



ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 25 | Suplemento I | 2022

www.enfermerianefrologica.com

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

Congreso Nacional
15-17 de noviembre de 2022

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



ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 25 / Suplemento I / 2022

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

Congreso Nacional, 15-17 de noviembre de 2022

Editores Especiales:

Francisca Pulido Agüero

Patricia Arribas Cobo

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR JEFE

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

EDITORES ADJUNTOS

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

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

EDITOR

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

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

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

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

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

* España

Ana Isabel Aguilera Flórez
Complejo Asistencial Universitario. León*

Mª Teresa Alonso Torres
Hospital Fundación Puigvert. Barcelona*

Sergi Aragó Sorrosal
Hospital Clínico. Barcelona*

Patricia Arribas Cobo
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid*

Manuel Ángel Calvo Calvo
Universidad de Sevilla.*

María José Castro Notario
Hospital Universitario La Paz. Madrid*

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

Rosario Fernández Peña
Universidad de Cantabria. Cantabria*

Fernando González García
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

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

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

Mª Encarnación Hernández Meca
Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid*

Antonio López González
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña*

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

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

Guillermo Molina Recio
Facultad de Enfermería. Córdoba*

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

Cristina Moreno Mulet
Universitat de les Illes Balears

Miguel Núñez Moral
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

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

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

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

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

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

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

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

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

Filo Trocoli González
Hospital Universitario de La Paz. Madrid*

Esperanza Vélez Vélez
Fundación Jiménez Díaz-UAM. Madrid*

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

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

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

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

Nidia Victoria Bolaños Sotomayor
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú

Mª Isabel Catoni Salamanca
Pontificia Universidad Católica. Chile

Martha Elena Devia Rodríguez

RSS LA Bogota. Colombia

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

Ana Elizabeth Figueiredo
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

Daniel Lanzas Martín
Centro Amadora. Lisboa. Portugal

Rosa María Marticorena
St Michaels Hospital. Toronto. Canadá

Clemente Neves Sousa
Escuela de Enfermería, Oporto. Portugal

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

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

Fernando Orozco Quiroz
Presidente de la Asociación Mexicana de Enfermeras en Nefrología, A.C (AMENAC). México

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

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

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

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEDEN

Presidente:
Juan Francisco Pulido Pulido

Vicepresidenta:
Patricia Arribas Cobo

Secretaria General:
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.

SECRETARÍA DE REDACCIÓN:

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
Calle de la Povedilla n° 13. Bajo izq. 28009 Madrid. España
Tel.: 00 +34 914 093 737
seden@seden.org || www.seden.org

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

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

PUBLICADO: 1 de noviembre de 2022

COLABORACIONES CIENTÍFICAS



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

Esta revista está indizada en:

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

Tarifas de suscripción:

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

Maquetación: Seden

Impresión: Estu-Graf Impresores S.L.

Traducción: Pablo Jesús López Soto

Depósito Legal: M-12824-2012

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



© Copyright 2022. SEDEN

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

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

SUMARIO

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

Premios

Análisis del uso de la mupirocina en la cura del orificio sano en diálisis peritoneal Premio SEDEN sobre Diálisis Peritoneal	10
¿Cómo afectan las venas colaterales a la medición del flujo del acceso vascular por ecografía y termodilución? Premio Acceso vascular y nuevas tecnologías	11
Factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones de la herida quirúrgica del trasplante renal. Premio SEDEN Donación y Trasplante	12
Evaluación de la fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada aplicando los criterios de Fried Premio SEDEN Enfermedad Renal Crónica Avanzada	13
Sistema percutáneo de creación de fistulas arteriovenosas en pacientes con hemodiálisis. Nuestra experiencia Premio de Investigación sobre Innovación en técnicas dialíticas y resultados	14

Comunicaciones Orales

Atención Integral

Abordaje integral y multidisciplinar del paciente renal en una unidad de hemodiálisis pediátrica: traspasando barreras	15
Causas de patología renal crónica terminal e incidencia en población a estudio	16
Cuidadores de personas en diálisis y el significado de participar en un grupo de apoyo	17
Descripción de las caídas producidas en una unidad de hospitalización de nefrología durante los últimos diez años	18
Evaluación de la experiencia asistencial del paciente de prediálisis y diálisis: utilidad de una encuesta transversal	19
Experiencia de autogestión y autocuidado del pie en personas con diabetes tipo II	20
Percepción de la importancia de enfermedad para los pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante	21

Diálisis peritoneal

Adaptación en los entrenamientos	22
Análisis sobre infecciones de orificio de salida del catéter peritoneal en mar o piscina	23
Influencia de las peritonitis en las hospitalizaciones y retiradas del catéter de pacientes en diálisis peritoneal	24
Método de cura del orificio de salida del catéter peritoneal. Uso o no de antisépticos	25

Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Importancia de la evaluación del índice de cronicidad como predictor de riesgo cardiovascular en las personas con enfermedad renal crónica avanzada	26
Incremento en la elección de diálisis peritoneal como primera técnica de depuración extrarrenal tras la intervención de la enfermería de práctica avanzada	27

Influencia de la nacionalidad de los pacientes de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada en la elección de tratamiento renal sustitutivo	28
Proyecto PROMS en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada	29
Hemodiálisis	
Análisis de la prevalencia de catéteres elevada en unidades de hemodiálisis, ¿cómo podríamos disminuirla?	30
Análisis de la relación entre sarcopenia y mortalidad en pacientes ancianos en hemodiálisis	31
Análisis de las diferencias de acceso vascular en pacientes prevalentes: ¿influye el sexo y la edad?	32
Análisis de las diferencias de visión entre pacientes y profesionales sobre un centro de diálisis ideal	33
Análisis de las hemodiálisis al cierre del servicio durante la pandemia	34
Análisis del clima de seguridad del paciente en una unidad de diálisis pública <i>versus</i> privada	35
Análisis del nivel de humanización en los profesionales de una unidad de hemodiálisis y su repercusión en los pacientes	36
Bacteriemia relacionada con catéter en hemodiálisis: estudio comparativo entre dos bioconectores	37
Barreras y facilitadores de la hemodiálisis domiciliaria	38
Calidad de atención de salud y satisfacción del usuario con tratamiento de hemodiálisis en un hospital público	39
Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda en pacientes con enfermedad renal crónica: experiencia en una unidad de hemodiálisis	40
Comparativa de la cura del catéter tunelizado permanente para hemodiálisis con clorhexidina acuosa al 2% <i>versus</i> Prontosan®	41
Consenso de expertos sobre signos y síntomas para la identificación de infección del orificio de salida del catéter de hemodiálisis	42
Determinantes sociales de infecciones de los catéteres venosos centrales de hemodiálisis	43
El papel de la enfermera en el tratamiento sustitutivo renal intermitente en el paciente crítico, factor determinante de la calidad de diálisis	44
¿Es realmente el ciclosilicato de sodio y zirconio (Lokelma®) un tratamiento eficaz?	45
¿Está cubierta la necesidad sexual de nuestros pacientes de diálisis?	46
Estado emocional del paciente en hemodiálisis según la situación en lista de espera de trasplante renal	47
Estado nutricional y acceso vascular de los pacientes en hemodiálisis	48
Evolución del recuento de anticuerpos tras la inoculación de la segunda dosis de la vacuna frente al SARS-CoV-2 en personal de diálisis	49
Experiencia en la implantación de una vía clínica de biopsia renal percutánea en nuestro centro	50
Fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de hemodiálisis	51
Hemodiálisis pediátrica. Uniendo familias	52
Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la actividad asistencial y en la salud del personal de hemodiálisis en las diferentes oleadas	53
Impacto de una intervención educativa nutricional mediante el uso de medios audiovisuales para pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	54
Impacto del prurito en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en programa de hemodiálisis hospitalaria	55
Influencia de la formación específica de la enfermería de hemodiálisis en la tasa de bacteriemia de catéteres venosos tunelizados: estudio analítico observacional	56
Influencia del sexo en el grado de fragilidad de los pacientes en hemodiálisis	57
Intimidación percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis	58
La fragilidad en el paciente en hemodiálisis. Revisión bibliográfica como posible herramienta para la creación de un protocolo de detección, seguimiento y prevención	59
La importancia de la adherencia al tratamiento del fósforo en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	60

La sexualidad del paciente en hemodiálisis desde una perspectiva cualitativa	61
Nutrición parenteral intradiálisis como opción de tratamiento integral en un centro periférico en pacientes en hemodiálisis con desgaste energético proteico	62
Participación del paciente en una estrategia de difusión de hemodiálisis domiciliaria en un servicio de nefrología	63
Percepción de los profesionales de enfermería sobre la hemodiálisis domiciliaria	64
Primeras experiencias con nuevo acceso vascular: EndoFAV	65
Protocolo de primera punción del acceso vascular en hemodiálisis con aplicación sistematizada de la ecografía. Experiencia de dos años	66
¿Qué factores de la hemodiálisis se relacionan con el prurito asociado a la enfermedad renal crónica?	67
Relación entre estrategias de afrontamiento y presencia de síntomas psicológicos y somáticos en pacientes en tratamiento renal sustitutivo	68
Sarcopenia en hemodiálisis. Respuesta al ejercicio en edad avanzada	69
Utilidad y beneficios de las nuevas tecnologías en una unidad de hemodiálisis	70
Validación de una escala de valoración del orificio de salida del catéter de hemodiálisis: estudio EXITA	71
Valoración de enfermería en una unidad de hemodiálisis a través de un modelo de enfermera referente	72
Valoración de la fragilidad en la enfermedad renal crónica	73

Trasplante

Aspectos teóricos y metodológicos enfermeros considerados en el cuidado de candidatos a trasplante renal: revisión de la literatura con síntesis narrativa	74
Evolución de una lista de trasplante renal	75
Experiencia del programa nacional de hiperinmunizados de pacientes trasplantados	76
Incidencia de eventos adversos descritos por adultos con un trasplante renal que han sido vacunados frente a SARS-CoV-2	77

Comunicaciones Posters

Atención Integral

Comunicarse con imágenes: reto en la atención de enfermería a gestantes hipertensas con barrera idiomática	78
Cuidados de enfermería a pacientes paliativos durante la sesión de hemodiálisis	79
Incorporación de la entrevista motivacional para mejorar la alfabetización en salud de los pacientes sometidos a trasplante renal	80
La enfermedad renal crónica en las redes sociales	81

Diálisis Peritoneal

¿Adiós al desplazamiento del catéter peritoneal?	82
Análisis del síndrome depresivo del paciente en tratamiento en diálisis peritoneal	83
Calidad de vida del paciente y cuidador con la diálisis peritoneal incremental	84
Erradicación de Pseudonoma en orificio de catéter peritoneal: misión posible. A propósito de un caso difícil	85
Estabilizador de catéter: nuevos recursos para reducir la infección del catéter peritoneal	86
Fragilidad en diálisis peritoneal: estudio descriptivo transversal	87
Importancia de la visita: intervenciones de la enfermera de diálisis peritoneal en el domicilio	88
Mutaciones genéticas como causa de inmunodeficiencia en un paciente en diálisis peritoneal	89
Paciente con infección del orificio de salida del catéter peritoneal con gran granuloma que precisa exéresis para su resolución	90
Quiloperitoneo continuo: paciente de diálisis peritoneal con líquido siempre turbio relacionado con insuficiencia cardíaca crónica que cursa con ascitis	91

SMOOC: uso del e-learning para la formación de personal de enfermería en diálisis peritoneal	92
Tratamiento de la púrpura trombótica trombocitopénica en paciente alérgica al plasma sanguíneo	93
Utilidad de la ecografía a pie de cama en la monitorización de la extrusión del cuff superficial del catéter peritoneal desde la consulta de enfermería	94
Valoración nutricional de los pacientes en diálisis peritoneal	95
Enfermedad Renal Crónica Avanzada	
Códigos QR y educación sanitaria en programa de ejercicios para el desarrollo de la fístula arteriovenosa nativa	96
Consulta de enfermería de hipertensión arterial, un nuevo reto en nuestro servicio	97
Detección de barreras y oportunidades en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada	98
El test de elegibilidad en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada a través de la plataforma on-line	99
Experiencia en la acreditación de una consulta de enfermedad renal crónica avanzada según modelo de Acreditación de la Calidad de las Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada	100
Importancia de las visitas del paciente a la consulta de enfermería en la enfermedad renal crónica avanzada para la elección de tratamiento renal sustitutivo	101
¿Influyó la pandemia en la derivación de pacientes a consulta de enfermedad renal crónica avanzada?	102
Información al paciente con insuficiencia renal crónica desde Atención Primaria	103
Hemodiálisis	
Adherencia a la dieta renal del paciente en hemodiálisis	104
Aplicación de un protocolo de monitorización del acceso vascular para hemodiálisis: medición del flujo intra acceso. Experiencia inicial	105
Aplicación del proceso de atención de enfermería y diseño de estrategias para la atención integral en paciente con barrera idiomática en tratamiento de hemodiálisis	106
Aplicaciones móviles en investigación sanitaria: desarrollo de una aplicación móvil para la recogida de datos en un estudio sobre fistulas arteriovenosas nativas	107
Asistencias ventriculares y terapia de reemplazo renal continua	108
¿Cómo afecta a nuestros pacientes el cambio de personal de enfermería durante los periodos vacacionales?	109
Cuidados de enfermería en el control periódico de pacientes en hemodiálisis domiciliaria	110
Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral intradiálisis	111
CUIDAVEN. Una aplicación móvil para el cuidado de personas portadoras de accesos venosos y su aplicación en el paciente renal pediátrico: unificando innovación, evidencia y humanización	112
Descripción de la composición corporal diferenciada por géneros en un colectivo de paciente en hemodiálisis hospitalaria	113
Dificultades detectadas en el entrenamiento al inicio de un programa de hemodiálisis domiciliaria	114
Dispositivo Nephroflow®. Predictor del buen funcionamiento de las fístulas arteriovenosas de nuestros pacientes en hemodiálisis	115
Efectividad de un sellado combinado en la disfunción del catéter venoso central de hemodiálisis	116
Elaboración de un Button Hole	117
Empleo de citrato frente a acetato como líquido de diálisis en una unidad de hemodiálisis hospitalaria	118
Enfermera referente en hemodiálisis, comparando resultados después de la pandemia	119
Gestación en paciente de hemodiálisis con terapia dialítica intensiva progresiva	120
Hipertensión arterial: hemodiálisis de centro versus hemodiálisis domiciliaria	121
Impacto de la sexta ola Covid-19 en una unidad de hemodiálisis	122
Importancia del equipo de enfermería en la supervivencia de un acceso vascular para hemodiálisis	123
Iniciamos nuestro programa de hemodiálisis domiciliaria: "Nos cuidamos en casa"	124
La hemodiálisis domiciliaria a través de sus ojos	125
Mapa de riesgos del proceso de cuidados del acceso vascular de hemodiálisis	126

Oxigenación por membrana extracorpórea y hemodiálisis: una unión posible	127
Perfil clínico del paciente que presenta infección del orificio de salida del catéter de hemodiálisis	128
PoCUS: una herramienta para la práctica avanzada de la enfermería nefrológica, un paso más allá del peso seco	129
Programa bienestar en diálisis: intervención de Pallapupas en DIRAC “reír para curar”	130
Reacciones de hipersensibilidad a membranas sintéticas de polisulfona en pacientes de hemodiálisis	131
Respuesta inmune frente a la vacunación Covid-19 después de la tercera dosis en pacientes en tratamiento de hemodiálisis	132
Síndrome de vena cava superior: edema en esclavina	133
Utilización del ecógrafo doppler en la sala de hemodiálisis: una oportunidad de mejora para el conocimiento de nuestras fístulas arteriovenosas	134
Valoración ecográfica del acceso vascular, post reparación de punción inmediata por la enfermera de hemodiálisis facilitando la bipunción	135
Trasplante Renal	
Búsquedas de áreas de mejoras en los cuidados enfermeros a partir de factores estresantes en el post operatorio inmediato del trasplante renal	136
Inmunoadsorción pre trasplante de donante cadáver en tiempos de pandemia: a propósito de un caso	137
Nuevos donantes, nuevas técnicas de preservación: perfusión hipotérmica pulsativa	138
Toma de decisiones en los pacientes trasplantados con reinicio de tratamiento renal sustitutivo	139
Casos Clínicos	
Caso clínico: detección y tratamiento de estenosis en fístula arteriovenosa tras uso de Nephroflow®	140
Caso clínico: hiperpotasemia severa tras realización de ileostomía en un paciente en hemodiálisis crónica	141
Caso clínico: nuestra primera experiencia en formación de hemodiálisis domiciliaria para un paciente sin soporte familiar	142
Caso clínico: trasplante renal cruzado y grupo sanguíneo incompatible	143
Cuidados de enfermería en paciente con tratamiento renal sustitutivo: hemodiálisis y hemorragia cerebral	144
Extrusión de dacron externo como alternativa a la retirada de un catéter peritoneal. A propósito de un caso	145
Hemodiálisis domiciliaria portátil. Invirtiendo en calidad de vida	146
Herramientas de enfermería para la punción de la fistula arteriovenosa compleja. A propósito de un caso	147
Implantación de la técnica de inmunoadsorción en el candidato a trasplante renal con incompatibilidad ABO respecto al donante	148
Importancia de la supervivencia de una fístula arteriovenosa para el correcto desarrollo de un trasplante renal	149
Más de veinte años en tratamiento con LDL aféresis	150
Pérdida de continuidad de la piel en zona de punción de fístula arteriovenosa con Button Hole en paciente con entrenamiento de hemodiálisis domiciliaria: ¿problema añadido?	151
Transferencia con éxito de diálisis peritoneal a hemodiálisis. A propósito de un caso	152
Valoración avanzada de enfermería a paciente gestante en hemodiálisis	153
Criterios de valoración de trabajos científicos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica	
	154

Editorial

Francisco Cirera-Segura
Vocal de Publicaciones

Parece mentira que hayan pasado 4 años desde que la actual junta empezamos a trabajar en los objetivos que nos planteamos para la sociedad. Formar parte de la junta directiva de SEDEN requiere tiempo y esfuerzo que le quitamos a nuestras familias, sin embargo, el cariño que recibes y la satisfacción de ver cómo vamos superando retos y avanzando como colectivo compensa de sobra todo lo demás.

Los retos no han sido pocos. Nos hemos enfrentado a dos años de pandemia, con los primeros congresos virtuales, hemos establecido convenios con sociedades sudamericanas, seguimos luchando para que la revista Enfermería Nefrológica este presente en las bases de datos más importantes, ofrecemos a nuestros socios cursos específicos de cada área de nefrología, impartido por los mejores profesionales de cada campo... Y todo ello no sería posible sin ustedes, los socios de SEDEN, que siempre estáis dispuestos a colaborar en cualquier iniciativa impulsada por la sociedad.

Pertenecer a la junta directiva de SEDEN es una experiencia que deberías conocer, por lo que os animo a presentar vuestras candidaturas, os aseguro que no os arrepentiréis.

Este año nos reuniremos en Granada para celebrar el 47 congreso nacional de SEDEN, de nuevo de forma presencial.

Hemos recibido 193 trabajos, de los cuales han superado los criterios de calidad marcados por el comité científico 145, lo que supone una tasa de rechazo del 24,87%. Finalmente podremos disfrutar de 68 comunicaciones orales, 63 comunicaciones en formato poster y 14 casos clínicos. Gracias por vuestro trabajo, sobre todo después de años tan difíciles. La enfermería nefrológica continúa desarrollando su campo de conocimiento a pesar de todo.

Respecto a Enfermería Nefrológica, informaros que hemos recibido la evaluación de Medline con su informe correspondiente y desde el equipo editorial continuamos implementando medidas de mejoras en todo el proceso editorial. Continuaremos ofreciendo formación a nuestros socios para publicar sus trabajos de investigación y estamos estudiando la manera de ofrecer asesoramiento y de organizar grupos de investigación coordinados desde la sociedad.

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 nos vemos, por fin en persona, en Granada.

Análisis del uso de la mupirocina en la cura del orificio sano en diálisis peritoneal

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

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España

Introducción

La infección del orificio de salida (IOS), es una complicación importante en la diálisis peritoneal, principalmente porque puede evolucionar hacia una tunelitis y/o infección peritoneal dependiente de catéter (IPDC), lo que suele conllevar una retirada del mismo. La cura habitual del orificio sano es muy variable, estableciendo cada unidad de diálisis peritoneal su protocolo, si bien es cierto que las guías clínicas recomiendan la cura 2 veces por semana y la utilización de antibióticos tópicos. En 2019 nuestra ratio de IOS fue de 0,47 episodio/paciente/año y las IPDC supusieron el 38% de las peritonitis. En 2020 iniciamos curas con Mupirocina del orificio sano. El objetivo del estudio fue analizar el uso de Mupirocina en la cura del orificio sano y su repercusión en la ratio de IOS y en el porcentaje de IPDC.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo, donde incluimos a todos los pacientes en riesgo (incidentes y prevalentes) del 1/1/2020 hasta el 31/12/2021, en dos fases. Limpieza con suero fisiológico al 0,9% o Polihexanida, secado con gasa estéril y aplicación de Mupirocina 2 veces por semana, en todos los pacientes incidentes con cultivo nasal positivo y/o inmunodeprimidos, durante el 2020. Limpieza con suero fisiológico al 0,9% o Polihexanida, secado con gasa estéril y aplicación de Mupirocina 2 veces por semana, en todos los pacientes incidentes, durante el 2021. Las variables analizadas fueron: ratio de IOS anual (numero IOS/paciente/año), gérmenes responsables IOS, IOS por *Staphylococcus aureus* (SA), IPDC (mismo germen en el orificio y en el líquido peritoneal) y aparición de resistencias, según antibiograma. Para el análisis de datos, utilizamos Excel 2010.

Resultados

En 2020 155 pacientes con un tiempo en riesgo de 1200 meses tuvieron 32 IOS, ratio 0,32 episodio/paciente/año. 11 IOS fueron producidas por SA (34,3%). El 30% de las pe-

ritonitis fue dependiente de catéter. En 2021 149 pacientes con un tiempo en riesgo de 1009 meses tuvieron 14 IOS, ratio 0,16 episodio/paciente/año. 2 IOS fueron producidas por SA (14%). El 8% de las peritonitis fue dependiente de catéter. Aunque no es el objeto de este estudio, detectamos 1 IOS por *Corynebacterium* en 2019 (2%), en 2020 las IOS producidas por *Corynebacterium* fueron 6 (18,7%) en 2021 fueron 3 (21,4%). No se objetivan resistencias.

Conclusiones

El uso de Mupirocina dos veces por semana en la cura del orificio de salida sano del catéter peritoneal, ha disminuido nuestra ratio de IOS pasando de 0,47 episodio/paciente/año en 2019, a una ratio de 0,32 en 2020 y de 0,16 en 2021. Disminuyendo el porcentaje de IPDC de 38% en 2019, al 30% en 2020 y del 8% en 2021. No se han objetivado resistencias. También han disminuido las IOS por SA, pero con un incremento del porcentaje de IOS por *Corynebacterium*, quizás debido al "nicho ecológico". Nuestros resultados avalan que el uso de Mupirocina en nuestra unidad es eficaz en la reducción de la ratio de IOS, de las IOS por SA y de las IPDC.

¿Cómo afectan las venas colaterales a la medición del flujo del acceso vascular por ecografía y termodilución?

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

Los métodos de monitorización de segunda generación, ecografía Doppler (ED) y métodos dilucionales, permiten calcular el flujo del acceso vascular (QA). Existe correlación entre la ED con varios métodos dilucionales. Las venas colaterales (VC) afectan a la medición de algunos métodos de monitorización, siendo interesante determinar su efecto en la medición del QA por ecografía y termodilución.

Material y Método

Se elaboró un programa piloto de monitorización de fistulas arteriovenosas nativas (FAVn) con métodos de primera y segunda generación de un año de duración. Los métodos de segunda generación seleccionados fueron ED y termodilución. Se empleó el sensor de temperatura sanguínea (BTM) de las máquinas Fresenius 5008 para calcular la termodilución. Las ecografías se realizaron en la sala de HD antes de la conexión de los pacientes. La frecuencia de medición del QA fue trimestral para termodilución y anual para ecografía. Para determinar la presencia de VC se empleó el ecógrafo. Criterios de inclusión: pacientes con FAVn funcionantes. Criterios de exclusión: No ser posible puncionar las dos agujas en la misma vena, pacientes en unipunción, y pacientes con flujo de bomba (QB) menor de 300 ml/min. Este artículo se redactó a los 6 meses del inicio del programa de monitorización, en ese tiempo se realizó una medición QA con ecógrafo y 2 mediciones por termodilución. A nivel estadístico, se utilizó test de Shapiro- Wilk para la normalidad y test de Spearman para calcular correlaciones. Se eliminó un valor extremo. Se creó la variable (DIF) entre las dos mediciones termodilucionales. Se estratificó las correlaciones por VC.

Resultados

Treinta y ocho FAVn funcionantes, 78,9% hombres. El 23,6% presentaban colaterales. La variable QA ecógrafo (ECO) y las dos mediciones QA termodilución (DL1 y DL2) son no normales. Correlación lineal entre ECO con DL1 (0,694) y DL2 (0,678), ambas $p < 0,001$. Cuando no existen VC correlación significativa entre ECO con DL1 (0,698) y

DL2 (0,696) ambas $p < 0,001$, correlación no significativa cuando hay VC. No correlación entre ECO y DIF, tampoco al estratificar por VC.

Discusión

Las VC actúan como una variable modificadora en la relación entre la variable ECO con las diferentes variables de la termodilución estudiadas (DL1, DL2 y DIF). En pacientes con VC la correlación entre estas variables pierde su significación estadística porque aumenta la variabilidad entre las mediciones del QA obtenidas. Otros autores, observaron que las VC también afectan a las mediciones obtenidas mediante la presión de la fístula arteriovenosa (FAV). Estos datos junto a los obtenidos en nuestro estudio sugieren que la presencia de VC influye en los resultados obtenidos tanto por métodos de primera generación (presión de la FAV) como por métodos de segunda generación (termodilución).

Conclusiones

Existe correlación entre la medición del QA obtenida por ecógrafo y por termodilución. La presencia de VC modifica la relación entre estas variables.

Factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones de la herida quirúrgica del trasplante renal

Raquel Pelayo-Alonso, José Luis Cobo-Sánchez, Clara M^a Palacio-Cornejo, Silvia Escalante-Lanza, M^a Victoria Cabeza-Guerra, Olga Martín-Tapia

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción

El trasplante renal (TR) es la opción de preferencia para el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica ya que ofrece mayor supervivencia y calidad de vida que las técnicas dialíticas. Sin embargo, las complicaciones de la herida quirúrgica (HQ) suponen una importante causa de morbilidad para los receptores de un TR.

Objetivo

Determinar qué factores de riesgo contribuyen a la aparición de complicaciones de la herida quirúrgica en pacientes con un trasplante renal.

Material y Método

Estudio de cohortes retrospectiva en pacientes ≥ 18 años sometidos a TR, entre enero de 2018 y diciembre de 2021. Se recogieron datos clínicos y demográficos, del donante y del receptor. Donante: edad, sexo, tipo de donante (muerte encefálica, asistolia tipo II y tipo III de Maastricht, donante vivo) y tiempo de isquemia fría en minutos. Receptor: edad, sexo, nefropatía, índice de masa corporal (IMC), índice de comorbilidad de Charlson modificado para enfermedad renal (ICCM), situación previa al trasplante (consulta ERCA, hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante), diabetes, inmunosupresión previa al trasplante, número de trasplante e inmunosupresión de inducción. Se consideraron complicaciones de la HQ la dehiscencia (superficial o completa) y la infección (según criterios de los CDC). Se realizó un análisis descriptivo a partir de los datos recogidos, utilizándose medidas de tendencia central para las variables continuas (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico), y frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Se realizó un análisis estadístico bivariante utilizando los test de chi cuadrado o test exacto de Fisher para las variables categóricas, y la T de Student o test no paramétrico, en función de la normalidad de la distribución en las variables continuas, para determinar la influencia de las variables clínicas

del donante y el receptor, en la aparición de complicaciones de la HQ. Se realizó un análisis multivariante usando regresión logística. Paquete estadístico SPSS versión 15.0 (IBM, Armonk, NY, USA). Se consideró como estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Resultados

Durante el periodo de estudio, se realizaron 207 TR. El 15,9% presentaron dehiscencia, 93,9% dehiscencia superficial y 6,1% eventración. Presentaron infección 28 pacientes (13,5%), siendo el microorganismo más frecuente el *Staphilococo Epidermidis*. Las características del donante no resultaron estadísticamente significativas. Los pacientes con infección tenían más edad ($61,71 \pm 9,81$ vs $56,56 \pm 11,88$ años; $p = 0,030$), presentaban sobrepeso (42,9% vs 19,6%; $p = 0,046$), una mayor comorbilidad ($3,07 \pm 1,54$ vs $2,23 \pm 1,38$ puntos; $p = 0,003$) y mayor presencia de dehiscencia superficial (53,6% vs 8,9%; $p < 0,001$). Factores de riesgo infección: edad del receptor (OR=1,076 IC95%=1,010-1,146; $p = 0,024$), inmunosupresión previa al trasplante tacrolimus y micofenolatomofetil (OR=42,892 IC95%=0,597-3082,311; $p = 0,085$). La dehiscencia apareció con mayor frecuencia en aquellos casos con presencia de exudado (90,9% vs 12,1%; $p < 0,001$) e infección confirmada (48,5% vs 6,9%; $p > 0,001$). Una comorbilidad baja fue un factor protector de sufrir dehiscencia (OR=0,050 IC95%=0,003-0,938; $p = 0,045$).

Conclusiones

Según nuestros datos, la edad, el sobrepeso y una comorbilidad alta son factores que influyen en la aparición de infección de la HQ del trasplante renal. Además, la presencia de infección y de exudado, son factores predisponentes para la dehiscencia de la HQ.

Evaluación de la fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada aplicando los criterios de Fried

Ana Isabel Tapia-Elvira, María Ángeles Gómez-González

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España

Introducción

La fragilidad es un síndrome descrito inicialmente en personas con edad avanzada que se asocia a mayor riesgo de caídas, de mortalidad y de hospitalizaciones. En geriatría es frecuente el diagnóstico de este síndrome mediante diferentes escalas, siendo una de las más reconocidas la que aplica los criterios de Fried. Se sabe que los pacientes con enfermedades crónicas también pueden presentar este síndrome, entre ellos los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). En mayores de 65 años, la prevalencia de fragilidad se encuentra en torno al 7% mientras que, en pacientes en hemodiálisis, aumenta hasta el 35%. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de fragilidad en pacientes con ERCA, así como la frecuencia de presentación de los diferentes criterios de Fried; de manera que pudiéramos realizar una intervención desde la consulta de enfermería en los pacientes en situación de prediálisis y así poner en marcha estrategias para una adecuada ingesta proteica.

Material y Método

Se realizó un estudio de cohortes prospectivo con una muestra de 81 pacientes de la consulta enfermera de ERCA (prediálisis). Se utilizaron los cinco criterios de Fried: astenia (mediante cuestionario al paciente), pérdida de peso no intencionada (cuestionario), pérdida de fuerza palmar (dinamometría), lentitud en la marcha (test de velocidad de la marcha de 4 metros en recto) y disminución de la actividad física (cuestionario); para así definir la fragilidad. Se consideró frágil al paciente que presentara al menos 3 de los 5 criterios de Fried. Se utilizaron pruebas de estadística paramétrica y se consideró estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 81 pacientes, de los cuales 23 (28%) fueron frágiles según los criterios de Fried, frente a 58 (71%) que fueron no frágiles. La edad media de los pa-

cientes frágiles fue de $73 \pm 10,6$ años frente a $66 \pm 11,9$ de los pacientes no frágiles ($p = 0,022$). A continuación, se describe la frecuencia de presentación de los diferentes criterios ($p = 0,001$): Pacientes frágiles: fuerza 100%, velocidad 65,2%, astenia 95,7%, poco ejercicio 73,9%, pérdida de peso 13%. Pacientes no frágiles: fuerza 58,6%, velocidad 19%, astenia 15,5%, poco ejercicio 19%, pérdida de peso 0%.

Conclusiones

La prevalencia de fragilidad en pacientes ERCA es del 28%, menor que en hemodiálisis, pero mayor que en la población general anciana. Asimismo, se observa que la fragilidad aumenta con la edad. El criterio de fragilidad que con más frecuencia presentan los pacientes frágiles en esta población es la pérdida de fuerza, seguido de la astenia; y la que menos la pérdida de peso no intencionada. Evaluar la fragilidad mediante los criterios de Fried es una herramienta útil que sirve para identificar la fragilidad de estos pacientes y de esta manera poner en marcha estrategias, desde la consulta enfermera de ERCA, que les aporten una ingesta adecuada de nutrientes y proteínas de manera individualizada y así obtener un eficiente manejo de la fragilidad.

Sistema percutáneo de creación de fístulas arteriovenosas en pacientes con hemodiálisis. Nuestra experiencia

Isidro Sánchez-Villar, Zoraida García-González, Raquel Pestana-Rodríguez, Ana García-Ruiz

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

Introducción

Las guías de accesos vasculares consideran la FAV (fístula arteriovenosa) como el acceso de elección para los pacientes en hemodiálisis. En los últimos años emerge una alternativa a la creación quirúrgica de FAV: la FAV endovascular (EndoFAV). Se han desarrollado dos sistemas de creación de EndoFAV: Ellipsys[®]TM 4Fr y WavelinQTM 4Fr. Nuestro hospital ha introducido el sistema WavelinQTM 4Fr. Esta nueva tecnología conlleva un método menos agresivo y sin cirugía. Se realiza en la sala de radiología intervencionista mediante la inserción percutánea de 2 catéteres con una porción imantada, uno en arteria y otro en vena; ambos se unen en la zona elegida para crear la comunicación arteria-vena con la energía generada por radiofrecuencia. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia con este sistema novedoso y su implicación para enfermería.

Material y Método

Análisis retrospectivo de las EndoFAV realizadas a cinco pacientes mediante técnica percutánea en un hospital de tercer nivel entre noviembre de 2019 y abril de 2021. Se consideraron las características de los pacientes, localización de la EndoFAV, éxito técnico, tasa de complicaciones, intervenciones de corrección, tiempo de maduración, permeabilidad al año, dificultades para la punción: inicial, a partir del mes y comparada con FAV quirúrgicas, medidas con escala EVA (0 muy fácil-10 muy difícil).

Resultados

La edad media fue de 65,6 (49-77) años, 100% hombres, a 4 de los pacientes se les había realizado al menos una FAV quirúrgica sin éxito y se dializaban con catéter tunelizado. La creación de la FAVe fue exitosa en 4 de los 5 pacientes. La localización en todos los casos fue radio-radial. No hubo complicaciones durante el procedimiento. 3 de las 4 FAVe precisaron intervención endovascular posterior para su maduración (2 FAVe stent + 1 FAVe stent y cierre de colatera-

les), la mediana de tiempo de maduración de la EndoFAV fue de 4 meses, las 4 EndoFAV continuaron permeables al año. La dificultad para puncionar fue puntuada por 9 enfermeras: dificultad inicial: 7, a partir del mes: 5 y comparando con las FAV quirúrgicas: 5.

Conclusiones

Este sistema proporciona más opciones anatómicas, cuando la FAV radiocefálica no es una opción y antes de una FAV proximal en brazo. La EndoFAV supuso un procedimiento mínimamente invasivo, con un elevado éxito inicial pero que en el 75% de los casos precisó intervención endovascular para su maduración. El carácter menos invasivo que la FAV con cirugía tuvo un menor impacto para los pacientes. Para enfermería supuso una novedad. La dificultad para la punción fue más elevada sólo inicialmente, posiblemente relacionada con la propia maduración de la EndoFAV y la curva de aprendizaje. A partir del mes la dificultad para la punción de EndoFAV no difirió de la percibida por enfermería con FAV quirúrgicas tradicionales. Destacar que la falta de cicatriz como referencia de la anastomosis supuso realizar una exploración más exhaustiva para realizar las punciones. Por ello el uso del ecógrafo para valorar la madurez y definir los puntos de punción fue de una gran utilidad.

Abordaje integral y multidisciplinar del paciente renal en una unidad de hemodiálisis pediátrica: traspasando barreras

Inmaculada Moreno-González, Francisco Nieto-Vega, Ruth María González-Ponce, Inmaculada García-Campaña, María Dolores Rico-de Torres, Diana Montesinos-Cruz

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

Introducción

La enfermedad renal terminal en la edad pediátrica está incluida dentro del grupo de enfermedades crónicas complejas: se trata de un proceso de prolongada temporalidad con importantes comorbilidades asociadas tanto a corto como a largo plazo. Pero, ante todo, estos pacientes son frágiles por múltiples motivos, no sólo intrínsecos a la enfermedad (polimedicación, necesidad de ingresos frecuentes, dependencia al monitor de diálisis...), sino también derivados de la situación psicológica, educativa y socioeconómica de cada paciente, que puede ir fluctuando a lo largo del tiempo. Todo ello exige un abordaje multidisciplinar, antropológico y humanístico. Los pacientes en diálisis comparten largos periodos de tiempo con el personal médico y de enfermería de la Unidad de Diálisis, y en numerosas ocasiones, somos el primer recurso de auxilio tanto del paciente como de sus progenitores, ante cualquier problema, no necesariamente relacionados con la salud. Esto hace que frecuentemente nos veamos incapaces de abordarlos sin un apoyo firme y cercano de otras disciplinas.

Material y Método

Desde el año 2019 iniciamos un proyecto de humanización, convocando desde nuestra unidad reuniones multidisciplinarias con cadencia mensual, para abordar de forma íntegra los problemas de los pacientes que atendemos y realizar planes de actuación individualizados. En dichas reuniones intervienen, además del equipo médico y de enfermería, profesionales de la Unidad de Trabajo Social, de la Unidad de Salud Mental Infantil, Gestores de casos y maestros del Aula Hospitalaria. Durante dichas reuniones, los diferentes especialistas pueden además aprovechar para dar luz a diferentes problemas identificados por éstos. Esto es especialmente frecuente por parte del equipo de enfermería, quienes pasan al menos 12 horas semanales en contacto estrecho con los pacientes. Una vez comentado cada caso, se traza un plan de actuación individualizado para cada uno de ellos. La evolución del plan de actuación se va revisando

coincidiendo con cada una de las convocatorias de estas reuniones. En ocasiones, recurrimos a recursos externos para la consecución de estos planes, entre los que destaca por su importante papel y cercanía la asociación de pacientes con enfermedad renal ALCER. Entre sesiones, los diferentes profesionales que participan mantienen el contacto directo con los pacientes a través de sus citas regladas e incluso en caso necesario se atiende directamente en la unidad.

Resultados

La puesta en marcha de este proyecto, actualmente ya institucionalizado en nuestra unidad, ha conseguido, entre otros:

- Abordar los conflictos psicológicos que pueden aparecer como consecuencia del tratamiento dialítico.
- Asegurar sustento alimenticio y de vivienda a pacientes con pocos recursos.
- Minimizar el impacto de la diálisis sobre el rendimiento escolar.
- Concienciar a todo el equipo que atiende el paciente de la complejidad de cada caso, de sus problemas abiertos y circunstancias individuales, para poder actuar en consecuencia.

Conclusiones

El abordaje multidisciplinar ayuda a tratar al paciente renal pediátrico de forma integral e individualiza, contribuye a alcanzar el mejor estado de salud posible y mejora la calidad de vida tanto del paciente como sus progenitores.

Causas de patología renal crónica terminal e incidencia en población a estudio

María Delfina Calero-García, Encarnación Bellón-Pérez, María Pilar Escribano-Cuerda, María Pilar Martínez-Heras, Isabel Montesinos-Navarro, Mercedes López de Rodas-Campos

Hospital General Universitario. Albacete. España

Introducción

Son numerosas y variadas las causas que provocan la enfermedad renal crónica. Esta enfermedad y su tratamiento producen un gran impacto en la vida del paciente, afectando a su esfera psico-social.

Objetivo

Comparar la incidencia de patologías que producen enfermedad renal crónica terminal, entre la teoría que ofrece la bibliografía y la incidencia real en mi población, que actualmente se encuentra en tratamiento renal sustitutivo, bien con diálisis peritoneal, o bien con hemodiálisis, de mi ciudad y provincia, a fecha abril de 2022.

Material y Método

Se realiza una revisión bibliográfica para enumerar las patologías que pueden producir enfermedad renal crónica. Simultáneamente se realiza un estudio descriptivo transversal con un total de 259 pacientes que están recibiendo tratamiento renal sustitutivo, para cuantificar la incidencia de las distintas patologías que les ha llevado a sufrir la enfermedad renal crónica terminal.

Resultados

Según la bibliografía consultada, las causas que producen enfermedad renal crónica terminal de mayor a menor frecuencia son:

- Nefropatía diabética.
- Enfermedad vascular arterioesclerótica, nefroangioesclerosis, nefropatía isquémica, con denominador común de la hipertensión arterial.
- Enfermedad glomerular primaria o secundaria a enfermedad sistémica.
- Nefropatías congénitas y hereditarias.
- Nefropatías intersticiales.
- Obstrucción prolongada del tracto urinario, incluyendo litiasis.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Enfermedades sistémicas.

De los 259 pacientes revisados podemos constatar que la enfermedad que les ha llevado a padecer enfermedad renal crónica terminal son las siguientes, de mayor a menor frecuencia:

- Nefropatía Diabética: 21,1 %.
- Glomerulonefritis: 20,1%, de entre ellas producidas por IgA: 9,7%.
- Origen no filiado: 15,8%.
- Enfermedad vascular: 13,1%.
- Nefropatías intersticiales: 7,3%.
- Enfermedades sistémicas, incluyendo cáncer: 7,3%.
- Infecciones urinarias: 5,4%.
- Nefropatía congénita y hereditaria: 4,7%.
- Obstrucción del tracto urinario y litiasis: 1,9%.
- Tóxicos (Litio): 0,8%.

Asociaciones de distintas patologías, encontramos:

- Nefropatía diabética+Nefroangioesclerosis: 5,4%.
- Poliquistosis Autosómica dominante+Nefroangioesclerosis: 0,4%.
- Nefroangioesclerosis+Nefropatía diabética+Nefritis tubulointerstitial: 0,8%.
- Hipogenesia o agenesia: 1,5%.
- Esclerosis tuberosa: 0,4%.

Conclusiones

Podemos concluir que la nefropatía diabética es la causa prioritaria de la enfermedad renal crónica terminal, al igual que nos informa la bibliografía consultada. Existe una variación en las siguientes causas, ya que en nuestra unidad la glomerulonefritis es la segunda causa más incidente y en tercer lugar las causas con origen no filiado. Posteriormente en cuarto lugar aparecen las causas vasculares y en la teoría éstas se sitúan en segundo lugar. Es importante resaltar que en ocasiones aparecen más de una patología asociada, que dan lugar a la enfermedad renal crónica terminal. Deducimos por tanto que es necesario tener un buen control de la diabetes para una mejor evolución de la enfermedad, ya que es el principal factor modificable en la evolución de la enfermedad renal crónica. Deberíamos incrementar las biopsias renales para mejorar la filiación de la enfermedad renal crónica y establecer cuál es el mecanismo que genera esta patología. Controlando estos dos factores, podemos mejorar la evolución de la enfermedad renal crónica terminal.

Cuidadores de personas en diálisis y el significado de participar en un grupo de apoyo

Claudia Patricia Cantillo-Medina, María Elena Rodríguez-Vélez, Yenny Fernanda Jiménez-Moreno, Alix Yaneth Perdomo-Romero, Claudia Andrea Ramírez-Perdomo

Departamento de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana. Neiva. Huila. Colombia

Introducción

El cuidador de la persona con enfermedad renal crónica requiere intervenciones orientadas al cuidado de sí, su conocimiento y con abordaje domiciliario. Los Grupos de Apoyo son espacios que se construyen conjuntamente con personas que enfrentan los mismos problemas para compartir sus experiencias y brindarse apoyo mutuo a través de una secuencia de acciones planificadas. Estos brindan un ambiente cómodo para compartir emociones y ansiedades, aliviando la depresión, evitando sentimientos de aislamiento social y aumentando las habilidades de afrontamiento y bienestar.

Objetivo

Describir las características del cuidador de la persona en diálisis, y comprender los significados construidos sobre el grupo de apoyo en el que participan.

Materiales y Método

Estudio con alcance descriptivo, diseño de método mixto y estrategia secuencial explicatoria, con una secuencia cuantitativa-cualitativa. La muestra seleccionada a conveniencia, conformada por 68 cuidadores. La información se obtuvo previo consentimiento informado de los participantes con la aplicación del instrumento: Ficha caracterización de la diada persona con ECNT- cuidador familiar, constituido por 42 ítems y tres dimensiones: identificación de condiciones de la diada, perfil sociodemográfico, percepción de carga y apoyo, medios de información y comunicación; con validez facial y de contenido para América Latina. La fase cualitativa con enfoque fenomenológico hermenéutico, la información se recolectó mediante entrevistas en profundidad para comprender las necesidades de los cuidadores e integrar los datos; las diferentes narraciones y aspectos significativos durante los encuentros permitieron establecer temas emergentes relacionados con la dinámica de la experiencia de los cuidadores.

Resultados

La mayoría de los cuidadores mujeres adultas en el rol de esposas, hijas y madres de las personas a quienes cuidaban, promedio de edad 49,4 años, con grado de escolaridad y nivel socioeconómico bajo, dedicados al hogar, estado civil casados, religión profesada católica, residentes en el área urbana, la mayoría con apoyo en la labor del cuidado; llevaban 14 meses o más cuidando a su familiar, y sin experiencia anterior para desempeñar el rol. En análisis de las entrevistas se reportaron los siguientes temas: Aprender-se en el cuidado; encontrar-se con comprensión y solidaridad; apoyar-se en las necesidades; compartir-se la dureza del cuidado; acompañar-se en la espiritualidad; reorganizar-se para seguir cuidando.

Conclusión

Los cuidadores de personas dializadas viven en contextos que aumentan la vulnerabilidad, y para ellos el grupo de apoyo se constituyó en un espacio de soporte social, fuente de bienestar, acompañamiento y apoyo desde el cuidado enfermero.

Descripción de las caídas producidas en una unidad de hospitalización de nefrología durante los últimos diez años

Araceli Faraldo Cabana^{1,2}, Verónica Gimeno-Hernán^{1,2}, María del Rosario del Pino-Jurado¹, Daniel Muñoz-Jiménez^{1,2}, Sara Asensio-Arredondo³, Ismael Ortuño-Soriano^{2,4}

¹ Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

² Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). Madrid. España

³ Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Madrid. España

⁴ Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia. Universidad Complutense. Madrid. España

Introducción

Las caídas son eventos centinela que debilitan tanto al paciente como al sistema sanitario. El objetivo de este estudio es describir la tasa de caídas y las circunstancias que han rodeado a las mismas, así como los factores de riesgo asociados.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal de las caídas registradas en una unidad de Hospitalización de Nefrología, de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid, desde enero de 2012 hasta diciembre de 2021. La recogida de datos se realizó mediante un registro de caídas validado en la institución. Las variables cualitativas se describieron con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumieron con media y desviación estándar (DE). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v.25.

Resultados

Durante el periodo de estudio se cayeron 80 personas (n=80), lo que supone una tasa de caídas por 1000 estancias durante el periodo de estudio de 1,45, con una tendencia al alza según pasan los años. Los 80 individuos estudiados tenían una edad media de 72,58±14,06 años y un 68,8% (55) fueron hombres. La mayoría eran parcialmente dependientes 43,8% (35) y estaban en tratamiento con más de 5 fármacos 76,3% (61). Además, la mayoría 53,8% (43) presentaban un riesgo alto de caída según la escala Downton modificada. La mayoría de las caídas se produjeron en la habitación 66,3% (53) o en el cuarto de baño 28,7% (23), siendo la causa identificada más común por deslizamiento 41,3% (33), o por pérdida de fuerza 26,3% (21). De los factores de riesgo para sufrir una caída identificados por la bibliografía, un 22,5% (18) presentaban déficit visual, un

17,5% (14) déficit auditivo y la mayoría tenían alteraciones del equilibrio 56,3% (45) y/o debilidad muscular 72,5% (58), además, un 35% (28) sufrían incontinencia urinaria y un 31,3% (25) incontinencia fecal. La mayoría de los pacientes 73,8% (59) no sufrieron consecuencias inmediatas tras la caída, de los que sí sufrieron consecuencias, 21,3% (17) sufrieron una contusión, 16,3% (13) sufrieron una herida, 2,5% (2) presentaron hemorragia externa y 1,3% (1) presentaron pérdida de consciencia tras la caída.

Discusión y conclusiones

La mayoría de los sujetos incluidos en este estudio presentaba previamente un alto riesgo de caída y factores de riesgo asociados a las mismas. Reconocer cuáles son dichos factores puede ayudar a los profesionales a establecer medidas preventivas más eficaces. Sería recomendable realizar estudios más en profundidad sobre las posibles causas del aumento en la tasa de caídas.

Evaluación de la experiencia asistencial del paciente de prediálisis y diálisis: utilidad de una encuesta transversal

Reyes Fernández-Díaz, Begoña Cifuentes-Rivera, Emilia Margarita López-Sierra, Montserrat Pablos-de Pablos

Hospital de Cabueñes. Asturias. España

Introducción

La experiencia percibida por el paciente en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios es un indicador de la calidad asistencial en las organizaciones sanitarias. La medida de la experiencia del paciente con IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del PAciente Crónico) permite adaptar las intervenciones a sus necesidades y expectativas, avanzando hacia un modelo asistencial centrado en el paciente.

Objetivo

Evaluar la experiencia de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y hemodiálisis (HD) respecto a la atención sanitaria recibida por los profesionales de Nefrología.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal entre febrero y abril de 2022 mediante cuestionario autoadministrado. Se incluyeron a pacientes con ERCA, usuarios de la consulta ERCA o de la unidad de HD, con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se utilizó el cuestionario validado IEXPAC formado por 15 ítems (11 generales y 4 específicos), que otorgaron una puntuación de 0 (peor) a 10 (mejor experiencia). La puntuación global del cuestionario correspondió al promedio de puntuaciones de los ítems 1-11, que se agruparon en 3 dimensiones: Interacciones productivas (IP) paciente-profesional, autogestión del paciente (AGP) con su enfermedad, nuevo modelo relacional (NMR) del paciente con la tecnología. Los ítems 12-15 se valoraron por separado. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral). El cuestionario se cumplimentó de forma anónima y voluntaria, previo consentimiento oral. Las variables cuantitativas se expresaron con media \pm desviación estándar y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Las diferencias entre grupos se analizaron con t de Student (variables

continuas) y prueba Chi-cuadrado con corrección de Yates (variables categóricas). Valores de $p < 0,05$ indicaron diferencias estadísticamente significativas. Se empleó el software R (versión 4.1.0).

Resultados

Obtuvimos 76 encuestas (26 de HD, 50 de ERCA) con una tasa de respuesta del 76%, edad 72 ± 11 años, 59% varones. La puntuación del cuestionario fue de $6,7 \pm 1,4$ puntos. Las puntuaciones más altas fueron para IP ($9,0 \pm 1,4$ puntos) y AGP ($7,8 \pm 1,8$ puntos) que para el NMR ($1,9 \pm 2,0$ puntos). Los apartados mejor puntuados fueron los relacionados con el bienestar, la atención coordinada interprofesional, el respeto al estilo de vida y el seguimiento del tratamiento, sin diferencia entre grupos ($8,9 \pm 1,4$ puntos vs $9,0 \pm 1,4$ puntos, $p = 0,768$). Los pacientes de ERCA comunicaron mejor autogestión respecto a corresponsabilidad y autocuidado con su enfermedad que los de HD ($8,2 \pm 1,7$ puntos vs $7,1 \pm 1,7$ puntos, $p = 0,01$). La peor experiencia (mayor en HD) se manifestó en el uso de nuevas tecnologías e interacción con otros pacientes ($2,2 \pm 2$ puntos vs $1 \pm 1,5$ puntos, $p = 0,03$), así como en la atención continuada al alta tras un ingreso/urgencia o en la coordinación con atención primaria o servicios sociales ($5,80 \pm 4,34$ puntos vs $2,73 \pm 3,11$ puntos, $p = 0,015$).

Conclusiones

El IEXPAC es útil para identificar puntos débiles y fuertes en la calidad de la atención. En nuestro estudio, los pacientes manifiestan una experiencia asistencial positiva en la interacción con los profesionales y en la gestión del autocuidado, pero se detectan áreas de mejora como el uso de tecnología digital, compartir experiencias con iguales, y el seguimiento de la salud tras un episodio agudo.

Experiencia de autogestión y autocuidado del pie en personas con diabetes tipo II

María Elena Rodríguez-Vélez, Alix Yaneth Perdomo-Romero, Claudia Andrea Ramírez-Perdomo, Claudia Patricia Cantillo-Medina

Departamento de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana. Neiva. Huila. Colombia

Introducción

La alta incidencia de pie diabético se debe a la mayor prevalencia mundial de diabetes, siendo en la actualidad del 19% al 34%. La tasa de recurrencia de las úlceras del pie después de curación exitosa es del 40% en un año y 65% en 3 años. Los pacientes con DM2 tienen 30 a 40 veces más necesidad de amputación de sus extremidades que los no diabéticos y del 75% - 80% de estas amputaciones son mayores. La OMS ha propuesto un Modelo de Cuidados Crónicos que incluye el apoyo al automanejo, por parte de los profesionales de la salud. Mediante la implementación de la estrategia educativa “Yo conozco, cuido y protejo mis pies” se brinda apoyo a la autogestión, fortaleciendo los conocimientos sobre la diabetes y pie diabético, las habilidades para auto valorar el pie e identificar nivel de riesgo, así como las prácticas para un control adecuado, cuidado y protección del pie, y para el acceso a los servicios de salud disponibles.

Objetivo

Describir el nivel de riesgo de pie diabético y el nivel de prácticas de autocuidado del pie en un grupo de pacientes que participaron en la estrategia educativa “Yo conozco, cuido y protejo mis pies” desarrollada en un primer nivel de atención en salud.

Material y Método

Estudio descriptivo, transversal, muestreo aleatorio estratificado, con una muestra de 302 pacientes con DM2 que participan en la estrategia educativa integral y participativa denominada “Yo conozco, cuido y protejo mis pies”. Mediante la aplicación del instrumento “Pie-Risk-Paciente, publicado en el 2019 por Colpedis y su nivel de prácticas con el instrumento “Nivel de prácticas para la prevención del pie diabético”, validado por las investigadoras en el 2017.

Resultados

El 69% de las participantes mujeres, 83.8% nivel socioeconómico bajo, el 39% tienen menos de 5 años de diagnóstico de diabetes, 55% tiene entre 5 y 20 años y el 6% restante lleva más de 20 años. 80% nivel máximo de estudios primaria, 30% viven solos. El 18% reporto riesgo de pie diabético moderado y 82% leve. En cuanto al nivel de prácticas, al inicio de la estrategia 30% de los pacientes las calificaron como altamente adecuadas, 40% medianamente y 30% inadecuadas. Al control anual el 60% de los pacientes reporto un nivel de prácticas altamente adecuadas, 37% medianamente adecuadas y 3% inadecuadas. El nivel de riesgo reportado al año fue de 90% leve y 10% moderado. Las variables que mayormente mejoraron al control anual fueron las relacionadas con la adherencia al control médico, medicación y cuidado de los pies.

Conclusiones

Los resultados muestran cómo una intervención educativa integral que fomenta la participación del paciente diabético frente a la autovaloración del pie y prácticas de autocuidado, incrementa la proporción del nivel adecuado de prácticas y previene la aparición de factores de riesgo de pie diabético. La educación integral y participativa brindada por enfermería es una estrategia adecuada para fomentar la autogestión-autocuidado y aporta a la prevención de complicaciones.

Percepción de la importancia de enfermedad para los pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante

María Inmaculada Urbano-Ramírez, María Dolores Escribano-Ortiz, Raquel Arellano-Díaz, Montserrat Vera-Martín, Elizabeth Canllavi-Fiel, Rebeca García-Agudo

Hospital La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España

Introducción

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente. El objetivo de este estudio fue determinar la importancia que dan los pacientes con PQRAD al impacto que les produce la enfermedad y el manejo multidisciplinar que se realiza en torno a ella.

Material y Método

Se trata de un estudio observacional de corte transversal, realizado en 2022 a través de una encuesta a pacientes con PQRAD en seguimiento en las consultas del Servicio de Nefrología. El cuestionario incluía la valoración de 0-5 (de menor a mayor importancia) del impacto a nivel físico y psicológico, retraso de la entrada en diálisis, acceso a una atención sanitaria integral, información por asociaciones de pacientes y equipo sanitario, conocimiento de la PQRAD en la sociedad e investigación. Se recogieron datos de filiación, antecedentes familiares, transmisión a los hijos, tipo de PQRAD, estadio de enfermedad renal crónica (ERC) y tratamiento con tolvaptán.

Resultados

Los datos descriptivos se muestran en la tabla 1. En el estudio se incluyeron 126 pacientes (45,2% hombres, 53,5±20,2 años). El 38,9% tenía una PQRAD tipo 1, antecedentes familiares en el 74,6% e hijos en el 56,3%. El 23% había recibido tratamiento con tolvaptán. El retraso de la entrada en diálisis, atención integral, información por equipo sanitario, divulgación en sociedad e investigación eran los aspectos más destacados para los pacientes y recibieron la puntuación máxima (5), seguidas por la información de asociaciones de pacientes (4), impacto psicológico (2,5) e impacto físico (2). La información recibida por el equipo sanitario y por asociaciones de pacientes se relacionaron de manera significativa con la toma de tolvaptán ($p=0,016$ y $0,000$, respectivamente) y la existencia de hijos se asoció con la importancia de una atención sanitaria integral ($p=0,043$).

Conclusiones

Los pacientes con PQRAD dan mucha importancia a la información que se les transmite desde los equipos sanitarios y las asociaciones de pacientes, así como a la investigación y la divulgación de su enfermedad y el retraso de su entrada en diálisis. Los que toman tolvaptán demandan información en mayor medida y aquellos con hijos se inclinan por la necesidad de una atención sanitaria integral, en un mismo centro y por un equipo sanitario estable.

Adaptación en los entrenamientos

Mercedes María Moreno-Salinas, Judith Sánchez-Torres, Dolores Rizo-Martínez, Aurea Narro-Sirvent, Elisabeth Castillo-Jabalera, María Dolores Rodríguez-Almarcha

Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. España

Introducción

Tras decidir la técnica de sustitución renal que más se adapta a las necesidades de la persona, se inicia la fase de entrenamiento, en el caso de haber escogido la diálisis peritoneal. El aprendizaje de todo el procedimiento se puede prolongar, más o menos en el tiempo, y dependerá de diferentes factores.

Objetivo

Llevar a cabo un entrenamiento orientado y adaptado a cada persona que escoge la diálisis peritoneal como tratamiento renal sustitutivo.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional y descriptivo sobre la metodología usada por la enfermera de diálisis peritoneal para los pacientes que han escogido diálisis peritoneal como tratamiento sustitutivo renal e inician la fase de entrenamiento, tras la colocación del catéter peritoneal. El tiempo de duración es variable para cada paciente y se distribuye entre 4 sesiones a la semana de una hora de duración cada una.

Resultados

Tras las valoraciones necesarias se les proporciona diferentes técnicas de aprendizaje adaptadas y optimizadas a cada persona. Los diferentes métodos que utilizamos son los siguientes:

- Esquemas: se proporciona un esquema con diferentes “palabras clave” para recordar cómo preparar el entorno, el material y él mismo.
- Imágenes: al visualizar los dibujos reconoce los pasos a seguir en el procedimiento.
- Puzzle: Explicamos el orden del procedimiento y tras ello elaboramos un puzzle con los pasos a seguir para que el paciente los ordene correctamente.

- “Repeat and repeat”: la enfermera lee o indica los pasos a seguir y el paciente lleva a cabo la técnica. Tras repetidas ocasiones es capaz de hacerlo por sí solo.
- “Contando los pasos”: mostramos una cartulina con imágenes enumeradas con los pasos a seguir. El paciente los visualiza y los lee en voz alta, recalcando el orden.
- Imitación: la enfermera lleva a cabo los pasos del procedimiento y el paciente la imita al mismo tiempo.

Conclusiones

El entrenamiento en diálisis peritoneal es una de las fases que más inquietudes puede generar al paciente por diferentes factores. Por ello, se le debe proporcionar una atención individualizada y empática, entendiéndolo no sólo su situación física, sino también personal y emocional. Llevar a cabo un aprendizaje adaptado a cada persona con la metodología más idónea, puede ayudar a minimizar la ansiedad y favorecer una mejor adaptación a su situación, aumentar la confianza en él mismo y que, finalmente, logre empoderarse de su propio cuidado para llevar a cabo la técnica en el domicilio de manera independiente y autónoma.

Análisis sobre infecciones de orificio de salida del catéter peritoneal en mar o piscina

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

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

Introducción

En Diálisis Peritoneal (DP) la educación sanitaria orientada a la prevención y cuidados del orificio de salida (OS) supone una parte fundamental para prevenir posibles infecciones relacionadas con el baño. En época de calor, durante la estación de verano, algunos de nuestros pacientes utilizan la inmersión en agua de mar o en agua de piscina para refrescarse. El agua del mar está compuesta de diferentes sales minerales, principalmente de cloruro y sodio. En piscinas públicas los controles son frecuentes y para eliminar gérmenes se desinfectan empleando diferentes preparados a base de cloro, por lo que no hay motivo para prescindir de esta actividad.

Objetivo

Analizar si existe diferencia en el número de infecciones de aquellos pacientes que se bañan en mar respecto a los que se bañan en piscina.

Material y Método

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en la Unidad de Diálisis Peritoneal. Se incluyó a todos los pacientes en programa desde 2015 al 2021 (6 años). Las variables recogidas fueron: Sociodemográficas, modalidad dialítica (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria o Diálisis Peritoneal Automatizada [DPCA/DPA]), tiempo en DP, lugar de inmersión (en mar o piscina), utilización o no de protección, infección del OS. El procedimiento consistió en la realización de educación sanitaria en la consulta explicando las diferentes opciones para sumergirse; Sin protección, retirando el apósito que cubre el OS antes del baño y a la salida del agua de mar o piscina secar bien con gasas estériles para colocar nuevo apósito, o utilizando dispositivo de ostomía, cubriendo y fijando correctamente el prolongador y OS. Se indicó realizar cura inmediatamente en ambas maneras al llegar a domicilio. Se confeccionó un cuestionario para la recogida de datos y se utilizó Excel. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Resultados

Estudiamos 66 pacientes, con una edad media de 54 años, 59% hombres y 41% mujeres. Un 36,4% realizaban DPCA y un 63,6% DPA. Con una media de tiempo en programa de DP de 25 meses. La opción baño en mar la utilizaban el 79% frente a un 17% que se bañaban en piscina. El 4% restante utilizaban el baño tanto en agua de mar como en piscina. De los pacientes que se bañaban en mar observamos que la mayoría con el 67% no utilizaban protección. Analizamos que un 15,4% tuvieron infección del OS durante el tiempo en programa, del cual el 7,7% fue durante la estación de verano que comprende del 21 de junio al 23 de septiembre. De los pacientes que se bañaban en piscina observamos que en general con un 82% utilizaban dispositivo de ostomía. Analizamos que un 36,4% tuvieron infección del OS durante el tiempo en programa, un 17% en la estación de verano.

Conclusiones

Existen diferencias en el número de infecciones de orificio de salida en aquellos que se bañan en agua de mar respecto a los que se bañan en piscina. Siendo recomendable el baño en mar.

Influencia de las peritonitis en las hospitalizaciones y retiradas del catéter de pacientes en diálisis peritoneal

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

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España

Introducción

La principal complicación de la diálisis peritoneal es la infección peritoneal (IP), por su efecto deletéreo sobre el peritoneo y “por ende” sobre la técnica. Se trata de una complicación con pronóstico incierto, que va desde la resolución con tratamiento ambulatorio, hasta la hospitalización, la retirada del catéter e incluso la muerte. Por eso, nuestro objetivo es analizar la influencia de las IP en las hospitalizaciones y en las retiradas del catéter de los pacientes de diálisis peritoneal (DP).

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo. Evaluamos todos los episodios de IP ocurridos desde el 1 de enero de 2017 al 28 febrero de 2022. Excluimos las IP secundarias a complicaciones abdominales: Perforación intestinal, colecistitis, etc. Analizamos las variables: sexo, episodio de IP (diagnóstico de IP), tipo de IP: peritonitis dependiente de catéter (crecimiento del mismo germen en el orificio de salida y en líquido peritoneal), germen Gram+ y/o Gram-, recidiva (IP por el mismo germen antes de las 4 semanas después de finalizar el tratamiento antibiótico correcto de la primera IP), IP sin crecimiento; hospitalización (ingreso hospitalario debido exclusivamente a la IP), días de hospitalización, retirada del catéter por IP (si/no) y fallecimiento (si/no). Utilizamos el programa Excel para el análisis de datos.

Resultados

Se produjeron 220 episodios de IP, 156 en hombres (70,90%). Se requirió ingreso hospitalario en 46 episodios (20,90%). Los tipos de IP, de esos 46 ingresos, fueron: 16 IP Gram + (34,78%), IP Gram- 7 (15,21%), IP dependiente de catéter 12 (26,08%), IP recidiva 8 (17,39%), IP sin crecimiento 3. Se retiraron 20 catéteres. El tiempo medio de ingreso fue de 8 días con una desviación estándar $\pm 5,54$ días. No se contabilizó ningún fallecido.

Discusión

Nuestros resultados muestran que el 80% de las IP se resuelven de manera ambulatoria, pero algo más del 20%, es decir 1 de cada 5 pacientes que sufre una IP, necesita hospitalización por un periodo medio de 8 días. Los tipos de IP responsables de los ingresos, son las IP por Gram + (34,78%), IP dependiente de catéter (26,08%), IP recidiva (17,39%), IP Gram- (15,21%) fundamentalmente. La no categorización de IP refractaria, puede acarrear algún tipo de sesgo, pero la utilización de datos de registro siempre conlleva limitaciones. Sin duda, cualquier investigación encaminada a la prevención y tratamiento de las infecciones peritoneales en diálisis peritoneal, debe ser bien recibida. Concluimos que las IP en nuestro estudio, se muestran como una entidad de riesgo, con una resolución del 90,9% y nula mortalidad, pero con un 20,9% de ingresos, que suponen una retirada del catéter del 9,1% del total de episodios de IP.

Método de cura del orificio de salida del catéter peritoneal. Uso o no de antisépticos

Mercedes María Moreno-Salinas, Aurea Narro-Sirvent, Judith Sánchez-Torres, Dolores Rizo-Martínez, Sara Pérez-Amorós, Alba García-Cañavate

Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. España

Introducción

La cura del orificio de salida del catéter peritoneal es uno de los procedimientos que la persona que está en diálisis peritoneal realiza de forma habitual. Una correcta manipulación, tanto del orificio como del catéter, ayuda a prevenir complicaciones y a prolongar el tiempo de permanencia en la técnica.

Objetivo

Analizar las infecciones y método de cura del orificio de salida del catéter peritoneal de los pacientes activos en la unidad de diálisis peritoneal.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional descriptivo y analítico de las infecciones del orificio de los pacientes en programa de diálisis peritoneal de una unidad de diálisis en un período de dos años. Durante la fase de cicatrización del orificio de salida, período que abarca desde la implantación hasta la cuarta semana postimplantación, se realizan las curas una vez a la semana a cargo de la enfermera de DP en la unidad. Método de cura estéril: suero hipertónico, secado exhaustivo, cristalmina acuosa 2% y oclusión. Una vez que se completa la fase de entrenamiento y la persona es capaz de realizar la técnica en el domicilio de manera independiente, se lleva a cabo la cura tras la ducha con jabón neutro. Durante los 6 primeros meses, la cura del orificio se realiza con suero fisiológico al 0,9%, secado exhaustivo, cristalmina acuosa 2% y oclusión. Tras completar los 6 meses, si el orificio objetivamente es perfecto se retira la cristalmina acuosa al 2%.

Resultados

En el período estudiado fueron incluidos 33 pacientes, de los cuales 15 presentaron complicaciones relacionadas con el orificio de salida del catéter peritoneal. Durante el año

2020 fueron 7 las infecciones registradas, con una tasa de infección del orificio de 0,25 episodios/paciente/año; y 8 en el año 2021, con una tasa de 0,27 episodios/paciente/año. El mayor porcentaje de infecciones registradas fueron por *Staphilococos Aereus*. Tan sólo el 6,7% de los pacientes que presentaron infección del orificio fueron mujeres, frente al 93,3% que eran hombres. El 53,33% de los pacientes que presentó infecciones del orificio usaba la cristalmina acuosa al 2% como antiséptico para la cura del orificio, frente al 46,7% que no la aplicaba. Cabe destacar que el período en el que más infecciones se registraron fue tras los meses estivales. El 93% de las infecciones fueron resueltas con éxito tras completar el tratamiento prescrito y recordar las pautas para una cura adecuadas mediante reentrenamiento de la técnica. Tan sólo una de las infecciones no fue resuelta, siendo necesaria la retirada del catéter y posterior transferencia temporal a HD.

Conclusión

Tras analizar los datos obtenidos en el período estudiado no hemos encontrado una diferencia significativa de reducción de infecciones con el uso de antiséptico de forma habitual como método de cura. Sin embargo, la educación sanitaria llevada a cabo por Enfermería durante la fase de entrenamiento y reentrenamiento, tiene un papel muy importante tanto en la resolución como en la prevención de nuevas complicaciones.

Importancia de la evaluación del índice de cronicidad como predictor de riesgo cardiovascular en las personas con enfermedad renal crónica avanzada

Graciela Álvarez-García, Ángel Nogueira-Pérez, Miguel Ángel Moral-Caballero, Patricia Ochoa-Pérez, Vanessa Hernández-Mora, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

Los eventos cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), aumentando el riesgo de muerte exponencialmente con la reducción de la función renal y apareciendo este riesgo, desde los estadios previos al inicio de la terapia renal sustitutiva (TRS). En la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) se realiza una valoración integral del paciente, siendo imprescindible, la identificación de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) y su prevención. El índice de conicidad es una relación que involucra varias medidas antropométricas, ha sido utilizado en la predicción del riesgo cardiovascular y metabólico. Su evaluación parece pertinente ya que podría suponer una forma diagnóstica de fácil aplicación y alta fiabilidad, con la finalidad de predecir la detección temprana de los factores de riesgo cardiovascular que permita disminuir los ECV y la progresión de la ERC en esta población.

Objetivo

Evaluar el índice de conicidad como predictor de riesgo cardiovascular en las personas con enfermedad renal crónica avanzada.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo transversal que incluyó 100 pacientes con ERCA divididos en 2 grupos: pacientes en seguimiento en la unidad de ERCA, en estadios 3b, 4, 5 y en hemodiálisis (HD). Variables de estudio: edad, género. Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión arterial (HTA), Eventos Cardiovasculares (ECV), tasa de filtrado glomerular (FG) por CKD-EPI, hemoglobina, colesterol total, triglicéridos, PCR, glucosa, albúmina. El Índice de conicidad se calculó a través, de la fórmula, que involucra varias medidas antropométricas, el perímetro abdominal, la talla y el peso corporal.

Resultados

La media de edad de los pacientes fue de $69,1 \pm 14,02$ años, un 73,3% fueron hombres. Un 40% presentaban DM, la frecuencia de HTA fue de 100% en el grupo de HD y del 90,7% en el de ERCA. Un 41% del total presentaron ECV, el 94,5 % fueron hombres. De los cuales el 56,7% estaban en HD y el 21,6% en la unidad de ERCA. Se observó relación significativa entre, ECV, edad, colesterol total y perímetro de cintura ($p=0,005$). Punto de corte del IC 1,29. El IC global fue $1,30 \pm 0,12$, en hombres $1,35 \pm 0,11$ y en mujeres $1,26 \pm 0,14$ ($p=0,02$). Un 65% de la muestra superó este valor, un 73% mayor en el grupo de hombres. Los pacientes de la consulta de ERCA un 56,7% presentaron un IC > 1,29 en HD un 70% IC > 1,29.

Conclusiones

Los resultados demuestran un elevado IC en pacientes con ERCA asociado al RCV que conlleva la enfermedad renal. El grupo de los hombres y los pacientes en hemodiálisis fueron los que presentaron más ECV. Observamos en los pacientes con ECV, una correlación significativa con; la edad, el colesterol total y el perímetro de cintura, siendo estos buenos indicadores de factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes. La finalidad de la incorporación de la evaluación del IC en la práctica clínica en la consulta de enfermería de ERCA, contribuye a la detección del RCV y a implantar estrategias de prevención de la enfermedad cardiovascular en estos pacientes. Palabras clave: Enfermedad renal crónica Avanzada, antropometría, Índice de Conicidad, Riesgo cardiovascular, Eventos Cardiovasculares.

Incremento en la elección de diálisis peritoneal como primera técnica de depuración extrarrenal tras la intervención de la enfermería de práctica avanzada

Francisca Medero-Rubio, José Manuel Santos-Sánchez, Piedras Albas Gómez-Beltrán, Manuela María Pérez-Márquez, Fernando Fernández-Girón, Sonia Cruz-Muñoz

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como por su importante morbimortalidad y coste socioeconómico. La educación en el paciente renal por parte de un equipo multidisciplinar del que forma parte enfermería, contribuye a aumentar la supervivencia, reducir ingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida del paciente. La implantación de un proceso adecuado de educación en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada en una situación de libre elección, favorecerá a la Diálisis Peritoneal como modalidad de inicio de terapia depurativa extrarrenal. La toma de decisiones compartida es la esencia de este proceso y debe convertirse en un principio estándar de atención. El objetivo de este estudio es valorar la influencia de la enfermera de práctica avanzada en el incremento de pacientes que eligen diálisis peritoneal como primera técnica de depuración extrarrenal tras recibir información sobre las opciones de tratamiento renal sustitutivo.

Material y Método

Estudio de cohortes prospectivo observacional. La población de estudio está compuesta por pacientes mayores de edad con enfermedad renal crónica estadio G4 y G5 que son atendidos por la enfermera de práctica avanzada desde marzo de 2017 a marzo de 2022. Las opciones elegidas por todos los pacientes tras recibir educación y la modalidad de inicio de terapia renal sustitutiva son recogidas en una base de datos. Se tienen en cuenta variables sociodemográficas, clínicas, así como la existencia de cuidador formal o informal, procediéndose a establecer la relación existente entre ellas. Para el análisis de datos se usa el software estadístico IBM SPSS Statistics 25.

Resultados

Desde marzo de 2017 hasta marzo de 2022 han sido atendidos en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada un total de 441 pacientes con filtrado glomerular esti-

mado inferior a 20 ml/min. Todos ellos han sido informados detenidamente sobre las distintas modalidades terapéuticas en la consulta de enfermería. Se ha realizado 716 consultas, distribuidas en 441 primeras consultas, 247 segundas consultas y 28 terceras consultas, lo que supone una media de 1,62 consultas por paciente. De los 441 pacientes, 353 de ellos habían tomado una decisión en el momento de analizar la base de datos. Eligieron tratamiento paliativo 57 pacientes y otros 18 fallecieron durante el seguimiento antes de precisar diálisis. De los 278 que restan el 67% eligen Hemodiálisis como primera opción de tratamiento renal sustitutivo, el 27% Diálisis Peritoneal, el 4% acceden a un Trasplante Renal Anticipado y el 2% restante escogen Hemodiálisis Domiciliaria.

Conclusiones

Un programa estructurado de educación terapéutica dirigido por un equipo multidisciplinar en la enfermedad renal crónica avanzada ha de formar parte de la atención integral a estos pacientes y sus familias. La información sobre las diferentes modalidades de tratamiento renal sustitutivo debe ser exhaustiva, para capacitarlos en la toma de decisión y participación de su autogestión. Como consecuencia de la implementación de este programa en nuestro centro, la incidencia de la diálisis peritoneal como primera técnica depurativa extrarrenal ha llegado a doblarse con respecto a años previos.

Influencia de la nacionalidad de los pacientes de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada en la elección de tratamiento renal sustitutivo

Marisol Fernández-Chamarro, Silvia Collado-Nieto, Isabel Galcerán-Herrera, Miren Iriarte-Abril, Eva Barbero-Narboa

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

España es un país que recibe millones de migrantes al año. Además, existen localidades donde se concentran un número elevado de pacientes de otras nacionalidades y cómo esto influye en el acceso al sistema de salud y al seguimiento de enfermedades crónicas. Existen aspectos sociales e individuales asociados a la migración que pueden influir en la toma de decisiones y generar desigualdades en cuanto al acceso al tratamiento renal sustitutivo (TRS).

Objetivo

Analizar el impacto de la nacionalidad de los pacientes sobre la toma de decisiones en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Material y Método

Estudio retrospectivo observacional de 673 pacientes seguidos en la consulta ERCA entre 2010-2021. Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos. Se comparó si la toma de decisión de un TRS estaba relacionada con la nacionalidad del paciente comparando los pacientes migrantes y los de nacionalidad española.

Resultados

De los 673 pacientes, 113 eran de otras nacionalidades (16,8%). Se analizaron los resultados comparando pacientes extranjeros y españoles. Los pacientes extranjeros respecto a los españoles eran más jóvenes ($57,1 \pm 15,1$ vs $72,4 \pm 12,3$ años, $p < 0,001$) y más independientes según las escalas de Barthel ($96,7 \pm 7,4$ vs $90,8 \pm 4,1$) y Lawton, ($6,7 \pm 1,8$ vs $5,8 \pm 2,1$ $p < 0,001$) y no había diferencias en cuanto a género. Los extranjeros accedían a la consulta ERCA más tarde, es decir, con la enfermedad más evolucionada. Respecto al inicio de TRS, era con menor FG y más sintomatología y llevaban menos tiempo de seguimiento en consulta ERCA. Un elevado porcentaje vivía en distritos con nivel socioeconómico más

bajo (68% vs 34,5%, $p > 0,001$), elegían en una mayor proporción hemodiálisis (83,2% vs 55%, $p < 0,001$) y una mayor proporción era trasplantable (78,8% vs 42%, $p < 0,001$) aunque no existían diferencias en la opción de trasplante vivo.

Conclusiones

Existen razones vinculadas a la nacionalidad que influyen en la toma de decisiones en ERCA, eligiendo mayoritariamente técnicas hospitalarias frente a domiciliarias (HD frente a DP), a pesar de ser más jóvenes e independientes. Es necesario profundizar más en la problemática de esta población para identificar y actuar en las causas (barrera idiomática, situación socioeconómica) para favorecer la libre elección del TRS. Seguramente disponer de un equipo multidisciplinar en la unidad ERCA ayude a mejorar la atención integral de estos pacientes, además de planes adaptados a la cultura y la utilización de los pacientes mentores interculturales pueda favorecer el acceso y la adherencia en el autocuidado de su enfermedad.

Proyecto PROMS en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada

Mónica Mosquera-Pereiro, María del Carmen García-Villalonga, Margalida María March-Amengual, Antonio Francisco Planas-Pons

Hospital Comarcal de Inca. Baleares. España

Introducción

Validar a través de indicadores estandarizados los intereses y la calidad de vida percibida por los usuarios tras su paso por el sistema de salud es un tema de máxima actualidad e interés socio sanitario.

Nos encontramos con un cambio de paradigma, donde el paciente es un actor más dentro del sistema de salud y tiene que formar parte activa del mismo, debemos alejarnos del modelo paternalista y acercarnos a un modelo de toma de decisiones compartida y atención sanitaria centrada en el valor.

Objetivo

Con este escenario, desde la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) del Hospital Comarcal de Inca (HCIN) hemos diseñado, junto al departamento de informática, una herramienta a través de la cual recogeremos información relacionada con la percepción, repercusión y limitaciones de la calidad de vida que perciben nuestros usuarios como consecuencia de su enfermedad renal crónica, permitiéndonos actuar de forma específica e individualizada en base a sus preferencias.

Material y Método

Con el objetivo de ser efectivos, sostenibles, de acuerdo con la cartera de servicios disponibles en nuestra comunidad, las infraestructuras existentes y el marco teórico actual, hemos establecido como grupo de estudio el grupo de pacientes con filtrado glomerular (FGe) 21-30 ml/min/1,73m² que acude a la consulta ERCA para control y seguimiento.

De las herramientas validadas y estandarizadas disponibles para la valoración y estudio de la enfermedad renal crónica hemos elegido el cuestionario de calidad de vida en enfermedades renales (KDQOL-SF) 2009, versión española del kidney Disease and Quality of Life de 1995. Finalmente hemos querido atender distintas áreas del cuestionario, ge-

nerando tres indicadores para valorarlas. A cada una de las áreas las hemos relacionado con un indicador:

- Percepción de la calidad de vida, (proviene de la pregunta 12 del KDQOL-SF 2009).
- Repercusión de la sintomatología asociada a la enfermedad renal (proviene de la pregunta 14 del KDQOL-SF 2009).
- Limitación de la enfermedad renal (proviene de la pregunta 15 del KDQOL-SF 2009).

Resultados

La utilización de indicadores estandarizados, válidos, sensibles y específicos nos permite a todos los profesionales de salud mejorar la comunicación entre profesional y usuario. Poner en valor las opiniones y preferencias de las personas que acuden a nuestras consultas genera una mejor adaptación, adherencia y percepción de su calidad de vida.

Análisis de la prevalencia de catéteres elevada en unidades de hemodiálisis, ¿cómo podríamos disminuirla?

Cristina Otero-Moral, David Hernán-Gascueña, Damián Carneiro-Teijeiro, José Guerrero-Carrillo, Marina Burgos-Villullas, Ana María Sacristán-Román

Equipo de trabajo Unidades FRIAT. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo

Introducción

Las guías españolas del acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) del GEMAV establecen como estándar un máximo del 25% de catéteres (CVC) prevalentes. La realidad es que, en una gran mayoría de unidades, esta cifra está lejos de ser alcanzada, con una media que se acerca al 40% a nivel nacional, y que supera al 50% en muchas unidades.

Objetivos

Analizar las causas que motivan que un paciente prevalente sea portador de un CVC, para plantear medidas que habría que poner en marcha para mejorar el porcentaje de FAV.

Material y Método

Análisis descriptivo, observacional y transversal en el que se estudia una muestra de 255 pacientes en HD portadores de CVC (40%) de un total de 637 pacientes pertenecientes a 9 centros de diálisis de tres Comunidades Autónomas. Se analizan las causas por cada paciente que motivan ser portador de CVC y la capacidad de revertir la situación. Los datos se procesan con Microsoft Excel y SPSS v28.

Resultados

Se describe la situación de los pacientes en relación al AV: 20,3% pendientes de realización de FAV (principalmente por retraso en derivación a cirugía y por retraso de la lista de espera para quirófano), un 10,2% con FAV realizadas pero no utilizadas (por fallo primario o retraso en la maduración) y un 69,7% no candidatos a cirugía por diferentes motivos. La causa más frecuente de ser no candidato a cirugía vascular y por tanto con más meses portando CVC ($p < 0,001$) es la negativa de los pacientes (36%), seguida de desestimación por cirujanos (16,8%) o por el nefrólogo por comorbilidades justificadas (14%).

Conclusiones

La principal causa modificable para alcanzar el objetivo de las guías es la negativa del paciente, por lo que la labor de pedagogía e información adaptada a la causa que motiva la negativa por parte de la Enfermería Nefrológica es fundamental (el Manual del AV del GEMAV es el documento idóneo para poderse explicar de forma sencilla). Otro factor modificable sería la disminución de las cirugías pendientes mediante una planificación adecuada del AV, e incluso la realización de FAV sin depender de los servicios de Nefrología que no funcionan correctamente.

Análisis de la relación entre sarcopenia y mortalidad en pacientes ancianos en hemodiálisis

María Luz Sánchez-Tocino¹, Blanca Miranda-Serrano⁴, Silvia Villoria-González¹, Mónica Pereira-García³, Antonio López-González², Emilio González-Parra³

¹ FRIAT Centro Las Encinas, Salamanca. España

² Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

³ Unidad FRIAT Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

⁴ Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

La sarcopenia es una pérdida progresiva de la masa y la fuerza del músculo esquelético. Recientemente, el Grupo de Trabajo sobre Sarcopenia en Personas Mayores (EWG-SOP2) ha revisado la definición y el diagnóstico de sarcopenia proponiendo un nuevo algoritmo. El objetivo fue determinar la asociación de sarcopenia en pacientes ancianos en hemodiálisis, según criterios diagnósticos EWG-SOP2 (pérdida de fuerza, masa muscular y función física) con mortalidad a 24 meses.

Material y Método

Se realizó un estudio prospectivo en 60 pacientes en programas de hemodiálisis crónica, mayores de 75 años. Se utilizó el árbol de diagnóstico de sarcopenia según EWG-SOP2. Probabilidad: pérdida fuerza tren superior por Dinamometría (HG). Confirmación: masa muscular por Bioimpedancia (AMS). Gravedad: condición física. Velocidad de marcha (VM). Se determinaron variables demográficas, de la diálisis y se registró la fecha y causa de muerte durante 2 años de seguimiento. Estadístico: La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante Chi-cuadrado. El análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier y el Log-rank test. Se utilizó el modelo de riesgo proporcional de Cox para determinar las *hazard ratio* con un intervalo de confianza del 95%. Significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados

Participaron en el estudio 60 pacientes, 41 (68%) eran hombres, con edad media $81,85 \pm 5,58$ años y tiempo en diálisis $49,88 \pm 40,29$ meses. La prevalencia de sarcopenia probable fue del 75%, la sarcopenia confirmada del 38% y la sarcopenia grave del 32%. De los 60 pacientes estudiados, 30 (50%) fallecieron durante los 24 meses de seguimiento: 22 (54%) hombres y 8 (42%) mujeres ($p=0,405$). Las causas de muerte fueron 13 (43%) cardiovascular, 10 (33%) infección, 3 (10%) digestiva, 2 (7%) tumoraciones y 2 (7%) traumatismos. La variable probabilidad, medida por dinamometría (HG) no

se relacionó con la mortalidad. Por el contrario, la variable de confirmación determinada por la masa muscular apendicular (AMS) y la variable que marcan la gravedad definida por la velocidad de marcha (VM) se asociaron con la mortalidad, $p=0,018$ y $p=0,014$ respectivamente. Las curvas de supervivencia no fueron significativas en los pacientes con pacientes con o sin fuerza (criterio HG), pero si lo fueron para los pacientes con y sin diagnóstico de sarcopenia confirmada (criterio HG+AMS; $p=0,001$) y los pacientes con y sin diagnóstico de sarcopenia grave (criterio HG+AMS+VM; $p < 0,001$). Del mismo modo, el riesgo a morir en 24 meses (intervalo de confianza del 95%) fue de 2,5 (1,13-5,55, $p=0,024$) para los pacientes que cumplían el criterio sarcopenia confirmada por AMS y de 3,02 (1,09-8,32, $p=0,033$) para los pacientes que cumplían el criterio de sarcopenia severa por VM.

Conclusiones

El diagnóstico de sarcopenia y sarcopenia grave determinado por EWG-SOP2 triplica la mortalidad en pacientes ancianos en diálisis. Se aconseja el tratamiento precoz ante la sospecha de sarcopenia para intentar reducir la mortalidad. Si el paciente ya tiene confirmación de sarcopenia, es demasiado tarde. Los criterios AMS y VM podrían utilizarse como marcadores de mortalidad en pacientes ancianos en hemodiálisis.

Análisis de las diferencias de acceso vascular en pacientes prevalentes: ¿influye el sexo y la edad?

Marina Burgos-Villullas, Paula Manso-del Real, M^a Isabel González-Sánchez, Elena Guerrero-Rodríguez, Alicia González-Horna, M^a Luz Sánchez-Tocino

Grupo de trabajo Unidades FRIAT. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

Según la literatura científica ha descrito un mayor uso de CVC en mujeres. Se desconoce si esto se debe a un sesgo de sexo por peores resultados quirúrgicos en las mujeres o por un sesgo de género por decisión de no realizar FAV por la expectativa de tener malos resultados.

Objetivo

Analizar si existen diferencias entre sexos en cuanto al tipo de AV en pacientes prevalentes e incidentes.

Material y Método

Análisis descriptivo, observacional y transversal en el que se estudian 637 pacientes prevalentes en HD pertenecientes a 9 centros de hemodiálisis de 3 Comunidades Autónomas. Se analizan las diferencias entre hombres y mujeres en relación al tipo de AV al inicio de HD, y una vez iniciada la HD y las posibles causas subyacentes. Se utiliza la base de datos de la historia clínica electrónica de los pacientes. Los datos se procesan mediante Microsoft Excel y SPSS v28.

Resultados

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de iniciar HD con CVC ($p=0,047$) y tienen menos probabilidades de dializarse mediante FAV radiocefálica y más de dializarse con FAV de codo o prótesis ($p<0,001$). Los mayores de 65 años tenían más riesgo de ser dializados por CVC que los menores de 65 años ($p=0,009$). Las mujeres menores de 65 años tenían más riesgo de iniciar HD con CVC o prótesis que los hombres de ese rango de edad ($p=0,047$). Las mujeres en cualquier rango de edad tenían menor probabilidad de tener FAV radiocefálica y más de FAV de codo y prótesis en relación a los hombres ($p<0,005$). No existen diferencias entre inicio urgente/programado.

Conclusiones

El género femenino influye en el tipo de AV al inicio de HD (más frecuente CVC) sobre todo en mujeres más jóvenes y en el tipo de FAV (más frecuente de codo y prótesis). La edad influye en el tipo de AV en prevalentes (los mayores de 65 años se dializan más frecuentemente por un CVC). Sería deseable conocer los motivos por los que los cirujanos vasculares toman estas decisiones a la hora de la valoración de la cirugía, por si hubiera alguna modificable.

Análisis de las diferencias de visión entre pacientes y profesionales sobre un centro de diálisis ideal

Concepción Pereira-Feijoo, Paula Manso-del Real, Fabiola Dapena-Vielba, M^a Dolores Arenas-Jiménez, David Hernán-Gascueña, Marta San Juan-Miguelsanz

Grupo de trabajo Unidades FRIAT. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

La guía de centros de la Sociedad Española de Nefrología define estructuralmente una unidad de hemodiálisis, sin embargo, desconocemos cómo debe ser el diseño para dar respuesta a las necesidades de las personas que se dializan y trabajan en ella. La medicina centrada en el paciente incluye a estos en decisiones que afectan a su experiencia en el tratamiento como puede ser la distribución de la sala o las actividades que se realizan durante la sesión.

Objetivo

Conocer las necesidades y preferencias de los pacientes, familiares y profesionales en relación al diseño del centro de hemodiálisis que se adapte a sus necesidades.

Material y Método

Se realiza una encuesta en formato electrónico destinada a pacientes, familiares y profesionales pertenecientes a 18 unidades de diálisis y a los socios de una Asociación de pacientes renales, en relación a actividades de ocio a desarrollar en el centro de diálisis y diseño preferido de la sala de tratamiento. Se comparan los resultados de ambos grupos (pacientes/familiares vs profesionales).

Resultados

Se han recibido 331 respuestas: 215 (65% de pacientes y familiares) y 116 (35%) de profesionales. Una mayor proporción de pacientes prefiere salas en grupos de 10-12 pacientes en contraposición con los profesionales que prefieren salas diáfanas. Las opciones que mostraron más diferencias entre pacientes y profesionales fueron charlar con los compañeros e intimidad (opciones más votadas por pacientes/familiares), frente a realizar actividades de grupo y visibilidad (profesionales). La edad de mayores de 65 años, pero no el sexo, influyó en algunas actividades elegidas (el 76% de

los mayores de 65 años eligen ver películas y documentales vs el 57,8% de los menores de 65 años ($p=0,015$) y el 26,5% de los mayores de 65 años eligen charlar con amigos vs el 13,3% de los menores de 65 años, ($p=0,045$) y la realidad virtual fue elegida por el 14 % de los mayores de 65 años y solo el 2,2 % de los menores de 65 años ($p=0,016$)

Conclusiones

La visión de los profesionales acerca de las necesidades de los pacientes no coincide con la opinión de estos. La perspectiva de los pacientes debe ser incluida dentro del diseño de una unidad de diálisis y de las actividades a desarrollar en ella.

Análisis de las hemodiálisis al cierre del servicio durante la pandemia

Sandra Rubio-López, Lucía González-Ferrero, Noriko Issey-Laos Chung, María Teresa Alonso-Torres, Jaime Places-Balsalobre, Sandra Peña-Blázquez

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

Introducción

El papel de enfermería en Hemodiálisis (HD) requiere de experiencia y formación específica para tratar a pacientes críticos que necesitan diálisis. Durante la pandemia el número de pacientes ingresados incrementó saturando centros e instituciones sanitarias, esta situación repercutió en la reorganización de los servicios de hemodiálisis ante el aumento de pacientes.

Objetivo

Analizar las sesiones de hemodiálisis al cierre del servicio en una unidad de diálisis.

Material y Método

Estudio retrospectivo y transversal, realizado en una unidad de diálisis durante 2 años de pandemia, del 13 de marzo 2020 al 13 de marzo 2022. La población de estudio fueron todos los pacientes que acudieron a sesión de HD y enfermeras especializadas que realizaron las sesiones. La muestra estuvo compuesta por 157 sesiones de diálisis al cierre de la Unidad y 28 enfermeras especializadas en HD. Las variables recogidas de los pacientes fueron sociodemográficas, motivo, acceso vascular, complicaciones técnicas y clínicas durante la sesión de Hemodiálisis y datos del profesional: edad, sexo y años de experiencia en HD. La unidad de diálisis consta de 30 enfermeras especializadas con horario de 6:15 a 23:15 h, fuera del cual hay disponible una enfermera de guardia localizable, de 22:40 a 6:15 h de lunes a sábado y domingos 24 horas. Para el estudio se realizó un cuestionario, los datos recogidos se introdujo en EXCELL y se utilizó el programa estadístico SPSS 17, versión española, para la evaluación de las variables estudiadas.

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizó un total de 38.060 hemodiálisis, 0,41% guardias localizables. De las 157 se-

siones de HD estudiadas, 65,6% hombres y 34,4% mujeres, con una edad media de 63 años. Un 47% portadores de catéter yugular, 24% catéter femoral, 27% Fístula Arterio-Venosa (FAV), 2% goretex. Siendo el 21% pacientes positivos en SARS-CoV-2. Los motivos de estas sesiones de HD fueron: 36% prolongaciones, es decir, diálisis que no terminaron antes del cierre del servicio, 28% por falta de espacio en los turnos anteriores y el 36% fueron HD urgentes. De estas últimas: 11% Hiperpotasemia, 11% Edema Agudo de Pulmón, 3% Insuficiencia cardiaca, 3% Trasplante Renal, 3% Intoxicación por Litio, 3% Insuficiencia respiratoria y 2% Otros (pre y post-cirugías, transfusiones...). Se observaron un 31% de complicaciones técnicas y 68% complicaciones clínicas intradiálisis de las HD urgentes. Entre las complicaciones técnicas: 17% presentaron coagulación del circuito extracorpóreo, 8% problemas con el acceso vascular (catéter/FAV) y 6% incidencias técnicas del monitor. En cuanto a complicaciones clínicas: 38% presentaron hipotensión, 11% otros (bradicardia, hipertensión, fiebre, temblores, dolor, cefaleas), 11% taquicardia, 8% vómitos y/o náuseas y un 32% no tuvo complicaciones clínicas. Acudieron de guardia localizable 28 enfermeras durante el tiempo de estudio. La mayoría mujeres (96%) con una edad media de 37 años y 11 años de experiencia en hemodiálisis.

Conclusiones

La situación en tiempos de pandemia aumentó el volumen de sesiones requeridas por lo que la mayoría de sesiones tuvieron que realizarse al cierre de la Unidad de Diálisis necesitando de la enfermera de guardia localizable.

Análisis del clima de seguridad del paciente en una unidad de diálisis pública versus privada

Antonio López-González, Lorena Díaz-Rodríguez, María Veiga-Rodríguez, Óscar Rodríguez-Osorio, Teresa Pérez-López

Hospital Quirón. A Coruña. España

Introducción

El espectacular desarrollo de la atención sanitaria en las últimas décadas ha permitido restablecer la salud en situaciones impensables anteriormente, pero al mismo tiempo su gran complejidad tecnológica y la interacción entre diferentes actores suponen una situación de mayor riesgo para los pacientes. Esta situación ha generado que, a día de hoy, la Seguridad del Paciente sea un elemento clave de la calidad asistencial, convirtiéndose en una clara prioridad tanto a nivel nacional como internacional hasta el punto de que se está instalando como un imperativo social, científico, ético y legal en la atención médica de toda persona. En este contexto, es fundamental que las organizaciones cuenten con estrategias que permitan conocer el clima de Seguridad del Paciente, pues posibilita la identificación y la gestión de la seguridad. El disponer de información al respecto nos permitirá realizar un diagnóstico situacional, identificando las fortalezas, oportunidades de mejora y desarrollar soluciones dirigidas a la mejora continua de los procesos asistenciales y a minimizar las repercusiones de los eventos adversos.

Objetivo

Evaluar el clima de seguridad del paciente en diálisis analizando las diferencias en función de si la unidad pertenece a un hospital de ámbito de público o privado.

Material y Método

Estudio descriptivo de corte transversal aplicando cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality. Se recogieron variables de tipo demográfico (edad y sexo) y relacionadas con la actividad profesional (categoría profesional, experiencia profesional, tipo de unidad, experiencia en hemodiálisis y tipo de contrato). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, utilizando. Se utilizó el test t de Student (tras evaluar el criterio de normalidad mediante el test de Kolmo-

gorov Smirnov) para el contraste de variable cuantitativas y el test chi cuadrado o el test exacto de Fisher para evaluar la asociación entre variables cualitativas.

Resultados

Respondieron al cuestionario 67 profesionales (50 de ámbito público y 17 de privado). La calificación media del clima de seguridad fue de 7,2+1,3, sin evidenciarse diferencias significativas entre unidades ($p=0,944$). Solo se ha identificado diferencias significativas en la dimensión trabajo en equipo en la unidad con un 89% de respuestas positivas en la unidad de ámbito público y un 70% en la privada ($p=0,000$). Las dimensiones peor valoradas fueron percepción de seguridad, dotación de personal, trabajo en equipo entre unidades y apoyo de la Dirección del Hospital en la Seguridad del Paciente. Estas aglutinan el 58% del total de respuestas negativas de la unidad pública y el 56% de la privada.

Conclusiones

La única fortaleza y debilidad se ha observado en la unidad de ámbito público siendo la relacionada con el trabajo en equipo en la unidad y el apoyo de la dirección del hospital en la seguridad, respectivamente. Existe coincidencia entre unidades en las dimensiones peor valoradas.

Análisis del nivel de humanización en los profesionales de una unidad de hemodiálisis y su repercusión en los pacientes

Cristina Mendías-Benítez¹, Macarena Reina-Neyra¹, María Teresa Coca-Yévenes¹, Juan Luis Chaín-de la Bastida²

¹ Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

² Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

La Humanización ha emergido en los últimos años como valor añadido en nuestra labor. En nuestro Plan de Humanización (PH) planteamos una Humanización Compartida, para consolidar nuestra práctica. Valorar nuestros cuidados obliga a evaluar los agentes implicados y actividades que se desarrollan, no sólo los beneficios hacia el paciente.

Objetivo

Valorar Humanización de profesionales y su repercusión en el estado emocional de los pacientes. Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuesta de afrontamiento. Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) Disposición para mejorar la resiliencia (00212). Riesgo de deterioro de la resiliencia (00210).

Material y Método

Se crea grupo de trabajo para desarrollar actividades que fomenten la regulación del estado de ánimo de nuestros pacientes y cumplir la línea estratégica del área relacional respecto al PH. Estudio descriptivo de corte transversal con dos líneas:

- Centrada en pacientes de nuestra unidad, periodo de 6 meses. Analizamos el estado de ánimo, mediante la herramienta de la Escala EVEA, pasando la escala pre y post-actividad desarrollada en la unidad. La Escala es un instrumento diseñado para evaluar cuatro estados emocionales de carácter situacional. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos, que definen una subescala: Subescala Tristeza-Depresión (TD), Subescala Ansiedad (AN), Subescala Alegría (AL) y Subescala Ira-Hostilidad (IH).
- Centrada en profesionales de nuestro Servicio, periodo de 3 meses. Analizamos el nivel de Humanización de los profesionales, mediante Escala de Humanización en el profesional sanitario (HUMAS). En HUMAS, se analizan diferentes factores: Disposición al optimismo (DO), So-

ciabilidad (SO), Comprensión emocional (CE), Autoeficacia (AUT) y Afectación (AF). La suma de todos estos pilares nos da un valor de Humanización (HU) en nuestros profesionales de enfermería. Los resultados: 0-73: Baja Humanización; 74-81: media; 82-95: Alta.

Resultados

Mediante SPSS Statistics 20. PACIENTES: 37 pacientes, 63,46 (31-84) años, hombres 23 (62,2%), mujeres 14 (37,8%). TDmedia-pre: 3,49 (σ 2,663); TDm-post: 2,46 (σ 2,468); ANm-pre: 2,35 (σ 2,541) ANm-post: 2,03 (σ 2,217); IHm-pre: 1,76 (σ 2,660); IHm-post:1,54 (σ 2,512); ALm-pre: 5,46 (σ 2,704); ALm-post: 6,08 (σ 2,499).El análisis de correlación de Pearson, con significación bilateral: EDAD: TDpost (-0,355), ANpre (-0,410), ANpost (-0,463). TDpre: ANpre (0,569), IHpre (0,558), ALpre (-0,584). ALpre: TDpre (-0,584), ANpre (-0,344), IH pre (-0,320). PROFESIONALES: 32 profesionales, 46,56 (30-64) años, hombres 12 (37,5%), mujeres 20 (62,5%). Media experiencia en servicio 8,75 (0-23) años. AFmedia: 19,84 (σ 2,996); AUTm: 20,88 (σ 2,136); CEm: 11,22 (σ 2,574); DOM: 11,91 (σ 2,190); SOM: 14,19 (σ 1,120); HUmedia: 78,03 (σ 8,034). Los valores de cada factor están dentro del grupo de la valoración media, menos la DO, que es baja. El análisis de correlación de Pearson, con significación bilateral: + AÑOS TRABAJADOS: AUT(0,476), D(0,455), H(0,721). La HU no correlaciona con edad o sexo en los profesionales.

Conclusiones

Los pacientes mejoran el estado emocional tras la aplicación del programa de actividades, y nuestros profesionales muestran capacidad para aplicarlo. Los años trabajados en el servicio aumentan el nivel de humanización, tendríamos que entrenar las competencias para mejorar la disposición al optimismo, en pro de mejorar resiliencia.

Bacteriemia relacionada con catéter en hemodiálisis: estudio comparativo entre dos bioconectores

Ana Ulzurrun-García, Irene Larrañeta-Inda

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España

Introducción

Un alto porcentaje de los pacientes en Hemodiálisis (HD) es portador de Catéter Venoso Central Tunelizado (CVCT). La Bacteriemia Relacionada con el Catéter (BRC) es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes en HD. En el mercado se han desarrollado diferentes productos que ayudan a prevenir dicha infección, entre los que se encuentran los bioconectores.

Objetivos

- Comparar la Densidad de Incidencia de BRC por 1000 días-catéter con TEGO® y con BD-Q SYTE®.
- Comparar los microorganismos causales de las BRC utilizando TEGO® y BD-Q SYTE®.
- Comparar las consecuencias derivadas de la BRC diagnosticadas con TEGO® y BD-Q SYTE®.

Material y Método

Se ha realizado un estudio descriptivo comparativo desde el 1/01/2021 al 30/04/2022, comparando dos períodos de tiempo de 180 días consecutivos cada uno, en un primer período se han utilizado bioconectores TEGO® y en un segundo período se han utilizado bioconectores BD-Q SYTE®. La muestra utilizada para el estudio ha sido la totalidad de pacientes de la unidad portadores de CVCT en cada período. Para analizar la efectividad antimicrobiana de los bioconectores se ha realizado una comparativa de la Densidad de Incidencia de BRC por 1000 días-catéter durante el período de tiempo del estudio, manteniendo los habituales protocolos de la unidad.

Resultados

El número de BRC que se han producido en el período de tiempo que se han utilizado los tapones TEGO® ha sido de 4 BRC, cuya Densidad de Incidencia de BRC ha sido: 0,16/1000 días-catéter, manteniendo el estándar habitual

de la unidad de excelente. De estas BRC diagnosticadas ninguna ha requerido hospitalización, retirada de CVCT o ha sido causa de exitus. En 3 de ellas el *Estafilococo Epidermidis* ha sido el microorganismo causal y en 1 la *Gemella Haemolysana*. El número de BRC que se han producido en el período de tiempo que se han utilizado los tapones BD-Q SYTE® ha sido de 6 BRC, cuya Densidad de Incidencia de BRC ha sido: 0,23/1000 días-catéter, manteniendo el estándar habitual de la unidad de excelente. De estas 6 BRC diagnosticadas 1 ha sido causa de endocarditis, 2 han requerido hospitalización, 2 retirada de CVCT y ninguna ha sido causa de exitus. En 5 de ellas el *Estafilococo Epidermidis* ha sido el microorganismo causal y en 1 la *Pseudomona Aureginosa*.

Conclusiones

En el período de uso de los bioconectores TEGO® se han producido un menor número de BRC que en el período de uso de los BD-Q SYTE® y sus consecuencias han sido menos graves. Debido a que una misma paciente ha padecido BRC con ambos bioconectores, no podemos concluir que uno sea más eficaz que otro en la prevención de BRC. El estudio definitivo debería tener un tamaño muestral más grande y un período de tiempo más prolongado, así como establecer una comparativa con pacientes sin bioconector, para poder afirmar de forma concluyente que unos bioconectores son mejores que otros y concluir que los bioconectores son dispositivos eficaces en la prevención de BRC.

Barreras y facilitadores de la hemodiálisis domiciliaria

Patricia María Ochoa-Pérez, Graciela Álvarez-García, Miguel Ángel Moral-Caballero, Vanesa Hernández-Mora, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

Durante los últimos años se ha ido incrementando progresivamente en España el número de pacientes en programa de terapia renal sustitutiva (TRS), donde la verdadera elección de una modalidad de diálisis no siempre se está alcanzando. La hemodiálisis domiciliaria (HDD) constituye una alternativa de (TRS) válida, revitalizada en los últimos años al comenzar los monitores portátiles. Las técnicas domiciliarias conducen a una optimización en los resultados clínicos, al brindar una mayor flexibilidad en el tratamiento, mayor disponibilidad de tiempo libre a la vez que mejoran la calidad de vida del paciente favoreciendo su autonomía y autocuidados. A pesar de ello, existen todavía barreras que dificultan una mayor implementación de la técnica. Es muy importante tener en cuenta el perfil del paciente en el momento de la elección de la TRS y detectar factores que pueden mejorar el proceso de preparación para el inicio de TRS en domicilio.

Objetivos

Analizar las barreras y facilitadores de la HD domiciliaria.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo de una muestra de 18 pacientes en programa de HDD. Monitores portátiles utilizados: NX Stage y Physidia s3. Analizar variables demográficas: edad, sexo, índice de comorbilidad (I. Charlson), procedencia de los pacientes, tiempo de aprendizaje, esquema de HDD, acceso vascular y evolución de los pacientes.

Resultados

Dieciocho eligieron HDD, 2 fueron rechazados por no adhesión al programa de aprendizaje y 1 está pendiente de inicio. Edad media 60,33±11,94 años (r36-88). Hombres 15 (83%). Índice de comorbilidad de Charlson: 6,44±1,94. Acceso vascular: 8 (44%) catéter permanente y 10 (56%)

con FAV. De los que se dializan con FAV, 7 (40%) practican auto-punción. Esquema de HDD: 5 sesiones semanales 14 (82,4%), 6 sesiones semanales 3 (17,6%). La procedencia de los pacientes fue: 11 (61%) ERCA, 5 (28%) de HD crónicos, 1 (5,6%) DP, 1 (5,6%) directamente HD agudos. El tiempo en HDD fue: 23,31±20,42 meses y entre los que estaban previamente en HD de crónicos la x tiempo en HD fue de 10,42±12,25 meses. Ayuda durante la sesión: 17 con presencia de un familiar durante sesión, 3 con enfermería a domicilio. Un paciente se trasplantó, contraindicación para TX 6 pacientes, fallecieron 4, 1 salió de técnica por mejoría de FG a ERCA, 3 a HD de crónicos por complicaciones (acceso vascular, ACVA), 2 en entrenamiento por afrontamiento ineficaz y 1 en espera de inicio.

Conclusiones

En nuestro centro el mayor porcentaje de pacientes que elige la técnica proceden de la unidad de ERCA. Todos los pacientes eligieron la técnica domiciliaria para mantener la autonomía y para mejorar calidad de vida. En el periodo de aprendizaje es importante detectar las barreras del paciente para afrontar el tratamiento domiciliario. Es imprescindible un equipo multidisciplinar centrado en el cuidado integral del paciente y brindarle a este educación y apoyo necesarios durante el aprendizaje y el tratamiento de HDD.

Calidad de atención de salud y satisfacción del usuario con tratamiento de hemodiálisis en un hospital público

Luis Human-Carhuas^{1,2}, Catherine Mabel Melo Flores³, Marianela Dayanna Gutiérrez Carranza⁴

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. UPCH. Facultad de Enfermería. Lima. Perú

² Servicio de Nefrología. Hospital Alberto Sabogal. Callao. Perú

³ Ministerio Salud. Red de Salud Grau. Apurímac. Perú

⁴ Clínica SANNA. San Borja. Perú

Introducción

Una de las funciones en la gestión de unidades de hemodiálisis, es evaluar la satisfacción del usuario sobre la atención que brinda el equipo de enfermería, para identificar y corregir áreas deficitarias, también sirve para evaluar los resultados del cuidado, ya que las necesidades del paciente constituyen el eje de las prestaciones asistenciales

Objetivo

Determinar la relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención de salud en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de un hospital público.

Material y Método

Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y correlacional de corte transversal. Se trabajó con una muestra representativa de pacientes en hemodiálisis, a quienes se les aplicó la encuesta SERVQUAL para evaluar la calidad de atención; y un cuestionario de satisfacción al usuario validados con una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,84 y 0,91 respectivamente.

Resultados

Se estudiaron 60 pacientes, con edad media de $56,6 \pm 15,4$ años; 20 mujeres (33,3%). El coeficiente de correlación Rho de Spearman ($R=0,385$) encontró una correlación directa entre las variables calidad de atención y satisfacción del paciente en hemodiálisis ($p=0,002$). Por otro lado, el 58,3% de usuarios del servicio refirieron un nivel de insatisfacción leve respecto a la atención que reciben, y las dimensiones por mejorar fueron seguridad y accesibilidad.

Conclusión

Existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, ello implica que niveles altos de calidad de atención se corresponden con niveles altos de satisfacción en usuarios con tratamiento de hemodiálisis en un hospital público.

Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda en pacientes con enfermedad renal crónica: experiencia en una unidad de hemodiálisis

María Teresa Andrino-Llorente, Guillermina Barril-Cuadrado, Almudena Núñez-Sánchez, Martín Giorgi-González

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca crónica más frecuente y su prevalencia en la enfermedad renal crónica es mayor que en la población general. El cierre de la orejuela auricular izquierda se está realizando en los últimos años en pacientes con fibrilación auricular y enfermedad renal crónica como alternativa a la anticoagulación oral para la prevención del ictus.

Objetivo

Conocer el beneficio clínico del cierre de la orejuela en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis como alternativa a la anticoagulación oral, evaluando seguridad y complicaciones.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes en hemodiálisis con fibrilación auricular a los que se sometió a esta técnica en nuestro centro entre mayo del 2017 y marzo 2022. Se recogieron datos clínicos, sociodemográficos y los relacionados con la terapia renal. Se aplicó el Índice de Charlson (comorbilidad) y las Escalas CHA2DS2-VASc (riesgo de ictus) y HAS-BLED (riesgo de sangrado).

Resultados

Se incluyeron 7 pacientes (85,7% hombres) con edad media 75,7 años. Mediana de tiempo en terapia renal de 7 años (1-20). El 85,7% presentan hipertensión y dislipemia y el 28,5% diabetes. El 71,4% son exfumadores. La patología cardiovascular prevalente fue la cardiopatía isquémica (57,1%), hipertrofia ventricular izquierda (71,4%), dilatación auricular (85,7%), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (52,4%) y arteriopatía calcificante urémica (14,2%). La puntuación del Índice de Charlson fue de 7,4, HAS-BLED y CHA2DS2-VASc 4,2 y 2,4, respectivamente. No hubo ictus previo a la intervención, pero el 71,4% tuvo sangrados. Las

indicaciones para el cierre de la orejuela en nuestra muestra fueron: riesgo elevado de sufrir caídas, labilidad en el control del tiempo de protombina, negativa del paciente a tomar anticoagulación oral, antecedentes de sangrado digestivo y riesgo de desarrollar arteriopatía periférica urémica. El dispositivo empleado fue el Amplatzer-Amulet y su implantación fue un éxito en 6 pacientes, salvo en un caso, donde el dispositivo se desplazó. Hubo dos complicaciones peri-procedimiento: sangrado en la punción de la vena femoral y pericarditis con derrame pericárdico. La mediana del tiempo de seguimiento tras el cierre de la orejuela fue de 17 meses (1-58) y durante el mismo, no se produjeron eventos hemorrágicos, tromboembólicos ni defunciones (fallecieron dos pacientes durante el periodo de estudio, pero por causas ajenas a la intervención).

Conclusión

El cierre de la orejuela ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura en pacientes con fibrilación auricular en hemodiálisis, ya que aporta protección contra eventos tromboembólicos sin aumentar el riesgo de hemorragia al suspender la anticoagulación oral, pero aún son necesarios más estudios para confirmar esta hipótesis.

Comparativa de la cura del catéter tunelizado permanente para hemodiálisis con clorhexidina acuosa al 2% versus Prontosan®

Francisco Javier Gallego-Montes, Ana Romero-Valero, Marta López-Jiménez, Cristina Escalera-Catalina, María Martín-Cuyar, María Isabel García-Fraile

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

El objetivo principal de los cuidados del catéter tunelizado permanente (CPT) es prevenir la infección. Actualmente se realizan las curas siguiendo las recomendaciones de las guías de acceso vascular.

Objetivos

Disminuir el número de infecciones del CPT buscando un producto que no degrade el catéter, buena tolerancia cutánea y sea aceptado por los pacientes. Evaluar si existe menor incidencia de infección en el orificio de salida del CPT y valorar el prurito y el dolor empleando clorhexidina acuosa al 2% versus Prontosan® (Poliexanida).

Material y Método

Estudio prospectivo aleatorizado de 4 meses de duración en un grupo de 20 pacientes portadores de CPT. Los pacientes siguen los siguientes criterios de inclusión para participar en este estudio: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, sin infecciones o ingresos en los tres meses previos al estudio y ausencia de reacción a la clorhexidina o al Prontosan®. Como criterios de exclusión los pacientes con cultivo previo positivo en orificio del CPT, o apariencia externa de infección y en tratamiento antibiótico. Dieron su consentimiento por escrito, tras haber sido informados de la naturaleza del mismo. No pudieron completar el estudio 1 paciente por exitus y 4 fueron trasladados a otros centros, aún así no fueron descartados los datos recogidos de estos. Se diseñó un estudio con dos grupos de pacientes aleatoriamente, realizando la cura con clorhexidina acuosa al 2% y el segundo grupo con Prontosan® siguiendo las recomendaciones consensuadas por el grupo de investigación, manteniendo gasa empapada durante 60-90 segundos. Previo

al inicio del estudio se realizó cultivo del orificio de salida, según protocolo de la Unidad. También se realizó reunión para revisión de proceso de curas y registro en check list y así poder unificar los criterios de valoración del orificio de salida del CPT. Reforzamos que la cura y levantamiento del apósito se realiza habitualmente el primer día de la semana.

Resultados

En el periodo estudiado se realizaron 584 registros. 54,6% del grupo Prontosan® (n=319) y (n=265) 45,6% del grupo clorhexidina acuosa. El 8,6% no se realiza cura, 90,9% por apósito despegado, 0,2% por apósito manchado y 0,3% por apósito mojado. De los 534 registros válidos, comparamos las muestras independientes realizando la Prueba Chi-Cuadrado de homogeneidad no existiendo diferencias estadísticas significativas en el enrojecimiento, exudado, inflamación del CPT. En relación al prurito si encontramos diferencias significativas entre la cura de Prontosan® y clorhexidina rechazando la hipótesis nula ($P>0,000$). Ninguno de los pacientes presentó infección, detectada mediante BCR, durante el estudio.

Conclusiones

Realizamos las curas del CPT muy por encima de las recomendaciones. Al retirar los apósitos, se despegan y se exponen el punto de inserción realizando la cura del OS en un alto porcentaje. Los productos usados presentan buena aceptación por parte de los pacientes y no degradan el catéter, sin embargo, los pacientes que usaron Prontosan® presentan menos prurito en la zona pericatóter mejorando la confortabilidad de estos.

Consenso de expertos sobre signos y síntomas para la identificación de infección del orificio de salida del catéter de hemodiálisis

José Luis Cobo-Sánchez¹, Ian Blanco-Mavillard², Raquel Pelayo-Alonso¹, Noelia Mancebo-Salas³, Ismael Fernández-Fernández², Joan Ernest de Pedro-Gómez⁴

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

² Hospital de Manacor. Islas Baleares. España

³ Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja-UAM. Madrid. España

⁴ Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares. España

Introducción

Las guías de práctica clínica sobre accesos vasculares para hemodiálisis no refieren una definición universal con respecto a la infección del orificio de salida (OS) de los catéteres venosos centrales para hemodiálisis (CVCHD).

Objetivos

Objetivo principal: Proporcionar un consenso de expertos internacional sobre la relevancia de los signos y síntomas (SS) para la identificación de infección del OS del CVCHD. Objetivo secundario: alcanzar un consenso sobre la actitud terapéutica (AT) a llevar a cabo en función de los SS de infección del OS del CVCHD consensuados.

Material y Método

Estudio con técnica Delphi modificada tipo ranking online para el desarrollo y obtención de evidencias de validez de contenido con un panel de expertos internacional, mediante muestreo intencional y en "bola de nieve". Se incluyeron perfiles clínicos y de investigación sobre control de infecciones en CVCHD que representasen a los distintos continentes. Se realizaron 4 rondas de evaluación mediante encuestas electrónicas: las dos primeras para priorizar, de manera consensuada los SS más relevantes que permiten identificar una infección del OS CVCHD tunelizado (mediante una escala Likert de 4 puntos sobre el grado de relevancia, desde "1" baja relevancia a "4" muy relevante). Se realizaron dos rondas adicionales donde se les solicitó identificar AT más adecuada ante aparición de SS consensuados. Se partió de un listado de 23 SS identificados y priorizados por el equipo investigador en una revisión previa de la literatura.

Resultados

El panel estuvo constituido por 25 expertos de los que completaron las 4 rondas 21. Rondas SS: alto nivel de consenso con más del 80% de consenso, una mediana mayor de 3 y un rango intercuartílico menor de 1, consensuándose 9 SS: dolor en OS durante periodo interdiálisis, hiperemia, eritema ≥ 2 cm, inflamación, induración, hinchazón, fiebre $\geq 38^\circ$ C sin otra sospecha, absceso obvio y exudado purulento. Rondas AT: alto nivel de consenso con más del 75% de consenso, una mediana mayor de 3 y un rango intercuartílico menor de 1. Dolor en OS durante periodo interdiálisis: estrecha vigilancia del sitio de salida (VEOS) 94,7%. Hiperemia, eritema ≥ 2 cm: VEOS 94,7%, cultivo piel pericatóter (CPP) 100%, tratamiento local (TL) 78,9%. Inflamación, induración, hinchazón: VEOS 100%, CPP 100%. Fiebre $\geq 38^\circ$ C sin otra sospecha: VEOS 100%, posible retirada catéter (PRC) 84,2%, hemocultivos (94,7%) Absceso obvio y exudado purulento: VEOS 94,7%, tratamiento sistémico 89,5%, TL 73,7%, CPP 89,4%, PRC 89,5%.

Conclusiones

Nuestros resultados proporcionan unos SS consensuados para identificar de manera temprana una infección del OS del CVCHD y tomar la AT más adecuada.

Determinantes sociales de infecciones de los catéteres venosos centrales de hemodiálisis

José Luis Cobo-Sánchez¹, Ana Ulzurrun-García², M^a del Rosario Prieto-Rebollo³, Carolina Sesmero-Ramos³, Julia Hernando-García⁵, Ian Blanco-Mavillard⁵

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

² Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España

³ Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

⁴ Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

⁵ Hospital de Manacor. Islas Baleares. España

Introducción

El uso de un catéter venoso central para hemodiálisis (CVCHD) presenta 4 veces más riesgo de padecer una complicación infecciosa frente a una FAV, multiplicándose por 7 cuando el acceso vascular prevalente es un CVCHD.

Objetivo

Establecer que determinantes sociales son factores de riesgo (FR) para desarrollar una complicación infecciosa relacionada con los CVCHD.

Material y Método

Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico (9 centros) entre pacientes prevalentes portadores de un CVCHD tunelizado, ≥ 18 años entre abril 2021-abril 2022 que otorgasen consentimiento para el estudio. Tamaño muestral estimado: 246 pacientes (confianza 95%, precisión 5%, estimación poblacional 20%). Se registró presencia de bacteriemia, infección del orificio de salida (IOS) e infección del túnel (IT) desde la inserción del catéter. Determinantes sociales: edad, sexo, empleo, nivel educativo y escala Gijón (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo red social). Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, y regresión logística con cálculo de área bajo la curva ROC (ABC) para cada complicación infecciosa.

Resultados

Se incluyeron 335 pacientes (IOS 14%, IT 2,1%, bacteriemia 6,9%): 39,4% mujeres, edad media $67,78 \pm 14,65$ años (rango 22-91 años), 83,6% pensionista, 46,9% ESO/equivalente, 36,4% vive con familia sin dependencia físico/psíquica, 40% ingresos desde 1,5 veces el salario mínimo

hasta el salario mínimo exclusive, 11,6% vivienda con barreras arquitectónicas, 7,8% relación social sólo con familia o vecinos, 6,9% sin apoyo social. FR IOS: desempleados presentaron OR=5,883 (IC95%=0,738-46,895) frente a empleados y pensionistas ($p=0,066$). ESO/equivalente presentaron OR=1,260 (IC95%=0,255-6,229) frente al resto ($p=0,022$). Ingresos LISMI-FAS-pensión no contributiva (149-654 €/mes) presentaron OR=6,393 (IC95%=1,643-24,880) frente al resto ($p=0,013$), ABC ROC=76,8%. El principal FR para IT fue la edad: OR por cada año mayor de 0,96 (IC95%=0,919-1,002; $p=0,064$ ABC ROC=67,6%). El principal FR para bacteriemia fue la situación económica, presentando LISMI-FAS-pensión no contributiva (149-654 €/mes) una OR de 5,571 (IC95%=1,054-29,447; $p=0,098$ ABC ROC=56,9%) frente al resto.

Conclusiones

Los principales factores de riesgo de complicaciones infecciosas del CVCHD fueron el desempleo, un menor nivel de ingresos y educativo

El papel de la enfermera en el tratamiento sustitutivo renal intermitente en el paciente crítico, factor determinante de la calidad de diálisis

Adriana Patricia Mejía-Díaz, María del Tránsito Suárez-Plata, Gastón Julio-Piñeiro, Marta Quíntela-Martínez, Lida María Rodas-Marín

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

En cada sesión de hemodiálisis en el paciente crítico, intervienen múltiples factores que pueden influir en la eficacia dialítica y por ende la adecuación de una dosis de diálisis efectiva; entre ellos las condiciones clínicas del paciente, tolerancia a los parámetros del tratamiento prescritos y la intervención de enfermería.

Objetivo

Describir el papel de la enfermera en la terapia sustitutiva renal intermitente (TSRI), para lograr una buena calidad de diálisis en el paciente crítico.

Material y Método

Estudio descriptivo y retrospectivo de 413 sesiones de terapia sustitutiva renal intermitente realizada en pacientes críticos. Se obtuvieron datos: características clínicas del paciente, factores relacionados con la técnica, y los que modifican el tiempo prescrito de diálisis. Análisis univariable cuantitativo, cualitativo; con el programa IBM SPSS STATISTICS 24.0.

Resultados

Se incluyeron 413 sesiones, el 52,1% (n=215) en hemodiálisis intermitente convencional (HDI) y un 47,9% (n=198) en diálisis sostenida de baja eficiencia (SLED). La edad media fue de 65 años, 78,7% sexo masculino, la causa de ingreso en UCI más frecuente: shock séptico en un 35,1% (n=145). El dializador de Helixone® con superficie 1 y 1.4 se utilizó en mayor proporción en un 95% (n=395) y el acceso vascular más frecuente fue el catéter temporal yugular 37,8% (n=156). Los factores que afectaron la calidad de la diálisis: Disfunción del acceso vascular 17,2% (n=71), recirculación alta (>20%) en el 6,5% (n=27). Requirieron cambio de catéter el 3,6% (n=15), modificación del Qb en el 9,6% (n=40), disminución del tiempo de la sesión de hemodiálisis intermi-

tente convencional >15min en un 13% (n=54) y del tiempo de SLED >30min en un 14% (n=58), se realizó suspensión definitiva de la sesión en un 15,5% (n=64). El Kt medio obtenido fue de 48,6 l/min \pm 23 litros y un 35% (n=144) de las sesiones estuvieron por debajo del Kt mínimo recomendado.

Conclusión

La calidad de diálisis en el paciente crítico con tratamiento sustitutivo renal intermitente (TSRI), depende tanto de factores no modificables como el estado clínico del paciente, y modificables como la detección precoz de las alteraciones del funcionamiento del acceso vascular y los ajustes intra-diálisis para mejorar la tolerancia a la técnica y prevenir las complicaciones. Este es un papel fundamental que desarrolla enfermería de diálisis.

¿Es realmente el ciclosilicato de sodio y zirconio (Lokelma®) un tratamiento eficaz?

Dolores Piña-Simón, Simona Alexandru

Unidad FRIAT Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

La hiperpotasemia se caracteriza por altos niveles de potasio (K) en el suero (>5 mmol/l). Se trata de una alteración electrolítica frecuente y potencialmente grave, ya que puede producir arritmias e incluso parada cardíaca. Muchos pacientes con enfermedad renal crónica avanzada presentan hiperpotasemia a pesar de estar en hemodiálisis. La prevalencia y la gravedad de esta alteración analítica son más altas después del periodo interdialítico largo, cuando el número de días entre las sesiones de diálisis es mayor. Existen en el mercado quelantes de potasio, uno de ellos, y muy nuevo es el ciclosilicato de sodio y zirconio (Lokelma®), un producto insoluble formulado en polvo para suspensión oral que actúa como un agente eliminador de Potasio altamente selectivo. Los quelantes tradicionales, basados en resinas intercambiadoras de cationes, se asocian a menudo con una mala tolerancia por parte del paciente. El Lokelma es inodoro, insípido, y no debe asociarse necesariamente con las comidas, por lo que es esperable que fuera mejor tolerado.

Objetivos

Nos planteamos valorar la adherencia a este tratamiento, al mismo tiempo que su eficacia en pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

En un estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en el periodo octubre 2021-abril 2022 se analizaron 15 pacientes, un 16%, de quienes estaban en tratamiento con Lokelma de un total de 91 pacientes de la unidad. Se estudiaron los siguientes ítems: toma de espironolactona, toma de ARA2/IECA, toma previa de Resincalcio, K medio en los 3 meses previas al tratamiento, K medio posterior al tratamiento, tiempo medio de tratamiento, adherencia a Lokelma®, reacciones adversas a Lokelma®, el método estadístico fue con programa informático SPSS 28 de los ítems estudiados y para la adherencia al tratamiento la encuesta terapéutica de enfermería donde se le preguntaba si tomaba el medicamento, con las comidas o sin ellas, efectos secundarios:

estreñimiento, dolor abdominal, etc... Las dosis administradas fueron 5-10 g /día los días de no diálisis (66,6%), toma diario 33,3%.

Resultados

Los pacientes estudiados tenían una edad comprendida entre 37 y 79 años, (mediana 66 años) de ellos 6 eran mujeres y 9 hombres, el tiempo medio de tratamiento con hemodiálisis era de 32,6 meses. Ningún paciente tomaba espironolactona, un 46,6% tomaba ARA2/IECA, y un 53,33% había tomado previamente Resincalcio. El K medio previo al tratamiento fue de 5,78 mmol/l. En la actualidad los pacientes presentan un K medio de 5,38 mmol/l, con una reducción de potasio en plasma de 0,4 mmol/l, aunque no es estadísticamente significativo. La adherencia fue excelente en 86,6%, debido a que se disuelve muy bien en el agua y no tiene sabor. De todos los pacientes, solo uno tuvo alteraciones digestivas.

Conclusiones

Lokelma es un fármaco eficaz respecto a la bajada del K, y la mayoría de los pacientes tiene una buena adherencia a él, por lo que se podría subir la dosis para tener mayor efectividad, y con ocasionales reacciones adversas. El beneficio que puede traer es una mayor flexibilidad en la alimentación que propicie una nutrición más adecuada sin el riesgo de padecer alteraciones electrolíticas perjudiciales.

¿Está cubierta la necesidad sexual de nuestros pacientes de diálisis?

Andrea Canillas-Sáez, María Natalia Gutiérrez-González, Maite González-Manjón, Virginia Fernández-Íñiguez de Heredia

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Araba. Álava. España

Introducción

Virginia Henderson en la “Necesidad de Comunicarse con los semejantes”, menciona que “se debe valorar la capacidad de la persona para insertarse e integrarse a un grupo social viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad”. El profesional de enfermería tiene un papel importante en el cuidado del paciente renal crónico en relación a la sexualidad ya que es un área a menudo descuidada por los profesionales de la salud. Aunque hay pocos estudios que relacionen el tratamiento renal sustitutivo y la sexualidad, la mayoría coinciden que la sexualidad está muy afectada.

Objetivos

Describir el grado de cuidado a nivel sexual de los pacientes en el Servicio de Diálisis. Evaluar tanto las limitaciones como las áreas de mejora que tienen los/las profesionales para atender la necesidad sexual del paciente.

Material y Método

Se realizó un estudio transversal descriptivo que consistía en cumplimentar dos encuestas diferentes. Una dirigida hacia los profesionales del servicio y otra dirigida hacia el propio paciente. El tamaño de la muestra constaba con 10 médicos, 2 residentes de medicina, 34 enfermeras y 14 técnicos en auxiliar de enfermería entre los dos hospitales. Por otro lado, el tamaño muestra de los pacientes era de 115 pacientes en tratamiento en hemodiálisis (HD), 4 pacientes en hemodiálisis domiciliaria (HDD) y 52 en diálisis peritoneal (DP).

Resultado

Únicamente contestó el 20,20% de los pacientes y el 50% de los profesionales de la unidad. Tras analizar los resultados obtenidos por parte de los profesionales, el 85% considera que los pacientes ven afectada su sexualidad. Debido a la

carga de trabajo en las unidades el 89,3% cree que no es posible tratar el tema con el máximo respeto, así como debido a la distribución de las instalaciones del servicio. Además de ello, el 64,3% no se considera capacitado para mantener este tipo de conversaciones. Tras analizar los resultados obtenidos por parte de los pacientes el 70% consideraba que el tratamiento renal sustitutivo había afectado mucho o en cierto modo su sexualidad. El 45% informó que su autoestima también había sido afectada debido al catéter de HD, DP o la fistula. El 64% de los pacientes y el 89,3% de los profesionales coinciden en la necesidad de creación de una consulta multidisciplinar para tratar varias necesidades: sexualidad, dietoterapia, cuidados de catéter/accesos vasculares, adherencia terapéutica...

Conclusiones

Aunque ha habido una baja participación tanto de profesionales como de pacientes, los datos registrados visualizan claramente que la sexualidad es una necesidad no atendida por parte del equipo sanitario y que a día de hoy sigue siendo un tema tabú e incómodo para los pacientes, a pesar de que indican que es un problema que les afecta directamente. Por ello creemos que es de gran importancia la creación de un espacio que cumpla aquellas expectativas de privacidad para tratar esta necesidad al igual que otras relacionadas con los cuidados del paciente en terapia renal sustitutiva a través de una consulta multidisciplinar con los diferentes profesionales sanitarios.

Estado emocional del paciente en hemodiálisis según la situación en lista de espera de trasplante renal

Victoria Iranzo-Quevedo, Gabriela Pérez-Boix, Manuel Vicente Ruiz-Carratalá, María Rodrigo-Valero

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción

Los cambios que se producen en el paciente renal durante la evolución de su enfermedad ocurren tanto a nivel físico como a nivel emocional. La ansiedad y depresión son dos de los principales problemas que estos pacientes presentan a nivel anímico, lo que puede empeorar su estado de salud y están asociados a un mayor número de comorbilidades e ingresos y un mayor grado de incumplimiento terapéutico. Existen factores derivados de la enfermedad renal como los cambios en su estilo y calidad de vida que pueden influir a nivel psicológico. La inclusión en la lista de espera de trasplante renal es para algunos de ellos la única esperanza de retomar su vida anterior y aunque es ésta la mejor opción de tratamiento para todo paciente renal, no es una opción terapéutica posible para todos.

Objetivo

Medir la prevalencia de la ansiedad y depresión entre los pacientes en programa de hemodiálisis crónica en nuestro hospital y estudiar la relación con la situación en la lista de espera de trasplante renal.

Material y Método

Se ha realizado un estudio observacional de corte transversal, descriptivo y unicéntrico durante el primer trimestre de 2022 entre los pacientes en hemodiálisis crónica en nuestro centro. Se recogieron datos demográficos, la historia nefrológica, comorbilidad, valoración del estado cognitivo mediante la escala de Pfeiffer y valoración de la calidad de vida mediante el cuestionario KDQOL™-36. Para la valoración del estado emocional se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Resultados

De los 39 pacientes incluidos en el programa, se descartaron 2 por presentar deterioro cognitivo y 1 por barrera idio-

mática. Finalmente se incluyeron en el estudio 36 pacientes (66,6% hombres y 33,3% mujeres) con una edad media de $64 \pm 13,8$ años. El tiempo medio de estancia en hemodiálisis era de $57,5 \pm 65,2$ meses, con una mediana de 34,5 meses. En el Índice de Comorbilidad de Charlson, el 55,5% presentaba una puntuación de más de 6. Respecto a la situación en lista de espera, 6 pacientes se encontraban incluidos, 10 en contraindicación temporal, 5 pendientes de iniciar el estudio para su inclusión y 15 excluidos definitivamente. Del total de pacientes, un 19,5% presentaba síntomas ansiosos, un 25% síntomas depresivos y en un 16,6% estaban ambos trastornos presentes. En cuanto a la situación en lista de espera, la prevalencia tanto de ansiedad como de depresión era mayor entre los pacientes fuera de lista con respecto a los incluidos en LET. Un 40% de los pacientes en contraindicación temporal y un 20% de los pacientes pendientes de realizar el estudio inicial presentaban ansiedad asociada a depresión.

Conclusiones

La prevalencia de ansiedad y depresión hallada en nuestro servicio es similar a otros estudios realizados con este tipo de paciente. En nuestra población de estudio encontramos que la presencia de estos trastornos es mayor entre los pacientes no incluidos respecto a los incluidos en LET y que los pacientes con una situación incierta en lista de espera de trasplante presentaban mayor asociación de síntomas de depresión y ansiedad que el resto de pacientes.

Estado nutricional y acceso vascular de los pacientes en hemodiálisis

Valentín Lozano-Moledo, Vanesa Villegas-Jiménez, Sonia Guerrero-Carreño, Sandra Gómez González, Nuria Clemente-Juan, Isaac Ponce-Serrano

Hospital Clinic. Barcelona. España

Introducción

El acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es esencial para el enfermo renal y determina el éxito o fracaso de los programas de HD crónica, paralelamente la desnutrición en estos pacientes tiene una alta prevalencia y una importante repercusión en la morbimortalidad total.

Objetivo

Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis, el tipo de AV y las complicaciones relacionadas con el mismo.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre 107 pacientes (66,3% hombres) con una edad media de $69,9 \pm 14,74$ años, en programa de hemodiálisis (tiempo medio en HD $55 \pm 52,94$ meses) a través de fístula arterio-venosa (FAV) nativa o protésica (77,5%) y catéter venoso central tunelizado (CVCT) (22,4%). Se estudió la relación entre el tipo de AV y el número de disfunciones del mismo con el estado nutricional de los pacientes según las siguientes escalas: Malnutrition Inflammation Score (MIS), Valoración Global Subjetiva (VSG) y Protein Energy Wasting syndrome (PEW). Datos nutricionales obtenidos de la calculadora informática NUTRENDIAL.

Resultados

Los pacientes en HD con un estado nutricional deficiente fueron portadores de un CVC en un porcentaje superior respecto a los que presentan un estado nutricional correcto; MIS > 9: 36,4% vs MIS < 9: 18,8%, PEW+: 38,9% vs PEW-: 19,1% y VGS mal nutrido: 50% vs VSG normal: 23,07%.

Conclusiones

Se observó una tendencia a la utilización CVCT como AV definitivo en pacientes desnutridos. Sin embargo, el número de intervenciones endovasculares y quirúrgicas relacionadas con disfunciones resultó muy similar en ambos grupos.

Evolución del recuento de anticuerpos tras la inoculación de la segunda dosis de la vacuna frente al SARS-CoV-2 en personal de diálisis

Ana María Sacristán Román, Cristina Ledesma-Torre, Elena Guerrero-Rodríguez, David Priego-Ortega, Laura Agraz-Martínez, David Hernán-Gascuña

Grupo de trabajo Unidades FRIAT. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

Desde que se inició la pandemia por SARS-CoV-2, los esfuerzos de la investigación sanitaria se centraron en el desarrollo de vacunas eficaces contra la enfermedad. Los anticuerpos generados pueden variar dependiendo de determinados factores y disminuyen con el paso del tiempo. La elevada infectividad del personal sanitario durante la pandemia hizo que este colectivo fuera considerado en la primera fase de vacunación en España, que incluía tanto la vacunación inicial como las dosis de refuerzo oportunas.

Objetivo

Determinar la evolución de los anticuerpos tras la inoculación de la segunda dosis de vacuna frente a SARS-CoV-2 en personal de diálisis.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo de corte trasversal, multicéntrico. Se vacunó al personal sanitario voluntariamente, con la segunda dosis de la vacuna ARN (Pfizer/Moderna). Posteriormente a la vacunación se realizó una determinación serológica del recuento de anticuerpos totales anti proteína "S". La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario ad hoc online anónimo y voluntario. Los datos fueron procesados con el programa SPSS V. 28.

Resultados

Se estudian 43 profesionales que trabajan en 18 unidades de diálisis. El 88,4% son mujeres y el 11,6% hombres, con una edad media de $40,5 \pm 10,8$ años. Todos han sido vacunados con vacunas ARN (86% Pfizer y 14% moderna). El 16,3% ha pasado previamente la infección. El recuento de anticuerpos se ha realizado trascurridos 247 ± 87 días tras la anterior determinación serológica. La media de anticuerpos tras la vacunación de la primera dosis fue de 13.891 ± 12.441 (Rango: 175,4-40.000) y la media de anticuerpos tras

vacunación de la segunda dosis de 4.432 ± 8.697 (Rango: 0-42.000). Aquellos profesionales que han pasado previamente la infección tienen un promedio de anticuerpos tras la segunda dosis de vacunación significativamente mayor que los que no (13.975 vs 2.986) ($p=0,007$). No existe relación significativa entre la reactividad correlacionada con el sexo, la edad, tiempo trascurrido entre ambas determinaciones serológicas ni marca de vacuna administrada. No se han encontrado diferencias significativas entre el descenso de anticuerpos tras la vacunación de la primera y la segunda dosis.

Conclusiones

Pese a que todos los participantes han alcanzado inmunidad frente a SARS-CoV-2 tras la inoculación de la segunda dosis de la vacuna, una vez trascurridos 8 meses se objetivó un descenso importante del número de anticuerpos, por lo que no es posible conocer hasta qué punto se mantiene una inmunidad celular adecuada trascurrido este tiempo. La disminución del número de anticuerpos es menor entre aquellos participantes que han pasado la infección, probablemente debido a que parten de niveles superiores de anticuerpos. Haber pasado previamente la infección es el único factor que se asocia significativamente con el desarrollo de un mayor número de anticuerpos.

Experiencia en la implantación de una vía clínica de biopsia renal percutánea en nuestro centro

Noelia Blanco-Velasco, María Marcos-Hidalgo, María Elisa Casado-Montero, Miriam Berzal-Gómez, Verónica Gamarra-González, Sonia Velasco-Ballesteros

Hospital General de Segovia. España

Introducción

La biopsia renal percutánea (BRP) es un procedimiento no exento de complicaciones. Factores como la falta de comunicación médico-enfermera, la falta de trabajo en equipo y la falta de un protocolo, pueden llevar a incidentes fácilmente evitables. Hasta 2020, en nuestro centro la BRP se realizaba siguiendo las recomendaciones generales de la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, pero no disponía de una Vía Clínica específica. Con el fin de disminuir los incidentes por falta de coordinación con el personal de la planta de hospitalización y por falta de comunicación con el personal de la unidad de diálisis, se decidió elaborar una Vía Clínica de BRP que contase con una lista de verificación que facilitase a los diferentes profesionales implicados la identificación de las tareas a realizar en cada fase del proceso.

Objetivos

Evaluar el cambio en el número de incidencias por falta de coordinación entre la planta de hospitalización y el Servicio de Nefrología tras la implantación de la Vía Clínica de BRP. Evaluar la satisfacción del paciente en varios aspectos tras la implantación de la Vía Clínica de BRP.

Material y Método

Creación de grupo de trabajo compuesto por tres enfermeras y un nefrólogo. Revisión bibliográfica de los últimos 10 años. Creación de una Vía Clínica con listas de verificación o check-list de pasos a seguir en la realización del procedimiento. Sesiones clínicas impartidas al personal de enfermería de hospitalización y al personal de la unidad de diálisis, previos a la implantación de la Vía Clínica. Elaboración de encuestas de satisfacción para los pacientes. Recogida de resultados a lo largo de 2021. Análisis de incidencias anterior y posterior a la implantación de la Vía Clínica

Resultados

Se realizaron un total de 8 BRP en 2021, con una cobertura de la Vía Clínica del 100%. Tras la implantación de la Vía Clínica de BRP, el número incidencias por falta de coordinación ha disminuido (12,5% vs 62,5%). Antes de la implantación se recogieron cinco incidencias (falta de vía periférica (2), falta de analítica (2), error en recogida de muestra (1), después de la implantación se recogió una incidencia (no se completó la vía clínica porque no se recogió la encuesta de satisfacción del paciente). Las encuestas mostraron porcentajes altos de satisfacción del paciente con la información recibida (87,5%), con la asistencia sanitaria (100%), con la amabilidad del personal de enfermería y médico (100%) y con la atención recibida durante el año 2021 (100%).

Conclusiones

La implantación de la Vía Clínica de BRP ha disminuido el número de incidentes por falta de coordinación, a la vez que ha mejorado la satisfacción y seguridad del paciente. La introducción de la Vía Clínica ha supuesto la estandarización del trabajo y de los registros durante el procedimiento. Este registro engloba el trabajo del personal médico, y sobre todo, del personal de enfermería de la Unidad de Diálisis y de la planta de hospitalización. La Vía Clínica ha permitido una excelente comunicación entre todo el personal y el paciente.

Fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de hemodiálisis

Marta María Torres-Romero, Marisol Torres-Romero, Miguel Ángel Moral-Caballero, Graciela Álvarez-García, Eva Sanjuán-Suria, Andrea Muñoz-Pérez

Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España

Introducción

Los pacientes frágiles tienen mayor riesgo de mortalidad, complicaciones y discapacidad, estableciéndose una alta prevalencia de fragilidad entre sujetos con enfermedad renal crónica (ERC), sobre todo en terapia renal sustitutiva (TRS). La diálisis aumenta el número de hospitalizaciones, reduce la calidad de vida y afecta a la capacidad funcional, siendo muy difícil mantener esa situación funcional tras iniciar TRS. La edad avanzada, la situación funcional y la comorbilidad son características fuertemente asociadas con la mortalidad en diálisis. En presencia de la ERC, el estado funcional se va deteriorando, principalmente en aquellos pacientes con una elevada comorbilidad asociada. El motivo de este estudio es reflejar el impacto que tiene la fragilidad en los pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis (HD).

Objetivos

Objetivo principal. Analizar la fragilidad que tiene el paciente con ERC sometido a una terapia de HD en la unidad de diálisis de un hospital terciario.

Objetivo secundario. Relacionar la comorbilidad que presentan estos pacientes con los resultados obtenidos al aplicarles la Escala de Fried.

Material y Método

Diseño del estudio: Estudio observacional, transversal, descriptivo, en pacientes con ERC en HD en la unidad de diálisis de un hospital terciario, con una muestra de 69 pacientes. Variables a estudio: Variables demográficas y clínicas: edad, sexo, diabetes mellitus, Índice de Charlson (comorbilidad), y Escala de Fried (fragilidad). Variables analíticas: hemoglobina (g/L), albúmina (mg/dl), pre-albúmina (mg/dl) y PCR (mg/dl).

Resultados

- N 69, el 63,7% eran hombres (n=44).
- La media de edad fue de $71 \pm 13,2$ años. El 44,9% eran diabéticos.

- La media del índice de Charlson fue de $8,49 \pm 2,45$.
- Los hombres presentaron mayor comorbilidad que las mujeres, $9,05 \pm 2,25$ y $7,52 \pm 2,55$ respectivamente, siendo estadísticamente significativo ($p=0,012$).
- El 64% de la muestra sufre debilidad muscular (n=44) y la media de fuerza hallada fue de $23,7 \pm 10,5$ kg.
- Esta medición por dinamometría muestra una asociación entre el sexo (masculino) y una mayor fuerza muscular ($p<0,001$).
- El 42% muestran PCR elevada (n=29), con media de $1,4 \pm 0,42$ mg/dl.
- La media de la Escala de Fried fue de $2,39 \pm 3$. De estos un 52,2% eran frágiles, un 29% pre frágiles y 18,8% no frágiles.
- No existe una relación entre el sexo y la fragilidad, hombres $1,59 \pm 0,24$ y mujeres $1,5 \pm 0,3$ ($p=ns$).
- Un 54,8% de los diabéticos eran frágiles, pero no alcanzó significación estadística ($p=0,96$).
- Se ha encontrado una relación entre el Índice de Charlson y la fragilidad ($p<0,05$).
- No se demuestra asociación entre ninguno de los parámetros bioquímicos nutricionales y la fragilidad ($p=ns$).

Conclusiones

Más de la mitad de pacientes con ERC en HD son pacientes frágiles, con alta comorbilidad y que presentan debilidad muscular y alteraciones analíticas inflamatorias, con lo cual es necesario que enfermería pueda detectar su fragilidad y prevenir e intervenir a tiempo para mejorar su calidad de vida. Las herramientas para evaluar la fragilidad pueden ser útiles para identificar qué pacientes están en riesgo de padecer más complicaciones y disminuir variabilidades en nuestra práctica clínica habitual. Tanto la comorbilidad elevada, como una mayor fuerza muscular están asociados al sexo masculino.

Hemodiálisis pediátrica. Uniendo familias

Sandra Ramos-Seoane, María Pose-Almallo, Carina Caamaño-Lado, Elena Petisco-López, Mónica Álvarez-Pombo

Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. España

Introducción

En España la incidencia anual de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en menores de 18 años es de 8,1 nuevos casos por millón de habitantes. La mejor opción terapéutica, y que reciben un 30% de los pacientes incidentes, es el trasplante renal anticipado. Si bien, la segunda opción terapéutica es la diálisis peritoneal, especialmente en lactantes, un 8,8% de los niños españoles menores de 14 años recibe tratamiento con hemodiálisis (HD) hospitalaria. Los pacientes pediátricos que necesitan tratamiento renal sustitutivo han aumentado desde el 6% hasta un 18,4% del total con dicha patología. El Registro de Insuficiencia Renal Pediátrica Español (REPIR) describe un aumento progresivo y sostenido del número de pacientes en ERCA. Si se extrapolan los datos a la población gallega, llegarían a ERCA 2,59 niños por año. Para dar respuesta a las necesidades de estos niños en nuestra Comunidad Autónoma, se elaboró un proyecto a partir del cual nuestro hospital fue reconocido como Centro de Referencia para la depuración renal extracorpórea infantil.

Objetivos

Describir el proceso de implantación de la HD pediátrica en nuestro hospital.

Material y Método

Se necesitaron 2 monitores 4008 y adaptación de un monitor 5008 con software pediátrico, líneas y filtros adecuados. El espacio físico para la realización de la técnica fue la UCI de pediatría. Se constituyó el equipo con 2 nefrólogas pediatras y 4 enfermeras con amplia experiencia en HD de adultos. Se realizó un plan de formación, con la asistencia como docente, de una enfermera de nefrología pediátrica de otra Comunidad Autónoma, constituido por 3 sesiones teóricas y 7 sesiones prácticas, con la realización en vivo de la técnica.

Resultados

Desde la puesta en marcha de la Unidad de HD pediátrica en diciembre del 2020, se dializaron 3 niños, recibiendo uno de ellos también recambio plasmático después de un trasplante renal. Se evidenciaron diferencias entre la HD de adulto y la pediátrica, en cuanto a flujo de sangre, volúmenes extracorpóreos, tamaño del dializador, ultrafiltración y signos clínicos de las posibles complicaciones. La formación aportó seguridad y tranquilidad al realizar la técnica. Las sesiones de HD se realizaron sin complicaciones.

Conclusiones

La enfermera de hemodiálisis pediátrica requiere de habilidades y competencias para la realización tanto de técnicas de HD como de aféresis terapéuticas. Como enfermeras de HD de adultos estamos acostumbradas al manejo diario del circuito extracorpóreo, pero no al manejo del paciente pediátrico. Para ello, la formación recibida garantizó una atención adecuada a estos pacientes y facilitó la adaptación del profesional experto de HD de adultos a la HD pediátrica. La implementación de esta Unidad sirvió para ayudar a las familias a acercarse a sus hogares, ya que antes recibían dicho tratamiento en otra comunidad autónoma, mejorando considerablemente la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Esta experiencia fue un estímulo para continuar con la formación de nuevas técnicas y retos. Actualmente estamos en período de formación de la lipoaféresis en el paciente pediátrico.

Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la actividad asistencial y en la salud del personal de hemodiálisis en las diferentes oleadas

David Hernán-Gascueña, Mónica Pereira-García, Paula Manso-del Real, Dolores Piña-Simón, Cristina Ledesma-Torres, Adriana Iglesias-González

Grupo de trabajo Unidades FRIAT. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un desafío sin precedentes para los sistemas de salud. Además de las consecuencias sobre los pacientes renales infectados, mantener la actividad en los centros se ha convertido en todo un reto, dada la escasez de personal por las bajas derivadas de la afectación de los profesionales por la infección.

Objetivos

Analizar la incidencia de contagios por Covid-19 entre los profesionales de las unidades de hemodiálisis, sus características y su repercusión en bajas laborales a lo largo de las diferentes oleadas de la pandemia

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo con un seguimiento desde el 3 de marzo de 2020 hasta el 23 de abril de 2022 (776 días) en 18 unidades de diálisis y en una unidad administrativa de apoyo. Los datos se han segmentado en 6 periodos (oleadas), establecidos según el Ministerio de Sanidad. La muestra de trabajadores con contrato oscila entre 365 y 442 trabajadores según el periodo. La recogida de datos se realizó a través de la comunicación directa de las supervisoras de las unidades, junto con las comprobaciones y seguimiento del departamento de recursos humanos cotejadas con las altas y bajas en seguridad social. Los datos fueron procesados con el programa SPSS v28, mediante un análisis descriptivo, Chi cuadrado y ANOVA.

Resultado

Un total de 176 profesionales estuvieron infectados durante el periodo de estudio. La afectación del personal ha variado a lo largo de las 6 oleadas siendo significativamente superior en la 6ª oleada en relación al global de personal estudiado: 30/365 (8,2%); 14/440 (3,2%); 22/380 (5,7%); 4/386 (1,0%), 14/424 (3,3%) y 95/442 (21,4%) respectivamente. De los positivos el 50,8% eran enfermeras, 25%

auxiliares, 25% otros profesionales y, por último, el 10% eran nefrólogos. En el 40% de los casos presentaron síntomas, mostrando diferencias significativas entre oleadas. Más sintomáticos en la 1ª ola (73,3%) y menos en la 4ª (0%) ($p < 0,001$). Solo 1 profesional requirió ingreso hospitalario (0,6%) en la 1ª oleada y no hubo ningún exitus. Un total de 160 (94,7%) de los afectados estuvo de baja con una media de $15,9 \pm 14,3$. El porcentaje de bajas no varió a lo largo de las oleadas de la pandemia ($p = 0,351$) pero sí entre unidades (algunos concentraron el 12,5% de las bajas totales, mientras otros no alcanzaron el 0,6%) ($p < 0,001$). En el 71,6% se detectó un contacto estrecho (todos fuera de las unidades) y esta identificación de contactos fue creciente según avanzaban las oleadas, pasando de un 6,7% en la 1ª ola a un 40% en la 6ª ola ($p = 0,016$). No hay diferencias significativas respecto a edad, sexo, ingresos hospitalarios o comunidad autónoma de procedencia.

Conclusiones

La pandemia por Covid ha afectado de forma intensa al personal de hemodiálisis afectando a la actividad de las unidades, como consecuencia de las bajas laborales y días de incapacidad y variando a lo largo de las diferentes oleadas de la pandemia: mayor afectación y más detección de contactos en la 6ª ola. La sintomatología del personal sanitario ha sido leve y los contactos detectados han sido fundamentalmente comunitarios sin registrarse ningún contacto a través de los pacientes renales.

Impacto de una intervención educativa nutricional mediante el uso de medios audiovisuales para pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Sonia Elvira-Carrascal, Judit Bou-Folgarolas, Marta Colomer-Codinachs, Marta Roquet-Bohils, Emma Puigoriol-Juventeny, Alicia Minaya-Freire

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

Introducción

La educación en salud es una herramienta utilizada para prevenir la enfermedad promoviendo estilos de vida saludables. Existe un grupo de enfermedades crónicas donde la educación permite mejorar la calidad de vida de las personas, entre las que se encuentra la insuficiencia renal crónica (IRC), patología que en su etapa final requiere como tratamiento, entre otros, la hemodiálisis. Los pacientes en programa de hemodiálisis a menudo presentan alteraciones en los niveles de fósforo que pueden ser indicadores de hábitos alimentarios inadecuados. Hoy en día sabemos que la persona que tiene una enfermedad, sobre todo si ésta es crónica, debe ser gestora de su salud y para ello necesita estar informada; así su tratamiento será más eficaz y la adherencia más elevada. Gracias a las nuevas tecnologías, tenemos más que nunca, al alcance de nuestra mano, una gran cantidad de información. Este estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa nutricional en el control de los niveles de fósforo mediante el refuerzo de audiovisuales en los pacientes sometidos a un programa de hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes tratados en la Unidad de Hemodiálisis, entre enero del 2020 y noviembre del 2021. Se recogieron variables sociodemográficas y los valores analíticos. Intervención: A los pacientes con un valor de fósforo (P) ≥ 5 mg/dl de forma estandarizada se les realiza una intervención educativa que consiste en una serie de explicaciones y recomendaciones orales, principalmente dietéticas, con el objetivo de equilibrar los valores de fósforo a través de la dieta. A partir de enero de 2021, a dicha intervención se le añadió un soporte audiovisual para reforzar la información oral. Los pacientes visualizan los videos mientras realizan la sesión de hemodiálisis (HD). Los pacientes incluidos y tratados durante el 2020, recibieron la intervención solo oral y los de 2021 la información oral más el refuerzo audiovisual.

Resultados

76 pacientes fueron tratados en la unidad de HD durante el año 2020, y 64 durante el 2021, de los cuales 45 (59,2%) y 44 (68,8%) respectivamente, presentaron en algún control analítico un valor de $P \geq 5$ y fueron los que se incluyeron en el estudio. Los pacientes incluidos en ambas muestras tenían una media de edad de 71 años (2020: $71 \pm 13,2$; 2021: $70,3 \pm 12,4$). De los pacientes que presentaron valores $P \geq 5$ durante el año 2020 (n=45), después de realizar la intervención el 42,2% presentaron valores $P < 5$, mientras que el año 2021 (n=44) después de realizar la intervención con el refuerzo del audiovisual el 56,8% presentaron valores $P < 5$ (p=0,169). A pesar que estos resultados no son estadísticamente significativos, esta diferencia sí es clínicamente importante.

Conclusión

Los niveles de fósforo de los pacientes que reciben una intervención educativa mejoran en más de la mitad de los casos. El porcentaje de pacientes con valores de $P < 5$ mg/dl es mayor cuando la intervención educativa incluye videos explicativos que refuerzan la información ofrecida de forma oral.

Impacto del prurito en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en programa de hemodiálisis hospitalaria

Belén Sánchez García¹, Antonio Buzón Povea², Salvador Galiano Robles¹, Elvira Esquivias de Motta¹, M^a Dolores Martínez Esteban¹

¹ Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

² Diaverum Servicios Renales Torremolinos. Málaga. España

Introducción

El prurito crónico se define como una sensación desagradable en la piel que conduce al deseo de rascarse, que persiste más de 6 semanas. Entre sus causas está la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Cuando la intensidad del prurito es moderada o grave, deteriora notablemente la calidad de vida (CV) de los pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) y se asocia a peores resultados clínicos. Por ello es importante la identificación de los pacientes que lo sufren, utilizando escalas validadas que reflejen su intensidad y el impacto sobre la CV del paciente.

Objetivo

Principal: Estimar la prevalencia de prurito asociado a ERC (Pa-ERC), en nuestra población de HD hospitalaria.

Secundarios: Definir intensidad de prurito y su impacto en la CV, y evaluar diferencias en la prevalencia de prurito según comorbilidades y datos analíticos.

Material y Método

Estudio de cohorte observacional, longitudinal y retrospectivo que incluye 54 pacientes en programa de HD hospitalaria. Se recogen variables demográficas, clínicas y analíticas. Se registran datos de bioimpedancia y de escalas validadas de la intensidad del picor (WI-NRS) y de la gravedad de la enfermedad evaluada por el paciente (SADS) que valora el impacto del prurito en la CV. La muestra fue analizada con SPSS 15.0. Para las variables cuantitativas se utilizó la media aritmética como medida de centralización, junto a la desviación típica y el coeficiente de variación. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para aquellos parámetros que no seguían una distribución normal se empleó la mediana y el rango intercuartílico. La comparación de variables se realizó con la T de student y Chi-Cuadrado. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellos valores con una $p \leq 0,05$.

Resultados

La edad media de los pacientes incluidos fue $57,89 \pm 15,89$ años. El 37 % de los pacientes eran diabéticos, el 75,9 % hipertensos, el 42,6% tiene arteriopatía periférica, 31,5 % insuficiencia venosa y un 24,1 % sufre obesidad. Un 11,1 % de los pacientes tiene un diagnóstico dermatológico que puede causar prurito. La prevalencia de prurito fue del 38,9%. (9,3% grado severo -9,3% moderado -20,4% leve). No encontramos diferencias en cuanto a la prevalencia o intensidad del prurito según técnica de HD o dializador empleado. Asimismo, tampoco encontramos diferencias en relación con las comorbilidades o variables analíticas del paciente.

Conclusiones

La prevalencia de prurito en nuestro medio es más baja que la recogida en otras series donde es aproximadamente un 70%. En nuestra población estudiada un 85,2% de los pacientes no tenían diagnóstico dermatológico, sistémico, neuropático o psicógeno que pudiera ser la causa del prurito y se consideró Pa-ERC. Un porcentaje elevado de los pacientes presenta un grado de prurito moderado grave. La CdV-RS del paciente con Pa-ERC se deteriora con un aumento de la gravedad de los síntomas. Y es por este impacto en la CV además de complicaciones asociadas descritas en otros estudios, que hemos de tener en consideración.

Influencia de la formación específica de la enfermería de hemodiálisis en la tasa de bacteriemia de catéteres venosos tunelizados: estudio analítico observacional

Verónica Gimeno-Hernán^{1,2}, Araceli Faraldo-Cabana^{1,2}, María del Rosario del Pino-Jurado¹, Ismael Ortuño-Soriano^{2,3}, José Antonio Herrero-Calvo¹

¹ Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

² Grupo de Investigación en cuidados. Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

³ Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España

Introducción

La infección relacionada con Catéter Venoso Central (CVC) es la complicación más frecuente y grave en los pacientes en hemodiálisis, asociada a una elevada mortalidad y morbilidad. La incidencia de bacteriemia es de 0,9 a 2 episodios por catéter y año en España. Los cuidados de enfermería son esenciales para su mantenimiento, minimizar los factores de riesgo y evitar complicaciones tales como la bacteriemia, por lo que deben ser manipulados por profesionales especializados. Su uso ha de restringirse al tratamiento de hemodiálisis y siempre han de usarse medidas de asepsia para su manipulación.

Objetivos

El objetivo principal del estudio fue describir la influencia que tiene la formación de las enfermeras sobre la tasa de bacteriemias de los pacientes portadores de catéteres, en una unidad de hemodiálisis de un hospital de tercer nivel durante un periodo de un año. Como objetivos secundarios se analizó la influencia del ratio enfermera-paciente y la descripción de las variables sociodemográficas y comorbilidades de los pacientes portadores de este tipo de accesos vasculares.

Material y Método

Con una metodología analítica observacional se obtuvieron los datos relativos a la formación con entrevistas al personal de enfermería, datos del ratio enfermera-paciente y seguidamente, se contabilizaron las bacteriemias acontecidas en un año, a través del registro de la base de datos de la unidad y del servicio de microbiología clínica del hospital. Finalmente, se pretendió relacionar la influencia de la formación

enfermera y el ratio sobre la tasa de bacteriemia realizando una comparativa entre los cuatro bloques que forman la unidad de hemodiálisis.

Resultados

Sobre un total de 41 catéteres tunelizados en 35 pacientes, seguidos durante 365 días, se obtuvo una tasa de incidencia de 1,45/1000 días de catéter, no habiendo encontrado relación estadísticamente significativa con la formación enfermera ($p=0,330$) o la experiencia ($p=0,668$). Esto pudo ser debido a la heterogeneidad de los datos y el efecto que esto tuvo en el control de estas variables sobre el evento a estudio.

Respecto a los objetivos secundarios se objetivó una relación inversa con el número y duración de sesiones ($p=0,02$). Finalmente se hizo una descripción exhaustiva de las variables sociodemográficas a estudio de los pacientes portadores de CVC de la unidad.

Conclusiones

Abordarlo desde un punto de vista muticéntrico, en hospitales de tercer nivel, con similares características en cuanto a la organización de las unidades de estudio, o aumentando el tiempo de observación y que éste fuera prospectivo, se considerarían aspectos a tener en cuenta para así poder demostrar esta relación, que en otros contextos sí se ha llegado a evidenciar.

Influencia del sexo en el grado de fragilidad de los pacientes en hemodiálisis

Judit Bou-Folgarolas, Sónia Elvira-Carrascal, Marta Colomer-Codinachs, Karla Flores-Gimeno, Emma Puigoriol-Juveny, Alicia Minaya-Freire

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

Introducción

La fragilidad ha sido definida como un síndrome o estado de deterioro y aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés que se produce con el envejecimiento. Se caracteriza por debilidad y descenso de las reservas funcionales biológicas, lo que lleva a un riesgo aumentado de evolución desfavorable hacia la discapacidad, la hospitalización y el fallecimiento. El riesgo de desarrollar fragilidad se incrementa según las comorbilidades, la baja posición socioeconómica, la mala alimentación y los estilos de vida sedentarios. El estilo de vida y los factores de riesgo clínicos pueden modificarse mediante intervenciones específicas y acciones preventivas. La prevalencia de fragilidad en pacientes en hemodiálisis (HD) se estima entre un 26% a 73%. Esta variabilidad se puede explicar por las diferencias en las poblaciones estudiadas y las distintas herramientas empleadas para su valoración.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar el grado de fragilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en HD y explorar la influencia del sexo en la fragilidad.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes tratados en una Unidad de Nefrología de un Hospital Universitario durante abril de 2022. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, tiempo en HD) y la fragilidad mediante el Índice de Fragilidad-VIG. El IF-VIG consta de 22 preguntas que valoraran 25 déficits. Se obtiene una puntuación final entre 0 y 1 que permite categorizar la fragilidad en 4 grados: pre-fragilidad (0-0,19) fragilidad inicial (0,20-0,35), fragilidad Intermedia (0,36-0,50) y fragilidad avanzada (0,51-1,00). La evaluación de la fragilidad la realizó la enfermera investigadora principal y los datos sociodemográficos se recogieron de la historia clínica de los pacientes, con el consentimiento de éstos.

Resultados

Se incluyeron 86 pacientes con una media de edad de 68,9 \pm 12,5 años. El 36% eran mujeres y el 70,9% llevan en HD \leq 3 años. Según el IF-VIG, 43 (50%) de los pacientes presentaron pre-fragilidad y el 37% fragilidad inicial. Al explorar la relación entre las variables de la fragilidad y el sexo solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas, probablemente debido al tamaño de la muestra, entre la dependencia funcional (Índice Barthel) y el sexo: el 48,4% de las mujeres presentaron dependencia (leve, moderada o grave) frente al 27,3% de los hombres ($p=0,049$). Por otro lado, a pesar de que no existe significación estadística ($p>0,05$), cabe destacar que las mujeres necesitaban más ayuda con los asuntos económicos (41,9% mujeres-36,4% hombres). Además, la mayoría tomaba >5 fármacos (83,9% mujeres-72,7% hombres). Así mismo, tomaban más medicación antidepresiva (25,8% mujeres-18,2% hombres) y más benzodiazepinas y/o coadyuvantes para el insomnio o la ansiedad (41,9% mujeres-36,4% hombres). Las enfermedades oncológicas (6,5% mujeres-3,6% hombres), respiratoria (22,6% mujeres-18,2% hombres) y hepática (9,7% mujeres-7,3% hombres) predominan más en ellas.

Conclusión

Los pacientes con ERCA en HD presentan pre-fragilidad o fragilidad inicial. Estos resultados según el sexo permiten establecer acciones preventivas para mejorar el área social, cognitiva, física y la polifarmacia de nuestros y nuestras pacientes.

Intimidación percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis

Andrés Ila-García, Gustavo Manuel Contreras-Martos, Antonio Ochando-García

Hospital Universitario de Jaén. España

Introducción

En los últimos años se están produciendo cambios importantes en la participación de los cuidados dentro del sistema sanitario. La intimidación constituye uno de los aspectos más valorados por los pacientes y sus familiares. Las unidades de hemodiálisis son servicios donde se requiere un importante control de diferentes aspectos técnicos, siendo este uno de los motivos por el que varios autores describen que se corre el riesgo de dejar al margen otros aspectos más cercanos al área relacional o incluso con la humanización de la asistencia sanitaria.

Objetivos

Evaluar la percepción de la intimidación de los pacientes en una unidad de hemodiálisis, analizando la evolución de la misma a lo largo del tiempo e identificando posibles áreas de mejora.

Material y Método

Estudio observacional de corte transversal de los pacientes en hemodiálisis de un hospital provincial, realizando tres puntos de corte correspondientes a los años 2018, 2019 y 2021. Para valorar la intimidación se utilizó el cuestionario desarrollado por Mozota-Duarte, en el que se recogen 11 ítems (escala Likert 1-5), englobándose en las dimensiones de intimidación auditiva, intimidación visual y privacidad global. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS V20. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad de los datos. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, así como medianas y rangos intercuartílicos para la descripción de las variables. Se utilizaron test no paramétricos para analizar la variabilidad de la intimidación a lo largo de los tres años, así como su relación con las variables sexo y edad. Se aceptó un error alfa de 0,05. La cumplimentación del cuestionario fue voluntaria. El estudio se llevó a cabo cumpliendo con los principios éticos de investigación y la legislación vigente.

Resultados

Se recogieron un total de 125 cuestionarios (tasa de respuesta 80,13%), correspondientes a los años 2018, 2019 y 2021. Los participantes presentaron una mediana de edad de 68 años ($P_{25}:46,5-P_{75}:80$), siendo 65 (52%) hombres. El alpha de Cronbach del cuestionario fue de 0,843. Los atributos que conformaban la intimidación global obtuvieron una mediana de puntuación de 4,66 ($P_{25}:4-P_{75}:5$), la intimidación auditiva 4,75 ($P_{25}:4,25-P_{75}:5$) y la intimidación visual 4,75 ($P_{25}:4,25-P_{75}:5$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de los ítems a lo largo de los 3 años estudiados. Los atributos peor calificados (puntuaciones ≤ 3), fueron los relativos a “haber escuchado conversaciones de otros pacientes” (19,2%) y “haber visto explorar a otros pacientes” (20,8%). Al analizar la variable sexo en los 11 ítems estudiados, las mujeres puntuaron peor el ítem “poder haber sido vista por otras personas” ($p=0,046$), no hallándose significación estadística en ningún otro atributo. Encontramos relación inversa entre la edad y los 4 ítems relativos a la intimidación auditiva ($p \leq 0,05$, Rho de Spearman obtuvo valores comprendidos entre -0,176 y -0,264, en los 4 ítems).

Conclusiones

La intimidación percibida por los pacientes en la unidad de hemodiálisis ha sido alta, manteniéndose estable en el tiempo, tanto en las dimensiones auditiva, visual como global. Se han identificado posibles áreas de mejora.

La fragilidad en el paciente en hemodiálisis. Revisión bibliográfica como posible herramienta para la creación de un protocolo de detección, seguimiento y prevención

Marta Moreda-Díaz Pavón, Adriana Iglesias-González

Unidad FRIAT Hospital Infanta Elena. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid. España

Introducción

La fragilidad es una condición clínica que va más allá del aspecto físico. Es una alteración de múltiples sistemas que produce una pérdida progresiva de funcionalidad pudiendo llegar a originar discapacidad. En los pacientes con enfermedad renal crónica existe un incremento de la incidencia de fragilidad debido a factores como la restricción proteica al inicio de la enfermedad renal, a la resistencia a los cambios de hábitos nutricionales cuando comienzan con tratamiento renal sustitutivo y al síndrome de desgaste energético-proteico añadido a la técnica entre otros.

Objetivos

Revisar de forma sistemática los estudios sobre fragilidad en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con el fin de señalar las herramientas de las que dispone enfermería para la detección, seguimiento y mejora de los pacientes.

Material y Método

Revisión de tipo narrativo empleando las bases de datos PubMed/Medline y CINAHL Complete. Se introdujeron palabras clave como hemodiálisis, fragilidad y sarcopenia, y se excluyeron estudios clínicos, revisiones y artículos de opinión que no mantuvieran la fragilidad en el paciente en hemodiálisis como objeto de estudio.

Resultados

Se obtuvieron 297 estudios publicados entre 2017 y 2022, tanto en inglés como en español, de los que excluimos 196 y seleccionando finalmente 101 estudios que cumplieron los criterios de selección.

Discusión

De la lectura de los artículos y estudios seleccionados sobre el abordaje del paciente frágil en tratamiento de hemodiálisis

se desprenden dos alternativas: tratamiento farmacológico y no farmacológico, trabajando ambas de forma sinérgica. El primero consiste en la suplementación de vitamina D, módulos proteicos y de macro y micro nutrientes. En cambio, el tratamiento no farmacológico incluye la monitorización del estado nutricional y funcional mediante escalas validadas e índices de fragilidad, pruebas de ejecución que valoran la marcha y la movilidad, optimización de la dieta oral mediante recomendaciones dietéticas para intentar asegurar un adecuado aporte de proteínas y el entrenamiento de ejercicio multicomponente.

Conclusión

Existen múltiples herramientas que abarcan cada uno de los aspectos que influyen en la valoración y detección de la fragilidad. Desde el punto de vista de enfermería, cobra especial relevancia el tratamiento no farmacológico, el cual engloba el abordaje nutricional (mediante escalas nutricionales, medidas antropométricas y docencia), valoración del cumplimiento de las estrategias de suplementación (mediante entrevistas terapéuticas) y desarrollo de actividad física (con tablas de ejercicios fácilmente individualizables). La fragilidad es un síndrome clínico multifactorial con alta incidencia y prevalencia entre la población con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, que aumenta la vulnerabilidad, dependencia, comorbilidad y con ello el riesgo de mortalidad. La creación de un protocolo para la detección precoz y seguimiento de la fragilidad se convierte en una herramienta prioritaria para poder aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes, sin olvidar que la actualización constante del profesional de enfermería supone un pilar fundamental en la mejora del paciente frágil en las unidades de hemodiálisis a la hora de ofrecer una atención integral, holística y de calidad.

La importancia de la adherencia al tratamiento del fósforo en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Eva Sanjuán-Suria, Sandra Montes-Martín, Graciela Álvarez-García, Miguel Ángel Moral-Caballero, Marta María Torres-Romero, Guillermina Barril-Cuadrado

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

La progresión de la ERC tiene numerosas consecuencias, como la hiperfosforemia. Los niveles elevados de fósforo (P) favorecen alteraciones en el metabolismo óseo-mineral, el desarrollo de arterioesclerosis y aumento del riesgo cardiovascular. Un objetivo nutricional en la ERC es el ajuste de la ingesta de P. Esto implica un enfoque multidisciplinar para el correcto tratamiento con adecuación de la dieta, ajuste de la HD y captadores del P. Conocer el grado de adherencia terapéutica es importante para evaluar la efectividad del tratamiento y detectar el fracaso terapéutico. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios dispongan de herramientas para valorar dicha adherencia que faciliten la intervención apropiada para cada paciente. Una adecuación del estilo de vida con dieta correcta, la adherencia al tratamiento con captadores del P y sus posibles efectos secundarios, junto con optimizar la HD; facilitan alcanzar el objetivo en el control de los valores de P sérico, repercutiendo en la morbimortalidad del paciente.

Objetivo

Evaluar el conocimiento de la importancia del P en pacientes en HD y su adherencia terapéutica en la modificación de la dieta y toma de captadores de P.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional transversal. La muestra la conforman 59 pacientes en hemodiálisis (HD), en un hospital público. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos; edad, sexo, DM, parámetros analíticos fósforo (P), tratamiento con captadores del fósforo y tiempo medio estancia en HD. Para medir la adherencia al tratamiento se utiliza como instrumento, el test de Morisky Green y un cuestionario de evaluación elaborado por los investigadores para evaluar los conocimientos del fósforo en la dieta.

Resultados

Se valoraron 59 pacientes en HD, con una media de edad de $71,23 \pm 12,3$ años. El 64,4% eran hombres. El 34% diabéticos. La media del tiempo en hemodiálisis fue de $41,70 \pm 37,92$ meses. El fósforo (P) medio $4,3 \pm 1,5$; tomando el 53% de los pacientes captadores del P. Según la escala de Morisky, el 65% de los pacientes no se olvidan, ni dejan de tomar la medicación, el 63% no necesitan que les recuerden tomar la medicación y un 56% siente que es un fastidio lidiar con el tratamiento. Un 34% de los pacientes no saben lo que es el fósforo en los alimentos, ni conocen la importancia de limitar este en la dieta. El 30% no saben si toman captadores.

Conclusiones

En este trabajo hemos descubierto que la mayoría de nuestros pacientes desconocen la importancia del fósforo en la dieta y las repercusiones en su estado de salud. La realización de una valoración de enfermería integral, con herramientas de evaluación adecuadas, nos ayudan a detectar estas carencias y nos permiten abordar intervenciones adecuadas a las necesidades de nuestros pacientes. Siendo recomendable realizar una reevaluación periódica que proporcione una mayor adherencia terapéutica. Es fundamental una educación sanitaria al paciente de manera continuada por parte del personal de enfermería; con el objetivo de mejorar y mantener sus conocimientos e implicar al paciente en sus autocuidados.

La sexualidad del paciente en hemodiálisis desde una perspectiva cualitativa

Carmen Solís-Domínguez, Rafael Barrios-García

Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol. Málaga. España

Introducción

La enfermedad renal crónica está asociada en un alto porcentaje a disfunciones sexuales que interfieren en la calidad de vida del paciente, tanto en la esfera biológica, como en la psicológica y social. El abordaje directo de la sexualidad en el entorno clínico es un anhelo para los pacientes que reciben tratamiento en hemodiálisis y a su vez un hándicap para los profesionales sanitarios, pues no deja de ser un área del cuidado un tanto denostada. Se hace necesario ahondar en el estudio de la sexualidad desde una perspectiva centrada en el paciente, en orden a suplir las lagunas en la evidencia disponible extrapolable a nuestro contexto cultural.

Objetivo

Explorar la sexualidad del paciente renal crónico que recibe tratamiento dialítico.

Material y Método

Se lleva a cabo una revisión sistemática de la bibliografía disponible en PUBMED, CINAHL, IME Y SCIELO desde 2012 hasta 2022. Como criterios de selección se incluyen estudios observacionales y cualitativos con resultados aplicables al contexto español, publicados en los últimos 10 años, en inglés o español. Se recuperan 12 documentos y tras la lectura crítica con la herramienta CASPe se analizan 4 estudios.

Resultados

La incidencia de disfunciones sexuales está altamente relacionada con la pérdida de interés sexual, más que con problemas orgánicos o fisiológicos. Aproximadamente el 29,7% de los pacientes en HD consideran que la ERC afectó "mucho" a su vida sexual, y el 55,4% admite problemas para disfrutar de la actividad sexual. Se destaca que el envejecimiento en sí no frena la actividad sexual, sino que son los problemas de salud los principales inconvenientes. Entre los

factores psicológicos, pueden aparecer problemas de autoestima, ánimo depresivo y labilidad emocional, siendo los trastornos más comunes las alteraciones del deseo y de la excitación. Desde la perspectiva cualitativa, se identifican como categorías de estudio la corporalidad, las limitaciones en las prácticas sexuales, autoestima, relación de pareja y miedo al futuro. También se describe el miedo de ser una carga para la pareja, el cual se incrementa si se establece una nueva relación sentimental. Todo ello deriva en problemas socioafectivos y de autoestima a largo plazo.

Conclusiones

Las consecuencias del tratamiento dialítico merman la calidad de vida del paciente renal, pues la exigencia de éste y el desgaste físico asociado tienen un gran impacto en la salud sexual. Se destaca la sexualidad como un componente de peso en el cuidado integral del paciente renal crónico. Este estudio abre la puerta para investigaciones venideras donde se lleven a cabo estudios de participación-acción que desarrollen Planes de Cuidados específicos.

Nutrición parenteral intradiálisis como opción de tratamiento integral en un centro periférico en pacientes en hemodiálisis con desgaste energético proteico

Vanesa Villegas-Jiménez, Carolina Palomar-Ceballos, María del Tránsito Suárez-Plata, Bárbara Romano-Andrioni, Nuria Clemente-Juan, Marta Arias-Guillén

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

Hasta un 30-40% de los pacientes en hemodiálisis (HD) padecen desgaste proteico energético (DPE) y requieren de una intervención interdisciplinar (médica, enfermera, psicólogo, funcional) para garantizar el tratamiento de los pacientes con DPE. A nivel nutricional, según la gravedad, se instaurará un enriquecimiento, suplementos orales o nutrición parenteral intradiálisis (NPID). Existen dos tipos de NPID: la nutrición parenteral total de fórmula preparada en los centros hospitalarios y la comercializada tricameral. Esta última opción facilita enormemente su uso en centros periféricos de HD, pero a día de hoy su utilización es poco frecuente, un 9% en nuestra comunidad autónoma. Las ventajas que nos ofrece son: fácil almacenaje, poder programar su pedido e independencia respecto a la gestión, siempre bajo la supervisión de farmacia.

Objetivo

Analizar la implantación, gestión y resultados de diferentes parámetros nutricionales y funcionales tras la administración de NPID en un centro periférico de HD.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de 7 pacientes en tratamiento de HD, con pauta trisemanal en un centro periférico, con diagnóstico de DPE y con pauta de NPID tricameral (Smofkaviben®, Fresenius Kabi) durante 18 meses. Se utilizaron diferentes herramientas:

- Parámetros analíticos, mediciones antropométricas y bioimpedanciometría.
- Herramienta informática Nutrendial incorporando la Valoración Global Subjetiva (VGS) y el Malnutrition Inflammation Score (MIS).
- Estudio emocional mediante el cuestionario para la evaluación del malestar emocional de los pacientes renales en diálisis (EE-D).

- Valoración funcional con el cuestionario de batería corta de rendimiento físico (SPPB).
- Sistema informático SAP® para registrar las complicaciones asociadas (ingresos, caídas).

Resultados

Se incluyeron 7 pacientes (5 mujeres), edad media de 72 ± 17 años y tiempo medio en HD de $33,42 \pm 39,57$ meses. A través de las escalas de valoración nutricional se evidenció una mejora en los resultados, con una mejora en el MIS de 3 puntos, así como el diagnóstico de DPE que disminuyó un 38%. A nivel analítico, se observaron mejoras significativas en albúmina de $33,7 \pm 4,4$ g/L a $38 \pm 2,2$ g/L y proteínas totales de $53,7 \pm 6,1$ g/L a $60,7 \pm 1,7$ g/L. La bioimpedanciometría nos indicó un aumento en el ángulo de fase de $2,4 \pm 0,5$ a $3,0 \pm 0,5$ y una mejora en la sobrehidratación de $3,6 \pm 2,1$ L a $1,9 \pm 1,2$ L. El EE-D indicó un 6,4 en nerviosismo y un 5,8 en tristeza sobre 10. Las medidas antropométricas mostraron un aumento del IMC de $0,9$ Kg/m² y una ganancia de peso de $2 \pm 1,7$ Kg. No presentaron complicaciones durante la administración de la NPID.

Conclusión

El estado nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica en HD es un factor modificable. La detección precoz y la prevención de los estados de desnutrición proteico calórica mediante las determinaciones analíticas, bioimpedancias y escalas nutricionales específicas, permiten a los centros de diálisis la integración de estrategias individualizadas como la NPID, el ejercicio físico y la intervención psicológica, donde el papel de la enfermera es fundamental para el registro de la evolución, ayudando a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Participación del paciente en una estrategia de difusión de hemodiálisis domiciliaria en un servicio de nefrología

Xènia Moliné-Fustà, Marta Tendero-Pérez, Montse Carcaña-Capella, Carolina Sorolla-Villas

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

Introducción

La implementación de cambios en los servicios de nefrología requiere de estrategias de divulgación a los profesionales. Durante el segundo semestre del 2020 se implantó en la unidad, la Hemodiálisis Domiciliaria (HDD). Para la difusión de esta nueva técnica, al equipo multidisciplinar, se decidió incluir al paciente y familiares, siguiendo la recomendación 1.2 de la guía “Cuidados centrados en la persona y la familia” de la Registered Nurse’s Association of Ontario.

Objetivo

Evaluar la intervención de difusión al equipo multidisciplinar, de la implantación de la HDD, en un servicio de nefrología mediante la participación del paciente y su familia.

Material y Método

Estudio observacional transversal, cuali-cuantitativo. A 37 profesionales (enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería (TCAE)) del servicio de nefrología que asistieron a las sesiones presenciales de la técnica de tratamiento renal sustitutivo (TRS) HDD, durante el mes de noviembre del 2021. Equipo docente: dos pacientes de HDD, un familiar, dos enfermeras y una TCAE de la unidad de diálisis domiciliaria. La intervención se estructuró en: exposición oral sobre la HDD, experiencia de los pacientes y familia en la técnica y una ronda de preguntas. Se realizó una estadística descriptiva de las diferentes variables recogidas mediante dos cuestionarios (Satisfacción y conocimientos).

Resultados

Resultados demográficos: El 70 % (n=21) de los asistentes a la sesión fueron enfermeras, 30 % (n=9) de TCAE.

Resultados de satisfacción: El contenido de la sesión fue valorado con una media de puntuación de 9,03 puntos. El 80% (n=24) puntuaron la utilidad de la sesión para su trabajo por encima de 8. El 96,6% (n=29) puntuó el alcance de expectativas

de la sesión por encima de 8 puntos. La valoración global de la sesión en el 86,6% (n=26) se puntuó por encima de 9.

Resultados de conocimientos: Las áreas donde más del 76,6% (n=23) de los asistentes contestaron adecuadamente, fueron la importancia de tener activada la teleasistencia y las relacionadas con características del monitor de HDD. Resultados cualitativos: La experiencia de los pacientes se consideró esencial para entender la modalidad de TRS. “En los pacientes se refleja claramente el trabajo realizado por el equipo multidisciplinar de HDD”. Los aspectos más valorados de la sesión fueron la participación del paciente con la aportación de su visión y experiencia, “Sesión muy dinámica donde he interactuado con los pacientes expertos mientras podía ver el monitor y el material en directo”. En el apartado de observaciones destacaron las afirmaciones sobre centrar la sesión en la atención en los pacientes y sus vivencias. “Me ha encantado comentar con los pacientes expertos como han vivido el proceso de aprendizaje y resolver dudas con ellos como protagonistas.”

Conclusiones

La participación del paciente y su familia, fue valorada y reconocida en la difusión de HDD por el equipo multidisciplinar de un servicio de nefrología.

Percepción de los profesionales de enfermería sobre la hemodiálisis domiciliaria

Verónica Martín-Guerrero, Patricia Martín-Sánchez, María Teresa Barahona-Muñoz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción

Los beneficios clínicos de la hemodiálisis domiciliaria (HDD) son considerables, por la reducción de la morbi-mortalidad y el aumento de la calidad de vida del paciente. Pero en España esta técnica no ha crecido sustancialmente si se compara a nivel mundial. En el año 2021 nuestro hospital forma a tres enfermeras e inicia programa con cuatro pacientes.

Objetivos

Identificar los beneficios percibidos por los profesionales en el empleo de la HDD y conocer las barreras que dificultan su desarrollo.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal, donde participaron 30 profesionales (n=33), como criterios de exclusión fueron las tres enfermeras formadoras. Las variables definidas fueron: sociodemográficas y laborales, beneficios clínicos identificados y barreras dependientes del paciente, de los profesionales y de los recursos hospitalarios. Al no disponer de escalas validadas, se revisan estudios publicados y se auto-diseña un instrumento, compuesto por 34 ítems. Se realiza un análisis descriptivo de medianas y porcentajes.

Resultados

Entre los beneficios identificados, el 100% de los encuestados señalan el fomento del autocuidado y la menor distancia al centro. Entre el 90-80% de los encuestados identifican, la mayor calidad de vida, mayor estabilidad emocional, mayor control de la ganancia interdialítica, reducción de costes y menor morbi-mortalidad. Entre las barreras dependientes del paciente, un 13% no considera una barrera la frecuencia de las sesiones. El 87% identifican como barreras relevantes el miedo, ansiedad y el espacio de la vivienda. El 80% señala la falta de información y la necesidad de cuidador. El 70% identifica la dificultad en el aprendizaje, la complejidad

de la técnica y la dificultad en el acceso vascular. El 63% señala los efectos adversos agudos y el 50% la frecuencia de las sesiones. En relación a las barreras dependientes del profesional para el inicio de un programa de la hemodiálisis domiciliaria, el 20% no considera relevante la falta de motivación y el 80% considera la falta de formación la barrera más relevante. Respecto a las barreras de los recursos institucionales, el 23% de los profesionales no consideran la falta de espacio algo relevante, el 80% consideran relevante la falta de financiación económica, y el 76% considera relevante la falta de entrenadores formados.

Conclusiones

Según los datos analizados destacamos una percepción de una mayor la calidad de vida, menor morbilidad y un mayor beneficio económico al sistema sanitario al igual que en el estudio de Pérez, en el uso de la HDD. En relación a las barreras del paciente destaca el miedo y la ansiedad pero destaca como beneficios de la HDD una mayor estabilidad emocional. En relación a las barreras de los profesionales se destaca la falta de formación, pero esta se ofertará a medida que aumente la demanda de paciente en programa. Se debe realizar un esfuerzo en la educación y formación de pacientes y profesionales, para fomentar el aumento de la HDD debido a sus beneficios para el paciente. Sería interesante para futuros trabajos, conocer la visión de los hospitales de la comunidad para comparar y así mejorar el programa de formación existente en la Unidad.

Primeras experiencias con nuevo acceso vascular: EndoFAV

María Natalia Gutiérrez-González, Andrea Canillas-Sáez, Maite González-Manjón, Virginia Fernández-Íñiguez de Heredia, Carmen Pérez de Urrutia-Sastre, María Milagros Ferro-Villar

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Araba. Álava. España

Introducción

La morbilidad y mortalidad del paciente en hemodiálisis (HD) tiene relación directa con el tipo de Acceso Vascular, siendo la Fistula Arteriovenosa Nativa (FAVn) el acceso vascular de elección. Las FAVns presentan una incidencia de complicaciones inferiores a la FAV y al catéter central, especialmente en cuanto a infecciones y trombosis. En nuestro hospital se está llevando a cabo una nueva tecnología a través del dispositivo WavelinQ 4Fr EndoFAV (Beckton & Dickinson, EEUU) que permite la creación de Fistulas Endovasculares (EndoFAV) con un mínimo trauma vascular. Los estudios existentes destacan como beneficio frente a la FAV quirúrgica: disminución de la morbilidad, permite rentabilizar el capital vascular de los pacientes de diálisis, minimización de problemas relacionados con la cicatrización de la incisión y el pinzamiento y disección de los vasos, mayores tasas de maduración, canulación más temprana y menos complicaciones a corto plazo.

Objetivo

Describir la experiencia con las EndoFAV en nuestra unidad.

Material y Método

Estudio descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes en los que se utilizó EndoFAV para tratamiento de HD durante el 2021.

Resultados

Se crearon 5 EndoFAV, 2 presentaron trombosis precoces (<de 24 h), los 3 restantes: mujer de 61 años fecha de creación de EndoFAV 28-7-2021. Permite flujos (Qb) de 350 ml/min con presiones venosas de 165 mm de Hg y presiones arteriales de -182 mm de Hg y depuración de urea respecto al tiempo (Kt) 41 con 3 horas de tratamiento en HD hospitalaria. Precisa de punción ecoguiada debido a la morfología de su brazo. Hombre de 52 años fecha de creación

de EndoFAV 14-7-2021. Permite Qb de 400 ml/min con presiones venosas de 170 mm de Hg y presiones arteriales de -180 mm de Hg y Kt 60 con 4 horas de tratamiento en HD hospitalaria. Hombre de 55 años fecha de creación de EndoFAV el 9-6-2021 con Hemodiálisis domiciliaria 5 días a la semana 2:30 horas y button hole, a los 5 meses desde su creación presentó trombosis intentando reparación sin éxito. Hasta ese momento, sus flujos y presiones fueron adecuados (350 ml/min con presiones venosas de 179 mm de Hg y presiones arteriales de -188 mm de Hg). Dicho paciente presenta obstrucción completa de la vena cava superior que no se conocía.

Conclusiones

A pesar de ser una muestra muy pequeña nuestra experiencia con las EndoFAV ha sido positiva. Han presentado buenas presiones con flujos adecuados, buenos Kts y excepto el paciente que presentaba obstrucción, los otros dos pacientes no han precisado de intervención por parte del servicio de vascular ni radiología intervencionista. Debido a que la punción de este tipo de fistulas precisó de una formación específica, la primera punción fue el 16 de septiembre de 2021 en todas, lo que dificulta conocer el tiempo de maduración de las mismas. Así mismo cabe destacar que el equipo de enfermería coincidimos en que la punción de la pared de estas EndoFAV se asemeja a la punción de un vaso vascular normal lo que podría indicar que la lesión producida en la íntima del vaso es menor.

Protocolo de primera punción del acceso vascular en hemodiálisis con aplicación sistematizada de la ecografía. Experiencia de dos años

Esther García, Sonia Mendoza, Raquel del Pozo, Inmaculada Medarde, Rosalía Gea, José Luis Merino

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción

La punción del acceso vascular (AV) de los pacientes en hemodiálisis (HD) es una faceta primordial en la actividad de enfermería. La aplicación de la ecografía por parte de enfermería puede aportar beneficios para dicha punción. La ecografía es una herramienta inocua que mejora las capacidades de los profesionales en distintas áreas, su aplicación en las unidades de HD ha ido adquiriendo mayor presencia. En manos experimentadas permite optimizar el manejo del AV y abre numerosas oportunidades para mejorar los mismos tal como reflejan las guías más recientes. Mostramos los resultados de su incorporación de forma protocolizada para inicio de las primeras punciones de un AV.

Objetivos

Valorar la aplicación de forma protocolizada de la ecografía del AV en toda primera punción de nuestra unidad de HD.

Material y Método

Se estableció la realización de un estudio ecográfico previo a toda punción inicial de una nueva FAV por parte de enfermería entrenada. A su vez se protocolizó la utilización a criterio de enfermería su aplicación para la punción ecodirigida instrumentada o no instrumentada del AV. Se registraron las punciones, el número de sesiones hasta punción normalizada y las complicaciones evidenciadas.

Resultados

En los dos primeros años de establecimiento del protocolo de primera punción bajo seguimiento ecográfico, se han iniciado 16 AV. 4 FAV RCD, 4 RCI, 4 HCI, 1 HCD, 1 HBI y dos prótesis de PTFE en codo. 4 mujeres y 12 varones. La edad media de los pacientes fue de: 61 ± 13 años. La etiología de la enfermedad en HD fue de: 6 DM, 2 Glomerulonefritis, 1 poliquistosis, 1 ateroembólica, 1 síndrome de Alport y 5 no filiadas. El tiempo medio del AV desde su creación hasta su punción fue de $5,5 \pm 6$ meses, mediana 4 (rango: 2-28). En 8 pacientes coincidió el inicio de punción con el inicio de HD. En el resto el tiempo medio en HD hasta la primera

punción presentó una mediana de 8 meses (rango: 6-30). En 5 pacientes sólo fue necesario estudio basal ecográfico de verificación de maduración, con punción convencional sin complicaciones. En 4 se requirieron 2-3 sesiones bajo control ecográfico hasta punción convencional. En 5 pacientes tras más de cinco sesiones con ecografía se procedió a seguimiento convencional hasta punción normalizada. En un paciente se identificó una estenosis que requirió reintervención quirúrgica. En un paciente (HBI) el AV no fue viable. Las complicaciones más habituales fueron punciones no efectivas y hematomas secundarios a extravasaciones.

Conclusiones

La ecografía en el AV puede ser una herramienta que ayude en la punción del AV. Su ausencia de efectos deletéreos sobre el paciente y sus potenciales beneficios aconsejan una mayor promoción en su aplicación de forma regular. Su rendimiento mejorará con más difusión, formación en ecografía y disponibilidad en las unidades de HD.

¿Qué factores de la hemodiálisis se relacionan con el prurito asociado a la enfermedad renal crónica?

Paula Manso-del Real, Damián Carneiro-Teijeiro, Alicia González-Horna, M^a Isabel González-Sánchez, Elena Guerrero-Rodríguez, José Guerrero-Carrillo

Grupo de trabajo Unidades FRIAT. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España

Introducción

Históricamente, diversas alteraciones bioquímicas del metabolismo óseo-mineral o la dosis de diálisis se han asociado a prurito en pacientes con ERC siendo este síntoma poco explorado pero con una gran afectación de la calidad de vida. En el momento actual disponemos de nuevas técnicas y tratamientos que pueden haber modificado la asociación de estos factores clásicos con el prurito.

Objetivo

Analizar si existe actualmente asociación entre el prurito y algunos de los factores descritos previamente.

Material y Método

Se estudian 431 pacientes en hemodiálisis pertenecientes a 13 centros de HD que participaron en el estudio de la semana del prurito. Entre el 27 sept y 30 oct 2021 se pasó una encuesta para evaluar la existencia de prurito y su severidad con preguntas extraídas de la Escala de calificación numérica de la peor picazón (WI-NRS), la encuesta Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) y la Escala de gravedad del prurito (ISS). Además se valoraron las siguientes variables analíticas:

calcio, fósforo, CaxP, PTH-i, albumina, proteína C reactiva, hemoglobina e IST correspondientes a los valores de las 4 semanas previas a la encuesta, así como diversos aspectos de la pauta y la dosis de diálisis tales como duración y tipo de HD, tipo de AV y Kt.

Resultados

La prevalencia de Prurito fue 48,9% (211/431) y de prurito moderado-severo fue 28% (121/431). Los niveles de P y producto Ca x P elevados se asociaron con presencia de prurito y prurito moderado-severo, aunque la mitad de los pacientes con prurito tenía el P normal.

Conclusiones

Los factores clásicos asociados al prurito en hemodiálisis no explican completamente la fisiopatología del prurito en estos pacientes. Los pacientes con prurito tenían valores significativamente más altos de P y producto Ca x P pero la mitad tenía P normal por lo que debe haber otros factores asociados al prurito.

Relación entre estrategias de afrontamiento y presencia de síntomas psicológicos y somáticos en pacientes en tratamiento renal sustitutivo

Pilar Díaz de Argote-Cervera, Marta Puerta-Carretero, Elena Herrera-Martín, Marian Bernabé-Villena, Ana Lengua-Rueda

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

Las personas con enfermedad renal crónica presentan una amplia gama de síntomas que por lo general les producen sentimientos de angustia que afectan a su calidad de vida. Existen estudios que nos hablan de cómo la angustia psicológica que acompaña a la enfermedad renal crónica se alivia cuando el estilo de afrontamiento de los pacientes es coherente con las demandas del tratamiento renal al que se someten. Los hallazgos sugieren que las percepciones de la enfermedad y el tratamiento varían durante la trayectoria de ERC indicando que la percepción de enfermedad es susceptible a influencias y que las intervenciones podrían ser potencialmente útiles para influir en ellos con el fin de mejorar resultados.

Objetivos

Objetivo Principal:

Analizar si los pacientes en tratamiento renal sustitutivo que presentan estrategias de afrontamiento adaptativas reportan menor número de síntomas psicológicos y somáticos.

Objetivos Secundarios:

- Describir la prevalencia de síntomas psicológicos y psicopatológicos en pacientes en terapia renal sustitutiva mediante la escala BDI-2, SCL-90-R y GAD 7.
- Describir las estrategias de afrontamiento en pacientes en terapia renal sustitutiva mediante la Escala de Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
- Describir los síntomas somáticos en pacientes en terapia renal sustitutiva mediante la escala Cuestionario Palliative care Outcome Scale-Symptoms Renal.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población diana fueron los pacientes prevalentes en una unidad de hemodiálisis. La recogida de datos se realizó mediante cinco cuestionarios auto-administrativos e historia clínica.

Resultados

Participaron 50 pacientes en el estudio: 36 hombres y 14 mujeres con una edad media de $62,58 \pm 13,36$. El tiempo medio en diálisis fue de $53,92 \pm 53,38$ meses. Se observaron las siguientes correlaciones positivas y significativas; auto-crítica vs BDI-2 ($r=0,433$, $p<0,002$), retirada social vs BDI-2 ($r=0,36$, $p<0,012$) y pensamiento desiderativo vs BDI-2 ($r=0,304$, $p<0,035$). Entre la escala primaria resolución de problemas y la variable GAD-7 ($r=0,33$, $p<0,002$), autocrítica vs GAD-7 ($r=0,383$, $p<0,072$) y retirada social vs GAD-7 ($r=0,419$, $p<0,003$). Se observó una correlación significativa entre el pensamiento desiderativo y la escala de índice de severidad global (IGS) ($r=0,302$, $p<0,041$), retirada social vs IGS ($r=0,380$, $p<0,009$) y evitación de problemas vs malestar sintomático positivo ($r=0,370$, $p<0,011$). También se determinó una relación significativa entre el tiempo en diálisis y las subescalas de índice de severidad global ($r=0,319$, $p<0,028$) y malestar positivo ($r=0,324$, $p<0,026$) y entre el tiempo en diálisis y la presencia de síntomas de ansiedad ($r=0,366$, $p<0,008$).

Conclusiones

Los pacientes en TRS llevan consigo una gran carga impuesta por el tipo de patología y todo lo que ella conlleva. Aquellos pacientes con estrategias de afrontamiento no adaptativas presentan mayor sintomatología depresiva y ansiosa. Aunque parece que la sintomatología somática no se ve influenciada por el modo de afrontamiento, los pacientes presentan un gran número de síntomas tanto psicológicos como físicos que los llevan a un posible deterioro de su calidad de vida, como ya han demostrado otros estudios. La valoración del paciente renal desde etapas tempranas de la enfermedad ayudaría a aclarar el papel que representa el afrontamiento en el curso de esta.

Sarcopenia en hemodiálisis. Respuesta al ejercicio en edad avanzada

María Luz Sánchez-Tocino¹, Mónica Pereira-García³, Silvia Villoria-González¹, Antonio López-González², Marcos García-Olegario³, Emilio González-Parra³

¹ Centro FRIAT Las Encinas. Salamanca. España

² Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

³ Unidad FRIAT Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

Introducción

La sarcopenia es una pérdida progresiva de la masa y la fuerza del músculo esquelético. En hemodiálisis (HD) es una complicación frecuente e invalidante, especialmente en el paciente mayor. La actividad física protocolizada se postula como una medida económica y eficaz dentro del manejo global de esta precaria población.

Objetivo

Valorar los efectos de un programa de ejercicio físico en una población de edad avanzada (75-95 años) en HD.

Material y Método

Estudio prospectivo, multicéntrico, no aleatorizado. Dos grupos paralelos: Grupo Ejercicio (GE, n=23, edad 82±5,8) vs Grupo Control (GC, n=37, edad 81,7±5,3). El GE incluía, programa de ejercicio físico en hemodiálisis (12 semanas) adaptado en primeras 2h HD, con actividades de fuerza en 4 grupos musculares y trabajo de resistencia aeróbica (pedalina). El GC sin realizar ejercicio. Variables evaluadas para sarcopenia (establecidas por Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Edad Avanzada, EWGSOP2); Sospecha clínica: Encuesta SARC-F. Probabilidad: pérdida fuerza tren superior por Dinamometría (HG) y/o tren inferior STS-5. Confirmación: masa muscular por Bioimpedancia (AMS). Gravedad: condición física. Velocidad de marcha (VM), Timed-Up and Go test (TUG) y Short Physical Performance Batter (SPPB). Se estudiaron las variables al GE y GC, al comienzo y al final del programa. GE se midió nuevamente a los 6 meses con ejercicio suspendido. Estadístico: chi-cuadrado para evaluar la homogeneidad de los grupos. Para analizar el impacto del ejercicio sobre las variables en estudio se utilizó la prueba t de Student y la prueba de McNemar. Significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados

Participaron en el estudio 60 pacientes, 41 (68%) eran hombres, con edad media 81,85±5,58 años y tiempo en diálisis 49,88±40,29 meses. El abandono fue del 15% y la principal causa fue la muerte (8%). Así, se evaluaron 33 controles y 18 casos a las 12 semanas. El grupo ejercicio mejoró de manera significativa para todas las variables marcadoras de sarcopenia salvo para la encuesta SARC-F. Fuerza de agarre por HG: 20,9±6,3 a 22,5±6,8 ($p=0,019$). Fuerza en tren inferior por STS-5: 19,2±4,9 a 15,9±5,9 ($p=0,001$). Masa muscular: 18,9±3,8 a 19,5±3,9 ($p=0,01$). Respecto a los test físicos, en VM: 0,75±0,2 a 0,92±0,3 ($p=0,003$), TUG: 16,02±6,2 a 13,6±7,28 ($p=0,041$) y SPPB: 7,2±2,9 a 8,6±2,8 ($p=0,027$). Estas mejoras se mantienen a las 12 semanas tras terminar el programa de ejercicio en el GE. En grupo GC los parámetros no mostraron diferencias significativas en los distintos periodos.

Conclusiones

Verificamos la repuesta favorable al ejercicio en las variables de evaluación de sarcopenia. Asimismo, observamos que, tras la suspensión del mismo, el grupo ejercicio mantiene su mejoría. Estos datos sugieren que el ejercicio físico intradiálisis es una herramienta útil en el manejo de la sarcopenia, permitiendo la realización de programas intermitentes en población anciana para la mejora tanto de la fuerza, como de la masa muscular y el rendimiento físico.

Utilidad y beneficios de las nuevas tecnologías en una unidad de hemodiálisis

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

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

La presencia de herramientas informáticas adaptadas a las necesidades de la unidad de hemodiálisis (HD), constituyen una parte esencial del proceso de la asistencia sanitaria. La incorporación del volcado de datos en los registros informáticos puede suponer una mejora en el trabajo de los profesionales, evitando errores en la transcripción de la información y previendo complicaciones durante la sesión de HD. El registro digital de toda la información durante las sesiones de hemodiálisis, puede aportar una mejora en la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Objetivo

Analizar la utilidad y beneficios en la incorporación de un software de gestión de cuidados del paciente renal en una unidad de hemodiálisis.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo que analiza la transcripción en el volcado de datos de los parámetros de la sesión de HD al software de gestión de cuidados en una unidad de hemodiálisis de crónicos que atiende a 76 pacientes en 3 turnos. La informatización de la sesión de hemodiálisis, es desde la pauta médica que es registrada y transmitida al monitor de diálisis mediante el uso de tarjetas individualizadas para cada paciente, hasta la programación de la sesión por parte de enfermería, así como el control, seguimiento y volcado de los datos. Los parámetros analizados fueron parámetros hemodinámicos (tensión arterial y frecuencia cardíaca), variables relacionadas con el acceso vascular (flujo de bomba, presión venosa, presión arterial, PTM), parámetros de eficacia HD (Ultrafiltración, Kt/Ktv).

Resultados

De las 9000 sesiones de diálisis registradas y analizadas hemos podido detectar: El 97% de las sesiones realizaron un

volcado correcto de las constantes vitales y datos de eficacia en HD, un 2% no transfirieron los datos por problemas red en la intranet del centro y un 1% por no seguir el procedimiento correcto de integración de la tarjeta al monitor. En un 95% de los casos al tener una monitorización continua, se han detectado hipotensiones y problemas en las presiones del acceso vascular pudiéndose intervenir a tiempo evitando que aparezcan mayores complicaciones. El número de acciones e intervenciones que realizaba el personal de enfermería para el control y registros de estos datos se ha reducido en una media 60 minutos para una sesión de 4 horas.

Conclusiones

La supervisión *on line* de las sesiones de HD, así como la revisión y comparación de los parámetros analíticos nos ayudan a detectar complicaciones e intervenir a tiempo aumentando la seguridad del paciente. La posibilidad de contar con herramientas informáticas que optimizan los tratamientos de las sesiones de hemodiálisis se traduce en una mejora de la atención asistencial y una optimización de los recursos asistenciales. El sistema informático de gestión es una herramienta útil para el intercambio de información entre los profesionales del servicio de Nefrología. El software de gestión nos permite la creación de una base de datos para el desarrollo de la investigación en nefrología.

Validación de una escala de valoración del orificio de salida del catéter de hemodiálisis: estudio EXITA

José Luis Cobo-Sánchez¹, Ian Blanco-Mavillard², Irene Larrañeta-Inda³, Raquel Pelayo-Alonso¹, Isidro Sánchez-Villar⁴, Luis Vieira-Barbosa⁵

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

²Hospital Manacor. Islas Baleares. España

³Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España

⁴Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. España

⁵Hospital Quirónsalud A Coruña. Galicia. España

Introducción

La guía KDOQI de accesos vasculares 2019 indica la necesidad de “más estudios de validación de criterios diagnósticos para infecciones del túnel y del orificio de salida (OS) en catéteres de hemodiálisis (CVCHD)”.

Objetivo

Validar una escala clínica para la valoración del OS del CV-CHD tunelizado.

Material y Método

Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico en 9 unidades de hemodiálisis. Se incluyeron pacientes mayores 18 años, portadores de un CVCHD tunelizado tras consentimiento informado, mediante muestreo consecutivo de conveniencia. Tamaño muestral estimado: 96 OS infectados y 366 sanos (confianza 95%, precisión 5%, estimación poblacional 20%). Tras revisión bibliográfica, consenso de expertos y pilotaje previo de validación, la escala contenía 5 ítems a valorar:

- Dolor OS durante período interdiálisis.
- Hiperemia/eritema ≥ 2 cm desde OS.
- Inflamación, induración, o hinchazón en OS.
- Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ no sospechando otra causa.
- Absceso evidente/exudado purulento.

La presencia de cada ítem se puntuaba con 1 punto (máximo 5 puntos). Para el análisis de validez de decisión, se compararon los resultados con el gold standard (cultivo microbiológico cultivo de frotis de piel de pericatóter y/o del exudado) mediante curvas ROC de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivos (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), Índice de Youden, área bajo la curva (ABC) y razón de verosimilitud (LR).

Resultados

Se incluyeron 117 OS infectados y 398 sanos. I1 sensibilidad 87,5%, especificidad 81,6%, VPN 99%, VPP 23,9%. I2 sensibilidad 87%, especificidad 88,6%, VPN 97,5%, VPP 57,3%. I3 sensibilidad 40%, especificidad 77,6%, VPN 98,5%, VPP 3,4%. I4 sensibilidad 87,5%, especificidad 78,3%, VPN 99,7%, VPP 6%. I5 sensibilidad 84,7%, especificidad 85,3%, VPN 97,7%, VPP 42,7%. Total escala: ABC 90,1% (IC95%=87,2-92,5%), Youden 0,7944 \approx 1, sensibilidad 85,7% (IC95%=77,8-91,3%), especificidad 93,97% (IC95%=91,2-96,1%), LR+ 14,17 (IC95%=9,5-21), LR- 0,15 (IC95%=0,10-0,2).

Conclusiones

La validación de la escala demuestra buenas propiedades diagnósticas, detectando el 90% de las infecciones con parámetros de validez muy adecuados. Su utilización en la práctica detectaría de manera temprana infecciones del OS, mejorando la objetividad en las observaciones, realizando una clasificación uniforme, que facilite la comparación de resultados, continuidad de cuidados, ahorro de costes y comparación entre investigaciones sobre intervenciones para su prevención/tratamiento.

Valoración de enfermería en una unidad de hemodiálisis a través de un modelo de enfermera referente

Patricia Peralta-Castro, Lara Galindo-García, Paula López-Sánchez, Alicia Sánchez-García

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España

Introducción

El modelo de “enfermera referente” permite a través de un informe de continuidad de cuidados, aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes fomentando buenos hábitos de salud siempre desde un enfoque holístico y abordando los problemas individualmente. La valoración enfermera es clave para identificar los problemas de salud, potenciales o existentes, pudiendo así realizar una posterior planificación de cuidados. Es necesario llevar a cabo una unificación de criterios en la valoración de los pacientes para evitar la variabilidad y buscar un consenso en los procedimientos de trabajo diario. Además, es importante conocer la situación socio-sanitaria del paciente para adaptarnos a sus circunstancias.

Objetivos

Organizar las bases del papel de la Enfermera Referente, estableciendo las actividades a desarrollar y su periodicidad. Realizar una valoración enfermera adaptada al paciente en hemodiálisis, siguiendo el sistema de valoración por patrones de Marjory Gordon.

Material y Método

Valoraciones de enfermería cuatrimestrales realizadas en el 2021 a todos los pacientes en programa de hemodiálisis de un hospital de tercer nivel.

Resultados

De los 92 pacientes que han pasado por la unidad, solo 43 tiene alguna determinación, bien por una estancia breve sin vinculación de su enfermera referente, por rotación del personal o sobrecarga de trabajo derivada de la situación de pandemia. El 71% son hombres, con una edad media de 67 años (DE 16); el 80% son HTA, 20% ACVA previo, 56% cardiopatía previa, 20% obesidad (IMC 25,6 mg²/kg² (DE 5,8); índice masa magra-LTI: 11; índice masa grasa-FTI 13,7). A

pesar del grado de obesidad, el índice MIS indica que solo el 18% está normonutrido, mientras que el 20,5% tiene una desnutrición muy severa y el 10,3% está extremadamente desnutrido; según la escala FRAIL el 28% son frágiles y el resto en situación pre-frágil. El 14,0% tienen alguna actividad laboral, 5% con incapacidad temporal/permanente y el resto jubilados. Viven con su pareja (53%) o hijos (16%) y el 67% de los cuidadores son mujeres. Según la escala de Barthel el 36% son independientes, 28% tienen dependencia moderada y 16% severa. Son pacientes que tienen dolor durante la diálisis (40%) con una puntuación media de 5,5 en la escala EVA. Otras determinaciones han sido la escala Braden para estimar el riesgo de úlceras (90,6% riesgo-bajo) o el riesgo de sufrir caídas (58,6% riesgo-bajo)

Conclusión-discusión

Tras la elaboración de nuestro propio formulario de valoración de enfermería nos preguntamos si estamos valorando y cuidando realmente bien a nuestros pacientes: ¿deberíamos replantearnos los métodos de cuidados haciendo una valoración más extensa y personalizada?, ¿vale todo para todos? El objetivo de realizar una valoración exhaustiva durante este tiempo ha sido proporcionar a nuestros pacientes la mayor calidad de vida posible durante su tratamiento y en su día a día; pero a la vez, juzgarnos a nosotros mismos con el propósito de mejorar y de aportar el criterio necesario ante un estándar, escala o valor, que no siempre refleja la realidad de todos los pacientes.

Valoración de la fragilidad en la enfermedad renal crónica

Javier Cristian Perales-Vaca, Mirian García-Martínez, Sandra Pacheco-Martínez, Alicia Labrador-Pérez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

Introducción

Asociación internacional de gerontología y geriatría (IAGG) define la fragilidad como una pérdida física y psíquica del individuo que incrementa el riesgo de padecer dependencia, vulnerabilidad y muerte. Son muchos los factores que pueden llevarnos a padecer este síndrome. Entre estos destacan las enfermedades crónicas; algunos estudios han llegado a señalar que entre los mayores que cumplen los criterios para ser diagnosticados con fragilidad, más de un 80% presenta enfermedades crónicas. Debido a ello, asociar el término fragilidad a este tipo de patología renal cobra una especial importancia.

Objetivos

Determinar la prevalencia de fragilidad y los factores asociados en una población de pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

Material y Método

Se realiza un estudio descriptivo y transversal. Con una recogida de datos por parte del personal del hospital de referencia a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio mediante los cuestionarios de Barthel, Lawton, Yesavage, escala de Frail e índice de Comorbilidad de Charlson, así como las variables de edad y género. Determinando como frágil una puntuación mayor o igual a 3 puntos en la escala Frail, junto con una alteración en el resto de escalas. Se realizó un análisis descriptivo a partir de los datos recogidos, utilizándose medidas de tendencia central para las variables continuas y categóricas y un análisis bivalente entre la presencia de fragilidad y otras variables cualitativas, utilizando los test de χ^2 cuadrado o test exacto de Fisher, considerando como estadísticamente significativo una $P < 0,05$.

Resultados

La población de referencia la forman un total de 41 pacientes, de los cuales un 53,7% son hombres y 46,3% son mujeres. Tras realizar el análisis estadístico se observa que un 51,2% de los pacientes de la muestra a estudio cumplen los criterios de fragilidad. Al realizar la comparativa estadística se demuestra que existe una interrelación entre la fragilidad y los resultados obtenidos en la escala Barthel, con una P en la prueba exacta de Fisher $< 0,05$. Así como para la escala Lawton, también se observa dicha correlación, mientras que para el resto de valores analizados, no se puede establecer esa interrelación al tener una P en la prueba exacta de Fisher $> 0,05$.

Conclusiones

Tras los datos obtenidos, se llega a la conclusión de que no es posible establecer una causa única y específica que evidencie el estado de fragilidad y enfermedad renal crónica. Por ello, se considera relevante ampliar el estudio y el tamaño muestral dado que en la actualidad no se han encontrado muchas referencias bibliográficas relacionadas con el tema. Otro aspecto fundamental relacionado con el concepto de fragilidad y enfermedad crónica, deriva en la importancia de la consulta de enfermería de ERCA; para identificar al paciente que debuta en tratamiento renal sustitutivo (TRS) o está en situación (pre-TRS) concluyendo la conveniencia de valorar la instauración de programas o protocolos de prevención, así como programas de intervención para mejorar la calidad de vida del paciente en TRS.

Aspectos teóricos y metodológicos enfermeros considerados en el cuidado de candidatos a trasplante renal: revisión de la literatura con síntesis narrativa

Guillermo Pedreira-Robles, Victoria Morín-Fraile, Dolors Giró-Formatger, Anna Bach-Pascual, Dolores Redondo-Pachón, Paloma Garcimartín-Cerezo

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

España es el país con la mayor actividad en donación y trasplante. A pesar de esto, el rol de la enfermera dentro del equipo de valoración a personas candidatas a Trasplante Renal (TR) aún no está extendido. Acorde con el vacío existente respecto de este rol, emerge la oportunidad de crear metodológicamente su base de conocimiento.

Objetivos

Revisar los aspectos teóricos y metodológicos considerados en el cuidado de personas candidatas a TR e identificar el rol de la enfermera dentro del cuidado especializado para esta población.

Material y Método

Se realizó una revisión de la literatura publicada en PubMed, CINAHL y SciELO, generando una síntesis narrativa y un plan de cuidados estandarizado para su posible aplicación en el campo del cuidado enfermero a personas candidatas a TR. Se utilizó el inglés como idioma de búsqueda y se aceptó la inclusión de artículos en inglés, español, francés y portugués. Se incluyeron estudios primarios y secundarios con metodología cuantitativa, cualitativa y mixta, publicados en los últimos 20 años en revistas revisadas por pares.

Resultados

Se hallaron 377 fuentes disponibles, siendo incluidos 52 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. La síntesis narrativa realizada se estructuró en 4 temas: Necesidades físicas; Necesidades psicológicas y calidad de vida; Necesidades en educación y adherencia; y Actividades de las enfermeras.

Conclusiones

La valoración de personas candidatas a TR debe incluir aspectos físicos, psicosociales y de adherencia. La enfermera ejerce un rol de coordinación de un plan de cuidados que debe tener como objetivo aumentar la adhesión al estilo de vida del TR como modalidad de tratamiento. Existe un uso de diferentes metodologías y se advierte de la existencia de variabilidad de recursos de valoración disponibles para respaldar el proceso de cuidados enfermeros con personas candidatas a un TR. Derivado de los resultados hallados, se presenta una propuesta de Proceso Enfermero estandarizado que reúne los principales elementos de atención enfermera que se deberían incorporar en este proceso, de manera individualizada.

Evolución de una lista de trasplante renal

Raquel Cerrajero-Calero, Beatriz Liébana-Pamos, Begoña Bermejo-Yunquera, Vanessa Rojas-Peinado

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

El trasplante renal es el mejor tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, ya que restaura las funciones de los riñones (excretora y endocrina), mejorando la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. El número de pacientes incluidos en lista de espera es variable, ya que hay un flujo de entrada y salida constante. Para la inclusión en la lista de trasplante renal hay que cumplir una serie de criterios: decisión del paciente y médico-quirúrgicos. La salida de la lista se produce por: recepción de un injerto, fallecimiento, contraindicación absoluta o decisión del paciente de abandonar la lista. Mientras no suceda ninguna de estas razones, muchos de los pacientes precisan de tratamiento renal sustitutivo: diálisis peritoneal o hemodiálisis (HD).

Objetivo

Nos planteamos como objetivo examinar cual ha sido la evolución de los pacientes de nuestro centro incluidos en lista de trasplante renal.

Material y Método

Para ello, hemos realizado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, con una muestra de 96 pacientes, incluidos en lista de trasplante renal desde 2008 hasta 2021, estudiando variables demográficas, grupo sanguíneo, tiempo en diálisis y tiempo en lista de trasplante, así como las causas de salida de la lista.

Resultados

Promedio de edad de pacientes incluidos en lista: 57,24 [19-78] años. Sexo: 73 hombres (76,04%) y 23 mujeres (23,96%). Pacientes trasplantados desde 2008 hasta 2021: 58 (60,4%), 42 hombres (57,5%) y 16 mujeres (69,5%). Grupos sanguíneos mayoritarios incluidos en lista de trasplante: O+ (43,7%) y A+ (34,3%). Grupos sanguíneos

que más se trasplantan en nuestro centro: O+ (43,1%) y A+ (32,7%). Promedio de tiempo de permanencia en lista de trasplante: 16,3 [1-129] meses. Promedio de tiempo de permanencia en HD: 35 [2-152] meses. Año de mayor inclusión de pacientes en lista de trasplante: 2010 (15,6%), seguido de 2011 y 2014 (11,7% respectivamente). Año de mayor actividad trasplantadora: 2020 (13,7%), 2010 y 2015 (10,3% respectivamente). Causas de salida de lista ajenas al trasplante: fallecimiento: 13,1%, decisión de paciente: 7,8%, contraindicación: 13,1%, cambio de lista: 7,8%, cambio de centro 13,1%.

Discusión y Conclusiones

Con respecto al sexo de los pacientes incluidos en lista y trasplantados, encontramos similitudes con los datos oficiales nacionales. Se trasplantan más hombres debido a que es mayor la presencia de estos en las listas de trasplante, pero cabe destacar que las mujeres de nuestro centro, se trasplantan en mayor porcentaje que los hombres a pesar de una presencia minoritaria en lista. El grupo sanguíneo de mayor presencia en lista de trasplante y en pacientes trasplantados de nuestro centro es O+, a diferencia de la media nacional que el grupo mayoritario es A+. De forma característica hemos encontrado que los años de mayor inclusión de pacientes de nuestro centro en lista, no se corresponden con un mayor número de trasplantes. Destaca el año 2020 (Pandemia), siendo el año de mayor número de pacientes trasplantados de nuestro centro, comparándolo con la media nacional que presentó una menor actividad trasplantadora.

Experiencia del programa nacional de hiperinmunizados de pacientes trasplantados

Julia Hernando-García, Cristina Franco-Valdivieso, Ángela Valer-Pelarda, Mónica Brazález-Tejerina, María Jesús Rollán-de la Sota

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Introducción

Los pacientes hiperinmunizados, con una tasa de anticuerpos anti-HLA (antígeno leucocitario humano) superior o igual al 98%, tienen enormes dificultades para encontrar un posible donante compatible, provocando una supervivencia menor, mayor morbimortalidad y peor calidad de vida. Para priorizar a los receptores altamente sensibilizados se creó una estrategia de distribución renal nacional voluntaria, en la que se realiza una prueba cruzada virtual. El programa PATHI (Plan Nacional de Acceso al trasplante renal para pacientes hiperinmunizados) se implantó en junio de 2015 por la ONT (Organización Nacional de Trasplante). En nuestro hospital el primer paciente se trasplantó en agosto de dicho año. Desde entonces se han beneficiado 25 pacientes que estaban en la lista de espera del Programa.

Objetivo

Analizar los resultados de los trasplantes renales realizados en nuestro centro pertenecientes al programa PATHI.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo desde agosto de 2015 hasta diciembre de 2021 de todos los pacientes PATHI trasplantados en nuestra unidad durante este periodo de tiempo. Aceptado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital. Se realizó una revisión sistemática de la historia clínica de cada paciente y se trabajó con Microsoft Excel 2018, del que se tenía licencia, para el tratamiento de los datos. Las variables epidemiológicas y clínicas analizadas en el estudio fueron:

- Donante: Edad, sexo, tipo de donación.
- Receptor: Edad, sexo, grupo sanguíneo, antecedentes personales de interés, causa de hiperinmunización, número de trasplantes previos, modalidad de TRS (Terapia renal sustitutiva) en meses, existencia de complicaciones pos-trasplante, creatinina pos-trasplante inmediato, al alta, a los 3 y 6 meses y tiempo en meses trasplantado sin necesidad de TRS.

Resultados

- Donantes: El 60% eran hombres, edad media $52,52 \pm 27$ años. El 76% donó en muerte encefálica y el resto en asistolia.
- Receptores: El 48% fueron hombres, de edad media $51,32 \pm 22$ años.

Por grupo sanguíneo se distribuyeron en 12 pacientes 0,9 A, 3 B y 1 AB. El 88% tenían como causa de hiperinmunización el haber recibido un trasplante previo (1,68 trasplantes de media). El 76% tuvieron tratamiento con hemodiálisis (128,52 meses de media en TRS). Tras el trasplante, 3 sufrieron una trasplantectomía por trombosis de los vasos, y 2 fueron éxitos. De los funcionantes, 2 han vuelto a TRS y el resto tiene una creatinina media a los 3 meses de $2,17$ mg/dl y la última registrada hasta diciembre de 2021 de $1,75$ mg/dl. El tiempo medio trasplantado es de $35,75 \pm 35$ meses. Al analizar las variables entre ellas, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

Los pacientes hiperinmunizados tienen una probabilidad baja de trasplante y el programa PATHI supone su única opción. Sin embargo, la tasa de éxito en nuestro caso fue de un 75%, donde los pacientes obtuvieron buenos resultados de la función renal, sin necesidad de reanudar otro TRS. Teniendo presentes las características de estos pacientes, comorbilidad asociada y posibilidades de trasplante renal, creemos que el programa PATHI en nuestro caso ha supuesto una excelente alternativa.

Incidencia de eventos adversos descritos por adultos con un trasplante renal que han sido vacunados frente a SARS-CoV-2

Belén Peix-Jiménez, Verónica Gimeno-Hernán, María Rosario del Pino-Jiménez, Isabel Pérez-Flores, Araceli Faraldo-Cabana

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción

En las personas con un trasplante renal la infección sigue siendo una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad. La vacunación es una herramienta preventiva, pero desafortunadamente la respuesta en este tipo de pacientes puede verse disminuida. Los hallazgos encontrados sugieren que la mayoría de los receptores de riñón siguen teniendo un alto riesgo de infección por SARS-CoV-2 debido a su respuesta humoral. Sin embargo, todavía la información es escasa y por eso, el objetivo de esta investigación fue describir los eventos adversos (EA) relacionados con el proceso de vacunación frente al SARS-CoV-2.

Material y Método

Estudio analítico observacional prospectivo, realizado en un Hospital terciario de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron individuos con un trasplante renal funcionante, en seguimiento por la Consulta de Enfermería de Trasplante Renal, que aceptaron participar. A los sujetos se les inyectó dos dosis de la vacuna mRNA-1273 frente al SARS-CoV-2 según pauta establecida por el laboratorio. Tras la inyección de cada una de las dosis, y hasta las 72 horas posteriores, los participantes llevaron a cabo un registro de síntomas locales y/o sistémicos y la intensidad de los mismos, a través de una hoja de recogida de datos diseñada a tal efecto.

Resultados

Se incluyeron 181 sujetos en el estudio que tuvieron una edad media de $58,3 \pm 13,4$ años, un 61,2% fueron hombres y presentaron una mediana de 9,6 (RI:5,07-15) años desde el trasplante. Un 18% de ellos se infectaron de SARS-CoV-2 en el periodo prevacunación o durante el periodo de seguimiento. La incidencia de EA fue de 91,2%. De ellos, la incidencia de los locales (89%) fue mayor que la de los sistémicos (69,1%). La mayoría de los EA locales fueron leves, el más frecuente fue la aparición de dolor local en la zona de punción (85,1%), seguido por hinchazón (39,2%) y

enrojecimiento de la zona (33,1%). Entre los EA sistémicos fue la astenia (54,7%) y el malestar general (36,5%) los que con más frecuencia se registraron. Además, el porcentaje de EA locales fue mayor entre los que no habían pasado la infección por SARS-CoV-2 (74,6%) que entre los que sí se habían infectado (12,7%), sin embargo, dicha diferencia no alcanzó la significación estadística ($p=0,58$). Asimismo, los EA sistémicos también fueron más frecuentes entre los que no habían pasado la infección (55,2%) frente a los que sí la habían pasado (12,7%), siendo significativa dicha diferencia ($p=0,004$).

Conclusiones

A pesar de que según la bibliografía la respuesta inmunitaria tras la vacuna es menor en trasplantados renales que en la población general, parece que los EA aparecen con una frecuencia muy similar. En nuestra muestra, la vacunación provoca mayormente EA locales. Los EA sistémicos resultaron ser significativamente más frecuentes en aquellos sujetos que no se habían infectado con anterioridad de SARS-CoV-2 que en los que sí se habían infectado.

Comunicarse con imágenes: reto en la atención de enfermería a gestantes hipertensas con barrera idiomática

Carme Camps-Fernández, Laia Fontdevila-Sans, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) afectan al 8-10% de todas las gestaciones. Son la principal causa de morbilidad materna y perinatal y están considerados la complicación médica más frecuente durante el embarazo. La preeclampsia es un trastorno multisistémico caracterizado por la aparición de hipertensión arterial (HTA) de novo, proteinuria y/o disfunción orgánica con o sin proteinuria asociada a partir de la 20ª semana de gestación. Una atención de enfermería, oportuna y eficaz es primordial en los EHE ya que constituyen un marcador precoz de HTA esencial y de enfermedad cardiovascular y renal futura. En nuestra unidad de HTA un estudio prospectivo y observacional puso de manifiesto que el 28% de nuestras pacientes pertenecían a 14 nacionalidades distintas con barrera idiomática y características culturales en valores y creencias diferenciales, hecho que puede afectar a nivel comunicativo en el proceso de la atención prestada y percibida generando en las mujeres sentimientos de miedo, desconfianza, dependencia familiar y aislamiento.

Objetivo

Elaborar una herramienta de comunicación visual sencilla, útil y sin intermediarios que mejore la calidad asistencial y empodere a las gestantes migrantes con barrera idiomática atendidas en la unidad de HTA y embarazo.

Material y Método

Se realizó una revisión bibliográfica para conocer los sistemas de comunicación visual existentes en el ámbito de la atención a las pacientes con EHE. Se agendaron reuniones multidisciplinarias para definir los contenidos de la herramienta a elaborar según las recomendaciones de las guías seleccionando y adaptando los pictogramas que la conformarían. Finalmente se consultó con los departamentos de calidad y comunicación institucionales para su impresión y posterior utilización en fase piloto.

Resultados

Herramienta visual clínica compuesta de pictogramas distribuidos en un único panel de comunicación que fueron agrupados para facilitar su manejo en los apartados:

- Recogida de datos inicial: número de hijos, año de nacimiento y peso, nacidos de parto o por cesárea, lactancia materna o artificial, no nacidos y fecha de la última menstruación.
- Indicaciones/recomendaciones: auto medida de la presión arterial, estilo de vida saludable, adherencia terapéutica, recogida de muestras de orina y recordatorios de día y hora de analíticas/pruebas complementarias/visitas médicas.
- Signos de alarma de preeclampsia: cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, presencia de edemas en cara, manos y pies, aumento súbito de peso, cefalea intensa y persistente, náuseas y/o vómitos, dolor en la boca del estómago y cambios en la visión como manchas o luces.

Conclusiones

El conjunto de pictogramas que conforman la herramienta creada es bidireccional y específico para la atención a gestantes hipertensas siendo inexistente en nuestro ámbito de cuidados. La siguiente fase prevista es la realización de un estudio piloto que muestre resultados de su capacidad para establecer una comunicación básica pero completa y una interacción enfermera-paciente de calidad para su posterior implementación y protocolización.

Cuidados de enfermería a pacientes paliativos durante la sesión de hemodiálisis

Lorena López-Hazas, Patricia Peralta-Castro, Carolina Guijarro-Paz, María Martínez-Bustamante, Joan Manuel Zerpa-Usquiano, Alicia Sánchez-García

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España

Introducción

La mortalidad en hemodiálisis es elevada, siendo incluso superior a la de pacientes con diferentes tipos de cáncer. En pacientes en hemodiálisis mayores de 70 años, la supervivencia a los 10 años es equiparable al cáncer de pulmón (6% vs 5%) y la mortalidad en el primer año se aproxima al 40%, con mayor número de hospitalizaciones y deterioro funcional. Los primeros 120 días de inicio de diálisis son momentos críticos y es donde hay una mayor mortalidad y retiradas de diálisis. Actualmente la mayoría de los pacientes en hemodiálisis son mayores de 50 años y las proyecciones demográficas pronostican una tendencia creciente hacia un mayor ingreso en la técnica de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas y degenerativas asociadas. Una diálisis de altos estándares de calidad técnica puede mejorar parámetros biomédicos pero no necesariamente logra mejorar la calidad de vida en pacientes en situación paliativa pero todavía con soporte renal. La diálisis paliativa decremental se podría definir como un período de transición limitado para tomar decisiones con el paciente y familia, reflexionar e intentar encontrar un equilibrio entre los valores del paciente y la terapia renal sustitutiva. Consiste en seguir con la diálisis aplicando una técnica y una pauta lo más confortable posible, priorizando el control de síntomas siendo los más frecuentes el dolor (60%), la disnea, anorexia (30-60%), náuseas, vómitos (20%), estreñimiento, prurito, insomnio, ansiedad y depresión, reduciendo la medicación y si es posible tiempo y frecuencia de las sesiones a la espera de la resolución de conflictos priorizando la calidad de vida en la etapa final de la vida.

Objetivos

Búsqueda bibliográfica sobre cuidados a pacientes hemodializados que necesitan cuidados paliativos.

Enumerar los cuidados de enfermería intradiálisis a pacientes hemodializados con necesidad de cuidados paliativos.

Material y Método

Búsqueda con Pubmed y en las páginas de las sociedades nefrológicas SEN y SEDEN. Palabras clave: "hemodialysis" and "palliativos".

Resultados

Encontramos 58 trabajos de menos de 5 años de antigüedad, 23% seleccionados. Incluyen una muestra de 195 participantes (67% hombres, 33% mujeres).

Cuidados:

- Pesarle en cada sesión siempre que su estado lo permita.
- Proteger el acceso vascular y evitar punciones innecesarias.
- Cambios posturales y valorar estado de la piel.
- Control exhaustivo de constantes y monitor.
- Administración de fármacos para el control de síntomas.
- Actuación ante complicaciones intrasesión.
- Detectar necesidades biopsicosociales y educación para la salud.
- Acompañar en el proceso del duelo.
- Apoyo y comunicación con su familia o centro sociosanitario.
- Enlazar al paciente y el equipo multidisciplinar del centro.

Conclusiones

La labor de enfermería es imprescindible para ayudar al paciente a minimizar el disconfort durante la sesión, individualizando el cuidado con la empatía suficiente para acompañarle en este proceso final.

Incorporación de la entrevista motivacional para mejorar la alfabetización en salud de los pacientes sometidos a trasplante renal

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

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

La auténtica alfabetización en salud (AS) está constituida por habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla para promover y mantener una buena salud. El paciente sometido a trasplante renal (PTRX) tiene unas necesidades educativas y de refuerzos por su alta prevalencia de incumplimiento terapéutico (20-54%) que perjudican la supervivencia del injerto, con índices de AS mejorables con influencia sobre los niveles de creatinina y hasta con la prioridad para acceder a la lista de espera. Hemos incorporado la "Entrevista motivacional" en el plan de cuidados con sus principales herramientas: "las preguntas" y "la escucha activa" para explorar y resolver la ambivalencia que acompaña a todo cambio de conducta necesario cuando detectamos lagunas informativas o creencias erróneas que desmotivan la adherencia y conductas saludables con retraso en la "Disposición para mejorar la Alfabetización en salud" (NAND/2021-00262).

Objetivos

Objetivo general: fortalecer la alfabetización en salud (AS) del PTRX en la consulta de enfermería.

Objetivo específico: incorporación de la EM en el programa educativo de seguimiento del paciente PTRX tras el alta hospitalaria.

Material y Método

Población diana: Paciente adulto receptor de un TXR: programa educativo: desde Planificación del alta a domicilio y seguimiento posterior en consulta de trasplante. Principios de la EBE: Evidencia externa: Revisión sistemática: IBECS, MEDES, IME, ENFISPO, CUIDEN, COCHRANE LIBRARY PLUS, DIALNET, MEDLINE Y SCIELO de los términos "entrevista motivacional" sin límite temporal y "Alfabetización en salud" "health literacy" como determinante de salud (Sørensen et al., 2015) (Juvinyà-Canal et al., 2018). En

enfermedades crónicas focalizando en ERC, diálisis y trasplante. Evidencia interna: enfermero de consulta (mapa de competencias específico EPA) con rol consultor de ayuda a la autorresponsabilidad del paciente desde las motivaciones intrínsecas. Análisis NANDA/NIC/NOC con selección taxonómica NIC: del Nivel 1: Campo 3: Conductual: Cuidados al funcionamiento psicosocial y facilitan cambios en estilo de vida (4300 a 6099) agrupadas en las secciones O,P,Q,R,S y T con incorporación del diagnóstico (00262) valorando expresiones del paciente del deseo de mejorar habilidades en salud.

Resultados

Edición de sesión clínicas interdisciplinar:

- Bibliográfica: Principios y beneficios de: Alfabetización en salud: valoración del nivel previo de AS y medición taxonómica seguimiento NANDA (0262): NOC (1300-2015) y NIC (5230-5602-6520) y Entrevista Motivacional que busca el autoconocimiento del paciente ayudándole a descubrir sus deseos reales y forma de conseguirlo que se incorpora al Plan de Cuidados.
- Edición de un caso clínico con EM basada en la relación empática en consulta: Exploración deseos/expectativas y abordaje del sufrimiento. Identificación del problema, fijación de metas (AMORE) con plan de acción conductual y medición del nivel de confianza con evaluación del beneficio en aprendizaje/AS.

Conclusiones

La incorporación de herramientas que aumenten el empoderamiento y cambio conductual diferente al enfoque tradicional basado en juicios e imposiciones mejora la AS en la identificación, comprensión, interpretación y toma de decisiones como determinantes para la salud, satisfacción y calidad de vida del paciente trasplantado.

La enfermedad renal crónica en las redes sociales

Sara Pérez-Amorós, Aurea Narro-Sirvent, Alba García-Cañavate

Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. España

Introducción

Las redes sociales en la actualidad se encuentran muy presentes en la vida diaria de las personas, cada vez podemos observar que existen más cuentas dedicadas a la divulgación de enfermería y la educación para la salud. Dado que la enfermedad renal crónica (ERC) y el tratamiento de diálisis es un servicio muy especializado y algo desconocido, vimos la oportunidad de darlos a conocer a través de la red social Instagram.

Objetivos

Crear una cuenta en la red social Instagram que proporcione información sobre la ERC tanto a pacientes y familiares como a profesionales o futuros profesionales de la salud.

Material y Método

El 17 de febrero de 2021 se decidió crear una cuenta en Instagram en el que se presentó a través de fotografías y una breve descripción a las integrantes del grupo que iban a llevar a cabo el proyecto. Las creadoras del grupo eran enfermeras trabajadoras en una unidad de diálisis con experiencia en el servicio de 5 años. La cuenta fue creada tanto para profesionales sanitarios interesados en conocer las técnicas y cuidados específicos que se realizan en un servicio de diálisis, como para las personas con ERC y sus familiares que precisan aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad de una manera interactiva y sencilla. Desde la apertura de la cuenta, se han publicado materiales audiovisuales como: infografías, video tutoriales, "reels", fotografías, entrevistas con profesionales sanitarios y juegos interactivos. El contenido de las publicaciones están basados en educación para la salud del enfermo renal que incluye: recomendaciones dietéticas, cuidados del acceso vascular, consejos para las sesiones de diálisis y de la vida cotidiana. Además, los contenidos enfocados al personal sanitario interesado en la nefrología engloban temas como: conocimientos básicos sobre la ERC, tipos de tratamiento, técnicas específicas

de la unidad (montaje de monitor, conexión-desconexión hemodiálisis, conexión-desconexión diálisis peritoneal, curas...). También se publicaron entrevistas y testimonios de otros profesionales sanitarios especializados que contaban sus experiencias y explicaban de forma sencilla algunos aspectos nefrológicos.

Resultados y discusión

Tras 15 meses de la apertura de la cuenta se publicaron un total de 78 contenidos y se obtuvo 893 seguidores interesados en la ERC. Desde la creación de la cuenta los seguidores han ido en aumento y se ha conseguido en el último mes de abril de 2022 un alcance de 8.078 cuentas. Entre los seguidores se encuentra un 81,1% de la población de España, siendo el resto de México, Portugal, Argentina y Venezuela. Además el 80,7% de los seguidores eran mujeres. El mayor número de seguidores se encuentra en el rango de edad de 25 a 34 años, siendo el 47,4% del total. Le siguen las personas de 35 a 44 años con un 24,1%. A través de este proyecto hemos conseguido interactuar con profesionales y pacientes de distintas localidades que han compartido sus experiencias a través de comentarios y mensajes, se ha proporcionado información y herramientas de ayuda a los seguidores dando así visibilidad a la enfermedad renal a través de la red social.

¿Adiós al desplazamiento del catéter peritoneal?

Eider Barrena-Solaguren, María Ángeles López-Amallo, Encarnación Fernández-Prado, Saioa Bilbao-Ortega

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España

Introducción

Para conseguir una diálisis peritoneal adecuada es requisito indispensable un correcto posicionamiento del catéter peritoneal (CP). El desplazamiento del CP es una de las complicaciones a la que se enfrenta la enfermería y debe ayudar a solucionar con métodos a priori sencillos, aunque no siempre efectivos, pudiendo derivar en un recambio del catéter, asumiendo el riesgo para la salud que ello conlleva (anestesia, reintervención quirúrgica...). Sin embargo, existe una técnica que podría ser prevenible para este problema. La fijación del CP a la pared abdominal mediante sutura quirúrgica durante la implantación laparoscópica del mismo podría evitar dicha complicación.

Objetivo

Valorar la eficacia de la técnica de fijación del CP con sutura quirúrgica a la pared abdominal, observando la frecuencia de aparición del desplazamiento del catéter.

Material y Método

Realizamos un estudio observacional y analítico retrospectivo en nuestra unidad de Diálisis Peritoneal cuantificando los pacientes a los cuales se les implantó el CP durante el año 2021. Se ha tenido en cuenta la fijación del CP a la pared abdominal mediante sutura quirúrgica (sutura prolene 2/0) en el momento de la implantación del CP vía laparoscopia en Quirófano. Además, hemos recogido el número de desplazamientos del CP objetivándolo mediante radiografía de abdomen en bipedestación.

Resultados

Se reclutaron 17 pacientes, siendo 7 mujeres (41,17%) y 10 hombres (58,82%) con edad media $63,4 \pm 16,24$; de los cuales, inicialmente, a 6 (35,29%) se les practicó la técnica de fijación con sutura a pared abdominal (grupo 1) y al resto, 11 (64,70%), se les colocó el CP mediante el sistema estándar,

sin fijación (grupo 2). En cuanto al desplazamiento del CP, en el grupo 1 no se observaron eventos, es decir, 0% de desplazamientos; mientras que en el grupo 2 se objetivó el desplazamiento en 4 pacientes, es decir, el 36,36% (en uno de ellos en dos ocasiones), comprobado mediante radiología. En 2 de los casos se consiguió solventar el problema tras la administración de laxantes y la recomendación del aumento en la actividad física (andar, bajar escaleras, etc), mientras que en el resto hubo que reintervenir quirúrgicamente fijando el CP a pared abdominal, sin producirse desplazamientos posteriores. No obstante, todos los pacientes han tomado ocasionalmente lactulosa por vía oral para regular el patrón intestinal, favoreciendo así el ritmo de la infusión/drenaje del líquido peritoneal.

Conclusiones

En nuestro estudio piloto, si bien es cierto que sería interesante realizar un estudio más amplio, podemos concluir que la fijación con sutura del CP a la pared abdominal es una técnica sencilla y viable, ya que se realiza intra Quirófano en el momento de la implantación del catéter, y que podemos considerarla como una técnica eficaz para evitar el desplazamiento del mismo, teniendo en cuenta que en el 100% de los pacientes que han recibido esta técnica no han presentado ningún desplazamiento. Entonces, nos surge la pregunta: ¿para qué arriesgarse a tener que solucionar un problema si es fácilmente prevenible?

Análisis del síndrome depresivo del paciente en tratamiento de diálisis peritoneal

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

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

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada y el tratamiento renal sustitutivo necesario para la supervivencia provocan en el paciente un impacto físico y psicoemocional que requiere de una adaptación vinculada con el proceso de afrontamiento. Una de las complicaciones psicológicas más frecuentes del paciente con ERC avanzada es la depresión. Un trastorno generado como consecuencia del proceso de duelo que atraviesa el paciente por las limitaciones impuestas por la enfermedad y la adaptación del tratamiento a su estilo de vida. El conocimiento y evaluación del nivel de los síntomas de depresión es un aspecto imprescindible para su detección y su valoración en consultas de Diálisis Peritoneal (DP).

Objetivo

Conocer el nivel de síndrome depresivo de los pacientes con ERC avanzada que inician diálisis peritoneal a lo largo del tratamiento. Comprobar si se modifica a lo largo del tiempo.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal realizado desde febrero 2020 a marzo 2022. De 36 pacientes incidentes en programa, 30 cumplieron criterios de inclusión; mayores de 18 años, incidentes en DP, que realizaron entrenamiento en el hospital, no realizaron hemodiálisis ni fueron trasplantados previamente y aceptaron voluntariamente participar. Variables recogidas; sociodemográficas, situación laboral y modalidad de tratamiento. El instrumento utilizado para valorar el nivel de depresión fue el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). Se entregó en 2 tiempos para su autocumplimentación; previo inicio de tratamiento de DP y a los 6 meses de realizar DP. Se utilizó el programa excell para el análisis de los datos y se realizó análisis estadístico de las variables estudiadas.

Resultados

El cuestionario fue cumplimentado por el 100% de los pacientes previo inicio de tratamiento y el 80% a los seis meses en DP. La edad media inicial fue de 67,2 años, predominó en el 63,3% el género masculino y con el 56,6% la situación laboral de jubilación. El 62,5% realizó DPCA y el resto (37,5%) DPA a los 6 meses de tratamiento en DP. El 16,6% de los pacientes presentó algún grado de síntomas depresivos previo inicio de tratamiento; el 3,3% presentó un nivel de depresión leve, el 13,3% nivel moderado y nadie con/en depresión grave. A los seis meses de tratamiento el 8,3% presentó un nivel de depresión leve y el 4% depresión moderada. La situación basal y a los seis meses de tratamiento se observó que dominaron aquellos pacientes sin síntomas depresivos; en el 83,4% y el 87,5% respectivamente. Los síntomas depresivos moderados disminuyeron a leves a los seis meses de tratamiento en la mayoría de pacientes.

Conclusiones

Este estudio ayudó a conocer que la población estudiada presenta un bajo impacto del síndrome depresivo al inicio y seis primeros meses de tratamiento en DP y se comprobó que éste disminuye a los seis meses. La detección de manifestaciones depresivas debe ser parte integral en la evaluación del paciente en la práctica diaria, para permitir que reciban terapia psicofarmacológica y así minimizar los efectos adversos de este trastorno en el desarrollo de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento

Calidad de vida del paciente y cuidador con la diálisis peritoneal incremental

Francisco Javier Gallego-Montes, María José Carmona-Fernández, Ana Romero-Valero, Dolores Vázquez-Franco

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

Las nuevas guías de adecuación de la ISPD de 2020 tienen como base la “diálisis centrada en objetivos” y ponen a la persona con sus circunstancias tanto clínicas como psicosociales en el centro de toda actuación. La diálisis incremental es una estrategia de inicio de terapia sustitutiva que puede proporcionar muchas ventajas al paciente en diálisis peritoneal. Las guías ISPD “Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis” (2020) definen la diálisis incremental.

Material y Método

Evaluamos a los pacientes que han iniciado diálisis peritoneal (DP) incremental durante el año 2019 teniendo en cuenta su situación clínica y psicosocial durante los dos años posteriores al inicio de DP. Realizamos un estudio con pacientes que inician tratamiento sustitutivo con DP incremental y analizamos las siguientes variables: diuresis residual, Kt/V semanal, número de ingresos hospitalarios y peritonitis. Hacemos una valoración de los factores que contribuyen a una mejora en la calidad de vida a través de distintos Items de Escalas validadas y si la diálisis la realiza el propio paciente o su cuidador. Realizamos la comparativa de seguimiento en DP incremental frente a pacientes con terapia completa. Analizar la carga para el personal sanitario que supone el seguimiento y vigilancia de los pacientes en este tipo de terapia.

Resultados

Durante el año 2019 tuvimos una muestra de 14 pacientes. La edad media fue de 70,5 años. Los 9 que comenzaron con DPCA lo hicieron con 3 o menos intercambios al día, DP incremental según las guías ISPD de 2020. En APD fueron 5 pacientes, 2 comenzaron con diálisis diaria y 3 con incremental por descanso de 2 días a la semana. La técnica de Diálisis la realiza el propio paciente en 10 de los casos y el cuidador en los 4 restantes. El Kt/V semanal medio fue de 2,36, en la diuresis residual no se encontró diferencias sig-

nificativas. El nº de ingresos hospitalarios y peritonitis fue muy bajo, no siendo significativa la diferencia. En la valoración sobre factores que mejoran la calidad de vida de estos pacientes y cuidadores el más significativo fue el descansar algún día en la semana ya que disminuye la carga de trabajo para paciente y cuidador. La carga de trabajo para el equipo fue de dos visitas más al año en pacientes con DP incremental.

Conclusiones

Desde el punto de vista clínico para los pacientes estudiados en nuestra unidad, el inicio de diálisis peritoneal con régimen incremental no supone un perjuicio. La calidad de vida mejora gracias a que la carga de trabajo disminuye en estos casos para el cuidador y el paciente. La diálisis incremental supone un ligero aumento de la carga asistencial para el personal sanitario, aunque en algunos casos los medios tecnológicos mejoran la gestión de ese aumento de trabajo.

Erradicación de Pseudomona en orificio de catéter peritoneal: misión posible. A propósito de un caso difícil

María Susana Velo-Facal, María Lucía Canedo-Romero, Lucía Rodeiro-Bouzas, Rocío Rey-Veiras, Elena Petisco-López, Rafael Alonso-Valente

Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. España

Introducción

La prevención de la infección del orificio del catéter peritoneal comienza desde la técnica de inserción, cuidados en la fase de cicatrización, mantenimiento adecuado y entrenamiento exhaustivo del paciente en los cuidados del mismo. Su infección puede suponer el abandono de la técnica, sobre todo con gérmenes como la Pseudomona aeruginosa.

Objetivos

Exponer y compartir una experiencia en un caso de infección por Pseudomona de difícil curación.

Material

Registros informáticos (IANUS).
Imágenes de seguimiento.

Método

Seguimiento presencial y telefónico de la paciente.

Discusión

Paciente 66 años, mujer. Diagnóstico: Enfermedad renal crónica por poliquistosis hepatorrenal. Tratamiento con diálisis peritoneal automatizada desde el 3/10/2019. Peritonitis con recidivas por Staphylococcus epidermidis. Alérgica a varios medicamentos con ingreso por toxicodermia. Nefrectomía con transferencia temporal a HD. Varios reentrenamientos objetivándose fallos en las medidas de higiene y asepsia.

Debuta con infección de orificio de muy mal aspecto y pronóstico el 15 de marzo de 2021 aislándose una Pseudomona aeruginosa. Se inicia tratamiento con cefepime IM (dadas las múltiples alergias de la paciente manifestadas previamente) y, tras una semana de tratamiento, acude a urgencias presentando un nuevo cuadro de alergia, lo que obliga a cambiar el tratamiento por gentamicina tópica, in-

traperitoneal y fluconazol oral (también alérgica a nistatina). A los 15 días de haber instaurado este tratamiento, sigue con exudado purulento en orificio de salida del catéter y se modifica el tratamiento local a gentamicina intratúnel (solución líquida) y apósito de plata, forzando la salida del cuff paulatinamente.

A los tres días sigue con exudado, pero el cuff comienza a asomar en el orificio, se suspenden los parches de plata y sigue con cultivo positivo para Pseudomona.

El 27 de abril el cuff se extrusa con desgarro importante del orificio, que cura por segunda intención. La inestabilidad que presenta la paciente posiblemente como efecto secundario de la gentamicina, obliga a bajar la dosis intraperitoneal de este antibiótico.

El 10 de mayo la cura aparece limpia, no presenta exudado y se suspende la medicación oral. Únicamente persiste el tratamiento crónico con gentamicina tópica.

Conclusiones

La Pseudomona fue erradicada del orificio de salida del catéter peritoneal no volviendo a tener episodios de este tipo. Las revisiones presenciales fueron fundamentales para el seguimiento y curación del proceso infeccioso.

La continuación con tratamiento de gentamicina tópica de forma crónica supuso en nuestro caso una garantía de tratamiento.

Durante todo el proceso de infección del catéter no fue transferida a otro tratamiento diferente a su diálisis peritoneal automatizada (DPA).

Estabilizador de catéter: nuevos recursos para reducir la infección del catéter peritoneal

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

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

Introducción

Las infecciones del orificio de salida del catéter peritoneal son causa de una elevada morbilidad en los pacientes sometidos a diálisis peritoneal. El estabilizador de catéter es un dispositivo de fijación que ofrece adhesión sin necesidad de fijación con suturas. El orificio de salida se considera cicatrizado cuando han transcurrido de 6-8 semanas de su implantación y totalmente cicatrizado pasado de 6 meses a un año.

Objetivos

Analizar si la colocación del estabilizador de catéter en la cura del orificio peritoneal disminuye las complicaciones en los 6 primeros meses postcolocación.

Material y Método

Estudio cuantitativo cuasi-experimental, antes-después realizado en el servicio de Diálisis Peritoneal (D.P), desde enero 2017 a enero 2022. En la selección de la muestra se incluyeron pacientes que inician o reinician programa de D.P y se les coloca catéter peritoneal en angioradiología o quirófano. Se excluyeron pacientes que pudieran presentar algún tipo de alergia o reacción cutánea al material del estabilizador. En el primer período de estudio: de Enero de 2017 a enero 2018 la cura se realizó fijando el catéter con gasas y tapando con un apósito. En el segundo período comprendido de enero 2018 a enero 2022, una vez colocado el catéter peritoneal y antes de colocar el apósito quirúrgico, se realizó la fijación con el estabilizador de catéter (a la piel y pasando la tubuladura del mismo catéter cerrando la pinza de seguridad de la "mariposa") favoreciendo la caída de éste. Para asegurar su fijación se adaptó la parte central del estabilizador recortando la goma del interior de la pinza y así poder fijar la zona de tubuladura proximal del catéter. Se mantuvo un mes. La variable principal de estudio fue la infección del orificio peritoneal, además se recogieron otras variables como edad, sexo, lugar dónde se

colocó el catéter (quirófano o angioradiología). Los datos se recogieron y analizaron con Excel 2017.

Resultados

Durante el estudio se evaluaron a 158 pacientes. En el primer período 20 y en el segundo 138 catéteres. 124 catéteres fueron colocados en angioradiología mientras que los 34 restantes se colocaron en quirófano. La media de edad y el sexo fueron similares en ambos periodos de estudio (edad media de 64 años y el 68,5 % fueron hombres). En el primer período se registraron 20 catéteres y tras la cura descrita SIN estabilizador se registraron 5 catéteres infectados (25%) durante los 6 primeros meses postcolocación 2 de ellos precisaron recambio de catéter. En el segundo período, una vez implementada la cura del catéter CON estabilizador, se registraron 138 catéteres presentando infección sólo 1 catéter en el año 2018 (2,7 %); 2 en el 2019 (5,7 %); 5 en el año 2020 (13,88%); y 1 en el 2021 (2,3%).

Conclusiones

La disminución de infecciones del orificio estos últimos años, tras la colocación del estabilizador de catéter en la cura de éste, nos animó a incluirlo como recurso para utilizar durante el periodo de cura del orificio.

Fragilidad en diálisis peritoneal: estudio descriptivo transversal

Clara Castillo-Tudela, Antoni García-Lahosa, María Vicenta Ruiz-Carbonell

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España

Introducción

La fragilidad se define como síndrome multidimensional caracterizado por una disminución de reservas fisiológicas, de masa corporal magra, debilidad y disminución de resistencia al ejercicio físico. Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo con Diálisis Peritoneal (DP) presentan una elevada fragilidad. Esta está asociada a la pérdida de autonomía, comorbilidad, aumento de la tasa de hospitalización y a un aumento de la tasa de peritonitis.

Objetivo

Determinar la fragilidad de los pacientes en el programa de DP. Evaluar los factores asociados a la prevalencia de fragilidad de los pacientes en diálisis peritoneal.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron los pacientes que actualmente están en el programa de DP. Se determinó la fragilidad de los mismos mediante la Escala FRAIL. Se estudiaron variables demográficas, Índice de Charlson (modificado de Bedhu), Índice de Barthel, modalidad de DP, tiempo en técnica, peritonitis, infecciones de orificio, número de ingresos desde inicio de técnica y necesidad de cuidador para realizar la técnica.

Resultados

Se incluyeron un total de 25 pacientes con una media de edad de 67,75 años. El 87,5% estaba en diálisis peritoneal manual y 12,5% en diálisis peritoneal automática. Se identificaron 9 pacientes frágiles, 8 pre-frágiles y 7 sin fragilidad. El 67% de los pacientes frágiles precisaron de cuidador para realizar la técnica. Así mismo, estos pacientes presentan menor Barthel, mayor índice de comorbilidad y mayor incidencia de recolocación de catéter. El 85% de los pacientes frágiles han presentado infección del orificio y un 65% peritonitis, provocando una mayor tasa de ingresos, 70% más

que los pacientes pre-frágiles y que los no frágiles, aumentando así la comorbilidad de estos.

Conclusiones

Se detectó una importante prevalencia de fragilidad y pre-fragilidad en los pacientes dentro del programa de DP. Esta se asoció a una mayor necesidad de disponer de cuidador para realizar la técnica y mayor prevalencia de infecciones de orificio, peritonitis e ingresos hospitalarios.

Importancia de la visita: intervenciones de la enfermera de diálisis peritoneal en el domicilio

Carmen Flores-Oneto, Carmen Reguera-Morales, María José Chaves-Velázquez

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España

Introducción

La visita domiciliar es importante dentro de un programa de DP. Es conveniente y necesaria, pero no imprescindible, no realizándose en muchos centros por diversos motivos. Con los siguientes casos, pretendemos visibilizar el trabajo de la enfermera de DP en domicilio, colocando la visita como pilar importante en la continuidad de cuidados.

CASO CLÍNICO 1:

Hombre, 73 años. Insuficiencia tricúspide funcional severa. Disnea a mínimos esfuerzos. UF peritoneal. Vive con su mujer en un 5 piso sin ascensor. Sólo sale en ocasiones especiales. Avisa por signos de infección en orificio.

PATRONES ALTERADOS: Nutricional-metabólico, actividad-ejercicio, percepción-manejo de salud.

DIAGNÓSTICO: (00046) Deterioro de la integridad cutánea. (00004) Riesgo de infección.

NOC: (1105) Integridad del acceso para diálisis.

NIC: (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento, (3660) Cuidados de las heridas (6540) Control de infecciones.

CASO CLÍNICO 2:

Mujer, 49 años con necesidad de comenzar TRS. Elige diálisis peritoneal pero tiene dudas sobre las características de su domicilio.

PATRONES ALTERADOS: Percepción-manejo de salud.

DIAGNÓSTICO: (00126) Conocimientos deficientes.

NOC: (1814) Procedimiento terapéutico.

NIC: (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

CASO CLÍNICO 3:

Hombre, 73 años. Amiloidosis cardíaca en fase terminal. UF peritoneal. Fase depresiva, no sale de la cama ni quiere tratarse. Su hija es la cuidadora principal.

PATRONES ALTERADOS: percepción-manejo de salud, adaptación tolerancia al estrés, riesgo de cansancio rol del cuidador.

DIAGNÓSTICO: (00124) Desesperanza, (00069) Afrontamiento ineficaz, (00062) Riesgo de cansancio del cuidador.

NOC: (1201) Esperanza, (1300) Aceptación; estado de salud, (1302) Afrontamiento de problemas, (1902) Control del riesgo.

NIC: (5330) Control del estado de ánimo, (5310) Dar esperanza, (5230) Mejorar el afrontamiento, (7040) Apoyo al cuidador principal.

Resultados

CASO 1: Tras valoración en domicilio del orificio de salida, recogida de muestras para cultivo, se diagnosticó IOS por Pseudomonas. Se instauró tratamiento antibiótico y tras finalizar el mismo y nuevo cultivo (en domicilio), se resolvió. No desarrolló ninguna complicación asociada y no tuvo que desplazarse al hospital.

CASO 2: El domicilio presentaba las características suficientes para los intercambios, pero, tras entrevista con la paciente en el mismo, se diagnostica afrontamiento ineficaz (00069) en relación con la DP, que en la consulta ERCA fue incapaz de verbalizar (por problemas familiares). Tras informar de nuevo sobre las opciones terapéuticas, paciente y equipo deciden comenzar por hemodiálisis.

CASO 3: Valoración de estado del paciente en el domicilio (el paciente no quiere desplazarse). La enfermera de DP contacta con EGC y equipo de paliativos de AP que pautan tratamiento psicológico. La enfermera de DP realiza visitas de seguimiento (técnica, estado psicológico, apoyo cuidadora). Tras estas medidas el paciente mejora considerablemente su estado anímico y físico en general, contribuyendo al bienestar familiar.

Conclusión

En los tres casos, la actuación de la enfermera de DP fue fundamental en la resolución favorable de los mismos. La visita mejora la calidad asistencial e integral del paciente y familia. Se conecta con el lado más íntimo y humano, profundiza en las relaciones interpersonales y se interviene profesionalmente en aquellos ámbitos difíciles de acceder en el medio hospitalario.

Mutaciones genéticas como causa de inmunodeficiencia en un paciente en diálisis peritoneal

Pablo González-Pereira, Julia Hernando-García, Olga Vegas-Prieto, M^a Jesús Rollán-de La Sota, María Martínez-Manrique, Ana Lucía Valencia-Peláez

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Introducción

La leucocitosis en pacientes en diálisis peritoneal suele estar asociada a un proceso clínico infeccioso, como es la peritonitis. Sin embargo, en contadas ocasiones podemos encontrar presentaciones clínicas poco habituales que pueden sugerir un origen diferente. Presentamos el caso clínico de un varón de 34 años con antecedentes personales de:

- ERC estadio 5D, secundaria a glomerulonefritis, iniciando Diálisis Peritoneal como técnica renal sustitutiva en Septiembre de 2019. Incluido en lista de trasplante renal desde enero 2020.
- Asma extrínseca.
- Cinco episodios de neumonías de repetición entre 2020 y 2021, con cambios radiográficos en el lóbulo pulmonar inferior izquierdo.
- Infección por Virus Sars cov-2 en octubre 2020 y en enero 2022. El paciente fue valorado por Inmunología, no hallando alteraciones funcionales a nivel de la inmunidad innata o adaptativa. En control analítico en agosto de 2021 se comprueba leucocitosis de 43.000 cels/ μ L, manteniéndose asintomático. Se descarta foco infeccioso mediante radiografía de tórax, análisis de líquido peritoneal y gammagrafía con leucocitos marcados, así como alteraciones hematológicas. Se inicia tratamiento con ceftazidima, consiguiendo remisión de leucocitosis. En noviembre de 2021 continúa asintomático, pero con leucocitosis de 22.000 cels/ μ L. Se mantiene actitud conservadora, comprobando nuevo descenso de leucocitos en el siguiente control a 9.000 cels/ μ L. El servicio de Inmunología amplió su valoración con estudio genético, encontrando mutación heterocigótica del gen CARMIL2. Por todo esto, se decide excluirle de forma temporal como candidato del Programa de Trasplante renal de nuestro hospital.

Discusión

El receptor de antígenos de superficie de los linfocitos T reacciona al contacto con el antígeno, activando moléculas co-señalizadoras como CD28, lo que facilita la activación y diferenciación de este subtipo celular. Las mutaciones homocigóticas del gen CARMIL2, causan una inmunodeficiencia primaria autosómica recesiva, provocada por un déficit en la co-señalización dirigida por CD28, produciendo una activación funcional deficitaria del linfocito T. Ante esta alteración y sin conocer posibles complicaciones que le podría ocasionar una Terapia Renal Sustitutiva como el Trasplante Renal, se decide la no inclusión del paciente en esta lista de candidatos por el momento.

Conclusión

La mutación de CARMIL2 presente en el paciente es de naturaleza heterocigótica, ofreciendo una posible explicación a la ausencia de alteraciones en las pruebas inmunológicas realizadas en un primer momento. Actualmente, desconocemos si la leucocitosis característica del paciente juega algún tipo de papel en la fisiopatología de esta enfermedad. En conclusión, tras descartar las complicaciones infecciosas más comunes en pacientes en diálisis peritoneal, es clave descartar otras entidades menos frecuentes, especialmente en cuadros con una presentación clínica atípica, o con resultados poco significativos en pruebas complementarias. El paciente por su enfermedad renal crónica Estadio 5D, deberá seguir en tratamiento de Diálisis Peritoneal hasta que se realice un estudio exhaustivo de su caso, y valorar la posibilidad de reinclusión en programa de trasplante renal.

Paciente con infección del orificio de salida del catéter peritoneal con gran granuloma que precisa exéresis para su resolución

Sandra Ruiz-Fernández, María Escutia-Cilleruelo, Ana Carmen Casado-Morente, Cristiam Martínez-Gil, Dora Núñez-Palomino

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

El granuloma en el orificio de salida es una complicación frecuente asociada al catéter de diálisis peritoneal, la cual suele resolverse mediante tratamiento médico (nitrate de plata local, ácido acteamidohehexanoico); sin embargo, a veces, sólo se resuelve con tratamiento quirúrgico. A su vez, una infección de orificio de salida puede ocasionar la salida del cuff externo, cuyo manejo dependerá de la existencia o no de infección, siendo el "pelado" del dacron una alternativa en casos de resistencia o recurrencia de la infección. Existen pocos casos descritos de granuloma con infección crónica de orificio en el que la exéresis (estirpación de alguna parte del organismo) es el tratamiento alternativo al recambio de catéter que se ha mostrado eficaz.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 63 años con antecedentes de insuficiencia renal en probable relación con insuficiencia cardiaca, relacionada con HTA mal controlada con esquizofrenia paranoide-trastorno ansioso depresivo. Se le inserta un catéter autoperforante de Braun para inicio diálisis peritoneal el 3 de febrero de 2021. A los 14 días se ve que el cuff superficial está muy cerca del orificio de salida y presenta costra y leve enrojecimiento. Al mes comienza DP en casa. Al mes y medio presenta peritonitis secundaria a infección del orificio de salida y un punto de la herida quirúrgica con supuración. Se inicia protocolo de peritonitis y curas del orificio de salida y herida quirúrgica con suero hipertónico y bactroban. Tras un mes de tratamiento de ambos con múltiples antibióticos IP y orales, presenta mejoría del proceso pero no termina de resolverse. Aparece granuloma en el punto infectado de la herida quirúrgica, que crece progresivamente a lo largo de otro mes, en el que el paciente vuelve a presentar peritonitis de nuevo, precisando una semana de hospitalización para tratamiento antibiótico intravenoso, durante la cual el cuff exterior comenzó a exponerse y a presentar exudado purulento a través del orificio de salida. Iniciamos curas con betadine gel. Posteriormente, el granuloma y la infección

del cuff dieron lugar a una tunelitis. Se decide exéresis del granuloma y la parte de piel que une el orificio de salida y la herida quirúrgica.

Tratamiento:

A los 4 meses de la inserción del catéter se decide exéresis de granuloma y la parte de piel que une el orificio de salida y la herida quirúrgica, mediante escisión cutánea con exteriorización completa de dacron externo, realizada por el nefrólogo, tras lo cual, se comienzan curas diarias pelando poco a poco lo que queda de dacron y curas con betadine gel.

Resolución:

Tras la intervención, se realiza cierre de la herida mediante segunda intención, consiguiendo resolver tanto las infecciones cutáneas como las peritonitis recidivantes.

Conclusión

Las infecciones peritoneales relacionadas con infección del cuff del catéter peritoneal, pueden resolverse mediante la exéresis del tejido afectado y la externalización completa de dicho cuff, facilitando así al paciente el mantenimiento en la técnica elegida.

Quiloperitoneo continuo: paciente de diálisis peritoneal con líquido siempre turbio relacionado con insuficiencia cardiaca crónica que cursa con ascitis

Sandra Ruiz-Fernández, Ana Carmen Casado-Morente, María Escutia-Cilleruelo, Inmaculada Concepción Espliguero-Santos, Alicia González-Moreno

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

En diálisis peritoneal cuando un líquido está turbio normalmente es un signo de que algo anda mal en el peritoneo, ya sea por irritación o por infección. El líquido peritoneal nos da mucha información sobre lo que está pasando dentro del peritoneo y nos puede dar una idea de si el paciente está teniendo dificultades o problemas a la hora de llevar a cabo la técnica o está pasando por un proceso infeccioso relacionado con peritonitis, pero ¿qué pasa cuando un paciente está completamente bien, no tiene signos analíticos de peritonitis aunque su líquido siempre salga turbio?

Material y Método

En nuestra unidad contamos con un paciente de 76 años con antecedentes de ICC crónica avanzada que cursa con ascitis no relacionada con insuficiencia renal, que entró en diálisis peritoneal por los problemas ascíticos y que desde el primer momento de inicio de la técnica en el hospital tras inserción del catéter el 31 de enero de 2022, ha presentado líquidos turbios, pero no presentaba ningún otro síntoma de peritonitis como dolor abdominal o fiebre. Al principio de iniciar la técnica con diálisis peritoneal manual que mantiene hasta la actualidad, se le hicieron varias veces el protocolo de peritonitis con la respectiva administración de antibioticoterapia, y en cada uno de ellos, tanto el recuento leucocitario como los cultivos salieron negativos, por lo que nos preguntamos porqué entonces seguía con el líquido turbio. En este caso, tras volver a hacer un análisis bioquímico más completo del líquido peritoneal, nos dimos cuenta que, dicha turbiedad, provenía de que tenía triglicéridos elevados, lo que nos confirmó el diagnóstico de quiloperitoneo relacionado con ascitis previa del paciente, aunque presentara leucocitos también altos.

Discusión

El quiloperitoneo en diálisis peritoneal (DP) es una complicación infrecuente consistente en una acumulación de líquido quiloso en la cavidad peritoneal que es drenado a través del catéter durante la técnica. En nuestro paciente, una vez establecido el diagnóstico, no se llevó a cabo ninguna intervención adicional, ya que el líquido turbio lechoso que presenta unas veces más denso y otras menos, con fibrina en ocasiones aunque no siempre, y que normalmente drena inicialmente antes de la infusión de icodextrina que tiene como pauta habitual, con un intercambio manual manteniéndola durante 8-9 horas al día con el resto del día en seco como tiene prescrito desde el inicio de la técnica, obteniendo drenajes iniciales tras horas en seco de 300-400 ml de líquido peritoneal turbio y espeso de color amarillento oscuro, que presenta en ocasiones fibrina con aspecto gelatinoso, y drenajes tras la permanencia de icodextrina de 500-600 ml en las que el líquido, aunque más claro, sigue de color amarillento oscuro, que a veces puede estar turbio, pero en la mayoría de ocasiones es de aspecto normal aunque oscuro. Presentaremos imágenes de la evolución al inicio de la técnica cuando se le trató como peritonitis y de como sigue el líquido en la actualidad.

SMOOC: uso del e-learning para la formación de personal de enfermería en diálisis peritoneal

Rebeca Rodríguez-Iglesias, M^a Mercedes Moreiras-Plaza, M^a Inés Fernández-Pérez, Cristina Bayón-Juan, José Manuel Carballo-González

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. España

Introducción

En la sociedad actual, inmersa en la era digital, el modelo de educación tradicional ya no satisface las demandas de una comunidad inundada por las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación). La educación para la salud no es una excepción y son muchos los profesionales sanitarios que desean formarse de manera autónoma, buscando una experiencia educacional adaptada a sus necesidades. Actualmente se están implantando nuevas formas de acceder a contenidos educativos mediante plataformas digitales. Los sMOOC, (acrónimo de Social Massive Online Open Courses) surgen del potencial de internet en el ámbito de la educación, y se han convertido en una nueva herramienta para adquirir conocimientos y habilidades. Presentamos nuestra experiencia con la creación de un sMOOC para ofrecer formación continuada al personal de la Unidad de Diálisis sobre temas relevantes de Diálisis Peritoneal.

Material y Método

Utilizando la plataforma CANVAS INSTRUCTURE® se diseñó y creó un sMOOC, de modalidad abierta, sin fecha de fin, acceso indefinido, y consulta de contenidos sin límite. Se combinaron clases prácticas presenciales, con recursos educativos digitales: 9 módulos de contenido docente (con presentaciones audiovisuales y textos), encuestas de satisfacción, foros de discusión y consulta, material multimedia descargable, juegos de gamificación y cuestionarios de evaluación.

Resultados

Se inscribieron 22 personas al curso online (66,66% miembros de la Unidad Diálisis de nuestro Servicio), y a la formación presencial, desarrollada en 9 sesiones, asistieron una media de 10 asistentes por sesión, durante el turno laboral. El tiempo medio de conexión a la plataforma fue de 30,5 minutos (Rango 6-222), y el 77,27% de los inscritos accedió a contenidos digitales. Las encuestas de satisfacción resul-

taron favorables, y se obtuvieron buenos resultados en las evaluaciones parciales. La evaluación final está pendiente de realización.

Discusión

La comunidad científica necesita encontrar modelos que den respuesta a las demandas de formación. Los sMOOC, se han convertido en una nueva herramienta para adquirir conocimientos. Las características diferenciadoras del modelo sMOOC son: introducir un mayor grado de interacción, participación social, ser ubicuo y accesible en cualquier lugar, en cualquier momento y desde cualquier dispositivo. Establecen dinámicas para el aprendizaje colaborativo incluyendo distintos formatos como vídeos y recursos interactivos, lo que repercute en un aprendizaje más social al fomentar la interacción, favorecida con la gamificación. Los sMOOC pueden integrarse en la vida cotidiana, y adaptarse a las necesidades de tiempo disponible para el aprendizaje y desarrollo del conocimiento. Resulta especialmente importante en el contexto de la enfermería, donde los problemas de conciliación familiar-laboral-social dificultan la formación continuada.

Conclusión

La enorme cantidad de información que se genera en el ámbito de la sanidad dificulta la formación continuada actualizada. Los sMOOC se han convertido en una nueva, amena, participativa y eficaz herramienta para adquirir conocimientos. Nuestra primera experiencia con el modelo sMOOC ha sido muy enriquecedora. En un futuro queremos ampliar el número de módulos y temáticas según las necesidades de aprendizaje del personal de la Unidad.

Tratamiento de la púrpura trombótica trombocitopénica en paciente alérgica al plasma sanguíneo

Laura Agraz-Martínez¹, Elena Guerrero-Rodríguez², Sebastián Romero-Amaro¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

² Centro FRIAT Los Llanos II. Madrid. España

Introducción

La Púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) es una patología que forma parte de las microangiopatías trombóticas causada por la deficiencia o mal funcionamiento de la proteína ADAMTS13. Origina la aparición de trombos en la microcirculación provocando hemólisis, anemia y plaquetopenia, lo que compromete seriamente la supervivencia de las personas que padecen esta enfermedad. Actualmente no existe un tratamiento que sea totalmente efectivo, pero la terapia de reemplazo de plasma con plasma fresco congelado (PFC) se presenta como la mejor alternativa.

Objetivo

Describir una alternativa de tratamiento en una paciente con PTT alérgica al plasma sanguíneo.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 41 años, sin antecedentes relevantes, con cuadro compatible con microangiopatía trombótica. Analíticamente presenta plaquetopenia y niveles de ADAMTS13 0,04%, por lo que se confirma el diagnóstico de PTT. En primera sesión de recambio plasmático terapéutico (RPT) enfermería reporta aparición de edema, hipotensión brusca, enrojecimiento, parestesias y dificultad respiratoria durante la administración de la primera bolsa de PFC, por lo que se decide interrumpir el tratamiento y se llevan a cabo las medidas necesarias para estabilizar a la paciente. Posteriormente se contacta con el Servicio de Alergología que, tras la realización de las pruebas pertinentes, determina que la paciente presenta alergia a determinados componentes del PFC. Una vez obtenido el diagnóstico, se realiza una reunión interdisciplinar para valorar las posibilidades de tratamiento. Finalmente se decide continuar el resto de las sesiones realizando el reemplazo con Albúmina 5% y extremando la vigilancia por parte de enfermería durante la duración del tratamiento. A partir de la 4ª sesión se añade Fibrinógeno 2g IV c/24h, Micofenolato 1000mg c/12h y 4 dosis de Ritu-

ximab IV. Durante las 8 sesiones de tratamiento los valores de ADAMTS13 ascienden hasta alcanzar un 23%, las plaquetas a 155.000 UI y valores de LDH de 278, demostrando la efectividad de la plasmaféresis realizada con Albúmina al 5%, pese a no ser el tratamiento de primera elección.

Discusión

La PTT, es una patología poco frecuente, con una elevada mortalidad y cuya detección y diagnóstico temprano es complicado ya que es necesaria la determinación de ADAMTS13 para su diagnóstico diferencial, una prueba diagnóstica que no se encuentra disponible en muchos centros hospitalarios. Además, actualmente no se dispone de un tratamiento completamente efectivo para tratarla. Si a esto le sumamos las posibles patologías de base que puede tener cada paciente, como es la alergia a determinados componentes del tratamiento, hace de la colaboración interdisciplinar algo imprescindible para conseguir adecuar en cada caso la intervención necesaria.

Conclusión

La vigilancia exhaustiva del paciente durante el tratamiento (con el fin de detectar posibles complicaciones) y durante su ingreso (para valorar la progresión del mismo a través del seguimiento de los parámetros analíticos, aparición de sintomatología anómala...) puede determinar la correcta evolución de la enfermedad. Es por ello que el papel de enfermería en las unidades de aféresis terapéutica es esencial para asegurar la salud y seguridad de los pacientes. Además, es imprescindible que los profesionales de enfermería aporten sus conocimientos y experiencias al resto del equipo interdisciplinar en vista de poder individualizar el tratamiento acorde a cada paciente.

Utilidad de la ecografía a pie de cama en la monitorización de la extrusión del cuff superficial del catéter peritoneal desde la consulta de enfermería

Laia Martínez-Segura, Sara Núñez-Delgado, Isabel Bueno-López, Meritxell Ibernón-Vilaró, Ana Sánchez-Escudero

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona. España

Introducción y Objetivo

El uso de la ecografía a pie de cama permite evaluar la posición y profundidad del catéter de diálisis peritoneal (DP) de forma rápida durante la exploración del paciente en la consulta. Los pacientes que presentan extrusión del cuff superficial (ECS) pueden presentar complicaciones infecciosas del orificio de salida del catéter o de su trayecto subcutáneo. El uso de la ecografía en la monitorización de la ECS para descartar complicaciones de forma precoz desde la consulta de enfermería no ha sido descrito previamente.

Material y Método

Estudio prospectivo sobre pacientes en los que se detectó ECS desde la consulta de enfermería entre enero 2020 y abril 2022. En el momento en el que se detecta la ECS se realiza un cultivo del frotis del orificio de salida y una ecografía transversal y longitudinal del trayecto subcutáneo del catéter de DP para valorar la presencia de colecciones y de la localización del cuff profundo del catéter. Cada 15 días se reevalúa al paciente para observar el aspecto del orificio del catéter y repetir el estudio ecográfico hasta la extrusión completa. En caso de detectar alteraciones en la ecoestructura habitual del catéter se evalúa por el equipo médico de DP para valorar la necesidad de tratamiento específico.

Resultados

En el periodo de estudio se detectaron a 3 pacientes con ECS, los 3 estaban realizando técnica de DP continua ambulatoria y la mediana en tratamiento fue de 555 días. La mediana de días desde la detección de la ECS hasta su salida completa fue de 105 días. Todos los pacientes presentaban en ese momento infección del orificio de salida (2 pacientes por bacilos gram negativos y 1 paciente por cocos gram positivos) y recibieron tratamiento antibiótico tópico continuado hasta la salida completa del cuff. 2 pacientes requirieron cambio de pauta antibiótica a los 30 y 45 días respectivamente por cambio en los gérmenes detectados en los

cultivos consecutivos. Durante la extrusión se realizó cura seca con povidona en 1 paciente, cauterización con plata en 2 pacientes y pelado parcial del cuff en los 3 pacientes. En el seguimiento ecográfico de los pacientes se detectaron complicaciones en 1 paciente. El paciente presentó una colección en el trayecto subcutáneo de 12 x 5 mm compatible con tunelitis, sin que se detectase movilización del cuff interno. Desde el momento de su detección se inició tratamiento antibiótico oral con levofloxacino con resolución de la colección a los 15 días.

Conclusión

El uso de la ecografía como técnica complementaria durante la evaluación del paciente con ECS permite una detección y manejo precoz de sus posibles complicaciones.

Valoración nutricional de los pacientes en diálisis peritoneal

Elena Herrera-Martín, Marian Bernabé-Villena, Pilar Díaz de Argote-Cervera, Gema Cámara-Trigo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

La nutrición es un factor fundamental en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento con diálisis. Se estima que la prevalencia de malnutrición en estos pacientes es del 30-70% por lo que se ha descrito el síndrome de desgaste proteico-energético (DPE). Este se define como un estado patológico donde hay un descenso o desgaste continuado tanto de los depósitos proteicos como de las reservas energéticas y es una complicación frecuente en pacientes de diálisis. Según las guías KDOQI sobre malnutrición y ERC, publicadas en 2020 se recomienda realizar cribados y seguimiento continuo del estado nutricional de los pacientes con ERC.

Objetivo

Determinar el estado nutricional de los pacientes incluidos en el programa de diálisis peritoneal (DP) con el fin de detectar alteraciones nutricionales y asegurar un correcto seguimiento.

Material y Método

Se diseñó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población a estudio fueron los pacientes prevalentes en tratamiento con DP. Se realizó una evaluación nutricional completa utilizando la escala de Malnutrición-inflamación (MIS), medición de parámetros antropométricos, bioimpedancia vectorial y parámetros analíticos.

Resultados

Se incluyó un total de 12 pacientes en el estudio. La edad media fue de $55,7 \pm 14,82$ años y el 58,3% fueron varones. La media de tiempo en DP fue de $20,92 \pm 19,48$ meses. En los resultados analíticos se encontró que un 100% de los pacientes presentaban valores de albúmina inferiores a 3,9 g/dl y un 16,7% valores de prealbúmina por debajo de 28

mg/dL. Un 25% tenían una PCR por encima de 5 mg/L. El 66,7% tenía valores de transferrina < 200 mg/dL. Un 58,3% presentaban valores de colesterol comprendidos entre 100-150 mg/dL. El 41,7% se encontraban en tratamiento con Nutrineal® y/o suplementos proteicos. Los resultados del MIS arrojaron que el 75% de nuestros pacientes presentaban desnutrición leve y el 25% desnutrición moderada. El 100% de nuestros pacientes tenían un IMC superior a $18,5$ kg/m² y un 8,3% experimentó una pérdida de peso superior al 5% en los últimos 3 meses. Según la tabla de Schlüssel et al 2008 el 41,7% se encuentra por debajo del percentil 50 en los resultados de la dinamometría.

Conclusiones

La malnutrición se relaciona con una baja calidad de vida, un aumento de las hospitalizaciones y un incremento de la morbimortalidad del paciente con ERC. Tras analizar los resultados, el 100% de nuestros pacientes presentaban desnutrición a pesar de que ya se habían tomado medidas correctoras en la mayoría de ellos. Dada la complejidad del manejo nutricional de estos pacientes, a menudo pluripatológicos, parece recomendable que el servicio de nefrología cuente con un profesional nutricionista especializado en ERC. En nuestro caso se formó un equipo multidisciplinar junto con el departamento de nutrición del hospital. Elaboramos un protocolo de cribado nutricional para detectar a los pacientes en riesgo y derivarlos a la consulta de nutrición donde se realizará: intervención, monitorización y seguimiento.

Códigos QR y educación sanitaria en programa de ejercicios para el desarrollo de la fístula arterio venosa nativa

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

Conocemos la importancia de establecer estrategias que favorezcan el proceso de maduración de la fístula arterio venosa nativa (FAVn), entre ellas se sugiere la realización de ejercicios antes y después de la creación de la FAVn. Estos ejercicios se explican habitualmente en la consulta ERCA o en las propias salas de hemodiálisis si el comienzo de la terapia se ha producido de forma urgente, pero en muchas ocasiones observamos su realización de forma incorrecta. Nuestro objetivo fue el mejorar la eficacia de esta actividad educativa.

Material y Método

Se procedió a realizar una revisión bibliográfica sobre los programas de ejercicios para el desarrollo y maduración de las FAVn. Se determinaron qué ejercicios, con qué frecuencia y en qué tiempo se desarrollarían. Teniendo ya claro el programa de ejercicios, se discutió la estrategia educativa, dado que la actual no nos parecía suficientemente efectiva. Está comprobado que después de una entrevista, los pacientes recuerdan, como promedio, el 50% de la información recibida, del 30 al 50% de las instrucciones recibidas se comprenden de manera errónea, además el número de recomendaciones presentadas se relaciona negativamente con la cantidad recordada y aunque en general, no se obtiene una relación consistente entre la edad del paciente y la cantidad recordada, se sugiere que a partir de los 65 años el recuerdo es menor. Para mejorar la cantidad y calidad de la información recibida por el paciente en la entrevista se decidió que era necesario que este pudiera disponer de información escrita y audiovisual sobre el programa de ejercicios.

Resultados

Se grabaron 4 vídeos sobre los ejercicios para fístulas en antebrazo y brazo (editados con Microsoft Power Point y subidos en modo oculto a YouTube) y se realizó un documento, aprobado por el departamento de calidad del centro, en for-

ma de tríptico con la información del programa de ejercicios el cual incluye 4 códigos QR (generados con un programa on line gratuito) que conducen a dichos vídeos. El acceso a estos vídeos permite al paciente la visualización y repetición de los ejercicios en cualquier momento y lugar.

Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación sanitaria como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, es decir, la capacidad para obtener, leer, comprender y utilizar la información médica para tomar decisiones y seguir instrucciones de tratamiento. Estamos acostumbrados al uso de códigos QR con el objeto de formar al personal sanitario pero el reto se centra ahora en los pacientes. En otro momento nos hubiera parecido que entrañaba cierta dificultad su uso para pacientes y más en edades avanzadas, pero la pandemia ha convertido la lectura de códigos QR en algo habitual.

Conclusiones

En la educación sanitaria debemos usar todas las herramientas a nuestro alcance, el uso de innovaciones tecnológicas para mejorar la asistencia a los usuarios como el uso de códigos QR deben incluirse en las estrategias educativas actuales.

Consulta de enfermería de hipertensión arterial, un nuevo reto en nuestro servicio

María Elisa Casado-Montero, Miriam Berzal-Gómez, Noelia Blanco-Velasco, María Marcos-Hidalgo, Verónica Gamarra-González, Alba Fernández-López

Hospital General de Segovia. España

Introducción

La presión arterial (PA) elevada es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) y el mayor responsable de pérdida de salud en el mundo. A pesar de su fácil diagnóstico y tratamiento, el grado de control sigue siendo inadecuado en la mayoría de las poblaciones. La hipertensión arterial (HTA) se define por unas cifras de PA sistólica ≥ 140 mmHg o de PA diastólica ≥ 90 mmHg o ambas, obtenidas con la medida convencional en la consulta. La medida de la PA en la clínica es el procedimiento más utilizado para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), pero presenta una considerable inexactitud debida a la propia variabilidad intrínseca de la PA y a posibles sesgos derivados de la técnica y condiciones de medida. Varios estudios han demostrado la superioridad pronóstica de la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA), que además detecta la HTA de bata blanca, evitando sobre diagnósticos y sobre tratamientos en numerosos casos. La MAPA está reconocida como la técnica más apropiada para el diagnóstico y seguimiento de la HTA en la mayoría de las guías internacionales.

Objetivo

Justificación de la consulta de enfermería de HTA en la unidad de nefrología en nuestro hospital.

Justificación

Desde que se abrió la consulta de enfermería en nuestra unidad, el número de pacientes con HTA ha supuesto un porcentaje muy elevado, siendo en los últimos años cuando más ha aumentado. El trabajo de la enfermera es muy amplio y requiere de muchas habilidades y formación al respecto. Tiene que conocer y saber manejar el programa informático así como la interpretación de los datos de la MAPA, conocer los tratamientos para así facilitar la adherencia terapéutica y dar las recomendaciones higiénico dietéticas. Ha

aumentado la demanda de la MAPA por otras especialidades como son: Cardiología, Medicina Interna, Neumología y Geriátrica; este año además hemos comenzado a trabajar con pediatría, buscando los manguitos y ajustando los datos a pacientes pediátricos.

Resultados

En el 2021 se realizaron en nuestra unidad 162 MAPA de las que el 57% fueron solicitadas por otras especialidades, y hasta abril de 2022 llevamos realizados 97 MAPA de las que el 66% son de otras especialidades. A lo largo del 2021 se realizaron un total de 63 consultas que requirieron intervención enfermera relacionadas con la adherencia terapéutica y medidas higiénico dietéticas.

Conclusiones

En la actualidad, se considera que la MAPA es el método más adecuado para una mejor estimación de la PA. El incremento de la solicitud de la MAPA para el diagnóstico de la HTA es evidente y se requiere:

- Una formación específica y continuada por parte de las enfermeras para saber interpretar y registrar los resultados de la MAPA.
- Un espacio físico para la consulta de enfermería, para la medida de la PA, educación sanitaria y revisión de la adherencia al tratamiento.

DetECCIÓN DE BARRERAS Y OPORTUNIDADES EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Doralquis Manresa-Palacio, María Victoria Gózales-García, Juan Luis Fernández-Benítez

Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. Las Palmas de Gran Canaria. España

Introducción

En el año 2014 se puso en marcha en nuestro hospital la consulta ERCA de enfermería con el objetivo de dar información y empoderar al usuario en la elección de tratamiento renal sustitutivo (TRS), autocontrol de la dieta así como seguimiento de parámetros clínicos y vacunación.

Objetivo

El objetivo de este análisis se basa en detectar si existen barreras en el proceso de información al paciente y si caben oportunidades de mejorarlo, pudiendo elegir la mejor opción terapéutica acorde con sus valores y estilo de vida, mediante una toma de decisión compartida.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el impacto de enfermería en el paciente renal para establecer la evidencia inicial, utilizando como herramienta de búsqueda bases de datos: Pubmed, Cochrane y Scielo. Para la realización de la búsqueda se han utilizado los descriptores "Consulta ERCA", "Papel Enfermería", "Oportunidades", y "Elección TRS", combinándolos con el operador booleano AND. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años y fueron excluidos todos aquellos cuyo idioma no fuese el castellano y/o inglés. Se identificaron los cambios estructurales y de funcionamiento en la consulta de enfermería ERCA, ocurridos desde su instauración. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes seguidos en la consulta, que tras intervención enfermera hicieron elección de TRS.

Resultados

Si bien el impacto de la enfermería sobre el paciente renal mejora con los cuidados ofertados en la consulta ERCA, según la bibliografía consultada; detectamos alto porcentaje de pacientes que optan por la hemodiálisis como TRS de

inicio, en detrimento de diálisis peritoneal, a pesar de que la literatura describe las terapias domiciliarias como la opción óptima en el 50% de los pacientes. Sabemos que, en un paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) La elección del tratamiento con hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) va a depender de una serie de factores, entre ellos; la educación del paciente, la distancia de viaje al centro de diálisis, y el deseo de autonomía del paciente. Barreras encontradas en concordancia con la bibliografía consultada, para un mejor desarrollo de nuestra labor, podrían ser déficit de conocimientos en educación para la salud sobre técnicas depurativas domiciliarias, disparidad en el uso de herramientas comunicativas, falta de un registro específico de la actividad ERCA y barreras arquitectónicas de acceso a la consulta.

Conclusiones

Este resultado ha hecho plantear la oportunidad de mejora usando: Herramientas de registro de la actividad de ERCA en la unidad, formación de la enfermería ERCA en la terapia de diálisis peritoneal y establecer un proceso reglado de educación para la toma de decisión compartida, que nos permita cambiar nuestra dinámica, eliminando prejuicios iniciales y profundizando más en los valores del paciente, poniendo el foco en otros aspectos que no sean puramente informativos, y la posibilidad de usar herramientas de telemonitorización, herramientas de aprendizaje y seguimiento del proceso educativo.

El test de elegibilidad en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada a través de la plataforma on-line

Ana Romero-Valero, Francisco Javier Gallego-Montes, Dolores Vázquez-Franco, María José Carmona-Fernández

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

La toma de decisiones al iniciar el tratamiento renal sustitutivo (TRS) debe realizarse respetando los principios de autonomía y no maleficencia. La participación del paciente en la toma de decisiones debe ser un objetivo esencial. La Unidad ERCA, con anterioridad al inicio del proceso de toma de decisiones, ofrece al paciente la realización del test de elegibilidad para los distintos tratamientos, en el cual se le indican las contraindicaciones absolutas o relativas para cada uno de los diferentes tratamientos sustitutivos. La realización del test permite que el paciente pueda iniciar sin demora el proceso de información de las distintas técnicas de TRS.

Material y Método

Con motivo de la acreditación de la unidad de Erca (ACERCA) tal y como se recoge en la cumplimentación del estándar 27 realizamos el test de elegibilidad. Este test se ha desarrollado para trabajar desde una plataforma online. Hemos realizado un estudio descriptivo sobre los resultados obtenidos en el test de elegibilidad. Consta de 45 ítems y es recogido por las enfermeras en la consulta de ERCA a los pacientes. El período estudiado abarca desde junio de 2021 a marzo de 2022. Se ha administrado a 122 pacientes.

Resultados

Se han recogido datos generales (aceptación de la enfermedad, filtrado glomerular, pluripatológicos, dependientes, etc.) contraindicaciones relativas (adherencia a tratamientos, desnutrición, etc.) o absolutas (neoplasia, cardiopatías con imposibilidad de revascularización, etc). Los tratamientos de diálisis peritoneal fueron escogidos en un 17,21%, hemodiálisis un 46,72%, tratamiento conservador un 31,97% y dudosos un 4,10%. De entre todos los ítems destacamos que el tratamiento que el profesional ofrece coincide en un porcentaje del 91,80% con el que los pacientes escogen finalmente.

Conclusiones

El test, a través de la plataforma online, facilita el trabajo de recogida de datos y entrevista de las enfermeras. Simplifica la recogida y posterior valoración de los resultados. Tiene buena aceptación tanto por parte del profesional como del paciente. Consideramos que es una buena herramienta para el trabajo de la consulta ERCA.

Experiencia en la acreditación de una consulta de enfermedad renal crónica avanzada según modelo de Acreditación de la Calidad de las Unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Alfredo Sáenz-Santolaya, Cristina López-Puerta, Patricia Rodríguez-Presa, Pilar Rodríguez-Gayán, Esther Rodríguez-Suárez

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

El proyecto ACERCA surge en 2018 auspiciado por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) con el fin de implementar un modelo de acreditación en calidad para las unidades de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). Este modelo de acreditación consta de 70 estándares, 44 obligatorios y 26 recomendados, agrupados en 5 bloques (requisitos generales, recursos humanos y materiales, procesos, derechos y seguridad del paciente y resultados). Dependiendo del nivel de cumplimiento se acredita a las unidades en cuatro niveles: básico, avanzado, óptimo y excelente. En el proceso de acreditación se comenzó a trabajar en 2019 pero con la llegada de la pandemia por Covid-19 se vio interrumpido ya que todo el hospital se tuvo que dedicar a tratar a estos pacientes con lo que las consultas ERCA quedaron cerradas durante todo el invierno de 2020, al retomar la actividad también comenzamos con la revisión de todo lo necesario para solicitar la acreditación

Objetivo

Describir el proceso de acreditación de la unidad ERCA según el modelo de calidad ACERCA.

Material y Método

Estudio descriptivo longitudinal durante un año, julio 2020 a junio 2021. Se evaluó cada uno de los bloques de que consta la acreditación a través de tres video conferencias mantenidas entre el equipo asistencial de la unidad ERCA y un equipo evaluador formado por un nefrólogo y un especialista en calidad asistencial, ambos pertenecientes a una empresa auditora externa.

Resultados

Se atendieron a 195 usuarios durante un año (60,51% varones) con edades comprendidas entre los 23 y 99 años. Comenzaron programa de diálisis 24 pacientes (hemodiá-

lisis 13 (54,16%) y Diálisis Peritoneal 11 (45,84%)) solo dos pacientes no comenzaron en la técnica elegida. La auditoría externa se realizó durante la tercera semana del mes de enero de 2022 con un grado de cumplimiento para los estándares obligatorios del 95% (40), recomendados 96% (25) y un 5% (2) de estándares obligatorias pendientes de justificar. Estamos a la espera de la resolución del proceso ya que se ha enviado la justificación de los dos estándares pendientes de justificar y todavía no hemos recibido la evaluación final.

Conclusiones

El proceso de acreditación es una oportunidad para revisar todos los procesos de la unidad identificando tanto los puntos fuertes como los débiles, proponiendo acciones de mejora ya que la finalidad última de todo el proceso de acreditación es aumentar la calidad de la atención que dispensamos a nuestros pacientes. Nos permite revisar y consensuar todo el material que vamos a utilizar en el día a día de nuestra unidad, implementando herramientas de control de calidad tanto en la asistencia clínica como en todo el material de apoyo que empleamos. Llegamos a la conclusión final que más importante que el resultado final de la evaluación, con un nivel de acreditación u otro, es todo el proceso para llegar a él en el que te obliga a evaluar y cuestionar todo tu trabajo diario permitiéndote una mejora continua día a día.

Importancia de las visitas del paciente a la consulta de enfermería en la enfermedad renal crónica avanzada para la elección de tratamiento renal sustitutivo

María Mercedes Sánchez-Ramade Moreno, María Isabel Conti-Jiménez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción

La consulta ERCA, es el lugar donde enfermería informa a los pacientes de la enfermedad renal crónica avanzada y las distintas opciones de tratamiento renal sustitutivo (TRS). Conseguir que el paciente tenga una actitud proactiva tras el impacto inicial de una noticia negativa, que afectará a su vida, es fundamental para la evolución de su enfermedad.

Objetivo

El objetivo es conseguir que el paciente tenga una comprensión de la ERCA y una participación activa en la elección del Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), coherente con su estilo de vida, para minimizar el impacto que un TRS puede suponer a nivel personal y familiar.

Material y Método

Consulta propia de enfermería donde garanticemos la privacidad del paciente. Dicha consulta está dotada de ordenador con acceso a programas de gestión (Diraya médica, Diraya citas) y nos permitirá acceso a videos informativos. Láminas explicativas. Material de muestra de distintas técnicas (catéter peritoneal, bolsas de diálisis peritoneal, agujas de punción). Equipo multidisciplinar (Médicos, enfermeras/os, auxiliares, nutricionistas, psicólogos, pacientes mentores). Es importante destacar que las enfermeras/os responsables deben tener amplia experiencia y formación en las distintas TRS y ERCA, y habilidades comunicativas. Valoración de los pacientes atendidos con índice de Charlson, escala de Barthel y test de Pfeiffer. Protocolos de actuación definidos.

Resultados y conclusiones

En una primera consulta realizamos una valoración del paciente a nivel físico, psico y social con el fin de detectar posibles complicaciones según el tipo de elección de tratamiento. Conseguir un ambiente relajado y menos es-

tresado es primordial para conocer los hábitos de vida del paciente. Una vez conseguimos empatizar con él, informamos al paciente de la enfermedad renal crónica avanzada que padece y de lo que ello supone. Nos dirigiremos a él con un lenguaje sencillo y fácilmente entendible según su nivel cultural. Informamos posteriormente de las distintas opciones de tratamiento renal sustitutivo a los que podría acceder. Entregamos información de apoyo, videos explicativos, herramientas de toma de decisiones, información de contacto con la consulta... En consultas posteriores aclararemos todas las dudas que puedan surgirle al paciente. Le informamos de los cuidados propios que debe tener según la elección del tratamiento, cuidados del acceso vascular en caso de HD o del catéter peritoneal en caso de Diálisis Peritoneal (DP) y le ayudaremos en la toma de decisiones. En aquellos casos en que observemos un cambio en la situación del paciente (físico, psíquico o social) con respecto a la primera visita, realizaremos una nueva valoración de comorbilidad, funcional y cognitiva o social. En conclusión, cuanto mayor es la información que recibe el paciente, mayor es la elección de técnicas domiciliarias para mantener su independencia y autonomía. El acceso a toda la información por parte del paciente hace que este participe más en la elección de un tratamiento que le permita adaptarlo a su estilo de vida, su familia, y su entorno.

¿Influyó la pandemia en la derivación de pacientes a consulta de enfermedad renal crónica avanzada?

Beatriz Peláez-Requejo^{1,2}, Miguel Núñez-Moral¹⁻³, Fabiola Menéndez-Servide¹, Jéssica Blanco-Sierra¹, Adela Suárez-Álvarez¹

¹Unidad de Gestión Clínica de nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. España

²Grupo de Investigación en Cuidados en nefrología. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). España

³Universidad de Oviedo. España

Introducción

Las guías clínicas recomiendan derivar a pacientes con un filtrado glomerular (FG) menor de 30 ml/min a la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). La pandemia por Covid-19 colapsó el sistema sanitario, provocando el retraso en la atención de diferentes patologías tanto en la atención primaria como especializada, en los tratamientos, la actividad quirúrgica, los procedimientos diagnósticos... Nuestro objetivo es evaluar, si la pandemia influyó en la derivación de pacientes a la consulta ERCA.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo. Incluimos a todos los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta ERCA desde 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2021, agrupados en 2 periodos, 2018-2019 pre pandemia y 2020-2021 pandemia. Las variables estudiadas fueron: sexo, primera visita ERCA, filtrado glomerular (FG) en la primera visita en ERCA (>20, 20-16,15-10,<10), inicio de terapias renales sustitutivas (TRS) hemodiálisis y diálisis peritoneal (programada/urgente), "exitus letalis", trasplante pre inicio TRS y tratamiento conservador. Las variables fueron analizadas utilizando el programa Excel.

Resultados

Se incluyeron un total de 174 primeras consultas en pre pandemia (2018-2019), de las que 111 fueron hombres (63,8%). FG >20 ml/min 66 pacientes (37,9%); FG 20-16 ml/min 53 pacientes (30,4%); FG 15-10 ml/min 45 (25,8%); FG <10 ml/min 9 (5,1%). Iniciaron 20 TRS, 19 de manera programada y 1 urgente (5%), 3 exitus letalis, 2 trasplante pre inicio de TRS y 1 tratamiento conservador. Se incluyeron un total de 193 primeras consultas en pandemia (2020-2021), de las que 124 fueron hombres (64,2%). FG >20 ml/min 65 pacientes (33,6%); FG 20-16 ml/min 61

pacientes (31,6%); FG 15-10 ml/min 47 (24,3%); FG <10 ml/min 20 (10,3%). Iniciaron 38 TRS, 33 de manera programada y 5 urgente o agudo (13,1%), 6 exitus letalis, 0 trasplante pre inicio de TRS y 3 tratamiento conservador.

Conclusiones

Nuestros datos revelan un aumento de primeras consultas ERCA en pandemia (193 Vs 174), con un ligero aumento de los pacientes derivados con FG <10 en pandemia (10,3% Vs 5,1%) y aumento del inicio en diálisis urgente en pandemia (13,1% Vs 5%). Nuestro tamaño muestral carece de potencia estadística para evaluar una significación estadística y/o relevancia clínica. Si podemos aventurar, que quizás hubo una cierta demora en la remisión de pacientes durante la pandemia, justificada por el aumento porcentual de la categoría de FG <10. Esto podría explicar el aumento de inicio en diálisis de manera urgente durante la pandemia y el aumento de la mortalidad (3,1% Vs 1,7%). Para tener algún grado de evidencia científica, creemos que es imprescindible un aumento del tamaño muestral, acompañado de datos multi-céntricos, que ratifiquen o contradigan nuestra observación.

Información al paciente con insuficiencia renal crónica desde Atención Primaria

Carolina Belenguer-Oliver

Consultorio local de Fatarella. EAP Terra Alta. Tarragona. España

Introducción

Habitualmente, el primer contacto de la población con el sistema sanitario se da en las consultas de atención primaria. Es donde se realizan la mayoría de los diagnósticos de insuficiencia renal y donde se inicia el camino que llevará a la atención especializada. Debido a la elevada incidencia de la insuficiencia renal crónica, es necesario que ya desde el centro de atención primaria se pueda informar, educar y acompañar a los pacientes que la padecen.

Objetivo

El objetivo es elaborar un folleto informativo para pacientes con insuficiencia renal crónica desde atención primaria.

Material y Método

Se ha elaborado un folleto informativo para pacientes con insuficiencia renal en cualquier estadio de la enfermedad. Primero se ha recopilado toda la información y después se ha hecho una selección de la información que se quería incluir en el folleto. También se ha buscado la manera de explicar dicha información para que se pueda entender su contenido. En éste folleto se explica de una manera clara y concisa en qué consiste la insuficiencia renal crónica. Se informa sobre la funciones del riñón, que significa tener una insuficiencia renal crónica, cuales son los hábitos de vida saludables para prevenir la evolución de enfermedad y cuales son los diferentes tratamientos que existen, donde se realizan y en qué consiste la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal.

Resultados

El resultado es un folleto informativo para pacientes renales que se puede repartir en los centros de atención primaria.

Conclusiones

La consulta de atención primaria es el lugar idóneo para iniciar la educación en insuficiencia renal crónica. Es una enfermedad desconocida para la población y muy importante debido a la alta incidencia y al gasto sanitario que comporta. Con una buena educación sanitaria desde el inicio de la enfermedad se puede retrasar al máximo el proceso de evolución y el paciente ya es conocedor de las diferentes opciones de tratamiento a los que puede optar cuando llega a estadios más avanzados.

Adherencia a la dieta renal del paciente en hemodiálisis

Carmen María González-Galán, Rocío Jiménez-Vázquez

Hospital Universitario Punta de Europa. Cádiz. España

Introducción

Los pacientes con Enfermedad renal crónica sufren importantes cambios en su calidad de vida con el tratamiento de hemodiálisis: hábitos, restricción dietética e hídrica y cuidados del acceso vascular. Deben asumir la dieta renal como un tratamiento más, aunque cumplirla resulta difícil y tedioso. En cuanto a la adherencia a la dieta se ha objetivado que el conocimiento por sí solo no es suficiente para lograr un nivel óptimo. La atención multidisciplinar reduce la progresión de las complicaciones de la enfermedad renal crónica y mejora la adherencia.

Objetivo

Conocer la adherencia a la dieta renal individualizada en pacientes en tratamiento crónico de Hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal en pacientes en tratamiento de hemodiálisis de 3 centros (116 pacientes), con criterios de inclusión: edad >18 años; capacidad de mantener una conversación oral y comprender documentos en castellano, mínimo 2 meses en tratamiento dialítico y consentimiento informado. Cumplieron los criterios 51 participantes. Se realizaron cuestionarios ad-hoc de recogida de datos socio-demográficos y clínicos y cuestionario de adherencia en el estadio avanzado de enfermedad renal (SESRD-AQ), seleccionando la dimensión de adherencia a dieta y restricción hídrica. Análisis descriptivo de datos con SPSS23.

Resultados

Los participantes en el estudio fueron 29 hombres (56,9%) y 22 mujeres (43,1%), con edades comprendidas entre los 30 y 87 años. La media de edad fue de 66,43 (12,22) años. La media del tiempo que llevaban en tratamiento de hemodiálisis fue de 45,73 (57,01) meses, en un rango entre 2-339 meses. La mayor adherencia a la dieta y restricción hídrica

correspondería con 200 puntos en el cuestionario administrado. En nuestro estudio se ha encontrado una adherencia a la dieta media de 155,88 (44,32), y una adherencia a la restricción hídrica media de 163,72 (41,33). La distribución de ambas medidas en percentiles, indica que el P25 y P50 ambos corresponden a una puntuación de 150, mientras que el P75 se corresponde con 200, la máxima puntuación posible.

Conclusiones

A pesar de ser muy estricta la dieta renal recomendada a estos pacientes en cuanto a restricción hídrica y pautas nutricionales de dieta baja en potasio y fósforo; ante los resultados del estudio realizado, se puede afirmar que los pacientes en programa de Hemodiálisis de estos centros presentan una elevada tasa de adherencia tanto a la dieta como a la restricción hídrica, resultado que presenta el sesgo de la subjetividad al tratarse de una medida autoinformada por el propio paciente.

Aplicación de un protocolo de monitorización del acceso vascular para hemodiálisis: medición del flujo intra acceso. Experiencia inicial

Carla Palacios-Viladés, Isabel Corral-Padilla, Montserrat Gómez-Rivero, Mónica Trench-Vilageliu, Marina Fenollar-Boixader, Renata Zofia-Habdas

Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona. España

Introducción

Para conseguir una hemodiálisis (HD) de calidad es fundamental disponer de un acceso vascular (AV) adecuado. Con el fin de detectar precozmente disfunciones del AV que disminuyan la calidad del tratamiento y como consecuencia la calidad de vida del paciente, las unidades de HD deben desarrollar programas de vigilancia y monitorización del AV. Los métodos de screening no invasivos basados en la determinación indirecta del flujo sanguíneo (Qa) del AV son los de elección para la monitorización periódica del AV. El método para la determinación del Qa utilizado en el presente estudio es la técnica de gradiente de temperatura. La vigilancia de la fístula arteriovenosa interna (FAV) mediante mediciones periódicas de Qa permite, además de efectuar el diagnóstico de la estenosis, identificar a las FAVs hiperdinámicas con un Qa excesivo capaces de provocar insuficiencia cardíaca

Objetivo

Evaluar la utilidad del nuevo protocolo de monitorización de los accesos vasculares para hemodiálisis a partir de la medición periódica del flujo intra acceso.

Material y Método

Estudio de tipo observacional, prospectivo y descriptivo de 12 meses de duración, a partir de junio de 2021. A través de un muestreo no probabilístico consecutivo se recluta una muestra de 43 pacientes en tratamiento de HD y portadores de FAV. Se han seleccionado para el estudio todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección fijados para el estudio. Para la determinación del flujo sanguíneo del AV se utiliza el sensor BTM incorporado a la máquina 5008S de Fresenius Medical Care y el Software específico "Nefrolink" para la obtención del valor del Qa. Los datos son tratados en una hoja de cálculo de Excel. Se realizan 3 mediciones de Qa en cada paciente en sesiones de HD distintas para

determinar el Qa basal y seguidamente se realiza una medición cada tres meses para detectar cualquier disminución del flujo (>25%) o posible alteración.

Resultados

El valor medio del Qa basal de la muestra de estudio es de 1022 ml/min (intervalo de 324-1954 ml/min). Posteriormente a obtener el valor basal de Qa (promedio de las tres primeras mediciones) se ha realizado nuevo control cada tres meses donde se han detectado 6 casos de disminución del Qa. En estos casos se ha realizado control ecográfico para confirmar el flujo del acceso vascular y detectar posibles alteraciones. Se ha relacionado el Qa con variables socio-demográficas (sexo y edad) y clínicas (localización FAV, Qb, recirculación y Kt).

Conclusiones

Este estudio pretende mejorar y completar el protocolo de monitorización del acceso vascular incluyendo la medición periódica del Qa para mantener permeables los accesos vasculares. Por otro lado, el protocolo permite la intervención anticipada sobre los casos que pueden presentar alguna alteración, disminuyendo así la tasa de estenosis y trombosis de las FAVs. Esta experiencia inicial requiere de mayor tiempo de seguimiento y estudio para confirmar los resultados y objetivos iniciales.

Aplicación del proceso de atención de enfermería y diseño de estrategias para la atención integral en paciente con barrera idiomática en tratamiento de hemodiálisis

Sara Hussein-Cobos, Miriam Calvo-Bascones, Lourdes Barroso-San Juan

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Descripción del caso

Mujer de 58 años, recién llegada a nuestro país como refugiada desde Ucrania a raíz del conflicto bélico. En su país de origen es diagnosticada de nefropatía lúpica con enfermedad renal crónica avanzada orientada a hemodiálisis. Cuando comienza la guerra, está pendiente de realización de fístula arteriovenosa. Acude a urgencias para su valoración y se decide inicio de tratamiento renal sustitutivo por la progresión de su enfermedad. La paciente sólo habla ucraniano, presentando una importante barrera idiomática que dificulta todo el proceso de atención sanitaria.

Descripción del plan de cuidados: Se realiza una valoración de la paciente según los patrones funcionales de Marjory Gordon, se identifican los Diagnósticos de enfermería siguiendo terminología NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), se plantean objetivos NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

Evaluación del plan: La evaluación del plan de cuidados se lleva a cabo tras la realización de las intervenciones, analizando los indicadores asociados a cada objetivo NOC y su evolución durante el periodo en el que se realiza el seguimiento de la paciente.

Conclusiones

En este caso clínico, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y el diseño de estrategias para reducir las dificultades de comunicación dieron como resultado la superación de la barrera idiomática, haciendo posible la identificación de las necesidades que la paciente presentaba. De esta forma, se logró la resolución de las dudas que planteaba sobre su tratamiento, así como el abordaje del resto de problemas de salud detectados.

Aplicaciones móviles en investigación sanitaria: desarrollo de una aplicación móvil para la recogida de datos en un estudio sobre fístulas arteriovenosas nativas

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

El mHealth es la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles. La mayoría de estas aplicaciones están dirigidas a pacientes, pero su uso es cada vez más extendido entre los profesionales sanitarios porque facilitan y mejoran la práctica clínica, y aumentan la eficiencia y la productividad.

Material y Método

Un grupo de expertos en accesos vasculares realizó una revisión bibliográfica sobre sistemas de monitorización de fístulas arteriovenosas nativas (FAVn). Posteriormente analizaron la información y elaboraron un programa piloto de monitorización de FAVn que incluyó métodos de primera y segunda generación. En Google Docs, se creó una base de datos en un archivo de Microsoft Excel donde se incluyeron las variables de los métodos de monitorización seleccionados. Se empleó una hoja de cálculo para cada método de monitorización, y en las variables cualitativas se crearon listas desplegables con respuesta múltiple. A continuación, se usó la versión gratuita de la aplicación AppSheet para transformar la base de datos en un prototipo de app de uso privado. El acceso a la app debía ser autorizado por el administrador, además las personas autorizadas debían introducir sus contraseñas de Google o Microsoft. Todos los datos introducidos se volcarían al archivo Excel creado, solo podía acceder a este archivo el administrador de la app desde su cuenta de Google, además la base de datos se codificó con contraseña alfanumérica. La identidad de los participantes se codificó de manera alfanumérica, empleando números y las letras iniciales de nombres y apellidos.

Resultados

Se desarrolló una APP que solo podía ser utilizada por el grupo de expertos. Se podía usar en móviles o tabletas, y emplearla varias personas a la vez. Los métodos de

monitorización evaluados con la app fueron: de primera generación (exploración física, métodos manuales, métodos indirectos, recirculación y disminución del KT o KTV) y de segunda generación (termodilución y ecografía). La distribución de las variables en la app fue la siguiente: en la parte izquierda había un desplegable con el apartado exploración física, el cual se dividió en 4 grupos (mano, muñeca, antebrazo/brazo y clavícula). En la parte inferior de la App se encontraban los apartados métodos manuales, métodos dilucionales, ecógrafo y métodos indirectos. Los datos obtenidos se volcaron al archivo Excel adecuadamente.

Discusión

Solo un 30 % de las apps son de uso profesional. Las aplicaciones dirigidas a profesionales sanitarios se centran en mejorar y facilitar la prestación médica. No obstante, no se ha encontrado bibliografía sobre apps desarrolladas para la recogida de datos en investigación sanitaria. Uno de los principales problemas en el uso de las apps sanitarias es la confidencialidad y privacidad de los datos. Estas aplicaciones deberán disponer de mecanismos de seguridad adecuados que protejan la identidad e información de los pacientes.

Conclusiones

Nuestra aplicación facilita la recogida y la accesibilidad a los datos, siendo de gran ayuda para lograr los objetivos marcados en nuestra investigación.

Asistencias ventriculares y terapia de reemplazo renal continua

Sara Mencía-Prendes, Marta Broncano-Rodríguez, Rosa Melero-Martín, María Ruiz-García, Francesca Sgarbossa, Marina Peñalba-Sanz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

Introducción

La complejidad del paciente en las unidades de críticos va en aumento, por lo que constantemente se están desarrollando nuevas terapias de soporte. Los dispositivos extracorpóreos con membrana de oxigenación (ECMO) son un ejemplo de ello. El ECMO suplente la función cardiaca y/o pulmonar mientras esta se encuentra deteriorada. Es un circuito cerrado que consta de cánulas de extracción y retorno sanguíneo asociadas a una bomba centrífuga y a una membrana de oxigenación. Un alto porcentaje de pacientes que requieren soporte extracorpóreo desarrollan deterioro renal agudo con necesidad de terapia continua de reemplazo renal (TRRC).

Objetivo

Mostrar los distintos tipos de conexiones que utilizamos en las TRRC asociadas a los dispositivos de soporte extracorpóreo.

Material y Método

En base al tipo de patología cardiopulmonar, la severidad o el tiempo estimado de recuperación existen diferentes tipos de dispositivos que suplen la función orgánica en situaciones de shock cardiogénico, y/o en casos de enfermedad pulmonar con hipoxemia severa, utilizándose asistencias arterio-venoso central o arterio-venoso periférico en casos de disfunción cardiaca; y veno-venoso periférico en casos de disfunción pulmonar. Los ECMO disponen de unas conexiones que permiten asociar el tratamiento renal sustitutivo (TRS) de forma directa evitando así la canalización de una vía central; este set de extensión puede situarse a ambos lados de la membrana de oxigenación, conectándose el hemofiltro pre y postmembrana. Si no se dispone de este set hacemos uso de una alargadera situada entre la bomba centrífuga y la membrana de oxigenación.

En los dispositivos de asistencia ventricular que no poseen conexiones para el hemofiltro se requerirá de un catéter venoso central para iniciar el TRS de forma independiente.

Discusión

El fracaso renal agudo (FRA) con necesidad de TRS es una complicación frecuente en los pacientes críticos con soporte extracorpóreo. Estos pacientes requieren el uso de numerosas vías lo que complica la canalización de un acceso vascular exclusivo para iniciar TRRC. Los diferentes sets de conexión disponibles en los ECMO nos permiten usar el TRS preservando parte del árbol vascular.

Existen diferentes opciones descritas en la literatura para asociar el TRS a los dispositivos de soporte extracorpóreo. En nuestra unidad se consensuó con las distintas unidades de críticos que la colocación del hemofiltro estaría situada siempre posterior a la bomba centrífuga, evitando teóricas complicaciones como la entrada de aire en el sistema centrífugo, pudiendo utilizar cualquiera de las dos opciones anteriormente mencionadas.

Si el FRA requiere el mantenimiento de TRS una vez recuperada la función cardio/pulmonar y retirado el soporte extracorpóreo, ahora sí se requerirá la colocación de un acceso venoso central para continuar el tratamiento renal.

Conclusión

La aparición de nuevos tratamientos de soporte extracorpóreo en las unidades de cuidados intensivos requiere la actualización constante de los conocimientos y aptitudes del personal de enfermería nefrológica para adaptarse a los avances y a las nuevas necesidades.

Cada equipo debe organizarse y establecer, en base a sus posibilidades y disponibilidad de recursos, la opción que considera más adecuada para cada caso.

¿Cómo afecta a nuestros pacientes el cambio de personal de enfermería durante los periodos vacacionales?

Isabel González-Sánchez¹, María Luz Sánchez-Tocino², Irene González-Rodríguez⁴, Antonio López-González³, Alicia González-Horna¹

¹ Centro FRIAT Los Lauros Majadahonda. Madrid. España

² Centro FRIAT Las Encinas. Salamanca. España

³ Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

⁴ Centro FRIAT Los Llanos. Madrid. España

Introducción

Los periodos estivales implican vacaciones del personal fijo e incorporación a las unidades de personal eventual. La hemodiálisis requiere personal especializado dado que es muy específica y las complicaciones pueden resultar potencialmente graves. Aunque se siguen protocolos de incorporación de personal nuevo a la unidad, y siempre hay personal fijo trabajando con el eventual, la necesidad de suplencias, puede hacer que los profesionales no estén lo suficientemente preparados. El análisis de cómo esto repercute en la calidad de la diálisis y cómo lo vivencian los pacientes es un tema a considerar.

Objetivos

Analizar la opinión de los pacientes sobre la incorporación de personal eventual y aspectos de su atención que les preocupan que se alteren. Evaluar cambios de eficacia dialítica, parámetros de sesiones o incidencias en las mismas entre dos periodos, con personal fijo y eventual.

Material y Método

Estudio descriptivo con 116 pacientes de un centro periférico de hemodiálisis. Se evaluaron 4 ítems, mediante un cuestionario interno, transversalmente tras finalizar el periodo vacacional: tranquilidad del paciente, aspectos preocupantes, resolución de dudas y esfuerzo del personal. Se compararon las medias de las variables KT, flujo de sangre (Qb), presión venosa (PV), presión arterial (PA), repunciones, hipotensiones y calambres, de un periodo de tres meses con personal fijo frente a tres meses con eventual. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 22.0. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación típica, las variables cualitativas del cuestionario se expresan como porcentajes y valor absoluto. Se utilizó la t de student para nuestras apareadas, concretando una significación estadística para $p < 0,05$

Resultados

Un 37% (43) de los pacientes acuden a su sesión con desconfianza. Respecto a que les preocupa, el 27% (31) posibles problemas de punción, el 21% (24) sufrir retrasos en la finalización de la sesión y el 10% (12) infección del catéter. El 68% (79) considera que se solucionan los problemas de su tratamiento y el 100% (116) que el personal se esfuerza por proporcionar buenos cuidados de enfermería. Analizando las variables de las sesiones, no fueron significativas. KT de 50,18+5,69 para personal fijo y 49,39+5,09 ($p=0,390$) para eventual. Qb con fijos 361,26+18,48, con eventual 360,11+17,66 ($p=0,247$) PV con fijos y eventual 168,48+26,21 frente a 167,82+22,54 ($p=0,715$) y PA -162,97+48,92 frente a -160,23+38,99 ($p=0,634$). Respecto a número de incidencias registradas entre periodos de personal fijo y eventual tenemos: 26 frente a 64 repunciones (2,4 veces más en periodo eventual), 17 frente a 89 hipotensiones (5,2 veces más) y 40 frente a 46 calambres (1,5 veces más) durante el periodo eventual.

Conclusiones

Con personal eventual, más de un tercio de los pacientes acuden a las sesiones con desconfianza. La preocupación más registrada, es problemas en su acceso vascular seguida del retraso en la finalización de la sesión. No se evidencian diferencias en los parámetros Qb, PV y PA y KT entre los dos periodos. Hay un incremento en el número de repunciones, hipotensiones y calambres en el periodo con más personal eventual, que se atribuye al desconocimiento del paciente.

Cuidados de enfermería en el control periódico de pacientes en hemodiálisis domiciliaria

María Vicenta Ruiz-Carbonell, Javier García-Pérez, Elisabeth Marcos-Ballesteros, Sofía Ferrero-Hidalgo

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción

Las primeras diálisis domiciliarias se desarrollaron entre la década de los 70 y 80. La incorporación del tratamiento renal sustitutivo en pacientes Españoles con enfermedad renal crónica avanzada generó problemas de falta de unidades de equipos de hemodiálisis, así como problemas en las distancias hospital-domicilio. La distancia hoy en día no es un problema en España, pero los beneficios reportados por la HDD se han establecido en base a un tratamiento más eficaz y menos costoso. La introducción en los últimos años de maquinaria más sencilla ha hecho resurgir la terapia con un aumento de pacientes en este tipo de técnica.

Objetivos

- Actualizar las curas en la prevención y tratamiento de la HDD domiciliaria.
- Reportar la información obtenida de manera mensual y anual en relación con el nuevo programa de HDD.

Material y Método

Se elaboró un plan funcional para estudiar y desarrollar los siguientes ítems: técnica de montaje, revisión remota de la terapia de HDD del día anterior (alarmas, volumen de UF, constantes, flujo, presiones...). Programación de visitas físicas en el hospital una vez al mes para control de técnica, Ktv mensual y visita por parte del equipo interdisciplinar. Realizar actividades o desviaciones del protocolo de cura y montaje de la HDD. Fortalecer la capacitación del paciente.

Resultados

- Los pacientes más jóvenes (<40 años) han presentado un tiempo de aprendizaje más corto, en torno a 2 semanas antes que pacientes de mayor edad (>65 años). Pese a este dato, ninguno no ha sido capaz de superar el aprendizaje.

- La formación hospitalaria de la técnica de HDD ha sido de una media de 4 semanas.
- Ningún paciente presentó hta o algún evento adverso durante el tratamiento, tampoco situaciones de urgencia vital o necesidad de infundir un bolo.
- El 50% presentaron hta/HTA mantenidas no comunicadas al equipo del HDD.
- El 75% tomaron decisiones relacionadas con la técnica por su cuenta sin hacer formar parte al equipo interdisciplinar de HDD.
- El 75% han tenido que venir presencialmente antes de su visita de control por problemas relacionados con el catéter.
- Ningún paciente presentó problemas en el montaje o uso inadecuado del material en el domicilio.
- Pasados los 2 meses de formación en el hospital, no se han presentado en el domicilio alarmas bloqueantes significativas, solo alarmas suspensivas relacionadas con el propio tratamiento (TA, bajo líquido de diálisis...).

Conclusiones

De manera retrospectiva podemos evaluar de manera muy positiva nuestra adherencia al programa de HDD delegando unas curas de excelencia basadas en la evidencia. La importancia de estos datos radica en el reconocimiento precoz de aquellos ítems a mejorar y ayudar a otros hospitales que estén valorando la opción de iniciarse en programas de HDD en sus unidades de diálisis. Fomentar la auto cura y el paciente experto pone al paciente como eje en sus curas y este ha sido nuestro rol principal como enfermeras.

Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral intradiálisis

Javier García-Pérez, María Vicenta Ruiz-Carbonell, Sofía Ferrero-Hidalgo, Natalia Almendros-Valera, Isabel Granados-Navarrete, Yaritza Trujillo-Villén

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción

Existe una alta prevalencia de malnutrición en pacientes con patología renal, siendo un factor de riesgo en el aumento de la tasa de infecciones, hospitalización y estancia hospitalaria. Esta repercusión deriva en una fuerte morbilidad cardiovascular. En la actualidad, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) son las que realizan un consenso sobre las indicaciones, contraindicaciones y límites de la nutrición Parenteral intradiálisis (NPID) y marcan las intervenciones nutricionales en su composición, tiempo de administración, controles, seguimiento y momento idóneo del soporte nutricional.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es actualizar y hacer más visible los cuidados cada vez más presentes de la NPID en nuestras unidades de hemodiálisis.

Material y Método

Actualmente disponemos de 4 pacientes con desnutrición con la necesidad de soporte de NPID. Esta casuística deriva en la necesidad por parte de enfermería de establecer guías de buena práctica basadas en la evidencia en nuestro servicio para establecer la mejor prestación posible a estos pacientes. Se seleccionaron 2 guías y 8 artículos en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane y se seleccionó 1 guía y 3 artículos después de su lectura crítica.

Resultados

- Control de glicemia capilar durante la diálisis (en la tercera hora en paciente estable, recomendable de manera horaria) por riesgo de Hipo/hiperglucemia.
- Mantener glicemias entre 120-150 mg/dL.
- Control de la acidosis (determinación del bicarbonato venoso pre-diálisis una vez al mes).

- Control lipídico (triglicéridos plasmáticos pre-diálisis una vez al mes).
- Control de peso seco/húmedo estricto secundario a ganancia de peso.
- Conexión siempre estéril según protocolo del hospital de NPID a máquina de diálisis (alto riesgo de infección nosocomial por mala praxis).
- Controles analíticos cada mes de los valores de Albúmina, Pre-albúmina, colesterol, creatinina, bicarbonato y proteína C reactiva.

Cumplir al menos 3 indicadores para iniciarla:

- Albúmina <3,5g/dL y/o Prealbúmina <20mg/dL durante tres o más meses.
- Creatinina sérica <8mg/dL durante tres o más meses.
- Pérdida de peso en los últimos 6 meses superior al 10-20% del peso habitual e ideal, respectivamente.
- Índice de masa corporal (IMC) <18,5 y/o valoración Global Subjetiva (VGS) con desnutrición moderada severa (Score C o 1-2).
- Ingesta disminuida y que no alcanza las necesidades proteicas (0'75g/Kg/día).

Conclusión

Trabajar en unión como equipo de enfermería sin una variabilidad clínica hace que se puedan estudiar los errores y establecer mejoras a través de una trazabilidad pura. La NPID constituye un procedimiento sencillo cada vez más presente en los entornos de trabajo en las unidades de diálisis. Esto supone una actividad más a controlar por parte del equipo de enfermería que a priori no plantea dificultades en el manejo per se la importancia de que esta técnica derive en unas curas de enfermería correctas y que tenemos que tener muy presentes para su éxito y la esperanza de vida del paciente.

CUIDAVEN. Una aplicación móvil para el cuidado de personas portadoras de accesos venosos y su aplicación en el paciente renal pediátrico: unificando innovación, evidencia y humanización

Inmaculada Moreno-González, Francisco Nieto-Vega, Jesús Bujalance-Hoyos, Ruth María González-Ponce, Inmaculada García-Campaña, Esmeralda Núñez-Cuadros

Hospital Regional Universitario Materno-Infantil. Málaga. España

Introducción

La inserción de un dispositivo venoso es uno de los procedimientos médicos más ampliamente extendidos. Sin embargo, por diferentes motivos (falta de formación o adherencia a prácticas basadas en la evidencia), hay una gran variabilidad en su manejo, lo que incrementa la posibilidad de eventos adversos. Implicar al paciente en su autocuidado podría aumentar su seguridad y autonomía. Las aplicaciones móviles (APP) son herramientas potencialmente útiles no sólo para este fin, sino también para mejorar los conocimientos y competencias de los profesionales a través de la formación continuada. CUIDAVEN es una APP de acceso libre y gratuito enfocada al cuidado de personas con dispositivos venosos y desarrollada como parte de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Incluye recomendaciones basadas en la evidencia para todo tipo de dispositivos venosos, vídeos formativos, check-lists para evaluar la adherencia de los profesionales, guía farmacocinética y de medicamentos peligrosos en cuanto a preparación y administración, entre otras prestaciones.

Objetivos

La hipótesis de estudio y principal objetivo es que la inclusión en CUIDAVEN de recomendaciones y vídeos formativos sobre el cuidado de los catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) de hemodiálisis en pediatría enfocados tanto a ciudadanía como profesionales pueden disminuir las complicaciones derivadas del uso de los mismos. Otros objetivos secundarios son:

- Aumentar la competencia de los profesionales en el manejo de estos dispositivos.
- Promover la educación sanitaria y el autocuidado de pacientes y cuidadores.
- Aumentar la satisfacción y calidad de vida de pacientes y cuidadores.

Material y Método

Además de los recursos ya incluidos en CUIDAVEN, hemos desarrollado tres herramientas audiovisuales (Vídeos): uno enfocado a ciudadanía (autocuidado del CVCT destinado a hemodiálisis y/o leucocitoaféresis y desarrollo de una sesión de hemodiálisis, disponible en español, inglés y árabe) y dos a profesionales (conexión, desconexión y cuidados rutinarios del CVCT; extracción de muestras y administración de medicación a través del CVCT). Dichos vídeos, junto con recomendaciones basadas en la evidencia sobre el manejo de CVCT en pacientes pediátricos, se incluirán en la APP a mediados de mayo de 2022. Tras la inclusión de estos, haremos difusión de la APP entre profesionales y pacientes/cuidadores mediante cartelería específica, talleres participativos e información personalizada. Para evaluar el impacto de la intervención hemos diseñado un estudio cuasi experimental pre-post de 6 meses de duración en el que recogeremos variables sociodemográficas, tasa de complicaciones los 6 meses previos y posteriores a la intervención, cuestionario de conocimientos a profesionales previo y a los 6 meses, y cuestionario de satisfacción y calidad de vida a pacientes o cuidadores previo y a los 6 meses.

Resultados

Se presentan los recursos elaborados, accesibles de forma libre y gratuita a través de la APP CUIDAVEN, a su vez disponible en Google Play y Apple Store.

Conclusiones

Las APPs móviles como CUIDAVEN son herramientas potencialmente útiles para aumentar el conocimiento sobre el manejo de CVCT tanto de pacientes y cuidadores como de profesionales, implicar al paciente en su autocuidado, y aumentar su seguridad.

Descripción de la composición corporal diferenciada por géneros en un colectivo de paciente en hemodiálisis hospitalaria

Almudena Pérez-Torres¹, Nancy Piedrahita-Linares², Filo Trocoli-González², Lourdes Barroso-San Juan², Laura Álvarez-García², Rafael Sánchez-Villanueva²

¹ Hospital Santa Cristina. Madrid. España

² Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción

La prevalencia de malnutrición y sarcopenia en hemodiálisis es elevada, siendo la composición corporal un elemento clave en su diagnóstico.

Objetivo

Describir la composición corporal diferenciada por género, en un colectivo de pacientes en hemodiálisis hospitalaria mediante bioimpedancia monofrecuencia.

Material y Método

Estudio transversal con toma de datos retrospectiva, con una cohorte de 154 pacientes (115 hombres), en el que realizó evaluación de la composición corporal mediante bioimpedancia monofrecuencia Nutrilab.

Resultados

Edad media 68,2±14,9 años. La muestra global de caracterizó por un IMC=26,5±7,5kg/m², masa muscular disminuida (36,0±7,3%), líquidos corporales invertidos (agua extracelular/ agua intracelular) (AEC/AIC=1,37±0,4), y un ángulo de fase en rango de normalidad (4,7±1,7). Los hombres se caracterizaron por presentar un IMC mayor (27,12±7,7 vs 24,6±6,3 p<0,05), mayor masa muscular (37,5±6,9% vs 31,4± 6,8% p<0,05). En relación a los líquidos corporales, presentaban mayor agua corporal total (ACT) (56,6±7,1% vs 53,9±8,8% p<0,05) y mayor agua intracelular (AIC) (46,6±8,9 vs 42,8±9,32). No se encontraron diferencias en relación a la distribución de líquidos corporales (AEC/ AIC) (1,3±0,4 vs 1,5±0,5) ni al ángulo de fase (4,8±1,7 vs 4,2±1,3). Los hombres presentaban en un 25,6% disminución de masa muscular apendicular (ASMM) y las mujeres en un 56,4% p<0,05. Un 53,1% de los hombres presentaba disminución del índice de masa esquelética (SMI) vs 29,5% de mujeres p<0,05.

Conclusiones

Los pacientes en hemodiálisis se caracterizan por presentar disminución de masa muscular, y líquidos corporales invertidos. Es conveniente considerar el estudio de la composición corporal por géneros dentro del diagnóstico de malnutrición, al igual que se hace con el diagnóstico de sarcopenia.

Dificultades detectadas en el entrenamiento al inicio de un programa de hemodiálisis domiciliaria

Iratxe Menica-Jáuregui, Adrián Rodríguez-Negro, Cristina Pan-Esteban, Laida Vitoria-Castillo, Irantzu Terreros-Aguinaco, Rosa Ana Martínez-Pérez

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España

Introducción

Los inicios de un programa de diálisis siempre son difíciles. Son muchos los retos y las dificultades que se pueden presentar. En 2021 arrancamos en nuestro centro el programa de hemodiálisis domiciliaria (HDD).

Objetivo

Exponer nuestra experiencia en un programa de reciente creación y que ha tenido un rápido desarrollo.

Material y Método

Estudio de tipo descriptivo, observacional y de carácter retrospectivo. Se han incluido a todos los pacientes que han sido entrenados en HDD (monitor physidia S3) desde que se inició el programa en febrero de 2021 hasta abril de 2022. El entrenamiento ha consistido en cinco sesiones semanales con la pauta que iban a tener en su domicilio. Se incluyen datos demográficos, duración del entrenamiento, pautas iniciales y finales y datos de una sesión intermedia. También se han recogido las dificultades que han presentado los pacientes y se han distribuido bajo cuatro epígrafes: acceso vascular, monitor, conexión y desconexión. Los datos recogidos se han expresado mediante media \pm desviación estándar y mediana \pm rango intercuartil.

Resultados

Se han incluido siete pacientes (seis hombres y una mujer) de $60 \pm 11,9$ (45-79) años y un tiempo previo en tratamiento renal sustitutivo de $13,5 \pm 7,0$ (4-27) meses. Seis provenían de diálisis peritoneal y uno de hemodiálisis. El entrenamiento duró 27 ± 11 (15-50) sesiones y todos portaban catéter yugular tunelizado como acceso vascular. La pauta inicial fue: flujo (Qb) 350 ml/min en todos excepto uno que tuvo 250 ml/min, duración de 180 minutos y 30 l de líquido de diálisis. Al final del entrenamiento todos tenían Qb 350 ml/min pautado y en la sesión intermedia registrada, el Qb fue

300 ml/min en un paciente y 350 ml/min en el resto. La presión arterial era -167 ± 18 (148-190) mmHg y la venosa 160 ± 11 (144-180) mmHg. La mediana de ultrafiltración de la primera semana fue 1300 (604-1440) ml y la de la última semana 1004 (811-1560) ml. Todos finalizaron el entrenamiento y empezaron el tratamiento en su domicilio. Tres pacientes eran totalmente autónomos y hacían todo el proceso ellos solos, un paciente precisaba ayuda para colgar las bolsas y otro para colgar las bolsas y realizar la conexión. Dos pacientes necesitaban ayuda durante todo el proceso de diálisis. La dificultad principal en el apartado de acceso venoso fue que seis pacientes referían impresión al ver salir la sangre de su cuerpo. En cuanto al monitor, seis pacientes tuvieron dificultad para cebar la línea arterial y uno tuvo un aprendizaje muy lento. La conexión y desconexión no ofreció problemas y solo un paciente precisaba ayuda para hacer la conexión. En el momento actual cinco pacientes continúan activos en el programa, un paciente está trasplantado y otro falleció.

Conclusiones

No hemos encontrado grandes dificultades en el entrenamiento de los pacientes. Todos han sido capaces de concluir el entrenamiento y empezar en domicilio. La mayor dificultad de aprendizaje ha sido el cebado de la línea arterial.

Dispositivo Nephroflow®. Predictor del buen funcionamiento de las FAV de nuestros pacientes en hemodiálisis

Cristiam Martínez-Gil, José Luis Hernández-Hernández, Alicia González-Moreno, María Escutia-Cilleruelo, José María Bautista Cañas, Beatriz Gil-Casares

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

El mejor acceso vascular en la mayoría de pacientes en hemodiálisis (HD) es la fistula arteriovenosa (FAV). Cuidarla, preservarla y controlar su buen funcionamiento es tarea conjunta de Enfermería y Nefrología, buscando anteponernos ante cualquier eventualidad. Uno de los parámetros más fiables ante sospecha de disfunción en FAV y la prevención de trombosis, es una disminución progresiva del flujo del acceso vascular (Qa), pudiendo ser detectado de varios modos, como el dispositivo Nephroflow®. Nephroflow® es una herramienta no invasiva de fácil manejo, que permite controlar el buen funcionamiento de la FAV. Proporciona mediante ultrasonidos, el Qa y la recirculación. El objetivo del estudio fue comprobar si Nephroflow es eficaz en la práctica clínica para detectar precozmente problemas del acceso, siendo durante la HD donde detectamos mejor una estenosis.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo. 31 pacientes en HD 3 días/semana con FAV nativas maduras, dos con puentes de PTFE punción arterial. Seis ButtonHole. Dos abandonan estudio tras 1º medición (exitus y trasplante). Realizamos mediciones con Nephroflow cada 5 semanas durante 4 meses. Tomamos valores de recirculación y Qa. Obtención de 3 mediciones para estudio. El Qa debe ser >600 ml/min. Son parámetros sugestivos de disfunción Qa mediante Nephroflow <500 en FAV nativas; <600 en PTFE; o disminución temporal superior 20-25%. También indicarán mal funcionamiento; recirculación >20%, mala eficacia con $Kt/V < 0.8$. En FAV sugestivas de estenosis siempre observaremos Qa insuficiente, independientemente donde estén localizadas. Presiones arteriales y venosas intraHD estarán comprometidas o no en función de la localización de la estenosis.

Resultados

Analizamos 29 FAV. Medición de medias y desviación estándar: Qa 1454 ± 911 , 1620 ± 883 , 1635 ± 1021 en 1º, 2º y 3º toma de medidas respectivamente. Recirculación siempre <20%. Siete pacientes (24%) con Qa <600 en 1º medición.

- Tres de ellos (10%) Qa 500-600, decidimos observación; en 2º y 3º medición dos recuperan Qa sin intervención, catalogamos probable fallo en 1º medición. El tercero permanece estable Qa 500-600 en sucesivas mediciones.
- Los cuatro pacientes restantes (14%) Qa <500. Uno se niega a cualquier intervención. El segundo presentó estenosis crítica yuxtananastomótica corroborada con fistulografía; se realizó tratamiento quirúrgico con reimplante proximal y mejoría en Qa de 2º medición, pero empeoramiento en 3º; pendiente nueva fistulografía. El tercer paciente sin estenosis ecográfica, si en fistulografía; se realiza angioplastia (ATP), recuperación Qa y nueva caída posterior realizándose 2º ATP. Cuarto paciente evidencia estenosis ecográfica realizándose fistulografía con ATP; recuperación Qa.

Conclusiones

- El dispositivo Nephroflow permite controlar periódicamente el funcionamiento de la FAV en HD mediante monitorización no invasiva de Qa y recirculación.
- Podremos detectar precozmente problemas del acceso como estenosis para tomar medidas correctoras y alargar la vida media de la FAV.

Efectividad de un sellado combinado en la disfunción del catéter venoso central de hemodiálisis

Reyes Fernández-Díaz, Emilia Margarita López-Sierra, Gloria Ballesteros-Terol, M^a Esther López-Heres, Montserrat Pablos-de Pablos

Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias. España

Introducción

La disfunción del catéter venoso central (CVC) determina la calidad del tratamiento de diálisis y puede predisponer a la retirada del mismo. El sellado es un factor clave para asegurar la permeabilidad de las ramas y mantener el funcionamiento efectivo del catéter. Implantar nuevas estrategias en el manejo del sellado favorece la supervivencia del CVC y preserva futuros accesos vasculares, mejorando la calidad en la atención al paciente.

Objetivo

Evaluar la efectividad de una pauta combinada con dos soluciones de sellado (TauroLockTM-Hep 500 y Urokinasa®) en la recuperación de la funcionalidad del CVC permanente en pacientes de hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo, retrospectivo desde abril 2021 a abril 2022. Se incluyeron a 15 pacientes de hemodiálisis hospitalaria con disfunción del CVC permanente, considerando disfunción a tener un flujo de sangre ≤ 300 ml/min y/o presencia de presión arterial (PA) o presión venosa (PV) ≥ 250 mmHg en el monitor de hemodiálisis. Implantamos un protocolo de sellado combinado para el CVC que consistió en administrar una solución de TauroLockTM-Hep 500 (lumen de la rama) dos días a la semana y una solución de Urokinasa® (50.000 UI/rama) un día a la semana. Se recogieron las siguientes variables: sexo y edad; extracción de sellado, inversión y lavado de ramas; flujo de bomba (Qb), PV, PA y Kt en el monitor. Se compararon 2 periodos: día de inicio del sellado combinado y al 3º mes de tratamiento. Las variables cuantitativas se han descrito con medias y desviación estándar y las categóricas con frecuencias y porcentajes. Estrategia de análisis: la prueba Kruskal-Wallis comparó variables cuantitativas y la prueba exacta de Fisher comparó variables categóricas. Un valor $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Se utilizó el

paquete estadístico SPSS 19 y Epidat 3.1 para el análisis de los datos.

Resultados

Seguimiento de 13 pacientes (2 pacientes excluidos por exitus), 8 mujeres y 5 hombres, edad media 79 ± 12 años (57-94 años). Al finalizar el seguimiento, en los 13 catéteres se produjo un aumento del Qb (272 ± 30 ml/min vs 371 ± 20 ml/min, $p < 0,001$) y un descenso de la PA en el monitor (-248 ± 13 mmHg vs -210 ± 6 mmHg, $p < 0,001$). La PV aumentó (128 ± 34 mmHg vs 162 ± 24 mmHg, $p = 0,004$) y se mantuvo en límites funcionales. La eficacia dialítica medida por el Kt aumentó en toda la muestra (38 ± 8 litros vs 54 ± 6 litros, $p = 0,02$). La resistencia a la extracción del sellado desapareció en los 13 catéteres (23% vs 0%, $p < 0,001$) y el lavado de ramas interdiálisis descendió de 13 a 3 catéteres (100% vs 23%, $p < 0,001$). Sólo 4 catéteres precisaron la inversión de líneas frente a los 7 catéteres iniciales (54% vs 31%, $p = 0,41$).

Conclusiones

El abordaje del CVC disfuncionante mediante un sellado combinado favorece una mejoría de los parámetros asociados al funcionamiento del catéter y en consecuencia un menor riesgo de infección al disminuir las manipulaciones en el mismo.

Elaboración de un Button Hole

Andrea Canillas-Sáez, María Natalia Gutiérrez-González, Maite González-Manjón, Leire Pérez-Hernández, Carmen Pérez de Urrutia-Sastre, María Milagros Ferro-Villar

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Araba. Álava. España

Introducción

La técnica denominada Buttonhole (BH) fue descrita en 1977 por Twardoski. Consiste en la creación de un túnel subcutáneo de tejido fibroso cicatricial mediante la punción de la FAVn en la misma entrada de piel, mismo ángulo y misma profundidad. Tras la creación de este túnel, se podrá canular la FAVn con aguja roma. Diferentes estudios muestran datos muy dispares en torno al tiempo de creación del mismo, varían desde 6 a 10 sesiones de diálisis hasta 50. Los beneficios que destacan sobre esta técnica frente a la más utilizada que es la de escalera, son: menor sensación de dolor durante la canalización, mayor facilidad en la inserción de la aguja en el sitio de canalización, posibilidad de autocanalización y menor probabilidad de desarrollar hematomas y aneurismas.

Objetivo

Valorar el tiempo de creación de un Buttonhole y sus beneficios en las sesiones de diálisis.

Material y Método

Caso clínico de un paciente en el que se realiza la elaboración de un BH.

Resultados

Varón de 35 años diagnosticado de enfermedad renal crónica de etiología no filiada en estadio 5 en febrero de 2013. Inicio en diálisis peritoneal el 28/02/2013. Trasplantado en dos ocasiones en 2014 y 2017. Se decide hemodiálisis domiciliaria debido a no conseguir buenas adecuaciones en tratamiento de diálisis peritoneal previo a trasplante. El 31/11/2021 se interviene de FAVn húmero-cefálica izquierda en extremidad superior izquierda. El 25/01/2022 ingresó por sintomatología de robo, realizándose una fistulografía con colocación de 2 stents. Se comienza punciones para la creación del BH el 14/02/2022 con necesidad de

suspenderlas debido a dolor en FAVn e infección. Tras ello el 14/03/2022 acude a la unidad con la fistula no funcional, se consigue revascularización por parte de radiología intervencionista. Se comienzan nuevas punciones el 17/03/2022, siempre por la misma enfermera. Se consigue canalizar con aguja roma la parte arterial por primera vez el 29/03/2022 tras 9 punciones seguidas, debido a los problemas ocurridos en el mes de marzo no es posible conseguir canalizar de la misma manera la parte venosa. En el mes de Abril durante el período vacacional no se pincha la FAVn por vacaciones del paciente, por lo que el 19/04/2022 nos encontramos el BH cerrado. Comenzamos con nuevas punciones y tras 6 canalizaciones seguidas con aguja biselada en zona venosa se consigue canalizar con aguja roma. Por otro lado, se precisaron de 9 canalizaciones arteriales para volver a formar el túnel.

Conclusiones

No ha sido posible establecer un período claro en el tiempo de elaboración de un BH debido a las múltiples complicaciones que ha presentado el paciente y la ausencia durante el período vacacional. Aun así, las sesiones en las que se canalizó con aguja roma presento mayor nivel de dolor que con la biselada. Esto provoco que se realizara el mismo las punciones en su domicilio con aguja biselada. Durante la punción con aguja roma sí presento menor tiempo de hemostasia y no se desarrollaron hematomas ni aneurismas.

Empleo de citrato frente a acetato como líquido de diálisis en una unidad de hemodiálisis hospitalaria

María del Carmen Martín-Álvarez, Isabel Martínez-Gómez, Estela Tirado-López, Elena Gómez-Conde, Ara Candelaria Trejo-Martín, María Eulalia García-Núñez

Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. España

Introducción

El líquido de diálisis precisa de un ácido para su estabilidad. El acetato es el más empleado, pero se ha relacionado con peor tolerancia hemodinámica durante las sesiones de hemodiálisis, sobretodo en las técnicas convectivas. En diferentes estudios, se ha descrito una mejora en la tolerancia hemodinámica con el empleo de citrato, así como una menor trombogenicidad.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue comparar la tolerancia hemodinámica y las incidencias en las coagulaciones del circuito de hemodiálisis del baño con citrato frente al acetato.

Material y Método

Estudio prospectivo y unicéntrico de pacientes en hemodiálisis con tres sesiones semanales. Los criterios de selección fueron pacientes, mayores de 18 años, en hemodiálisis un mínimo de 3 meses con catéter tunelizado como acceso vascular, con calcio ajustado a albúmina mayor o igual a 8 mg/dl y con magnesio mayor o igual a 1,6 mg/dl el mes previo a entrar en el estudio. Los pacientes incluidos en el estudio se dializaron dieciséis semanas con acetato y otras dieciséis semanas con citrato. No se modificó la pauta de diálisis excepto en el ácido. La membrana, el tiempo por sesión, la técnica (alto flujo o hemodiafiltración on line), la dosis y tipo de anticoagulación del circuito intradiálisis se mantuvo con ambos ácidos. Se registraron los episodios hipotensivos sintomáticos e incidencias en la coagulación del circuito extracorpóreo (líneas, cámaras y dializador).

Resultados

Seis pacientes se incluyeron en el estudio. Edad media 80 (6,48), 66,6% varones. Se analizaron un total de 610 sesiones: 305 con acetato y 305 con citrato. El porcentaje de hipotensiones fue mayor con acetato: 5,2% frente a 0,3%

con citrato. No hubo que cambiar líneas ni dializador en ninguna sesión de las diálisis analizadas aunque el porcentaje de sesiones con problemas en la coagulación del circuito (dializador, líneas o cámaras) fue mayor con citrato frente a acetato: 4,2% con citrato frente a 2,3% con acetato (aunque se produjeron en su mayoría en el mismo paciente).

Conclusiones

Los datos analizados en nuestro estudio sugieren que el empleo de citrato frente al acetato como ácido en el líquido de diálisis, podría mejorar la tolerancia hemodinámica a las sesiones de hemodiálisis. Los problemas de coagulación en el circuito de diálisis en nuestro estudio podrían haber estado influenciados por otros factores no relacionados con el ácido.

Enfermera referente en hemodiálisis, comparando resultados después de la pandemia

Mireia Cots-Galobart, Ester Guerrero-Espinosa, Marina Fenollar-Boixader

Althaia Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa. Barcelona

Introducción

En nuestro hospital, los últimos proyectos han sido liderados por el equipo de enfermería, y han priorizado la responsabilidad y la seguridad de los pacientes, así como la importancia del papel de la enfermera referente y la informatización de los cuidados.

Objetivos

El objetivo del estudio es, mediante la implantación de un protocolo de enfermería referente, adoptar una visión global para coordinar todo el proceso asistencial, gestionar el plan de trabajo y asegurar la continuidad. Otro objetivo es comparar los resultados obtenidos en 2019, antes de la pandemia, y en 2021, cuando la pandemia aún permanece.

Material y Método

Se utilizó un diseño observacional cuantitativo para desarrollar esta investigación. Se incluyeron 111 pacientes en el estudio. Los instrumentos utilizados para recoger los resultados fueron: Escala de Barthel, Mini Evaluación Nutricional (MNA), Cuestionario Breve de Estado Mental Portátil de Pfeiffer (SPMSQ) y un formulario propio de acceso vascular. Se utilizaron las 14 necesidades de Virginia Henderson para evaluar las condiciones generales.

Resultados

Los resultados muestran una edad media de 70 años, rango 30-89 en 2019, lo mismo en 2021, rango 21-91. Los resultados de la escala de Barthel muestran: Totalmente independiente 53,57% en 2019, 53,2% en 2021, Mínimamente dependiente 25,89% en 2019, 28,8%. Parcialmente dependiente y muy dependiente 10,7% en 2019, 9,9% en 2021. Totalmente dependiente 3,57% en 2019, 1,8% en 2021. Los resultados del MNA muestran: resultados normales en 2019 36,61%, 34% en 2021, riesgo de desnutrición en 2019 33,04%, 55% en 2021, desnutrición en 2019 13,39%,

6,3 en 2021, 16,96% no fueron evaluados en 2019, 4,5% en 2021.

Conclusión/Aplicación a la práctica

En conclusión, existe un aumento del riesgo de desnutrición en los resultados de la MNA, que podríamos atribuir en parte a la supresión de las comidas intradiálisis. Hemos observado un aumento en el número de escalas realizadas. Nos gustaría seguir trabajando en este proyecto de enfermería de referencia para ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida.

Gestación en paciente de hemodiálisis con terapia dialítica intensiva progresiva

Begoña Rincón-Reviriego, Inmaculada Hernandez-Peña, Alonso Rodrigo Valadés-García, Bárbara Parra-Pérez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España

Introducción

La frecuencia de embarazos en mujeres en edad fértil con Enfermedad Renal Crónica (ERC) sometidas a hemodiálisis es baja, entre un 0,3 y un 0,75 % al año. El ciclo menstrual ovulatorio se afecta en mujeres que cursan con ERC. Por ello, es poco frecuente que las pacientes presenten un embarazo. Se ha podido comprobar que una terapia dialítica intensiva, mediante un aumento en la frecuencia y duración puede dar lugar a gestaciones a término con disminución de la tasa de abortos espontáneos. El objetivo de este caso clínico es exponer como nuestra paciente de 35 años en programa de HD lleva a cabo el embarazo con terapia dialítica intensiva progresiva.

Material y Método

Los datos utilizados se recogen de registros de evolución médica y enfermería en la historia clínica del paciente (se solicita consentimiento informado).

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, con ERC secundaria a glomeruloesclerosis. Síndrome nefrótico desde 2009. HD desde 10/09/2019 con pauta: HDF on-line 3 d/semana, 4 h/sesión, FAV funcional. Diuresis residual <500 ml/24h. Informada de los riesgos que conlleva un embarazo tanto para la madre como para el feto, queda embarazada dos veces sufriendo abortos espontáneos en ambos casos. En diciembre de 2020 informa de un tercer embarazo. La paciente se encontraba de 7 semanas de gestación. Durante ésta se llevó a cabo un seguimiento estricto de nefrólogo, enfermería de HD, obstetricia de alto riesgo y matrona. En ese momento, se pasó a HD estándar intensiva de 6 sesiones semanales y de 7 sesiones semanales a partir de la semana 22 de gestación llegando a término con parto natural. Programa dialítico: Los niveles de electrolitos: monitorización semanal. Membrana utilizada: Fx 80. Flujo líquido de diálisis: 500 ml/min. Concentraciones de potasio en el baño: 3 mmol/l, bicarbonato: 30 mEq/l y calcio: 3 mEq/dl. Se realizó un plan de HD intensiva creciente y progresiva según

la semana de embarazo para mantener una función renal estable y evitar parto prematuro y bebe de bajo peso y controlar posible preeclampsia-eclampsia de la gestante manteniendo TAD <90 mmHg. Además, permitió un control de la ganancia ponderal inter dialítica evitando complicaciones con ganancias menores que no suponen riesgo evitando hipotensiones, hipovolemia y arritmias. En la semana 33 se produce parto eutócico dando a luz un niño de 1,8 Kg con percentil y morfología correctos a la edad gestacional.

Discusión

Se trata de una paciente embarazada en programa de HD. Un beneficio teórico de aumentar dosis de diálisis es tener un control estricto sobre el peso seco, la tensión arterial y evitar preeclampsia-eclampsia de la paciente, aumentando dosis de diálisis manteniendo bajos los niveles de urea prediálisis y tasas bajas de ultrafiltración. Pensamos, que un esquema terapéutico intensivo progresivo y los cuidados individualizados fueron los adecuados contribuyendo a llevar a buen término el embarazo. Nosotros consideramos que sería interesante incluir una diálisis, además de intensiva, que fuera progresiva, aumentando dosis de diálisis dependiendo de la edad de gestación.

Hipertensión arterial: hemodiálisis de centro versus hemodiálisis domiciliaria

Pablo Mora-Giménez, Alex Andúgar-Asensio, Anna Luque-Hernández, Enma Caballero-Martín, Mar Blázquez-Rodríguez, Lourdes Aragón-Fernández

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

Introducción

La prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, incluidas la arritmia cardíaca, la enfermedad de las arterias coronarias, la miocardiopatía y la valvulopatía cardíaca, es mayor en los pacientes en hemodiálisis (HD) que en la población general. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en pacientes en HD y el principal diagnóstico de alta que acompaña a 1 de cada 4 ingresos hospitalarios. La HDD mejora el control de la tensión arterial y como consecuencia una disminución de la hipertrofia ventricular izquierda mejorando la reducción de la morbi-mortalidad de los pacientes en diálisis.

Objetivo

Describir dos casos clínicos de nuestra unidad de Diálisis Domiciliaria sobre el control de la Tensión Arterial tras iniciar la HDD en relación a las técnicas dialíticas previas.

Material y Método

Estudio descriptivo de 2 pacientes afectados de Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que empezaron programa de HDD en junio de 2019 hasta la actualidad. El primer caso en un varón de 56 años de edad, enfermedad renal secundaria GNMP tipo III, trasplantado renal 2 veces, inicio tratamiento con Hemodiálisis de centro durante el primer y segundo trasplante, previo al inicio de la HDD estaba realizándose Diálisis Peritoneal. Tensión arterial elevadas. El segundo caso es una mujer de 56 años de edad, enfermedad renal 1988, trasplantada renal 1990, inicio tratamiento con DP en 2016 hasta fallo peritoneal, por lo que se le ofreció la HDD en septiembre de 2020 como tratamiento alternativo. Hemos estudiado diferentes variables: sexo, edad, procedencia, tipo de acceso vascular, diuresis residual, horas semanales, flujo de bomba de sangre (QB), flujo de líquido de diálisis (QD), reinfusión de líquido de diálisis, tratamiento previo, cantidad de medicación hipotensora y causas de salida.

Resultados

Mujer de 56 años, CVC yugular izquierdo, diuresis residual 0ml, QB 350 ml/min, QD 180 ml/min, reinfusión de 3000 ml. El tratamiento dialítico previo al inicio era Hemodiálisis online de centro (HD) y el tratamiento hipertensivo era de Doxazosina 4 mg, Enalapril Ratiopharm 10 mg, Furosemida 40 mg y Atenolol 50 mg. Paciente refiere mala tolerancia a las sesiones de HD. Al iniciar HDD se va reduciendo progresivamente los hipotensores hasta al 2 mes que se suspende toda la medicación pautada anteriormente. Finalmente la paciente es trasplantada en septiembre 2021. Varón de 56 años, FAV húmero-perforante de MSD, diuresis residual 0ml, QB 350 ml/min, QD 180 ml/min, reinfusión de 3000 ml. El tratamiento dialítico previo al inicio era Diálisis Peritoneal y el tratamiento hipertensivo era Manidipí 20 mg, Doxazosina 16 mg, Carvedilol 50 mg, Enalapil 10 mg c/24h y Furosemida 40 mg. Paciente reduce la toma de diferentes medicamentos a lo largo de las sesiones de HDD, hasta la suspensión de dichos fármacos al completo durante los primeros 3 meses. Finalmente el paciente es trasplantado en diciembre de 2021.

Conclusiones

La conversión de HD convencional de centro a HDD se puede asociar a un mayor beneficio cardiovascular a largo plazo mejorando la masa del ventrículo izquierdo y disminuyendo la morbi-mortalidad, reduciendo la presión arterial y la necesidad de medicamentos antihipertensivos.

Impacto de la sexta ola Covid-19 en una unidad de hemodiálisis

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal tienen una mayor comorbilidad y mortalidad por Covid-19 (20-30%). Se han actualizado protocolos y guías para evitar la propagación del Covid-19 en los tratamientos con diálisis, disponiendo de test rápidos y un circuito de actuación ante sospechas con test rápidos de antígenos. Con la nueva variante Omicron y la explosión de contagios el reto ha sido mayúsculo en nuestra unidad hospitalaria en esta sexta ola.

Objetivos

- Analizar los pacientes positivos por Covid-19 en la unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal en un hospital de tercer nivel.
- Valorar el cribado, diagnóstico, clínica, síntomas y duración de la enfermedad en los pacientes positivos y su estado de vacunación además de resultados de serologías o anticuerpos.

Material y Método

Revisión de las historias de los pacientes con sintomatología compatible con Covid-19 desde el 1 de enero 2022 hasta el 28 de febrero de 2022. Se recogieron datos de demografía, lugar de infección, resultados de laboratorio de microbiología, sintomatología por anamnesis o historia clínica electrónica, ingreso hospitalario, complicaciones y situación de vacunación además de respuesta inmunitaria.

Resultados

En total se diagnosticaron 37 pacientes positivos, 23/75 HD crónicos (30,6%) de nuestro centro y 4/35 DP (11,5%). El resto (10) son pacientes de otros centros que realizan HD de forma periódica o pacientes que iniciaban de forma aguda (4). El tipo de diagnóstico por PCR (54%) el resto con antígenos (27%) o ambas (19%). Edad media 64 años (31-80) y 10 mujeres (27%). Sospecha de infección familiar (56%), co-

munitario (16%) y hospitalario (27%). Cepa Omicron 94% y reinfección en 32%. Sintomatología: (5%) no, (78%) catarro, (51%) fiebre, (16%) gastrointestinales y (22%) neumonía. Ingreso en (43%) y fallecieron 2 (5%). Vacunación completa (77%), incompleta (19%) y sin vacunar (4%). Serologías (73%) con +2080 UI y (27%) con cifras menores. Las cifras de CT en PCR de inicio de media 21,75 (15-33) y el tiempo hasta ser negativo o CT mayor de 35: 15 días (3-30).

Conclusiones y resultados

Es importante mantener actualizados los protocolos de cribado y aislamiento ante sospechas de Covid-19. El empleo de medidas habituales (anamnesis y EPIS) y el uso de los test rápidos de antígenos evita la aparición de brotes en esta población vulnerable. Los pacientes que han sido positivos han estado en aislamiento más tiempo que la población general, debido a la inmunosupresión, por lo que es necesario mantener el aislamiento al menos dos semanas con un resultado favorable por PCR (CT mayor de 35 o negativo) La mayoría han pasado síntomas leves (hasta casi el 80%), aunque la mortalidad no es tan grave como en las primeras olas, los pacientes renales pierden la respuesta inmunitaria a los 3 meses de recibir la vacuna, con lo que precisan de más dosis de refuerzo respecto a la población general.

Importancia del equipo de enfermería en la supervivencia de un acceso vascular para hemodiálisis

Laura Agraz-Martínez¹, Elena Guerrero-Rodríguez², Sebastián Romero-Amaro¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

² Centro FRIAT Los Lauros II. Madrid. España

Introducción

El acceso vascular (AV) es esencial para que el paciente con enfermedad renal terminal pueda realizar su tratamiento de hemodiálisis (HD) y su conservación tiene un efecto directo sobre su morbimortalidad. Éste debe reunir ciertas características que permitan realizar una HD adecuada ($Kt > 45$ y $Qb > 300$ ml/min). La fístula arteriovenosa autóloga es el acceso de primera elección, pero cuando dicho acceso no es viable hay que buscar alternativas que permitan la continuidad del tratamiento. Presentamos el caso clínico de un paciente con complicaciones para obtener un acceso vascular óptimo y el trabajo interdisciplinar llevado a cabo para conseguirlo.

Objetivo

Describir las distintas alternativas de acceso vascular en paciente con complicaciones del lecho vascular.

Presentación del paciente. Varón de 52 años en programa de HD desde octubre/2020, a través de Permacath Yugular Derecho por ERCT secundaria a nefropatía diabética, derivado de consulta de ERCA.

Historial del acceso vascular. 11/2020: Se realiza FAV Radio-cefálica izquierda, comienzo de punciones en 01/2021. Se retira PC en 02/2021. 07/2021: enfermería detecta aumento progresivo de las presiones venosas. Se realiza medición de $Qa = 480$ ml/min con Nephroflow y se deriva a cirugía vascular donde se diagnostica una estenosis yuxtananastomótica. Se realiza angioplastia, tras intervención mejoría notable de las punciones tolerando flujos elevados. 5/11/2021: En medición de Qa rutinario se detecta flujo patológico (440 ml/min.). Se deriva a cirugía vascular que descarta rescate quirúrgico. En analítica se objetiva infra-diálisis, por lo que se decide canalizar Shaldon femoral derecho para HD urgente. 11/11/2021: Se implanta Permacath Yugular izquierdo y se retira Shaldon. 17/11/2021: Enfermería objetiva enrojecimiento y exudación purulenta en la

inserción del catéter, además fiebre de 38°C. Se deriva a urgencias donde realizan ecografía de cuello y hemocultivos. Se evidencia trombosis venosa profunda de vena yugular y subclavias izquierdas y bacteriemia. Comienza con antibioterapia. 22/11/2021: Persisten signos de infección, se decide retirar catéter. 27/11/2021: En radiografía se detecta trombosis venosa también en el lado derecho, por lo que se decide inserción de Shaldon femoral. 01/12/2021: No se evidencia mejoría en trombosis parcial central bilateral, por lo que se descarta colocar nuevo catéter yugular, así como la realización de FAV, y se decide sustituir Shaldon por un Permacath femoral. Llegados a esta situación, se valora la realización de FAV HCI con puente en "H" de PTFE, una vez haya mejorado la trombosis central con tratamiento.

Discusión

La identificación de signos precoces de estenosis en venas centrales por enfermería, permite la rápida intervención del resto de profesionales y ayuda a prolongar la supervivencia del acceso vascular. En aquellos casos en los que el paciente sea portador de un catéter y existan dificultades para conseguir un nuevo AV, se ha de intentar conservar el mismo agotando todas las alternativas previo a su retirada.

Conclusión

Un acceso vascular óptimo es fundamental para el paciente con IRC. La formación del equipo de enfermería para un correcto manejo del AV y vigilancia de la aparición de signos de alarma es esencial, ya que son los profesionales que se encuentran en primera línea y los encargados de prevenir la aparición de complicaciones.

Iniciamos nuestro programa de hemodiálisis domiciliaria: “Nos cuidamos en casa”

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

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción

Actualmente en España la hemodiálisis domiciliaria (HDD) tiene un impacto muy escaso en comparación con otros países como Australia, Nueva Zelanda o del norte de Europa. La HDD consiste en realizarse la técnica dialítica en su hogar para conseguir una mayor libertad de horarios, mejor control de la TA, disminución de la apnea del sueño, menor restricción dietética, mejor control de toxinas y menor morbi-mortalidad.

Objetivo

Describir nuestra experiencia en Hemodiálisis Domiciliaria desde junio de 2019 a enero de 2022 en nuestro hospital.

Material y Método

Estudio cuantitativo cuasi-experimental de todos los pacientes afectos de Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que empezaron programa de HDD desde julio de 2019 hasta enero 2022. Las variables estudiadas fueron el sexo, edad, procedencia, tipo de acceso vascular, horas semanales, tiempo de aprendizaje, tratamiento previo y causas de salida.

Resultados

Se inició la técnica de Hemodiálisis domiciliaria (HDD) en julio de 2019. En el periodo comprendido en nuestro estudio empezaron 21 personas: 5 mujeres y 16 hombres. La edad media fue de 55 años. El acceso vascular más utilizado fue la fístula arteriovenosa (FAV); en 13 pacientes se utilizó la técnica de Bottonhole. Los 8 pacientes restantes portaron catéter tunelizado yugular. La media de los días invertidos de entrenamiento fue de 27,75 días. La media de horas semanales que realizaron en HDD fueron 15 horas. La procedencia al inicio de la técnica fue: 5 de Diálisis Peritoneal, 5 de Hemodiálisis de centro, 3 de Trasplante renal con fracaso del injerto y 8 de Insuficiencia Renal Crónica Avanzada que

iniciaban terapia renal sustitutiva. La duración media en programa de HDD fue de 277 días (61-779). Las causas de salida fueron: a 7 personas se les realizó trasplante renal, 1 persona abandonó la técnica por cansancio tras 245 días en domicilio y 1 persona volvió a la HD de centro tras probar durante 1 semana en domicilio.

Conclusiones

La HDD permite mantener una mejor calidad de vida. Estos resultados suponen una excelente técnica para cualquier persona que precise tratamiento renal sustitutivo y valore su independencia-autocontrol como parte fundamental en su día a día. Aunque el pequeño número de pacientes y el poco tiempo nos anima a proseguir ampliando nuestra experiencia.

La hemodiálisis domiciliaria a través de sus ojos

Marian Bernabé-Villena, Elena Herrera-Martín, Pilar Díaz de Argote-Cervera, Rafael Lucena-Valverde

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

La hemodiálisis domiciliaria (HDD) es un tipo de terapia renal sustitutiva que se realiza en el domicilio del paciente. Entre las principales ventajas que se asocian a su uso podemos encontrar: mayor libertad y flexibilidad para que el paciente dirija su propio tratamiento, mejora las oportunidades de empleo, favorece las relaciones sociales, lo que conlleva beneficios psicológicos y los resultados clínicos son mejores.

Objetivo

Describir la situación y percepción de los pacientes incluidos en el programa de HDD de nuestro hospital.

Material y Método

Se diseñó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población a estudio fueron los pacientes prevalentes en tratamiento con HDD. Para la recolección de datos se diseñó un cuestionario anónimo ad hoc que se distribuyó mediante la herramienta de formulario de Google.

Resultados

Se estudiaron 7 pacientes incluidos en programa de HDD con una media de edad de $60,29 \pm 12,32$ años. El tiempo medio de entrenamiento fue de 31,43 días, sin encontrar diferencias en función del acceso vascular (42,39% catéter venoso central y 57,1% fístulas). Un 71,4% encontraron una dificultad moderada en el aprendizaje y la transición del hospital al domicilio fue afrontada con confianza (71,4%). Un 100% de nuestros pacientes refieren sentirse seguros de sí mismos siendo los principales responsables de su tratamiento y el 71,4% percibe un correcto seguimiento y apoyo por parte del hospital. El 100% de nuestros pacientes se dializan de forma autónoma y un 85,7% sin presencia de acompañante. El 100% refiere sensación de seguridad

realizando la técnica en el domicilio, aunque al 28,6% le preocupa sufrir alguna complicación grave. Un 71,4% de nuestros pacientes han presentado algún tipo de complicación durante o después de la diálisis (hipotensión arterial, coagulación del sistema, extravasación del acceso vascular, sangrado del acceso vascular y/o pérdida de conocimiento). El 57,1% fueron ocasionales, con una frecuencia inferior a 1 complicación al año. El 28,6% de nuestros pacientes ha sufrido alguna infección: del acceso vascular un 66,7% y sepsis un 33,3%. Respecto a las ventajas asociadas a la hemodiálisis domiciliaria opinan que: facilita el control de peso (85,7%), disminuye las restricciones dietéticas (85,7%), disminuye la toma de medicación (28,6%), mejora la calidad del sueño (71,4%), aumenta la vitalidad y energía (100%), disminuye la sensación de fatiga/cansancio tras la diálisis (85,7%), se adapta fácilmente a las rutinas diarias (85,7%) y facilita los viajes/desplazamientos (42,9%). El 100% refiere que la hemodiálisis domiciliaria ha cumplido sus expectativas y la recomendaría.

Conclusiones

A pesar de que el tamaño de la muestra no nos permite obtener resultados estadísticamente significativos, podemos concluir que la mayoría de las ventajas asociadas a la hemodiálisis domiciliaria son confirmadas por nuestros pacientes y que posibles causas de exclusión de la técnica, como es dializarse solo o ser portador de catéter, en nuestro caso no se observa un incremento de: los riesgos asociados.

Mapa de riesgos del proceso de cuidados del acceso vascular de hemodiálisis

Carmen María González-Galán, Rocío Jiménez-Vázquez, Vanessa Jaén-Cañete

Hospital Universitario Punta de Europa. Cádiz. España

Introducción

La seguridad del paciente es un pilar fundamental de la asistencia sanitaria, es prioritario reducir los riesgos innecesarios y evitables. Un mapa de riesgos es una herramienta para la gestión proactiva de los riesgos que muestra gráficamente los riesgos más relevantes. La elección del proceso de cuidados del acceso vascular recae sobre la importante morbimortalidad que implica para el paciente en tratamiento de hemodiálisis.

Objetivos

Elaborar un mapa de riesgo para el proceso de cuidados del acceso vascular de hemodiálisis, que permita analizar e implantar medidas que mejoren la seguridad.

Material y Método

Se ha utilizado la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), la cual sirve para la identificación de los fallos de un proceso, evalúa la probabilidad de aparición, la posibilidad de detección y la gravedad de los potