cuarto factor de riesgo de la mortalidad mundial.

La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan la práctica de ejercicio en la atención estándar a receptores de trasplante de órganos sólidos.

Las personas trasplantadas que practican actividad física (AF) regularmente presentan mayores niveles de capacidad aeróbica y fuerza muscular, suponiendo una reducción de la morbi-mortalidad.

Por ello, la valoración de la forma física en esta población es una herramienta eficaz para la evaluación y el asesoramiento físico, reflejando el impacto de la morbilidad subyacente asociada y el estado de salud general.

Objetivo:

Evaluar el nivel de gasto energético y niveles de actividad pre-trasplante.

Determinar si la terapia renal sustitutiva (TRS) condiciona la realización de ejercicio físico.

Material y Método:

Estudio transversal en pacientes trasplantados entre septiembre de 2020 y mayo de 2021. Se describieron características generales de los pacientes. Se determinó el nivel de AF según la edad, cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) para personas de 18-65 años y el IPAQ-E para mayores de 65 años, ambos validados al castellano. La AF se clasificó en leve, moderada o vigorosa, calculándose el gasto energético en Mets (Metabolic Equivalent)/minuto y semana.

Resultados:

Se analizaron 45 pacientes, edad media $59,13 \pm 13,35$ años, 73,3% varones, 62,2% recibía TRS mediante hemodiálisis, 33,3% peritoneal y 4,4% en prediálisis; 91,1% trasplante de donante cadáver. Un 88,9% mostraba hipertensión (53,3%), dislipemia (24,4%), diabetes (15,65%), enfermedad cardiovascular (28,9%), sobrepeso (44,4%).

El gasto energético total fue de $2859,58 \pm 2704,80$ en METs minuto/semana. Por sexos fue $1415,75 \pm 573,21$ para mujeres y $3384,61 \pm 2975,08$ para hombres,

La actividad física vigorosa ($n=26$), por sexos fue de $4594,23 \pm 2963,93$ para hombres y $2062,50 \pm 573,21$ para mujeres, la actividad física moderada fue $1216,00 \pm 213,88$ y $1200 \pm 261,39$ respectivamente.

Los pacientes hipertensos y diabéticos mostraron mayores niveles de actividad que, los que no lo son. Los pacientes con sobrepeso (44,4%) y obesidad (15,6%) mostraron menores niveles de gasto energético. La mediana de gasto energético en menores 65 años presentó valores de 1732 ± 2159 METs minuto/semana y $2212,50 \pm 3311,6$ METs minuto/semana en mayores de 65. Los pacientes en prediálisis mostraron mayores cifras de actividad física, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Conclusiones:

En la población estudiada, las mujeres muestran menor gasto energético en todos los niveles de actividad física que los hombres. Los mayores de 65 años presentan mayores niveles de actividad física. La TRS no condiciona la realización de actividad física. La obesidad es un condicionante para la realización de actividad física. Es necesario seguir indagando sobre las variables que se asocian a bajos niveles de actividad física, y establecer programas de ejercicio físico pre-trasplante.

Manejo ambulatorio tras infección por Covid-19 en pacientes trasplantados renales: Una consulta monográfica

Anna Bach-Pascual, Aida Martínez-Sáez, Carlos Enrique Arias-Cabrales, Anna Buxeda-Porras, Marta Crespo Barrio, M^a Dolores Redondo-Pachón

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La pandemia por Covid-19 ha obligado a modificar circuitos y nuestra práctica clínica habitual. En marzo de 2020, la Unidad de Trasplante renal (TR) de nuestro hospital diseñó junto con el servicio de Medicina Infecciosa el protocolo de manejo ambulatorio de las personas trasplantadas que superaban la infección por la Covid-19 para dar respuesta a sus necesidades.

Objetivo:

Describir el manejo ambulatorio en consulta monográfica tras infección por Covid-19 en pacientes trasplantados renales.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes trasplantados que superaron la infección por Covid-19 y fueron visitados en la consulta monográfica (un día a la semana y separada de pacientes no Covid). Se registraron datos sociodemográficos y clínicos en una base de datos de diseño específico para la valoración, control y seguimiento de los casos.

Resultados:

Desde marzo-2020 hasta marzo-2021, 98 pacientes TR sufren una infección por Covid-19. De estos, 19 (19,4%) fallecen y 79 (80,6%) sobreviven a la infección. En abril-2020, se crea una consulta monográfica de atención a pacientes TR infectados por Covid-19.

De los 79 pacientes que sobreviven a la infección, 62 (78,5%) se atendieron en la consulta de trasplante pos-Covid. De los 17 no atendidos, 4 pacientes fueron seguidos en otro centro y 13 acudieron a la consulta habitual porque no habían comunicado al equipo de TR la infección.

La edad media fue de $59 \pm 12,8$ años y 26 (32,9%) eran mujeres. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la visita ambulatoria fue de 46 (36-56) días. La mediana de visitas realizadas en la consulta fue de 1 (1-3) visitas.

En cuanto a la inmunosupresión (IS), 51 (64,5%) pacientes precisaron cambio de tratamiento durante la Covid-19. El cambio más común fue la retirada de la IS adyuvante (micofenolato o everolimus) en 33 (41,3%), mientras que en 13 (25,5%) pacientes se retiró toda la IS (tacrolimus y tratamiento coadyuvante). En los 51 se mantuvo el tratamiento con corticoides. Finalmente, en la visita en la consulta, tras la reintroducción de tacrolimus en todos los pacientes, sólo se volvió a asociar el micofenolato o everolimus a 19 (57,6%). Los días que transcurrieron entre la retirada de la IS y su reintroducción fue de 42 (37-59) días.

Conclusiones:

La consulta monográfica de alta resolución fue posible gracias a la optimización del hospital de día de TR durante la pandemia por Covid-19. La consulta permitió el manejo estrecho e individualizado de cada caso atendiendo a las necesidades de cada paciente.

¿Qué interés y conocimiento tenemos los profesionales que atendemos a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada sobre la planificación de la asistencia sanitaria?

Pilar Díaz-de Argote-Cervera, Marian Bernabé-Villena, Elena Herrera-Martín, Gema Vinagre-Rea, Ana María Ramos-Domínguez, María Martínez-González

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

Los enfermos renales crónicos (ERC), por su tipo de patología, se ven obligados a tener que decidir continuamente. Esta toma de decisiones forma parte del proceso terapéutico. Tanto en las consultas de enfermedad renal crónica como luego en la sala de diálisis y con los pacientes de domiciliaria el contacto entre enfermera-paciente es muy intenso y continuado. Les preguntamos continuamente sobre multitud de signos y síntomas, dieta, vacaciones, pero no solemos pararnos a preguntarles cómo querrían planificar el final de sus días. En una sociedad donde no se contempla el morir y donde la "no limitación al esfuerzo terapéutico", puede ser una constante en nuestra práctica, el pararnos a reflexionar sobre nuestros propios límites quizás nos pueda ayudar en la atención a nuestros pacientes.

Objetivo:

Conocer el grado de conocimiento e interés por la planificación de la asistencia sanitaria (PAAS) en sanitarios que atienden a pacientes con enfermedad renal crónica.

Material y Método:

Estudio cualitativo descriptivo mediante cuestionario auto administrativo a sanitarios participantes voluntarios. La encuesta fue enviada a través de las secretarías de las sociedades científicas, Sociedad Española Nefrología (S.E.N.) y Sociedad Española Enfermería Nefrológica (SEDEN). Incluía 22 preguntas sobre conocimiento, interés y percepción de la utilidad de la PAAS.

Resultados:

Respondieron 422 profesionales: mujeres (73,8%). Categoría profesional: médicos (53,3%); enfermeras (45,0 %); técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (1,4%).

Rango de edad (años): 40-50 (32%); 50-60 (28,7%); 30-40 (19,4%); >60 (14,0%); 20-30 (5,9%).

El 79,9% dicen no conocer si los pacientes tienen registrado el Testamento Vital (TV). El 63,5% han oído hablar del PAAS. Solo un 28,7% conoce la diferencia entre PAAS y el TV. Un 96,2% afirma que tener esta información ayudaría a los pacientes a que estuvieran mejor atendidos en sus últimos días. Un 23,7% de los profesionales admiten que les resultaría incómodo hablar con ellos sobre este tema. El 97,6 % de los profesionales piensan que sí está en nuestra mano hacer algo más, siendo un 94,5% a los que les gustaría recibir formación.

Solo un 5,7% de los profesionales tienen hecho el testamento vital.

En cuanto a la categoría profesional se encontraron diferencias significativas en el conocimiento por parte de los profesionales de cuáles de sus pacientes tienen hecho el TV ($p=0,005$), cuántos profesionales han oído hablar del PAAS ($p=0,01$) y si recuerda algún caso en el que hubiera ayudado tener esta información ($p=0,013$).

Al comparar la edad se encontraron diferencias significativas en qué pacientes habían hecho el TV ($P=0,50$), el procedimiento para hacerlo ($p<0,00$), y a la pregunta de si le resultaría difícil hablar de este tema con los pacientes ($p=0,036$). También se encontraron diferencias significativas a la pregunta de si ha pensado en hacer el TV ($p=0,041$).

Conclusiones:

- Existe una falta de conocimiento y un gran interés por los profesionales sanitarios sobre la PAAS.
- A mayor edad mayor concienciación, tanto a nivel individual como profesional.
- La formación de los profesionales sobre la PAAS constituye un reto y una oportunidad para mejorar el cuidado de nuestros pacientes.

Aféresis, evolución en servicio de nefrología del 2010 al 2020, creación de unidad de tratamiento ambulatorio

Ana Vasco-Gómez, Cristina Herrera-Morales, Yaiza Martínez-Delgado, Elisabeth Lafuente-Cabrero, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La Aféresis tiene como finalidad principal la extracción y eliminación del plasma de aquellos componentes considerados responsables patógenos de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas.

Según la técnica utilizada para la separación del plasma, se diferencia entre filtración y centrifugación, y dependiendo del tratamiento que se le da, se derivan diferentes procedimientos de aféresis.

Para su correcta utilización, la American Society for Apheresis (ASFA) establece más de 87 indicaciones clasificadas en diferentes categorías según el nivel de evidencia científica.

La elección del acceso vascular (AV), se determina en función del tipo de procedimiento prescrito, su frecuencia y duración, así como el mapeo vascular y la enfermedad de base del paciente. Entre las diferentes posibilidades se incluyen: fístula arteriovenosa nativa o Protésica (FAVn o FAVp), catéteres venosos centrales (CVC) tunelizados o temporales, o catéteres periféricos.

Objetivo:

Describir la evolución y experiencia en técnicas aferéticas en un servicio de nefrología desde 2010 hasta 2020.

Material y Método:

Estudio descriptivo retrospectivo desde 2010 a 2020, mediante revisión de historias clínicas. Variables recogidas: número de sesiones/año, AV utilizado y tipo de tratamiento.

Resultados:

Durante 10 años se realizaron 944 sesiones. Describimos los datos correspondientes al inicio de la técnica en 2010, a la inclusión de la centrifugación en 2017 y al último año estudiado.

- **Año 2010: realizadas 33 sesiones;**
29 Recambios plasmáticos (RP) Filtración / 4 RP Filtración+Hemodiálisis (HD)
Acceso vascular utilizado por sesión:
- 100% CVC.

- **Año 2017: Inclusión de técnica por centrifugación. Total de 107 sesiones;**
30 RP Filtración / 60 RP Centrifugación / 12 Fotoféresis / 5 Inmunoadsorción para trasplante ABO incompatible (IA ABOi)
Acceso vascular utilizado por sesión:
27,10% (29 CVC / 55,14 % (59) vías periféricas (VP) 11,21 % (12) FAVn / 6,54% (7) VP+minimidline.
- **Año 2020: realizadas 208 sesiones:**
115 RP Centrifugación / 43 RP Centrifugación+HD / 33 Fotoféresis / 16 IA ABOi / 1 Eritrocitaféresis.
Acceso vascular utilizado por sesión:
16,34% (34) CVC / 21,15% (44) VP / 18,75% (39) vías venosas mediales (Minimidlines) / 2,88% (6) vía+minimidline / 1,92% (4) minimidline+CVC / 0,48% (1) minimidline unipuntura / 12,98% (27) FAVn / 10,09% (21) FAVp / 0,48% (1) FAVp+VP / 12,50% (26) Portacath unipunción / 2,40% (5) Portacath+minimidline

Conclusiones:

El incremento significativo de las sesiones, pasando de 33 en 2010 a 208 en 2020 ha conducido a la creación de una unidad de aféresis independiente, coordinada por enfermería, donde se proporcionan tratamientos ambulatorios, al margen de las salas de diálisis, lo que permite una atención individualizada que aumenta la seguridad en la realización de la técnica.

La inclusión en 2017 de la técnica mediante centrifugación, amplió el tipo de procedimientos y resultó una revolución en lo que a AV se refiere. El poder trabajar a flujos bajos, eliminó la limitación de CVC o FAVn / FAVp, introduciendo un amplio abanico de posibilidades gracias a los AV periféricos.

Para poder conseguir la autonomía ha sido necesaria una formación específica tanto en conocimientos teóricos, como en el manejo de la técnica y se han diseñado canales de coordinación y colaboración con el equipo de terapias intravenosas del hospital, que ayudan a resolver la colocación de accesos vasculares.

PROMIS 29: Una nueva herramienta para analizar los resultados reportados por los pacientes en calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Víctor Cantín-Lahoz, Emilia Ferrer-López, Francisco Javier Rubio-Castañeda, Raúl López-Blasco, Eduardo Parra-Moncasi, Jesica Montero-Marco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción:

El International Consortium Health Outcomes Measurement (ICHOM) se ha centrado en analizar el valor de la salud de las enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definiendo los resultados de salud reportados por los pacientes (PROs) tras una extensa revisión de la literatura y reuniones con pacientes, gestores, asociaciones y profesionales. Existen cuestionarios clásicos para medir la calidad de vida como el EuroQol5D o SF36 desde hace más de 30 años y precisan licencia para su uso. La utilización del nuevo cuestionario Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) basado en la nueva teoría de respuesta al ítem, donde la longitud de los test varía según la habilidad y respuestas del entrevistado, consigue adaptarse y facilitar la recogida de datos. El PROMIS 29 es un cuestionario electrónico y en papel, validado al castellano con 29 ítems y respuestas del 1 al 5, además de una escala de dolor EVA. Se compone de los dominios: funcionamiento físico, ansiedad, depresión, agotamiento, alteraciones del sueño, capacidad de participar en roles sociales y dolor. Las puntuaciones se pueden calibrar y comparar con los cuestionarios SF36 y EQ5D con la herramienta PROsseta. La utilización es de licencia libre y se está empezando a utilizar para las enfermedades crónicas por todo el mundo.

Objetivos:

Describir el uso del cuestionario PROMIS en enfermedades renales crónicas y su aplicabilidad. Metodología Se realizó una búsqueda bibliográfica de diciembre de 2020 hasta abril 2021, en las bases de datos Pubmed, Embase y Google académico; con las palabras clave "quality of life", "patient reported outcomes", "PROMIS", "chronic kidney disease", "dialysis", "peritoneal dialysis", "kidney transplant".

Resultados:

Se encontraron diversos estudios en enfermedades crónicas (artrosis, diabetes, dolor), cirugías o salud mental. Se disponen de valores de referencia poblacionales en EE.UU, Francia, Reino Unido y Alemania. Se encontraron tres artículos en población renal usando el PROMIS: i) validación en población renal pediátrica en 2014 en EE.UU, ii) una validación del cuestionario PROMIS 29 y 57 de 2019 en trasplantados renales en Canadá y iii) uno con la versión electrónica en pacientes de hemodiálisis hospitalaria en 2020 en EE.UU.

Conclusión:

Los cuestionarios PROMIS se están utilizando en diferentes enfermedades crónicas, como la ERCA. A pesar de no disponer de una validación de los cuestionarios con población de referencia española, la estandarización de la recogida de los datos y la evolución a las nuevas tecnologías es útil para poder comparar por países y enfermedades o según la evolución de la enfermedad renal. La recogida rutinaria de la calidad de vida de los pacientes con patología renal, el empoderamiento en su tratamiento y la mejora de la comunicación con los profesionales sanitarios, son necesarios para poner al paciente en el centro de la atención sanitaria.

Factores de riesgo de peritonitis precoces que debe identificar la enfermera de diálisis peritoneal para su prevención y mejoría en el pronóstico. Análisis de 2.656 peritonitis en veinte años

Carmen Flores-Oneto, Pedro Quirós-Ganga, Verónica de la Espada-Piña

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España

Introducción:

Aunque se han desarrollado numerosos avances técnicos, la peritonitis sigue siendo la principal causa de fracaso de la técnica de diálisis peritoneal (DP) y necesidad de transferir a hemodiálisis

Publicaciones han investigado los posibles factores de riesgo implicados en la aparición de peritonitis precoz, encontrando mayor casuística en pacientes diabéticos, sexo masculino y de edad más avanzada.

Objetivo:

Análisis de las peritonitis en pacientes en DP en Andalucía: Periodo 1999-2017. Conocer cuales son los factores relacionados con las peritonitis precoces (aquellas en los tres primeros meses de tratamiento) y la relación de éstas con la supervivencia del paciente y la técnica de diálisis peritoneal, para identificar desde el inicio aquellos pacientes y/o circunstancias sobre las que implementar en mayor medida actuaciones de cuidados y prevención precoz.

Material y Método:

- Estudio observacional de cohortes, analítico, no intervencionista,
- Periodo de estudio: 19 años (periodo 1999-2017). N pacientes: 2904.
- Incluye el 100% de las peritonitis registradas en la población incidente en Andalucía (n=2656): una de las mayores cohortes analizadas históricamente en España.
- Datos: extraídos del registro de pacientes renales, SICATA.

Resultados:

El 23,8% de las peritonitis (n=250) acontecieron en los tres primeros meses. Como factores de riesgo para estas peritonitis precoces sólo encontramos el tipo de técnica en

este intervalo de tiempo ($p<0,01$) estableciéndose como factor protector la DP automatizada. No encontramos diferencias en el resto de los factores analizados: género, etiología de la enfermedad renal crónica, diabetes, enf. Cardiovascular, comorbilidad, edad, u otros aspectos técnicos como el uso de bicarbonato o Icodextrina.

El 58,8% de las peritonitis (n=618) tuvieron lugar en los seis primeros meses de tratamiento. No encontramos diferencias en ninguno de los factores analizados.

Se ha analizado si existen diferencias en la supervivencia del paciente y la técnica de DP según presentara el paciente una peritonitis precoz (en los tres o seis primeros meses). Tanto en un caso como en otro hemos encontrado diferencias tanto en la supervivencia del paciente como de la técnica ($p<0,01$)

Conclusiones:

En nuestro estudio, solo hemos encontrado como factor protector para padecer peritonitis precoces el uso de DP automatizada frente a DP continua ambulatoria.

La peritonitis precoz, entendida esta como la que tiene lugar en los tres primeros meses de tratamiento con DP, se ha relacionado con peor supervivencia, tanto del paciente como de la técnica.

Otros factores se han relacionado directamente ($p<0,05$) con la viabilidad de la técnica en todo el periodo como: Enfermedad cardiovascular o diabetes al inicio de la técnica, la modalidad manual frente a la automática, y el empleo de soluciones no bicamerales no tamponadas con bicarbonato (soluciones menos biocompatibles).

La enfermera de DP debe identificar, a la luz de estos resultados, a aquellos pacientes con mayor riesgo para el desarrollo de una peritonitis precoz, que puede comprometer tanto su supervivencia como su permanencia en DP, especialmente en aquellos diabéticos o con comorbilidad cardiovascular o en los que tienen limitado el uso de la DPA, para incidir en ellos en su emponderamiento en autocuidados y en su monitorización más estrecha.

Validez de la videollamada como método de acompañamiento en el inicio de diálisis peritoneal automatizada

Adela Suárez, Mónica Fernández, Fabiola Menéndez, Beatriz Peláez, Magdalena Pasarón, Miguel Núñez

Hospital Universitario Central de Asturias. España

Introducción:

El entrenamiento en Diálisis Peritoneal es esencial y culmina con el inicio de la terapia en el domicilio del paciente acompañado por enfermería. La situación actual de pandemia abrió la puerta al uso de nuevas tecnologías que facilitan el acompañamiento del paciente cumpliendo las medidas de seguridad sanitarias.

Nuestro objetivo es evaluar la validez de la videollamada como apoyo al paciente en el inicio de la terapia en sustitución del acompañamiento presencial.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo (serie de casos) entre el 26 de enero y el 24 de febrero de 2021 en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años que tras entrenamiento en hospital e inicio en domicilio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) pasan a Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) en el intervalo de uno a tres meses.

Los pacientes dieron consentimiento de forma oral.

Presentación de los casos:

Mujer de 23 años en programa de Diálisis Peritoneal (DP) que inició DPCA con sistema Fresenius® sin supervisión de enfermería por situación de contacto estrecho con caso COVID positivo. Pasa a modalidad DPA tras entrenamiento en hospital. En este momento si recibe apoyo de enfermería mediante videollamada, sin precisar ayuda técnica durante su duración, siendo esta de 60 minutos. Supervisión de montaje de la cicladora, conexión e infusión del primer ciclo.

Mujer de 45 años en programa de DP con sistema Fresenius® que pasa a terapia DPA tras entrenamiento en hospital. Acompañamiento por personal de enfermería a través de videollamada. Para la grabación necesitó de la ayuda de un familiar (hijo de 8 años). Duración de

30 minutos. Realizó montaje de la cicladora, conexión e infusión del primer ciclo. Se le recordó actitud a seguir en situación de alarma y desconexión.

Hombre de 48 años en programa de DP con sistema Baxter® que tras entrenamiento en hospital cambia a terapia DPA con cicladora Homechoice Claria®. Acompañamiento de enfermería mediante videollamada. Duración de 60' para la que precisó de la ayuda de un familiar (hija de 6 años). Visualización y ayuda para la introducción del código de activación para establecer conexión con plataforma Sharesource® y confirmación de parámetros. Se resolvió colocación incorrecta de soporte de bolsas. Realizó montaje de la cicladora, conexión, drenaje inicial e infusión del primer ciclo.

En los tres casos se valoraron condiciones de la habitación, posicionamiento de la cicladora y disposición del material. Resolución de dudas.

Seguimiento telefónico habitual en días posteriores sin objetivar incidencias.

Conclusiones:

El uso de la teleenfermería en tiempos de pandemia nos acerca a los pacientes evitando riesgos de contagio. Según nuestra experiencia, el uso de las videollamadas no ha supuesto dificultades en su manejo ni ha presentado complicaciones derivadas de esta práctica. Tampoco los pacientes han transmitido un aumento de estrés emocional al no estar acompañados de manera presencial, sino que se han sentido asistidos y cómodos. Sería interesante obtener el correspondiente consentimiento informado por escrito para la realización. Tras estos resultados podríamos ampliar el uso de las videollamadas a otras áreas de nuestro trabajo diario.

Influencia del confinamiento domiciliario en el estado nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Beatriz Sánchez-Salán, Mónica García-Garrido

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción:

El consejo nutricional dado en consulta de enfermería, es fundamental en el tratamiento del paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y las medidas higiénico-dietéticas deben ser la primera recomendación junto con la incentivación de la realización de ejercicio físico en la medida de sus capacidades.

La aparición de SARS-CoV-2 provoca la declaración de pandemia mundial por la OMS, el 1 de marzo de 2020. En España se declararon varios periodos de limitación de la circulación, uno de dos meses y medio de confinamiento domiciliario en el que las consultas se hicieron con seguimiento telefónico. Dicha situación puede haber afectado a los pacientes y decidimos analizarlo.

Objetivos:

- Conocer la repercusión que el confinamiento domiciliario pudo provocar en el estado nutricional.
- Ver si la limitación del ejercicio ha influido en dicho estado.
- Valorar si la educación adquirida en consultas previas y el seguimiento telefónico durante el confinamiento domiciliario ha influido de forma positiva en la evolución.

Material y Método:

Se realizó estudio comparativo en aquellos pacientes que pudieron ser visto de forma presencial en los dos meses siguientes tras el confinamiento domiciliario, realizando valoración clínica completa, analítica de sangre y bioimpedanciometría (bioscan touch i8).

Parámetros analizados:

- IMC, masa grasa, masa magra.
- Colesterol, triglicéridos, albumina.
- Entrevista sobre hábitos nutricionales y actividad física.

Resultados:

24 pacientes de la consulta, 5 mujeres y 19 hombres, con una edad media 74 años (46-88), no sufrieron ningún proceso agudo, tenían realizado bioimpedancia an-

tes y después del confinamiento domiciliario. Se observan los siguientes resultados:

- 8 pacientes (33,33%) con poca actividad física previa no presentan cambios en ningún dato analizado, ya que siguieron teniendo los mismos hábitos.
- 9 pacientes (37,50%) que realizaban ejercicio previo y algunos laboralmente activos presentaron, masa grasa aumentada, masa magra disminuida y el resto de valores sin cambios. Interpretado como disminución de la actividad física.
- 2 pacientes (8,33%) sin realización de ejercicio previo mostraron, masa grasa, colesterol y triglicéridos aumentados. Masa magra y albumina sin cambios, interpretado como ingesta inadecuada.
- 2 pacientes (8,33%) con realización de ejercicio previo presentaron, aumento de masa grasa. Masa magra, colesterol y triglicéridos disminuidos. Albumina sin cambios. Interpretado por disminución del ejercicio y de la ingesta.
- 1 paciente (4,17%) que comía fuera de casa presentó, masa grasa, colesterol y triglicéridos disminuidos, masa magra aumentada. Interpretado como una mejora al comer en el domicilio siguiendo nuestras recomendaciones.
- 1 paciente (4,17%) con realización de ejercicio previo mostró, disminución de masa grasa y masa magra. Aumento de colesterol y triglicéridos. Albumina sin cambios. Interpretado como disminución del ejercicio e ingesta inadecuada.
- 1 paciente (4,17%) sin realización de ejercicio previo presentó masa grasa, masa magra, albumina, colesterol y triglicéridos disminuidos, interpretado como disminución de la ingesta.

Conclusiones:

Con los datos aportados podemos deducir la importante labor de la consulta de enfermería de ERCA. La educación en el campo nutricional e incentivación de la actividad física son fundamentales.

Los conocimientos adquiridos previamente a la pandemia y el seguimiento telefónico durante la misma, han conseguido minimizar los posibles daños en su estado de salud.

Más allá de la desnutrición: Trabajando la obesidad en consulta de enfermedad renal crónica avanzada

Almudena Pérez-Torres^{1,2}, Ana Isabel Castillo-Plaza¹, Nancy S. Piedrahita-Linares¹, Berta Verdi Visconti², Filo Trocoli-González¹, María Auxiliadora Bajo-Rubio¹

¹ Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Madrid. España

² Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España

Introducción:

La prevalencia de malnutrición en enfermedad renal crónica (ERC) sin diálisis es elevada, y se relaciona con un aumento de la morbimortalidad, sin embargo son muy pocos los estudios que evalúen la presencia del binomio malnutrición-obesidad y su tratamiento.

Objetivo:

Evaluar la eficacia y seguridad de un programa de educación nutricional (PEN) en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, (ERC 4-5 sin diálisis) y con índice de masa corporal (IMC \geq 30 kg/m²).

Material y Método:

Estudio longitudinal, prospectivo e intervencionistas de 6 meses de duración de 40 pacientes (19 hombres). Se realizó un Programa de Educación Nutricional (PEN), consistió en un plan dietético individualizado basado en el estado nutricional inicial del paciente y en 4 sesiones de educación nutricional.

Se estudiaron las siguientes variables: Cambios en el estado nutricional mediante valoración global subjetiva, parámetros bioquímicos, antropométricos y de composición corporal mediante bioimpedancia monofrecuencia.

Resultados:

Edad media 68,18 \pm 12,8 años y aclaramiento de creatinina 18,1 \pm 3,9 ml/min. En un 52,1% (21) la etiología principal de la enfermedad renal fue la diabetes mellitus.

Se produjo una disminución del peso corporal (83,6 \pm 8,2 kg vs 80,2 \pm 7,4 kg p<0,05) y del índice de masa corporal (33,5 \pm 2,8 kg vs 32,2 \pm 2,8 kg), con un aumento de masa muscular (37,2 \pm 5,6% vs 39,0 \pm 6,5% p<0,05), y disminución de masa grasa (37,9 \pm 6,5 vs 32,7 \pm 7,4% p<0,05). Mejoraron los valores de albúmina (3,5 \pm 0,5 g/dl vs 3,6 \pm 0,4 g/dl p<0,05), el perfil lipídico (colesterol total 171,7 \pm 39,9 mg/dl vs 160,9 \pm 32,5 mg/dl y Triglicéridos 145,4 \pm 59,4 mg/dl vs 125,6 \pm 7,4 mg/dl), y la función renal aumento ligeramente. La prevalencia de malnutrición disminuyó (17,5% vs 7,5% p<0,05).

Conclusiones:

Un PEN individualizado mejora el estado nutricional y metabólico de pacientes con obesidad y ERC estadios 4-5 no diálisis.

Abordaje de una fístula arterio-venosa nativa compleja en brazo pluritatuado mediante la técnica de Buttonhole

Almudena Jerez-García, Laura Picazo-López, Elisabet Uroz-Taló, Tamara López-Ramos

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. España

Introducción:

Actualmente tatuarse se ha convertido en una práctica muy popular. Esta práctica conlleva ciertos riesgos, un aspecto importante a tener en cuenta desde el punto de vista sanitario, es el lugar del cuerpo que se tatúa, ya que este hecho influirá en determinadas prácticas sanitarias. En los pacientes con enfermedad renal crónica cobra más importancia, por el hecho de necesitar un acceso vascular óptimo para realizar un tratamiento vital como es la hemodiálisis. La mejor opción es la fístula arterio-venosa nativa (FAVn), que deberá ser canalizada de forma segura y reiterada. En ocasiones el desarrollo de la FAVn no permite disponer de mucho tramo para poder puncionar, este hecho además de la limitación debida al tatuaje hace que la punción en estos pacientes comprenda una dificultad añadida, por esto la técnica Buttonhole puede presentarse como una buena alternativa a la punción en área.

Objetivo:

Conseguir una zona de punción de fácil abordaje en una FAVn para hemodiálisis en paciente pluritatuada, para evitar complicaciones derivadas de los tatuajes, mediante la técnica del Buttonhole.

Material y Método:

Estudio observacional descriptivo.

La muestra incluye una única paciente con brazos pluritatuados a la que se realizó FAVn para hemodiálisis y se usó la técnica buttonhole para su abordaje.

La recogida de datos se realizó en base a los registros de la historia clínica de la paciente.

Resultados:

Paciente de 42 años sin alergias conocidas con antecedentes de nefrourectomía y suprarenalectomía dere-

cha y nefrectomía izquierda por Ca urotelial en pelvis renal y caliz inferior. Anéfrica y en hemodiálisis desde entonces mediante catéter tunelizado yugular derecho. Al tiempo se le realiza FAVn humerobasílica en extremidad superior derecha.

Al ser paciente con brazos multitatuados se decidió utilizar la técnica de punción Buttonhole como la mejor opción.

Se inició creación de ambos túneles subcutáneos bajo control ecográfico por parte del equipo de enfermería para el seguimiento y evolución de éstos. En exploración ecográfica pasados dos meses se visualizaron túneles homogéneos y centrados y se consiguieron canalizar ambas agujas romas.

Pasados tres meses se realizó flebografía por edema facial y de extremidad. Se diagnosticó estenosis central que precisó tratamiento con angioplastia por oclusión de vena central que lo hizo disminuir dicho edema.

Tras el procedimiento endovascular acudió a sesión de hemodiálisis y al intentar canalizar la FAVn se ve un cambio de dirección y profundidad del túnel al disminuir el edema lo que motivó la creación de dos nuevos túneles consiguiendo finalizarlos y crearlos de manera exitosa al mes aproximadamente.

FAVn funcionante con túneles permeables hasta trasplante paciente.

Conclusiones:

La técnica Buttonhole ha demostrado su eficacia como técnica de punción para estos pacientes, de esta manera se evitan complicaciones derivadas de los tatuajes al no tener que puncionar en el área tatuada.

No existen guías ni recomendaciones respecto a esta problemática por lo que sería una buena opción incluir dentro de las múltiples indicaciones de esta técnica la de su utilización en este tipo de pacientes.

Actuación de la unidad de hemodiálisis durante la pandemia por SARS-CoV-2

Laura Colomer-Prades, Silvia Serret-Giné, Elisabet Marín-Gisbert, Carolina Belenguer-Oliver, María del Carmen Sebastiá-Sousa, Susanna Montserrat Meseguer-Artola

Complejo Asistencial de la Santa Creu. Tarragona. España

Introducción:

El SARS-CoV-2 es un virus altamente patógeno que está causando una pandemia mundial con un alto número de muertes y personas infectadas.

Los usuarios de nuestra unidad, considerados personas especialmente vulnerables a dicha infección, son pacientes ambulatorios que reciben tratamiento renal substitutivo tres veces por semana en cuatro turnos distintos.

Objetivo:

Nuestro objetivo es la descripción de la implantación de un procedimiento de contención y prevención de la infección por SARS-CoV-2 en nuestra unidad.

Material y Método:

El presente, es un estudio descriptivo retrospectivo realizado desde el principio de la situación de alarma (marzo del 2020) hasta (marzo de 2021) en la unidad nefrológica de referencia territorial de la zona.

Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de las personas atendidas en la unidad.

Se realizó estadística descriptiva para la descripción de los datos recogidos.

Las principales medidas que se tomaron fueron:

Reestructuración del servicio para poder asegurar el tratamiento a dicha población, por un lado, se creó un turno de noche y por otro lado, se habilitó un box con acceso exterior independiente y con posibilidad de cierre hermético, en el que se dializaba a los pacientes positivos debido al aumento de los mismos.

Diferenciación de tres zonas: la zona verde considerada libre de SARS-CoV-2; cuando en un cribado algún paciente de la zona verde daba resultado positivo, la zona verde se convertía en zona amarilla y la zona roja que era donde se dializaban las personas positivas.

Realización de cribados masivos y periódicos al personal y usuarios.

Resultados:

Después de un año de pandemia podemos concluir que se ha conseguido evitar brotes masivos en nuestra unidad gracias a la creación y utilización de los protocolos frente al SARS-CoV-2, la reestructuración de los espacios y turnos laborales y los cribados periódicos.

Conclusiones:

La implantación de un plan de contingencia frente la Covid-19 es la medida más efectiva para su contención.

Análisis de la incidencia de Covid-19 tras un año de pandemia en un área de salud

Ana Isabel Aguilera-Flórez, María de los Ángeles Morán-Centeno, Lucía Pan-Jáñez, María Jesús Cordero-Guerrero, Cristina Bandera-Álvarez, Celia Ordás García

Complejo Asistencial Universitario de León. España

Introducción:

Las personas en diálisis tienen mayor riesgo de padecer, transmitir y difundir la Covid-19. La edad avanzada y la presencia de comorbilidades, unido a las características propias del paciente en hemodiálisis, hacen que estén más expuestos al contagio.

La necesidad de acudir al centro con regularidad, permaneciendo varias horas en sala de diálisis, el traslado en transporte colectivo y el tiempo de espera para realizar el tratamiento, impide que permanezcan en aislamiento domiciliario aumentando el riesgo de contagio entre pacientes y profesionales sanitarios.

Desde el inicio de la pandemia, en las unidades de hemodiálisis de la zona de salud, se establecieron medidas de prevención, protección, detección y aislamiento, tanto de contactos como de casos positivos y sospechosos.

Se establecieron diferentes cohortes de aislamiento: casos sospechosos, casos confirmados y contactos, realizándose la hemodiálisis con equipos de protección individual y en sala aislada para cada cohorte.

Objetivo:

El objetivo fue, analizar la incidencia de pacientes infectados con SARS-CoV-2 y el lugar donde se produce el contacto estrecho.

Material y Método:

Estudió analítico, descriptivo y retrospectivo. Período de estudio, 1 marzo 2020 a 30 de abril 2021. Criterios de inclusión: pacientes en hemodiálisis en hospital y 2 centros concertados. El diagnóstico se realizó mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa para la detección de SARS-CoV-2 en frotis nasofaríngeo. Criterios de exclusión: pacientes que presentaban sintomatología compatible con la enfermedad y prueba negativa. Los contactos estrechos se determinaron según definición de los protocolos del Ministerio de Sanidad. Las fechas de los tres periodos, se establecieron según registros de incidencia de la provincia.

Se estudiaron variables demográficas, microbiológicas, lugar de contacto, hospitalización y fallecidos. Los datos se obtuvieron de la base de datos existente en nuestra unidad. Se calcularon las medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias de las variables. Estadísticos: prueba Anova (significación $p < 0,05$). Se utilizó el programa SPSS 26.0.

Resultados:

La muestra fue de 250 pacientes, se infectaron el 15,2%. El 68,4% hombres, media de edad $75,57 \pm 36,7$. Precisarón hospitalización 73,68% y 39,47% fallecieron. El 25% institucionalizados. Durante el primer periodo de pandemia (15 marzo-15 abril 2020) se infectaron el 23,68%, en el segundo periodo (15 septiembre-15 noviembre) 36,84% y en el tercero (8 enero-8 marzo 2021) 34,2%. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres períodos en número de fallecidos ($p=0,34$) y hospitalizados ($p=0,15$). Los aislamientos por contacto estrecho fueron 101, hombres 72%, edad $72,8 \pm 11,3$ años, lugar de contacto: ambulancia 40,6%, familia 11,9%, hospitalización 6,9%, personal sanitario 38,6%, sala diálisis 1,2%. Se positivarón el 9,9%, 40% contacto durante la hospitalización y 60% contacto familiar.

Discusión y Conclusiones:

Detectamos una elevada incidencia de Covid-19 en los pacientes en hemodiálisis de nuestra área de salud. Altas tasas de hospitalización y mortalidad, no encontrando diferencias entre los tres periodos. En cuanto a los contactos estrechos, la mayoría se produjeron en transporte colectivo y por contacto con personal sanitario. Sin embargo, los producidos en el seno familiar y durante la hospitalización, presentaron mayor incidencia de positividad SARS-CoV-2.

Análisis del cumplimiento de objetivos, indicadores de calidad y satisfacción tras diez años de certificación con la Norma ISO en hemodiálisis

Patricia Arribas-Cobo, Esther Rodríguez-Suárez, Vanessa Rojas-Peinado, Pilar Rodríguez-Gayán, María Trinidad Quesada-Armenteros, Beatriz Liébana-Pamos

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción:

Los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) son herramientas que nos permiten conocer los procesos asistenciales con detalle, prevenir errores, reducir la variabilidad y los costes y tienen como objetivo la mejora continua. Dentro de estos SGC, se encuentra la Certificación de la agencia de calidad AENOR.

En 2010 comenzamos la implantación de la Norma ISO cuya Certificación alcanza 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 clientes.

Objetivo:

Describir los resultados obtenidos tras diez años de implantación de la Norma ISO en una unidad de HD con evaluación de objetivos, indicadores y satisfacción de los pacientes.

Material y Método:

Se trata de un estudio descriptivo del desarrollo de un SGC en una unidad de HD durante diez años.

Se estudian todos los objetivos, indicadores de calidad y encuestas de satisfacción planteados a lo largo de 10 años (desde enero de 2010 a diciembre de 2020).

La medición de los indicadores se realiza a través del sistema informático de la unidad.

Los objetivos se evalúan por su consecución o no si se alcanzan los valores de referencia.

La satisfacción se mide con la encuesta anual obteniendo una media de una puntuación Likert donde 0 es nada satisfecho y 5 es totalmente satisfecho.

Resultados:

En 2010 se comenzó con 10 indicadores que han ido incrementándose por evolución del sistema de calidad hasta alcanzar el seguimiento de 18 indicadores en 2020. La medición se realiza con distinta periodicidad; 50% mensuales, 5,5% bimensuales, 11,1% trimestrales y 33,3% anuales).

En total se han realizado 1055 mediciones de indicadores con 136 desviaciones de la norma, con lo que se consigue un cumplimiento de 87,1%, siendo 2016 el año de menor cumplimiento (74,78%) y 2015 el de mayor cumplimiento (94%).

A lo largo del periodo de estudio se han planteado 39 objetivos de mejora, obteniendo un cumplimiento del 79,48% en el primer año, con los objetivos restantes se amplió el plazo de consecución, llegando así al 100% del cumplimiento de los mismos.

La media del valor de satisfacción es de 4,41 sobre 5, obteniendo el valor mayor en 2018 (4,7) y el menor en 2011 (4,2).

Conclusiones:

Hay 5 indicadores que cambiaron su valor de referencia a lo largo del tiempo para ajustarlos a las mejoras producidas.

Los indicadores que supusieron desviación de la norma fueron principalmente aquellos que se implantaban por primera vez, ya que formaban parte de algún objetivo de mejora en el que se pretendía trabajar, hasta conseguir el cumplimiento del mismo.

Los indicadores nos han permitido ver con detalle la evolución de nuestros resultados. Los indicadores de seguimiento que puntualmente se salían de la norma pasaban a ser objetivo de calidad para el siguiente año siguiente.

La satisfacción de los pacientes es elevada, situándose por encima de 4 en la escala Likert todos los años.

Beneficios de la aplicación del protocolo de prevención frente al Covid-19, durante las distintas olas, en una unidad de hemodiálisis

Amelia González-Carral, Margarita Muñoz-García, Rosa M^a Alario-Gil, Lidia Sendino-Monzón, Belén Salvador-Donis, Ana M^a Urraca-Pisa

Hospital Río Carrión. Palencia. España

Introducción:

El 12 de marzo del 2020 la OMS declara como pandemia la infección por el SARS-CoV-2, llamando a esta enfermedad Covid-19.

El primer caso en nuestra unidad fue diagnosticado el 22 de marzo del 2020.

Los pacientes en hemodiálisis forman un colectivo de alto riesgo a las infecciones por su vulnerabilidad, debido a la necesidad de continuar un tratamiento que les obliga a acudir tres días por semana al centro hospitalario, compartiendo salas y espacios comunes; Además acuden al centro en transporte colectivo y proceden algunos de centros institucionalizados de mayores, donde la incidencia durante la primera y segunda ola fue bastante elevada.

Así consideramos que una unidad de hemodiálisis es un espacio de especial atención frente a infecciones cruzadas entre paciente-paciente y paciente-personal sanitario que los atiende.

Objetivos:

- Describir la incidencia, prevalencia y morbimortalidad producida por Covid-19 en nuestra unidad de hemodiálisis.
- Valorar la efectividad del protocolo llevado a cabo para evitar la transmisión dentro de la unidad.

Material y Método:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo; cuya muestra abarca el total de pacientes que acuden a diálisis, desde la aparición del primer caso en nuestra unidad (22/03/2020), hasta el momento actual.

Tomando como variables para valorar la incidencia de casos de Covid en las distintas olas: sexo, edad, transporte, domicilio habitual (institucionalizado o vivienda particular), y como variables sobre la efectividad de los protocolos: el número de casos de infección dentro de la unidad o fuera de ella.

Resultados:

Tomamos como muestra las personas que acuden a hemodiálisis durante ese periodo: 75 pacientes (100%).

- Pacientes COVID negativo: 56 pacientes (74,66%).
- Pacientes COVID positivo: 19 pacientes (25,33%).

- Por contagio socio familiar: 14 pacientes.
- Vivienda particular: 11 pacientes.
- Institucionalizados: 3 pacientes.
- Por contagio en transporte colectivo: 2 pacientes.
- Por contagio durante ingreso hospitalario: 3 pacientes.
- Por contagio durante su estancia de tratamiento en la unidad de Hemodiálisis: 0 pacientes.
- Exitus COVID: 5 pacientes (6,6%).

La incidencia de la Covid-19 en nuestra unidad ha sido de un 13% en la primera ola, 6% en la segunda ola, 8% en la tercera ola y 0% en la cuarta ola.

Conclusiones:

La aplicación del protocolo de prevención de Covid-19 y su continua evaluación, introduciendo mejoras de calidad oportunas, ha resultado efectiva en nuestra unidad, comprobando que la morbimortalidad derivada de la infección no ha sido mayor que la derivada de otras complicaciones coexistentes en estos pacientes, con un total de 6,6% de exitus a lo largo de las distintas olas de la Pandemia.

La mayoría de los contagios se han producido en los domicilios, sean particulares o institucionalizados, siendo poco frecuentes los contagios en el transporte colectivo, debido a las medidas de prevención.

Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis: una revisión sistemática

Marta Manzano-Figal, Ana Isabel Aguilera-Flórez

Complejo Asistencial Universitario de León. España

Introducción:

La enfermedad renal crónica se describe como la pérdida paulatina de la función de los riñones. Cada año, adquiere mayor importancia debido al aumento exponencial de su incidencia a nivel global. El tratamiento renal sustitutivo más utilizado es la hemodiálisis. Los pacientes sometidos a hemodiálisis suelen presentar altos niveles de estrés, depresión y un mayor riesgo de suicidio, entre otros problemas. Abordar este tema, desde el punto de vista de la calidad de vida, es de gran relevancia ya que el simple hecho de realizar hemodiálisis tiene implicaciones emocionales, sociales y psicológicas trascendentes. La calidad de vida ha sido medida en varias investigaciones mediante el uso de diferentes cuestionarios en enfermos que realizan tratamiento de hemodiálisis.

Objetivo:

El objetivo general fue revisar sistemáticamente los estudios realizados acerca de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis.

Como objetivos específicos:

- Identificar las variables que muestran correlación con la calidad de vida de esta población,
- Exponer los instrumentos de medida más utilizados para la variable calidad de vida en la población a estudio.
- Proporcionar evidencias acerca de la repercusión del tratamiento de hemodiálisis en la calidad de vida de los pacientes.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scopus, Web of Science, PubMed, Science Direct y Cochrane Library, seleccionando aquellos que versaban sobre la Calidad de vida en los pacientes de hemodiálisis. Los descriptores empleados fueron: calidad de vida, diálisis,

enfermedad renal, hemodiálisis. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: idiomas español e inglés, publicados entre 2018-2021, acceso a texto completo y área de investigación enfermería.

Resultados:

Se han incluido 9 artículos, de un total de 117 resultados, publicados entre 2018 y 2021. Se ha encontrado que los pacientes en hemodiálisis, presentan bajos niveles de calidad de vida siendo el instrumento de medida más utilizado el Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Existe una correlación entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida, especialmente sexo femenino, edad, actividad física disminuida y no contar con un núcleo de apoyo familiar. Como limitaciones en la revisión sistemática encontramos la heterogeneidad de los estudios, las diferencias culturales entre las diferentes muestras y las limitaciones inherentes a los estudios observacionales de tipo transversal.

Discusión y conclusiones:

Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes en hemodiálisis tienen una disminución en su calidad de vida. Esta pérdida se relaciona con la edad, ser mujer, la falta de apoyo familiar y la disminución en la actividad física.

En cuanto a los instrumentos de medida, el cuestionario Kidney Disease and Quality of Life Short Form es el más empleado.

La estandarización de la medición de la calidad de vida en esta población, podría permitir establecer diferencias entre poblaciones y diseñar programas de educación para la salud enfocados a mejorar la calidad de vida y adaptación al tratamiento de diálisis.

Campaña de vacunación contra la gripe y contra el coronavirus en una unidad de hemodiálisis hospitalaria

Víctor Cantín-Lahoz, Emilia Ferrer-López, Francisco Javier Rubio-Castañeda, Raúl López-Blasco, Jesica Montero-Marco

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) son altamente susceptibles de padecer infecciones, por lo que resulta necesaria la administración de vacunas contra hepatitis B, neumococo, tétanos, difteria, tos ferina y gripe.

Así mismo, en la actual crisis sanitaria por la Covid-19 durante la campaña de vacunación contra el coronavirus, han sido pacientes clasificados de alto riesgo debido a la alta mortalidad por el virus SARS-CoV-2 en pacientes con ERC en tratamiento de diálisis (27%).

Tanto la administración de la vacuna contra la gripe del año 2020 como la vacuna por Covid-19 en el 2021, se ha ofrecido su administración en la unidad de hemodiálisis de referencia realizando una campaña de sensibilización de los riesgos y beneficios.

Objetivo:

Analizar los pacientes vacunados contra la gripe en el año 2020 en una Unidad de Hemodiálisis.

Analizar los pacientes vacunados contra el coronavirus en el año 2021 en una Unidad de Hemodiálisis.

Material y Método:

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en una unidad de hemodiálisis hospitalaria, desde octubre 2020 a mayo 2021.

Resultados:

La población total susceptible de vacuna contra la gripe fueron 70 pacientes con una edad media de 63 años, siendo hombres el 67%. Se vacunaron el 85% (n=60), de los cuales el 73% (n=44) se administraron la vacuna en la unidad de hemodiálisis, el 70% (n=42) se habían vacunado ya años anteriores y el 30% (n=18) era la primera vez. Los motivos de la no vacunación fueron no deseo, otro idioma o ingreso hospitalario.

La población total susceptible de la vacuna contra el coronavirus fueron 83 pacientes con una edad media de 62 años, siendo hombres el 75%. Se vacunaron un 94% (n=78), únicamente un paciente rechazó y cuatro no estaba indicado la administración por infección por Covid-19 reciente. Del total de pacientes vacunados el 71% (n=59) se administró la vacuna en la unidad de hemodiálisis y habían pasado la infección por SARS-CoV-2 previamente un 18% (n=15).

En ambas campañas de vacunación no se reportaron efectos adversos de gravedad en ningún paciente.

Conclusiones:

Acercar las vacunas a las unidades de hemodiálisis junto con una campaña de sensibilización sobre la necesidad de vacunación en estos pacientes inmunodeprimidos, ha conseguido aumentar el total de pacientes vacunados.

Diálisis hospitalaria: Análisis del primer año de pandemia por SARS-CoV-2

Ana Romero-Valero, Francisco Javier Gallego-Montes, Ana María Pedraza-Núñez, Miguel Ángel Ramírez-López

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción:

La gestión y planificación de los servicios sanitarios han sufrido cambios desde la declaración de la pandemia por Covid-19. La nueva situación lleva a que nuestro centro hospitalario, como tantos otros a adaptar e instaurar nuevos procedimientos asistenciales y de gestión.

Los pacientes con enfermedad renal crónica, por su estado de inmunosupresión, edad avanzada y coexistencia de comorbilidad importante tienen un riesgo especial por la pandemia del SARS-CoV-2.

Si los pacientes por Covid-19 sin síntomas graves de enfermedad son tributarios de aislamiento domiciliario, en el caso de los enfermos de hemodiálisis esta medida no es posible llevarla a cabo íntegramente por su necesidad de desplazamiento 3 a 4 veces por semana a su centro de hemodiálisis. Por todo ello se hace imprescindible la creación de un plan de contingencia provincial y otro específico de la unidad.

El objetivo de este estudio es analizar y describir la experiencia, tras la declaración de la pandemia, desde el 1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021 en nuestro servicio.

Material y Método:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de la trascendencia del SARS-CoV-2 en la unidad de Nefrología hospitalaria analizando la actividad realizada.

Describimos los aspectos organizativos, medidas de prevención e iniciativas que hemos puesto en marcha para dar respuesta a las necesidades detectadas durante la pandemia.

Resultados y Conclusiones:

Durante el periodo estudiado hemos realizado un total de 4957 sesiones de hemodiálisis. En la unidad de crónicos se han realizado 3785 sesiones y 1172 sesiones de hemodiálisis fuera de la unidad de crónicos (unidad de Agudos, Uci, habitaciones de aislamiento y habitaciones de hospitalización de Covid-19)

Ha sido clave para dar respuesta a la pandemia la elaboración del plan funcional de la unidad. En el plan se han descrito los posibles escenarios y la asignación de recursos materiales y humanos necesarios para cada momento.

El trabajo en equipo, la gestión emocional, la capacidad de trabajo del personal y el respeto a las decisiones organizativas han sido fundamentales para que hayamos vivido la experiencia como un reto de superación y sintamos que ha sido un éxito.

Estudio del impacto emocional de la pandemia por la Covid-19 en una unidad de hemodiálisis

Covadonga Valdés-Arias, Ángela López-González, Patricia Otero-Menéndez, Carmen Viña-Gutiérrez, Carolina Rodríguez-Rodríguez, Rosa María Cotarelo-Fernández

Hospital San Agustín. Asturias. España

Introducción:

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizó una encuesta en febrero de 2021 para valorar la salud mental de los españoles al cumplirse un año de la pandemia en nuestro país. El objetivo de este estudio es replicar la encuesta usada por el CIS para valorar el impacto emocional por la pandemia en los pacientes prevalentes en hemodiálisis, y analizar qué variables se asocian a un mayor perjuicio en su estabilidad emocional.

Material y Método:

En abril de 2021 se entrevistaron los pacientes de dos unidades hospitalarias con los cuestionarios SF12v2 de Calidad de Vida Relacionada con la salud, el cuestionario Euroqol, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y con preguntas de la encuesta del CIS añadiendo cuestiones relativas a la preocupación y/o miedo que les supuso ir a dializarse a un hospital desde el inicio de la pandemia.

Resultados:

Participaron 54 pacientes. La media de edad fue 70 ± 13 (63% varones) y el tiempo en hemodiálisis, 39 ± 37 meses. Un 11% tuvieron PCR positiva por Covid y un 13% tuvo un familiar de primer orden con PCR positiva. El 60% se preocupó más por su salud que antes de la pandemia, el 29% tuvo mucho o bastante miedo a contagiarse y el 27% mucho o bastante miedo a morir. El 59% tuvo mucho o bastante miedo a que se contagiase un familiar. En relación a la diálisis el 22% sintió mucho o bastante miedo a ir al hospital y sólo el 12% tuvo mucho o bastante miedo de entrar en la unidad de hemodiálisis.

Los pacientes que sintieron mayor preocupación por la pandemia tuvieron más ansiedad ($p=0,047$) y los que sintieron más miedo a morir fueron los que tuvieron peor estado de salud en el Euroqol ($p=0,042$), más niveles de ansiedad ($p=0,002$) y peores puntuaciones en los aspectos mentales de CVRS ($p=0,011$). A su vez aquellos que manifestaron haber llorado tuvieron menos edad (63 ± 15) vs. (74 ± 11) $p=0,008$. Los que más miedo sintieron a que se contagiase un familiar llevaban más tiempo en diálisis ($p=0,037$), tenían más ansiedad ($p=0,002$), peores puntuaciones en los aspectos mentales de la CVRS ($p=0,048$) y menor edad (67 ± 14) vs. (76 ± 9) $p=0,01$. El 55,6% de los pacientes mayores de 65 años no tiene miedo a morir por la Covid-19.

Conclusiones:

Al igual que en los resultados del CIS encontramos que los pacientes tienen más miedo a que se contagie un ser querido que ellos mismos. También encontramos que más de la mitad de los mayores de 65 años no tiene miedo a morir por la pandemia con la diferencia de que en la población general los mayores se han expuesto menos a riesgos que los pacientes en diálisis que han tenido que acudir a un hospital tres veces a la semana y en transportes colectivos de pacientes la gran mayoría.

Gestión de los protocolos de prevención del contagio de la Covid-19 durante la pandemia en una unidad de hemodiálisis hospitalaria

Yessica Advíncula-Pomacaja, Ana Calleja-Baeza, Eva Barbero-Narbona, Ernestina Junyent-Iglesias

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La epidemia de SARS-CoV-2 representa un riesgo elevado para las personas con enfermedad renal crónica por su edad avanzada, fragilidad, comorbilidades y sistema inmunodeprimido. La realización de tratamiento de hemodiálisis ambulatoria en salas colectivas, tres veces por semana durante 4 horas, y el transporte de varias personas en una misma ambulancia, comporta un riesgo para ellos y sus contactos estrechos. Ante esta situación, en la unidad de hemodiálisis, se ha establecido un protocolo con medidas para evitar el contagio y propagación del virus, durante la recepción y el tratamiento.

Objetivo:

Describir cómo se elaboraron los protocolos de protección frente a la Covid-19 para pacientes y personal de la Unidad de Hemodiálisis, su actualización y difusión.

Material y Método:

Durante el año 2020 se realizó búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Google Scholar y se excluyeron aquellos estudios que no incluían medidas preventivas en Hemodiálisis ambulatoria.

Tras recopilar información, medidas y recomendaciones específicas en hemodiálisis para la prevención, manejo y contención del contagio por Covid-19, tanto para el personal asistencial y de transporte sanitario, como para usuarios, se redactó un protocolo resultado de la búsqueda bibliográfica y de incluir la normativa y directrices generales del servicio de control de infecciones institucional. Se elaboró por consenso de un grupo de expertos nefrólogos, infectólogos, supervisora del servicio y salud laboral, que decidieron implementar medidas óptimas para evitar brotes en la unidad.

Resultados:

Las medidas implementadas se dividieron en medidas de gestión y medidas asistenciales.

Entre las medidas de gestión: creación de un equipo de crisis con reuniones semanales para establecer protocolos y actualizaciones, difusión por correo electrónico y en los cambios de turno, control de incidencias, creación de un circuito- para los covid positivos, coordinación con las ambulancias, indicación del correcto uso del EPI según el disponible.

Entre las medidas asistenciales: realización PCR semanal a los pacientes y al personal asistencial, control de síntomas antes de entrar en la unidad, detección de casos positivos, aplicación de los protocolos o circuitos, intensificación de la limpieza de superficies, aumento de los puntos de gel alcohólico, establecer medidas de aislamiento de contacto estricto entre los pacientes, aplicar la ventilación natural de las salas de hemodiálisis 10 minutos cada hora.

Conclusiones:

Los cambios de protocolos fueron aplicados inmediatamente en la asistencia.

El tener los canales de comunicación claros facilitaron las consultas o resolución de dudas.

La resolución de los problemas en equipo fortaleció las acciones y dio seguridad a los profesionales.

En los momentos más álgidos de la pandemia con cambios constantes en los procedimientos donde la incertidumbre sobre lo que estaba pasando era muy estresante para todos, el poder hablarlo abiertamente ayudó al equipo a afrontarlo.

Influencia de la alimentación en el riesgo cardiovascular de pacientes hemodializados

María Teresa Quijada-Box¹, Juana María Morillas-Ruíz²

¹ Fresenius Medical Care Services Murcia, S.L. Centro El Palmar. Murcia. España

² Departamento de Tecnología de la Alimentación y Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Murcia. Murcia. España

Introducción:

Elevadas concentraciones plasmáticas de homocisteína se correlacionan con un incremento del riesgo cardiovascular, y los pacientes en tratamiento de diálisis presentan concentraciones plasmáticas de homocisteína superiores respecto al resto de población.

Objetivo:

Relacionar la ingesta de grasas dietéticas no cardiosaludables con valores de homocisteína y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes sometidos a tratamiento de diálisis.

Material y Método:

Se realiza un estudio de cohortes, analítico observacional y retrospectivo en una clínica de diálisis desde abril a mayo de 2021. La muestra es de 32 pacientes según criterios de inclusión y exclusión. Se analiza la dieta que sigue el paciente durante 7 días no consecutivos y se relaciona la ingesta de grasas dietéticas con marcadores bioquímicos de riesgo cardiovascular extraídos de las analíticas sanguíneas.

Resultados:

Tamaño de la muestra poblacional: 32 pacientes de ambos sexos (31,2% de mujeres) en tratamiento de hemodiálisis 6,1±3,2 años, edad media 54,9±10,0 años, IMC 27,9±6,3 Kg/m², 1604±450 Kcal ingeridas/día, 10,4±2,8% grasas saturadas ingeridas/día, 20,6±6,7 μmol/l homocisteína plasmática, 127,4±27,9 mg/dl colesterol plasmático, HDL plasmático 41,7±13,1 mg/dl y LDL plasmático 58±23,5 mg/dl.

Conclusiones:

En este colectivo se observan valores de homocisteína plasmática superiores al rango de normalidad, que unido a unos elevados valores de IMC y una elevada ingesta de grasas saturadas, incrementa el riesgo cardiovascular en estos pacientes. Los resultados sugieren la necesidad de que este colectivo siga las indicaciones de un nutricionista para ajustar la ingesta calórica y disminuir el consumo de grasas saturadas, lo que conllevaría un descenso del IMC y en conjunto minimizaría el riesgo cardiovascular en este colectivo.

Probando la seguridad y la eficacia de los nuevos filtros TORAY: TS-UL y NF-U

Núria Clemente-Juan, Azucena Barranco-Sos, Montserrat Carbonell-Rodríguez, Almudena Crespo-Acedo, Marta Quintela-Martínez, Susana Ordás-Navarro

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

Una parte importante para realizar la hemodiálisis (HD), es el dializador. Por eso es de gran importancia que las enfermeras a cargo de esta técnica, conozcan las características, la composición y la eficacia de los mismos.

Toray ha creado una nueva generación de dializadores, la serie UL de polisulfona (TS) y la serie NF-U de poli-metacrilato (PMMA), que ofrecen una eficacia mejorada respecto anteriores series TS-S y NF-H.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y la eficacia de estas series de dializadores frente a la hemodiálisis expandida (HDx) contrastada y la hemodiafiltración posdilucional (HDF).

Material y Método:

Se realizó un estudio prospectivo en 12 pacientes. Cada paciente se sometió a seis sesiones de diálisis: FX80 Cordiax en HD, Toraysulfona TS-2.1 UL en HDF y FX80 Cordiax en HDF.

Se compararon intraindividuo los ratios de reducción (RR) de urea, creatina, β 2-microglobulina, mioglobina, prolactina, α 1-microglobulina, α 1-glicoproteína ácida y albúmina.

También se midió la pérdida de albúmina en el dializador.

Resultados:

Los RR de β 2-microglobulina, mioglobina, prolactina, α 1-microglobulina, α 1-glicoproteína ácida fueron mayores con los dializadores TS-2.1 UL y FX80 Cordiax en HDF que los obtenidos con los tratamientos de HD y NF-2.1 U en HDF.

Los RR de β 2-microglobulina, mioglobina, prolactina también fueron mayores con HDx que los obtenidos con tratamientos de HD.

Los RR de mioglobina y prolactina fueron mayores con TS-1.8UL en HD que los obtenidos con dializadores de helixona en HD.

La pérdida de albúmina en el dializador fue inferior a 3g en todas las situaciones, excepto en el TS-2.1 UL en HDF.

Los valores más altos de la puntuación de eliminación global se obtuvieron con el TS-2.1 UL y los dializadores de helixona en HDF.

Se encontraron diferencias significativas entre todas las situaciones del estudio.

Conclusiones:

Las nuevas generaciones de dializadores, la serie TS UL de Toraysulfona y la serie NF-U de PMMA, muestran un excelente comportamiento y tolerancia en HD y HDF, representando una mejora a sus predecesores.

La mayor permeabilidad de la serie TS UL se ha relacionado con una mayor eficiencia en HD y un máximo rendimiento en HDF.

La nueva serie PMMA NF-U permite el uso de HDF con buena eficiencia y total seguridad.

¿Sabemos qué hacer y decir a nuestros pacientes en su primera vez? Cheklist de primera hemodiálisis

Rubén Sierra-Díaz, Francisco Javier Barcia-García

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción:

Actualmente en nuestra unidad es frecuente el inicio de pacientes en técnica de hemodiálisis. El hecho de que gran parte de ellos no haya pasado previamente por el servicio de ERCA, tras haber desarrollado insuficiencia renal de forma repentina, nos llevó a detectar la necesidad de protocolizar, en la primera sesión de hemodiálisis, tanto el mínimo de parámetros físicos a valorar y registrar por parte de enfermería, como la información a transmitir relacionada con su enfermedad renal, tratamiento de diálisis y los cuidados derivados de la misma.

Objetivo:

Así pues, nos planteamos la elaboración e implementación en nuestra unidad de hemodiálisis, de un listado de realización de primera diálisis (Cheklist), con el fin de minimizar por una parte la ansiedad derivada de la falta de información de los pacientes que inician un nuevo tratamiento renal sustitutivo y por otra la variabilidad que pudiera aparecer durante la práctica asistencial, tanto por inexperiencia de personal de nueva incorporación como por falta de motivación por parte del personal más experimentado.

Material y Método:

Se realizaron varias reuniones de grupo de trabajo constituidas por personal de enfermería y nefrólogos responsables de la unidad, para definir los ítems que enfermería debería de comprobar en la realización de la primera sesión de diálisis de los pacientes de nueva incorporación, tanto de valoraciones físicas (índice tobillo-brazo, electrocardiograma, hemocue...) como de información/formación sobre su enfermedad, técnica de hemodiálisis y cuidados (acceso vascular, dieta, ejercicio, cuidador principal....).

Una vez delimitados estos parámetros a controlar y la educación para la salud a impartir, se marcarán como realizados o no (especificando la causa) con lo que permitirá una continuidad de cuidados complementándose en las siguientes sesiones de diálisis, quedando constancia del enfermero/a responsable de dicha actuación.

Resultados:

Finalmente se pretende implementar dicho cheklist y realizar una evaluación trimestral tanto del grado de implementación del mismo como del nivel de satisfacción experimentado por los pacientes mediante encuestas de satisfacción y valoración del grado de disminución de ansiedad (tras recibir la información) mediante la escala de Hamilton para la ansiedad.

Seguimiento prospectivo de los pacientes frágiles en hemodiálisis

Covadonga Valdés-Arias¹, Lorena Fernández-Rubio², José María Álvarez-Gutiérrez², Ángela López-González³, Patricia Otero-Menéndez², Carmen Viña-Gutiérrez²

¹ Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias / Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. FINBA-ISPA. Asturias. España

² Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Asturias. España

³ Hospital Comarcal de Jarrío. Asturias. España

Introducción:

La fragilidad es un síndrome biológico caracterizado por la disminución de la reserva funcional y de la resistencia del organismo al estrés. Es un estado asociado al envejecimiento que aumenta el riesgo de incapacidad y produce una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbimortalidad.

El presente estudio analiza prospectivamente durante un año los pacientes frágiles y pre-frágiles en la unidad de hemodiálisis del Hospital San Agustín recogiendo sus eventos adversos.

Material y Método:

En marzo del 2016 se estudió la fragilidad según el modelo establecido por Fried que implica la presencia de 3 de 5 criterios para pacientes frágiles y 2 de 5 para pre-frágiles: pérdida de 5 kg de peso no intencionada en el último año, fuerza presora <20% del límite de normalidad ajustado por sexo y peso, baja resitencia-cansancio identificado por dos preguntas de la escala CES-D, velocidad de la marcha <20% del límite de normalidad ajustado por sexo y altura para recorrer 4,5 metros, y nivel de actividad físico en calorías por debajo del quintil inferior ajustado por sexo. Los pacientes fueron seguidos hasta marzo de 2017 recogiendo sus ingresos hospitalarios, estancias, caídas y fracturas. Las enfermeras de la unidad valoraron a los pacientes con cuestionario de salud EUROQOL, la escala de Barthel y de Karnofsky.

Resultados:

Participaron 56 pacientes. La media de edad fue de 70,6±13,7 (62% varones) y el tiempo en hemodialisis, 48±77 meses. Un 29% cumpliría criterio de fragilidad y un 27% sería pre-frágil. El 44% restante estaría libre de este síndrome. Los pacientes frágiles tenían más comorbilidades y más edad ($p<0,005$). Los pacientes pre-frágiles eran el grupo más joven, con más prevalencia de diabetes y con menos tiempo en diálisis ($p<0,005$). Al año el 74% seguía en la unidad y durante el seguimiento los pacientes pre-frágiles tuvieron mayor número de estancias hospitalarias y fracturas si bien no se alcanza la significación estadística. Además este grupo es el que tiene un mayor descenso al año en la Escala de Karnofsky (85±16 vs 73±17: $p=0,007$); en la Tarifa del EQ5D (0,71±0,27 vs 0,54±0,19: $p=0,041$); y en la escala de Barthel (90±18 vs 77±22: $p=0,037$) y es el grupo que más aumenta su comorbilidad (2,4±1 vs 3±1: $p=0,049$).

Conclusiones:

Parece existir un grupo de pacientes en hemodiálisis que si bien no son los que más tiempo llevan de tratamiento sustitutivo ni los de mayor edad pero que sufren un rápido deterioro de su estado funcional. Distintos autores ya han determinado que existe una etapa de pre fragilidad que identifica un grupo de pacientes con alto riesgo de progresar hacia un estado de fragilidad.

Seguridad y eficacia del dializador Clearum

Núria Clemente-Juan, Azucena Barranco-Sos, Montserrat Carbonell-Rodríguez, Almudena Crespo-Acedo, Susana Ordás-Navarro

Hospital Clínic de Barcelona. España

Introducción:

El dializador, es la parte fundamental del sistema de depuración extracorpórea con hemodiálisis, el conocimiento y la habilidad de las enfermeras sobre su composición y eficacia serán decisivos para el éxito de la terapia, optimizando el funcionamiento y evitando complicaciones mayores.

El dializador Clearum HS17 (Medtronic), se comercializó en varios países europeos en 2020, pero aún no hay datos in vivo de su eficacia.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y eficacia de este dializador en comparación con los tratamientos de hemodiálisis (HD) contrastada, hemodiálisis expandida (HDx) y hemodiafiltración posdilucional (HDF).

Material y Método:

Se realizó un estudio prospectivo en 15 pacientes. Cada paciente se sometió a siete sesiones de diálisis: FX80 Cordiax en HD, Clearum HS17 en HDF posdilucional y FX80 Cordiax en HDF posdilucional.

Se compararon intraindividualmente los ratios de reducción (RR) de urea, creatinina, β 2-microglobulina, mioglobulina, prolactina, α 1-microglobulina, α 1-glicoproteína ácida y albúmina.

También se midió la pérdida de albúmina en el dializado.

Resultados:

La comparación de las técnicas de diálisis no reveló diferencias entre las moléculas pequeñas, pero la HDx y la HDF fueron significativamente superiores a la HD con pesos moleculares medios y grandes.

El dializador Clearum, en HDF, obtuvo resultados similares al dializador de helixona en HDF, fue ligeramente superior al dializador de polifenileno, también HDF, y fue estadísticamente superior a ambos dializadores en HDx.

Las pérdidas de albúmina con dializador Clearum fueron de las más bajas, tanto en los tratamientos de HD (437 mg) como de HDF (1363 mg).

Los valores más altos de Global Removal Scores se obtuvieron con los dializadores de helixona (59,6) y Clearum (57,4) en HDF, con resultados similares tanto en la HD (41,9 vs 45) como en la HDF (59,6 vs 57,4).

Además, los Global Removal Scores con los tratamientos de HDx fueron estadísticamente significativos más altos que los de HD.

Conclusiones:

El nuevo dializador Clearum tiene un excelente comportamiento y tolerancia tanto en HD como en HDF.

Su adecuada permeabilidad se ha demostrado con su máximo rendimiento en HDF, lo que podría representar una mejora frente a sus predecesores dializadores de polifenileno.

Un año de pandemia en un centro periférico de hemodiálisis. Estudio descriptivo

José Manuel Sánchez-Oliva, Blanca Villacorta-Linaza, Irene Medina-Sánchez, Rocío García-Manzano

Clínica HLA Santa Isabel. Sevilla. España

Introducción:

Los pacientes en diálisis son un grupo de mayor riesgo de contagio por el SARS-CoV-2 y posiblemente de tener más complicaciones y mayor mortalidad, sin embargo aún la información que disponemos es escasa.

Objetivo:

Describir nuestra experiencia como centro periférico de Hemodiálisis tras un año de pandemia por SARS-CoV-2.

Material y Método:

Serie de casos de una cohorte de 86 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis.

Resultados:

De los 86 pacientes se han producido 20 infecciones por COVID, un 23,25% de la cohorte. De estos un 55% son mujeres y la edad media fue de 71,9 años. El 100% de los pacientes eran hipertensos y un 60% diabéticos. Un 40% desarrollaron neumonía y la mitad de ellos catalogada como grave. Requirieron ingreso hospitalario un 60% de los pacientes de los cuales ninguno ingresó en UCI. La tasa de mortalidad fue del 15%, falleciendo 3 pacientes que no fueron candidatos a entrar en UCI por comorbilidad. Analíticamente presentaron linfopenia un 40%, ferritina elevada un 60% y dímeros-d aumentados un 65%. Respecto a la oxigenoterapia, requirieron alto flujo 4 pacientes, un 20% del total, la mitad de los que desarrollaron neumonía. Respecto al foco de contacto, más de la mitad fue desconocido sin poder descartar transmisión en el ámbito de la terapia renal sustitutiva.

Conclusiones:

Nuestros datos demuestran el doble de contagiosidad de los pacientes en diálisis (23,3%) respecto a la población general (en torno a 10%). La mortalidad es menor que la descrita en otras series donde ronda el 25-28% frente a nuestro 15%, aunque nuestra tasa de hospitalización del 60% se encuentra muy por encima del 7,3% registrada en la población general.

Los pacientes en hemodiálisis presentan mayor vulnerabilidad por varias razones: situación de inmunosupresión, edad elevada y alta comorbilidad asociada y mayor exposición al contagio durante las sesiones y el transporte sanitario colectivo. Se necesitan más estudio con mayor tamaño muestral para obtener mayor información sobre este grupo poblacional.

Valoración del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis

M^a Cruz Esteban-Guajardo, Asun Morte-Romero, Vanessa Gimeno-Doñagueda, Rocío Lastra-Villar, Alejandro Cortés-Sáez, Leticia Grima-Serrano

Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza. España

Introducción:

La enfermedad renal Crónica (ERC) es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de los órganos y sistemas, lo cual refleja la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal, entre ellas la afectación metabólica y nutricional.

Objetivo:

El objetivo principal es describir el estado nutricional de los pacientes de nuestro servicio de Hemodiálisis y, tras analizar los resultados, decidir las intervenciones necesarias para mejorar el estado nutricional y valorar su efecto posteriormente.

Material y Método:

Estudio descriptivo, observacional, transversal, realizado en el primer trimestre del año 2021, en los pacientes de nuestro servicio de hemodiálisis.

Se registró edad, sexo, Charlson, escala de Malnutrición-Inflamación (MIS), índice de masa corporal (IMC), tiempo en hemodiálisis, diabetes (sí/no) y datos bioquímicos (prealbúmina, albúmina, colesterol y transferrina). Se utilizó como instrumento la Valoración Global Subjetiva, el Score Malnutricion Inflamacion y la encuesta semanal de ingesta.

Resultados:

Se analizaron 28 pacientes con una media de edad de 74-75 años, de los cuales, 8 eran mujeres y 20 hombres. Los valores analíticos más importantes en cuanto a la valoración del estado nutricional son: albúmina, prealbúmina, colesterol y transferrina. Se realizaron las medianas de cada valor analítico obteniendo res-

pectivamente: 3,25; 23,5; 134,5 y 180,5. Atendiendo a la variable IMC, obtuvimos que la mediana en mujeres fue de 24,68 y en hombres de 27,14, ligeramente mayor. Se ha comparado el IMC con los valores del MIS y de prealbúmina y en ninguno de los dos casos se ha encontrado relación. La mediana de la escala MIS de nuestros pacientes a nivel general fue de 6,5, valor por debajo de 8, indicador de desnutrición, encontrándose un 67,9% de los pacientes en este estado. No se ha encontrado relación entre los resultados del MIS y las variables sexo, edad o tiempo en Hemodiálisis. Se comparó la variable MIS con la variable Diabetes Mellitus y se obtuvo que los pacientes no diabéticos tienen un resultado de MIS ligeramente más bajo que los pacientes diabéticos.

Conclusiones:

Se evidencia una clara tendencia de nuestros pacientes a un estado nutricional limitado. La escala utilizada para evaluar su estado nutricional (MIS) muestra claramente el alto porcentaje de pacientes desnutridos en nuestro servicio, lo que hace preciso y necesario establecer una serie de pautas y actuaciones encaminadas a mejorar el nivel nutricional de los pacientes.

Al comprobar la no relación del IMC con el estado nutricional, se antojan importantes otras medidas del estado nutricional del paciente, como la impedancia bioeléctrica.

A propósito de un caso clínico. Innovación en acceso vascular: portacath vs acceso vascular periférico en el recambio plasmático por centrifugación

Ana Vasco-Gómez, Cristina Herrera-Morales, Yaiza Martínez-Delgado, Eva Barbero-Narbona, Eva Rodríguez-García

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El recambio plasmático (RP) es una técnica extracorpórea de depuración sanguínea, que tiene como finalidad la extracción y eliminación del plasma de aquellos componentes patógenos responsables de una enfermedad o sus manifestaciones clínicas.

La American Society for Apheresis (ASFA) lo establece según evidencia científica como tratamiento en 69 enfermedades (neurólogicas, nefrológicas y hematológicas).

El tipo de técnica utilizada para la separación del plasma (filtración o centrifugación) determina el acceso vascular (AV) pudiendo ser central o periférico.

En el caso de la centrifugación, que permite flujos sanguíneos bajos, se utilizan accesos venosos periféricos (vías venosas periféricas y/o vías venosas mediales). Un factor determinante para la elección de un acceso óptimo es el capital venoso del propio paciente y la duración del tratamiento, por lo que es imprescindible una valoración individualizada.

Objetivo:

Comparar la eficacia y seguridad de la utilización de un portacath vs acceso vascular periférico como acceso vascular en la realización de RP a una paciente, describiendo además, nuestra experiencia en la utilización del mismo.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo en el que se han recogido variables sobre el acceso vascular, flujo sanguíneo, duración del tratamiento, volumen de recambio plasmático y complicaciones observadas en las sesiones de RP (abril 2017 hasta marzo 2021).

Los datos han sido obtenidos de la historia clínica informatizada y los registros de enfermería.

Resultados:

Caso clínico:

Paciente mujer 57 años diagnosticada de Miastenia Gravis y Sd de Stiff-Person que inicia RP por manifestaciones clínicas graves con fracaso terapéutico a las inmunoglobulinas y esteroides. Se indica tratamiento RP semanal por centrifugación con recambio de 3 L seroalbúmina 5% iniciando el tratamiento con inserción de 2 vías periféricas por sesión (18 G). Por problemas para conseguir flujos efectivos y para canalizar las vías, se opta por la colocación ecoguiada de vías mediales (minimidline 10 cm 18 G) apareciendo con el tiempo los mismos problemas; para evitar colocación de catéter venoso central, se implanta portacath unipunción, con los siguientes resultados:

Se realizaron un total de 93 sesiones:

- AV periférico (minimidline o vía periférica): 41 tratamientos, flujo sanguíneo $35,44 \pm 8,36$ ml/min, duración $174,97 \pm 68,05$ minutos y un volumen recambiado real $2877,5 \pm 588,56$ ml de seroalbúmina 5%.
- AV central (portacath): 52 sesiones, flujo sanguíneo $96,54 \pm 11,38$ ml/min, duración de $137,35 \pm 28,13$ minutos y un volumen recambiado real $3175 \pm 277,41$ ml seroalbúmina 5%.

Conclusiones:

El tratamiento realizado mediante portacath, aun siendo la técnica utilizada unipuntura, permite aumentar el flujo sanguíneo disminuyendo la duración del tratamiento y permitiendo alcanzar el volumen de recambio prescrito.

No hemos observado ningún efecto adverso en su utilización. Como AV, este, minimiza el riesgo de infección y precisa de una sola punción, lo que reduce tanto el dolor como el número de punciones necesarias, mejorando la percepción de la paciente sobre la técnica. En la literatura no existen datos acerca de la utilización de portacath en aféresis pero los datos que reportamos sugieren que es una alternativa segura y eficaz como AV.

A propósito de un caso clínico: realización de plasmaféresis como tratamiento coadyuvante en paciente diagnosticada de trombocitopenia inmune trombótica inducida por vacuna

María del Carmen Martínez-Vaquero, Noemí Martín-López, María Jesús Fernández-Cano, María Pilar Estévez-Carmona, Esther Solera-Medina

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

La Trombocitopenia Trombótica Inmune inducida por Vacuna (VITT) es un síndrome caracterizado por trombosis venosa o arterial en sitios inusuales que incluyen trombosis de senos venosos cerebrales y trombosis esplénica, trombocitopenia, ELISA positivo para FP4 y vacunación COVID entre los 5 y 16 días previos a la aparición de los síntomas (hasta la fecha Johnson&Johnson / AstraZeneca). Este síndrome está mediado por anticuerpos activadores de plaquetas contra FP4 simulando clínicamente la trombocitopenia autoinmune inducida por heparina. La incidencia es extremadamente rara. Los síntomas más frecuentes son cefalea, cambios visuales, dolor abdominal, náuseas y/o vómitos y dificultad para respirar. En cuanto al tratamiento se recomienda anticoagulante alternativo a la heparina, inmunoglobulinas IV y plasmaféresis. La plasmaféresis (PF) es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea que consiste en la extracción de un volumen determinado de plasma (de 2 a 5 l). Su finalidad es eliminar componentes del plasma sanguíneo tales como inmunocomplejos circulantes u otros componentes que intervienen en la respuesta inmune patológica y que son los responsables de una enfermedad o de sus manifestaciones clínicas. El plasma, extraído y eliminado, debe ser reemplazado en la misma proporción y simultáneamente por albúmina o plasma fresco congelado.

Objetivo:

Valorar la eficacia de la plasmaféresis como tratamiento coadyuvante en VITT.

Material y Método:

Mujer de 60 años que acude a urgencias por náuseas, vómitos y sospecha de ICTUS. Sin antecedentes de interés. Vacunación COVID con AstraZeneca 7 días antes de la aparición de síntomas. Durante el ingreso evoluciona con mareo, disartria, hemiparesia izquierda y deterioro general. En analítica de ingreso se objetivan 78.000 ul

plaquetas que descienden a 48.000 ul al día siguiente. Las analíticas y pruebas de imagen evidencian: Trombocitopenia, ELISA positivo para Ac anti FP4 y trombosis de senos venosos, por lo que se confirma el diagnóstico, VITT. Tras tres días de ingreso se decide la realización de sesiones de plasmaféresis, tratando 2 litros de plasma por sesión, con reposición mixta de 1 l de albúmina al 5% y un 1 l de plasma fresco congelado. Para la técnica se canaliza catéter venoso central. Finalmente se realizan 5 sesiones de aféresis en días consecutivos. Se extrae analítica diaria para valorar trombocitopenia. La paciente fue tratada además con IG post PF y anticoagulante distinto a heparina.

Resultado:

Se objetiva un aumento progresivo en recuento de plaquetas, siendo de 78.000 ul después de la 5ª sesión de PF y un descenso en los anticuerpos anti FP4 hasta su desaparición. No han aparecido efectos secundarios a la plasmaféresis. Durante las sesiones la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente y sin complicaciones. La paciente no ha presentado síntomas de progresión de su enfermedad y sí leve recuperación de la afectación neurológica.

Conclusiones:

La técnica de plasmaféresis se confirma eficaz como tratamiento de VITT al eliminar del plasma del paciente los anticuerpos circulantes que provocan la trombocitopenia. Serían necesarios más estudios al respecto ya que de momento este síndrome está poco descrito.

Caso clínico. Quiloperitoneo: contraindicación para la diálisis peritoneal

Elisabeth Tejada-Aráez, Meritxell Illa-Casellas, Cristina Herrera-Morales, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

El quiloperitoneo en diálisis peritoneal (DP) es una complicación infrecuente que consiste en una acumulación de líquido quiloso en la cavidad peritoneal. En la mayoría de los casos se puede confundir con peritonitis bacteriana, por tanto, hay mayor probabilidad de infección abdominal y además existe el riesgo de desnutrición y deshidratación.

Objetivo:

Describir un caso grave de quiloperitoneo en el cual a pesar de las complicaciones surgidas, la paciente puede realizar la técnica escogida en la consulta de decisión sobre su proceso de salud.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional y descriptivo. Los datos se obtuvieron de los cursos clínicos y además, se solicitó el consentimiento informado de la paciente.

Resultados:

Descripción

Mujer de 60 años, independiente para las actividades de la vida diaria e instrumentales, intolerancia a IECAs, alergia alopurinol y contraste yodado. Fumadora activa. El rol en el núcleo familiar es de cuidadora de su madre. Con antecedentes patológicos de Insuficiencia renal crónica-5 secundaria a poliquistosis hepato-renal, hipertensión arterial refractaria, dislipemia, diabetes mellitus 2, insuficiencia cardíaca (IC) de etiología hipertensiva, EPOC moderado, síndrome tóxico, varios politraumatismos, y dos trasplantes renales (2008 y 2018).

Entre mayo y agosto de 2020 hay un empeoramiento de la función renal que coincide con el debut de IC y descompensaciones en forma de edema agudo de pulmón.

En septiembre tras su paso por la consulta de ayuda a la decisión se deriva a la Unidad DP, para decidir el inicio del tratamiento sustitutivo.

En octubre ingresa para colocación del catéter Tenckhoff®. Los lavados del peritoneo después de la cirugía evidencian salida de contenido lechoso. El resultado del cultivo muestra presencia de triglicéridos (206 mg/dl) en el líquido peritoneal.

Se realizaron entrenamientos prácticamente diarios para estudiar la situación y hacer un seguimiento más estrecho de la paciente durante las primeras semanas post-implantación del catéter con controles analíticos y dietéticos. La paciente verbaliza que no quiere volver a hemodiálisis: "Si la DP no funciona quiero morirme". Esta situación le genera preocupación, ansiedad y tristeza.

Se empieza a mostrar una mejoría en cuanto al aspecto del líquido peritoneal después de unos 30 días del inicio de la dieta baja en grasas y de las proteínas liofilizadas.

En noviembre, se inicia la técnica en domicilio en forma de un intercambio diario de Extraneal®. El aspecto del líquido se mantenía claro continuando con la dieta.

Consensuamos con el paciente, iniciar entrenamiento para modalidad automática, por el rol de cuidadora, para mejorar su estado de ánimo y proporcionar así mayor autonomía. A principios de diciembre, tras dos semanas de entrenamientos con la cicladora, iniciamos terapia de DP automática (DPA).

Conclusiones:

Desde la unidad DP priorizamos la toma de decisiones consensuadas con los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias, adecuándolas a las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Actualmente, la paciente lleva más de 5 meses en DPA, no ha vuelto a presentar líquido lechoso, ha reiniciado dieta normal y está realizando la técnica escogida.

Caso clínico: resolución de problemas y planificación de cuidados consensuados con el paciente que elige diálisis peritoneal

Meritxell Illa-Casellas, Elisabeth Tejada-Aráez, Cristina Herrera-Morales, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción:

La elección de tratamiento renal sustitutivo es una decisión crucial en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que influirá en su estilo, calidad de vida e incluso en la familia. Ellos son los protagonistas de su proceso de salud, deciden la terapia renal en la visita de toma de decisión compartida y valoramos desde el enfoque del modelo bio-psicosocial.

Objetivo:

Identificar y consensuar con el paciente las barreras que pueden dificultar el aprendizaje de la técnica domiciliaria.

Material y Método:

Los datos se obtuvieron del curso clínico y de la información intercambiada con el paciente durante las visitas. Se obtuvo consentimiento informado.

Resultados:

Descripción del caso

- Varón de 64 años con enfermedad renal crónica grado 4, que en enero de 2018 eligió diálisis peritoneal como terapia renal sustitutiva tras la visita de enfermería del proceso de toma de decisión. El paciente está jubilado, tiene pareja estable y autonomía para las actividades diarias e instrumentales.
- En septiembre de 2018 es diagnosticado de Carcinoma escamoso orofaríngeo (T4N0M0), dos meses después inicia Radio+Quimio terapia y debido a su localización se le practica Traqueostomía+gastrostomía.
- En julio de 2019, al finalizar el tratamiento, se le propone cirugía radical reconstructiva. Aparecen importantes complicaciones que precipitan el inicio en hemodiálisis (HD). Conjuntamente, paciente/familia/equipo, se decide mantener la HD hasta que la situa-

ción se estabilice y realizar el traspaso a DP. En este momento el paciente se alimenta con suplementos a través de la gastrostomía, es portador de catéter Mahurkar® y es dependiente.

- En septiembre de 2019, el paciente solicita ser trasladado a DP. Los resultados de la revaloración teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial muestran disminución auditiva, visual, incapacidad para hablar (traqueotomía), Barthel (85/100), Lawton-Brody (4/8), inestabilidad en la marcha, tristeza >3 y depresión. Colocamos el catéter Tenckhoff y se concreta con el paciente la planificación para el entreno. Se consensua 9 sesiones post-diálisis durante 3 semanas y se identifica cuidador sin sobrecarga (Zarit <43) para poder realizar la técnica.
- Actualmente, el paciente sigue con traqueotomía en espera de cirugía reconstructiva, se le ha retirado el catéter venoso y la gastrostomía. Realiza diálisis peritoneal automatizada (DPA), ha recuperado autonomía y su percepción de calidad de vida ha mejorado, aunque la responsabilidad del cuidado sigue compartida con su pareja.

Conclusiones:

Nuestro protocolo indica realizar una evaluación según el modelo biopsicosocial, pero los resultados deben consensuarse con el paciente/familia.

La evaluación permite, identificar preocupaciones y dar con la motivación que puede incidir en el aprendizaje. En nuestro caso, cambiar de modalidad y saber que se está estudiando la posibilidad de entrar en lista para trasplantarse, fueron clave para el aprendizaje. Por el contrario, participar en qué acciones realizar para aliviar sus preocupaciones, como planificar la retirada de la gastrostomía, iniciar dieta oral o suprimir los suplementos proteicos, mejoraron la percepción de la salud. En conclusión, trabajar la resolución de problemas y planificación de cuidados con el paciente es primordial.

Caso clínico: síndrome de Dress con fracaso renal agudo

Ángela Valer-Pelarda, Julia Hernando-García, Cristina Franco-Valdivieso, Mónica Brazález-Tejerina, Raquel Julia Gordillo-Martín, María Jesús Rollán-de la Sota

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Introducción:

El síndrome de reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos, también llamado DRESS, es una toxicodermia rara pero asociada a una mortalidad elevada. La patogenia no se conoce con exactitud, aunque se debe a un exceso de metabolitos tóxicos originado por alteraciones genéticas o ambientales.

Se caracteriza por la presencia de exantema, fiebre, adenopatías, alteraciones hematológicas e insuficiencia multiorgánica: hepática, renal y pulmonar.

Uno de los fármacos más frecuentes asociado a este proceso es el alopurinol, muy utilizado en la práctica clínica diaria.

Caso Clínico:

Varón de 46 años que presenta exantema generalizado no pruriginoso de inicio 2 semanas antes, fiebre intermitente de hasta 40 °C, pérdida de peso de 4 kilos, adenopatías cervicales, sudoración nocturna y diarreas. El paciente comenta la toma previa de alopurinol que fue suspendido al empezar con la clínica cutánea. Ingresa a cargo de digestivo diagnosticado de hepatitis aguda. A los 2 días del ingreso se hace interconsulta a nefrología, por un deterioro de la función renal y oliguria precisando la colocación de un catéter temporal para la realización de hemodiálisis urgente.

Tras 6 sesiones de hemodiálisis y persistir el fallo renal y hepático, se decide realizar sesiones de recambio plasmático con albúmina, alternando con hemodiálisis. Además, como tratamiento farmacológico bolos de metilprednisolona.

Durante el ingreso el paciente presenta epítaxis y alteración de la coagulación por lo que precisa administrar fibrinógeno y plasma fresco congelado.

En total, al paciente se le realizan 9 sesiones de hemodiálisis y 3 recambios plasmáticos, con ello, mejora su función renal y se le retira el catéter temporal de hemodiálisis.

El paciente recibe el alta a su domicilio un mes y medio después tras mejorar la función hepática, manteniendo revisiones por parte del servicio de digestivo. Así mismo, hematología le diagnosticó de síndrome hemofagocítico y linfoproliferativo, y está en tratamiento con etopósido.

El equipo de nefrología continua viendo al paciente para el seguimiento de su hipertensión y controlando los iones plasmáticos.

Discusión:

El alopurinol, que es un fármaco muy utilizado en la práctica clínica, puede tener reacciones adversas muy graves como en este caso.

Con este caso clínico, se vuelve a demostrar la importancia que tienen los equipos multidisciplinares en sanidad ya que, gracias a ellos, con una rápida respuesta, se puede recuperar la funcionalidad y evitar pérdidas de vidas.

El síndrome de DRESS, al ser muy poco frecuente, no tiene un tratamiento estandarizado. En el caso concreto de nuestro paciente tuvo una recuperación de la función renal con recambios plasmáticos con albúmina, hemodiálisis y corticoides.

Comunicación pleuroperitoneal tardía en paciente en programa de diálisis peritoneal

Raquel Manzano-García, María Ángeles Alcántara-Mansilla, Carlos García-Moruno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

Introducción:

Entre las complicaciones mecánicas de la diálisis peritoneal, se encuentran las fugas de líquido hacia diferentes cavidades, entre ellas la cavidad pleural (prevalencia 2-6%). La presencia de comunicaciones pleuroperitoneales anómalas se traduce en la aparición de derrame pleural masivo.

La fuga pleural o hidrotórax, suele ser derecha y aparecer de manera precoz al iniciar la diálisis peritoneal, siendo mucho más frecuente en mujeres. Puede ser secundaria a defectos congénitos del diafragma.

El diagnóstico de fuga diafragmática suele ser clínico, puede realizarse mediante toracocentesis (por detección de la isoforma D-lactato, presente únicamente en el líquido de diálisis peritoneal, o por hiperglucemia respecto al plasma), o mediante exploraciones de imagen.

Presentamos un caso de derrame pleural de aparición tardía en el que se indicó la Gammagrafía con instilación de radioisótopo intraperitoneal Tc-99m como técnica fácil e inocua para confirmar la sospecha clínica.

Caso Clínico:

Mujer de 39 años con enfermedad renal crónica de etiología no filiada en diálisis peritoneal desde junio de 2017, que presenta en octubre de 2019 cuadro de disnea, tos, ortopnea y disnea paroxística nocturna de algunas semanas de evolución. Destaca ingreso reciente en Nefrología por peritonitis aguda por *S. Viridans* y derrame pleural derecho en estudio.

En el ingreso actual se evidencia derrame pleural derecho en la radiografía de tórax.

Se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora con salida de 700 ml de líquido de aspecto seroso compatible con líquido peritoneal. Los cultivos de ambos líquidos, pleural y peritoneal, fueron negativos.

Se realiza gammagrafía peritoneal mediante la administración de Tc99m diluido en el líquido de infusión de diálisis peritoneal al 1,5% que confirma la presencia

de fuga pleuroperitoneal derecha. Se hicieron varias lecturas de las imágenes en diferentes posiciones. Para finalizar se procedió al drenaje del líquido peritoneal y a eliminar los desechos según los protocolos y las recomendaciones de actuación del servicio de Medicina Nuclear.

Durante el ingreso se mantiene la diálisis peritoneal continua ambulatoria con 3 intercambios manuales, volúmenes de infusión de 1500 ml y noche seca. Aunque la paciente mantiene una diuresis residual de 1700 ml/24 h, presenta dificultad en los drenajes peritoneales, siendo preciso forzar la diuresis con diuréticos por vía intravenosa para conseguir balance hídrico neutro-negativo.

Tras repetidas toracocentesis el derrame pleural es recurrente y presenta datos de sobrecarga a nivel pericárdico.

Ante la persistencia de la fuga con fracaso de la terapia, se decide finalmente descanso peritoneal, implantación de catéter venoso central tunelizado y posteriormente realización de fistula arteriovenosa, y transferencia a Hemodiálisis como opción terapéutica más adecuada.

La paciente recibió su primer trasplante de riñón de donante cadáver en agosto de 2020.

Concluimos que la fuga pleuroperitoneal puede aparecer de forma tardía tras desencadenantes agudos como una peritonitis.

La gammagrafía con Tc99m es un método sencillo y no invasivo que confirma el diagnóstico, con la capacidad de realizar múltiples proyecciones sin aumentar la irradiación del paciente.

Covid-19 inmediato tras trasplante renal: una aparición inesperada

Pablo González-Pereira, Julia Hernando-García, Verónica Fidalgo-González, María Jesús Rollán-de la Sota

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Introducción:

Los trasplantados recientes presenta un riesgo añadido durante la infección por SARS-CoV-2 debido a la inmunosupresión, la función subóptima del injerto y las comorbilidades. Las terapias de inducción y la necesidad de dosis elevadas de tacrólimus inmediatamente tras el trasplante suponen, además, una mayor inmunosupresión que incrementa el riesgo de infección.

Los cuidados por parte del personal de enfermería en el trasplante en condiciones normales son de por sí complejos y muy minuciosos. Durante la pandemia, estos cuidados se han incrementado debido al potencial riesgo de poder contagiar a los pacientes por Covid-19, aun llevando los protocolos a su máxima expresión.

Se presenta dos casos de infección por SARS-CoV-2 inmediatamente tras recibir un trasplante renal relacionados entre sí por un vector en común.

Caso 1: Varón, 72 años, con Enfermedad Renal Crónica (ERC) por nefroangioesclerosis, en hemodiálisis desde agosto 2020, Hipertenso y exfumador. Donante en asistolia. PCR/SARS-CoV-2 al ingreso negativa. Sin incidencias quirúrgicas. El día +5 de trasplante presenta: febrícula y tos seca, repitiéndose PCR/CoV-2 que sorprendentemente es POSITIVA. Empeoramiento radiográfico por lo que se comienza antibioterapia con cefalosporinas, clínicamente con sintomatología leve.

El día + 30 de trasplante presenta una creatinina 1,40 mg/dl y recibe el alta, con PCR/SARS-CoV-2 positiva y aislamiento domiciliario.

Caso 2: Varón de 64 años, con ERC por nefropatía tubulointersticial en diálisis peritoneal desde 2019, hipertenso, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sobrepeso. Donante en asistolia. PCR/SARS-CoV-2 al ingreso negativa. Sin incidencias quirúrgicas, diuresis aceptables. El día +4 se realiza PCR/CoV-2 al coincidir con el Caso-1, que resulta ser POSITIVA. Inicia un empeoramiento radiográfico, presentado solo tos. El día +26 del trasplante recibe el alta hospitalaria con creatinina 1,99 mg/dl, con PCR/SARS-CoV-2 positiva y precisando aislamiento domiciliario.

Discusión:

En ambos casos, la infección se ha manejado sin modificar pauta de inmunosupresión y empleando como terapia contra SARS-CoV-2 esteroides y cefalosporinas. Pese a la fragilidad de estos pacientes y al uso de dosis elevadas de inmunosupresión, la infección presentó en ambos casos un curso leve sin necesidad de oxigenoterapia o cuidados críticos, con función del injerto aceptable en ambos casos al alta.

El vector común entre ambos casos fue el personal de quirófano que asistió a la cirugía del trasplante, donde surgieron los primeros casos antes del diagnóstico de nuestros enfermos. Este brote tuvo consecuencias entre el personal de enfermería, contagiándose tres enfermeras del servicio, probablemente debido al empleo de aerosoles que se emplearon en uno de los enfermos.

El reto de la diálisis peritoneal continua ambulatoria en el anciano: caso clínico

María Marcos-Hidalgo, M^a Elisa Casado-Montero, Noelia Blanco-Velasco, Verónica Gamarra-González, Carmen Gutiérrez-Martín, Sonia Velasco-Ballester

Hospital General de Segovia. España

Introducción:

La sociedad occidental va envejeciendo, y con ello la edad de los pacientes que necesitan tratamiento renal sustitutivo (TRS) cada vez es más avanzada.

Todo esto hace que la decisión sobre la modalidad de TRS, ya de por sí compleja, adquiera una dimensión mayor, cuando se trata de los pacientes ancianos, en la que participan tanto el paciente como su familia. En busca de una calidad de vida y una mejora de la supervivencia, es necesario que la planificación incluya cambios de modalidad, si sus necesidades cambian con el tiempo.

Durante el último año, la situación epidemiológica ha influido en la elección de la TRS adquiriendo mayor peso las terapias domiciliarias, disminuyendo así las visitas al hospital, con los riesgos de exposición que eso conlleva.

El uso de las nuevas tecnologías de la telecomunicación, nos permite en muchas ocasiones, llegar donde antes no nos era posible. Y el hecho de tener que utilizarlas, con pacientes de edad avanzada, supone un reto.

Objetivos:

Facilitar el acceso a la diálisis peritoneal, buscando recursos adaptados a las necesidades y circunstancias de cada paciente y su familia.

Caso Clínico:

Antecedentes personales, mujer de 87 años, sin alergias medicamentosas conocidas con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5, secundaria a poliquistosis renal autosómica dominante. Pluripatológica, destacando como antecedentes, hipertensión arterial esencial de larga evolución, hipercolesterolemia, artrosis y acúñamientos vertebrales.

Es viuda, vive ella sola. Tiene 2 hijos, que viven en otra localidad. Usa gafas para leer y para coser. Dentadura postiza en ambas arcadas dentarias. Pérdida progresiva de memoria. No tiene estudios primarios, pero sí sabe leer y escribir.

Inicio de diálisis peritoneal continua ambulatoria en septiembre de 2020, con 3 intercambios peritoneales diarios de 1500 ml. Hace la técnica ella misma, bajo supervisión de uno de sus hijos por video llamada.

El primer reto surgió ante la imposibilidad de la paciente para abrir las bolsas, y separar ambas cámaras, ya que debido a su artrosis le resultaba muy complicado. Con la ayuda de un rodillo de amasar, aprendió a abrir las bolsas de manera autónoma.

Debido a su progresiva pérdida de memoria, durante las primeras sesiones, en más de una ocasión, llamo al hospital refiriendo problemas de drenaje, cuando en realidad el origen del problema era que no se había infundido. Sus hijos decidieron colocar una webcam, y controlar cada intercambio de manera telemática con ella, y desde entonces no ha vuelto a tener ningún problema.

Conclusiones:

La implicación de la familia tanto en la toma de decisiones, como en el buen funcionamiento de la terapia domiciliaria, es una parte muy importante.

El empleo de las nuevas tecnologías, en beneficio de la salud, es un hecho cada día más presente en nuestra sociedad, y en Diálisis Peritoneal podría explotarse aún más.

Idoneidad de la técnica Buttonhole en fístula arteriovenosa con área de punción limitada

Iris Rubio Segovia, Alexandra Blázquez Aguado, Elena Guerrero Rodríguez

Centro FRIAT (Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo). Los Llanos II-Getafe. Madrid. España

Introducción:

La fístula arteriovenosa (FAV) es considerada el acceso vascular de primera elección para llevar a cabo un tratamiento de hemodiálisis y pese a ser la más segura, no está exenta de complicaciones. Su supervivencia es limitada, por lo que es importante realizar todas las medidas que ayuden a preservarla el mayor tiempo posible. La técnica de punción es uno de los factores que influyen directamente en su supervivencia, siendo la punción en escalera la técnica de elección recomendada por la Guía Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. Cuando no es posible el uso de ésta técnica, una buena alternativa es la técnica Buttonhole o técnica "en ojal." Esta consiste en la punción repetida en un único punto, con el mismo ángulo y profundidad durante varias sesiones hasta crear un túnel subcutáneo, que posteriormente nos permita canalizar el acceso con aguja roma.

Objetivo:

Evaluar la idoneidad de la técnica Buttonhole en una FAV con zona de punción limitada

Presentación del paciente:

Varón de 39 años con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis desde finales de 2019. Portador de FAV A-V radio-cefálica en MSI desde febrero de 2020, iniciándose su punción en abril del mismo año.

Caso Clínico:

El paciente presenta dificultad en las punciones, al intentar distanciar las mismas sufre frecuentes extravasaciones. En numerosas ocasiones es necesario repuncionar y el tiempo de hemostasia es cada vez mayor, lo que le genera ansiedad y miedo. Por este motivo, se decide realizar una valoración ecográfica para evaluar el estado de la FAV. El Eco-Doppler evidencia una estenosis con reducción de >50% de la luz a nivel pos-

tanastomótico no significativa funcionalmente. En el recorrido venoso, presenta un tramo de 5 cm con buen calibre (0,8 cm) y fácil acceso. Dicha vena se divide en dos de pequeño calibre (0,47-0,48 cm) demasiado profundas para puncionar, que confluyen en el codo. Posteriormente se divide de nuevo, en vena basílica y cefálica ambas sin desarrollar. Tras la valoración del equipo multidisciplinar las opciones de tratamiento son: intervención quirúrgica para ligar una de las venas cefálicas permitiendo el desarrollo de la otra ó iniciar técnica Buttonhole, para prevenir la aparición de aneurismas y preservar el acceso. Se decide iniciar técnica Buttonhole. Durante 6 sesiones se realiza punción con aguja afilada y se coloca dispositivo Bio-hole, hasta conseguir crear el túnel subcutáneo. A partir de entonces, se accede a la FAV con aguja roma sin haber surgido incidencias hasta el momento.

Conclusiones:

El uso de la técnica Buttonhole ha supuesto un beneficio para el paciente. Manifiesta disminución del dolor durante las punciones y afronta las sesiones sin temor. Se ha podido evidenciar la disminución del tiempo de coagulación y no se han vuelto a producir extravasaciones. No ha sido necesario realizar la intervención quirúrgica y se ha conseguido preservar el acceso vascular en óptimas condiciones. Consideramos que el uso de esta técnica es una buena alternativa en los casos en los que se dispone de una longitud limitada en la vena arterializada para las punciones.

La influencia de la enfermería de práctica avanzada en un caso de hemodiálisis domiciliaria

Piedras Albas Gómez-Beltrán, Gema Buendía-Jiménez, Rocío Gil-Jiménez, Francisca Medero-Rubio, Manuela María Pérez-Márquez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción:

El aumento de la cronicidad debido a los cambios demográficos exige una reforma del sistema de salud orientada a integrar nuevos modelos de atención que mejore la salud de la población y sea más coste-eficiente. Dicha integración viene avalada por la evidencia científica y por los resultados en términos de efectividad. El nuevo rol profesional de Enfermera de Práctica Avanzada da respuesta a las necesidades y demandas de salud de la población en términos de accesibilidad, continuidad, coordinación y efectividad o eficiencia.

El modelo orientado hacia la atención domiciliaria para proporcionar gestión de casos, es el precursor de la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada, donde se sitúa a la enfermera de enfermedad renal crónica avanzada para conseguir con su intervención mejorar la calidad de vida de estos pacientes y disminuir comorbilidades, convirtiéndose además en elemento de cohesión entre los equipos asistenciales, permitiendo así la continuidad asistencial y la coordinación intra e interniveles.

Descripción del caso:

Paciente de 45 años, casada, profesora de Secundaria, con una hija de 14 años, independiente y muy implicada en todas las actividades de su centro de trabajo y entorno socio familiar. En el mismo año, es diagnosticada de Enfermedad Renal Crónica, a causa de Lupus Eritematoso Sistémico, precisando tratamiento renal sustitutivo e inclusión en hemodiálisis en febrero de 2020 y de Infección Respiratoria por SARS-CoV-2, en marzo del mismo año, con un ingreso de 123 días, de los cuales 98 permaneció en la unidad de cuidados intensivos

Al alta, ha cambiado su situación de dependencia y presenta altos niveles de ansiedad y miedo por tener que acudir a las sesiones de hemodiálisis en el hospital.

Las características de esta paciente, la hace susceptible de necesitar un modelo de atención de Enfermera de Práctica Avanzada.

Tras estudiar el caso, el equipo multidisciplinar de técnicas domiciliarias de nefrología, plantea a la paciente y a su cuidador, esposo, la posibilidad de entrar en programa de hemodiálisis domiciliaria que se iniciaría en septiembre de 2020 en el área hospitalaria, tras un periodo de formación continua en domicilio con el seguimiento de la Enfermera de Práctica Avanzada.

Programamos entrevista con ambos, realizamos valoración integral de la unidad de cuidados y tras cumplir criterios y aceptación inmediata de paciente y cuidador, quedan incluidos en el programa e inicio del mismo el 11 de septiembre de 2020.

Después de seis meses de la inclusión de la paciente en esta modalidad se ha observado una mejora tanto física como emocionalmente que ha supuesto un aumento en su calidad de vida.

Conclusión:

La Enfermera de Práctica Avanzada en el ámbito en el ámbito de la enfermedad renal crónica, está capacitada para realizar una valoración y seguimiento integral desde que un paciente recibe el diagnóstico de enfermedad renal crónica así como durante todo su tratamiento.

El completo conocimiento de las diferentes modalidades de tratamiento renal sustitutivo así como las habilidades para informar y asesorar al paciente y a su familia en la toma de decisiones, favorece la inclusión del mismo en la terapia que mejor pueda favorecer su calidad de vida.

Líquido turbio en diálisis peritoneal: caso clínico

M^a Elisa Casado-Montero, María Marcos-Hidalgo, Noelia Blanco-Velasco, Azucena Mayoral-Peñas, Verónica Gamarra-González, Sonia Velasco-Ballesterero

Hospital General de Segovia. España

Introducción:

La polifarmacia, forma parte hoy en día de nuestra vida cotidiana a veces innecesaria y otras justificada. En muchos casos, es a menudo desproporcionada para los problemas crónicos.

La polifarmacia es consumir más de 3 medicamentos simultáneamente. Se considera poli medicación al consumo de 4 o más drogas simultáneamente. "Paciente poli medicado" a todo aquel que toma cinco o más medicamentos, por cualquier vía de administración (oral, tópica, rectal, inhalada, parenteral, etc.) que hayan sido prescritos por su médico por un período igual o superior a los 6 meses de duración de tratamiento.

La adherencia o cumplimiento terapéutico puede ser considerado como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido.

Según Blanchard el 49% de los pacientes en hemodiálisis toman 4 o más fármacos y el conocimiento de éstos es enormemente deficiente respecto a indicaciones, eficacia, duración y acción sobre su tratamiento farmacológico.

Objetivo:

- Hacer encuesta terapéutica a todos los pacientes en cada revisión.
- Conocer los efectos secundarios de los fármacos.

Caso Clínico:

Nuestro caso es un paciente varón de 71 años de edad, que en julio de 2019 se le coloca catéter peritoneal y se le interviene de una hernia Umbilical, inicia tratamiento con diálisis peritoneal crónica avanzada en domicilio dos meses después, en septiembre.

En octubre de ese año tiene la primera peritonitis por *Streptococo Mitis*. En diciembre de 2019: segundo episodio de Peritonitis por *Streptococo Mitis*. En abril de 2020: Tercer episodio de Peritonitis, con Cultivo Negativo. En mayo de 2020 se le retira el catéter peritoneal, para ne-

frectomía y le colocan un catéter Permanente en Yugular derecho para inicio de Hemodiálisis.

Tratamiento con hemodiálisis desde mayo hasta diciembre de 2020, que después de un reentrenamiento comienza diálisis peritoneal domiciliaria. Los primeros días, según drena, el líquido que sale es lechoso y turbio, se realiza protocolo de peritonitis y además se piden triglicéridos ya que se quiere descartar un quiloperitoneo. En la analítica da un 13% de polimorfonucleares y unos triglicéridos de 87 mg/dl.

Al realizarle la encuesta terapéutica, comprobamos que el paciente está tomando Lercanidipino, medicación que actualmente no se encontraba en su prescripción médica, y que esta descrito en los pacientes en diálisis peritoneal el desarrollo de líquido peritoneal turbio. La turbidez se debe a un aumento en la concentración de triglicéridos en el efluente peritoneal. Aunque el mecanismo se desconoce, la turbidez tiende a resolverse poco tiempo después de la retirada de lercanidipino. Se trata de una asociación importante que se debe tener en cuenta, ya que el efluente peritoneal turbio se puede confundir con peritonitis infecciosa, lo que puede dar lugar a una hospitalización innecesaria y a la administración de antibióticos.

Conclusiones:

- La encuesta terapéutica periódica es fundamental para un buen control en todos los pacientes, y en el caso de los polimedcados más aun, permitiéndonos identificar errores en el cumplimiento del tratamiento prescrito.
- Ante la presencia de líquido peritoneal turbio no infeccioso acelular debe descartarse la posible relación con fármacos antagonistas del calcio para evitar tratamientos antibióticos innecesarios.

Crterios de valoración de trabajos científicos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA: (Evalúan los aspectos formales del trabajo).

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos, o que no son demostrados estadísticamente.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de: **Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.**

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como "tema novedoso" o tema "poco descrito", o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos podrán ser presentados atendiendo a la siguiente clasificación:

- **Hemodiálisis**
- **Diálisis peritoneal**
- **Trasplante renal**
- **Atención integral**
- **ERCA (Consulta Prediálisis)**
- **PÓSTER-Casos Clínicos**

Una vez recibidos, son enviados a los miembros del Comité Evaluador, formado por grupos de expertos en estas seis áreas, de forma que cada trabajo será valorado por tres evaluadores diferentes. (Sistema triple ciego).

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores unas planillas en las que deben anotar las puntuaciones que adjudican a cada uno de los criterios antes descritos, según la siguiente escala de puntuación:

1. Criterios de estructura: Cada criterio se puntuará bajo el siguiente baremo.

1. a. ORIGINALIDAD: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1. b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1. c. METODOLOGÍA: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1. d. CLARIDAD DE RESULTADOS: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1. e. TÍTULO: se puntuará de 0 a 1 puntos.

2. Criterios de contenido: (se puntuará de 0 a 10 puntos).

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un coordinador que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las dos puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la **puntuación final**, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una **reunión conjunta** entre la Junta Directiva de la SEDEN y los coordinadores del comité evaluador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del Comité Evaluador.

EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El Comité Evaluador tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “**NOTA**” de la planilla de puntuación, si considera el trabajo en cuestión “**APTO**” o “**NO APTO**” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato PDF (final) en el mes de septiembre.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de 0 a 10 los siguientes criterios:

- **Interés para la práctica de la enfermería.**
- **Metodología e interés científico.**
- **Originalidad.**
- **Calidad artística.**

EVALUACIÓN PÓSTER - CASOS CLÍNICOS

Los trabajos “**CASOS-CLÍNICOS**” solamente podrán ser presentados como **COMUNICACIÓN PÓSTER**, siendo los criterios de evaluación los siguientes:

- **Originalidad.** Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

- **Relevancia.** Se valorará el interés del tema tratado, y si los resultados del estudio son aplicables en la práctica clínica diaria independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

- **Estructura / Redacción científica.** Se valorará el rigor científico en la redacción del resumen.

- **Valoración del caso.** En este apartado se valorará la exposición del caso, valorándose de forma positiva el uso de un modelo enfermero, y la exposición organizada (por necesidades, patrones, etc), coherente y completa.

- **Enunciado del problema/as.** Se valorará la adecuación y coherencia entre la valoración presentada y la identificación del problema, siendo más favorable el uso de taxonomía enfermera para su exposición.

- **Intervención/Resultados.** En este criterio se evaluará la descripción de la/s intervención/es y su coherencia para dar respuesta al problema/s descrito/s, y de los resultados obtenidos tras la implantación de esa/s intervención/es. Se valorará de forma muy positiva el uso de taxonomía enfermera NOC/NIC.

- **Conclusiones.** ¿Se derivan de los resultados? ¿Son relevantes? ¿Dan respuesta al problema planteado en el caso? Es decir: son significativas, importantes, pertinentes.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de poder cambiar este formato (Comunicación Póster-Caso Clínico) a Comunicación Oral, si así se considerara de interés especial para la práctica de la enfermería o por otras circunstancias.



Cuidados de verdad

Para la vida

Diaverum presta atención renal enfocada a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), lo que les permite vivir una vida plena.

Nuestra visión es transformar la atención renal y proporcionar la más alta calidad en la atención a los pacientes.

Somos un proveedor independiente líder en servicios de atención renal, con presencia en 24 países. Ayudamos a unos 40.000 pacientes en más de 450 clínicas a nivel mundial, proporcionando unos 6,2 millones de tratamientos al año. En España actualmente, contamos con 47 centros, donde se presta tratamiento de hemodiálisis a más de 4.300 pacientes.



Cuidados renales que
mejoran la vida

Conócenos en:
<https://es.diaverum.com>

Para la vida

Diaverum es una **empresa comprometida con la investigación y difusión científica** en beneficio de las necesidades de los pacientes renales.

Apostamos por la **transformación digital** mediante desarrollos tecnológicos propios (TGS, d.Connect, para la transferencia automática de los datos de pacientes) y **modelos predictivos** basados en la inteligencia digital (que mejoran nuestra práctica clínica).

El **paciente es una pieza central** en todo lo que realizamos. Nuestro objetivo es proporcionar la **mejor asistencia y cuidado al paciente**. Conocer sus necesidades es nuestra prioridad (realizamos de forma periódica **Encuestas de Satisfacción y de Calidad de Vida**).

Nuestra visión es **transformar la atención renal**, ofrecer la **más alta calidad** en los servicios que prestamos, y **capacitar a los pacientes** para que vivan una vida plena.

Descúbranos:
www.es.diaverum.com



Con la colaboración de:

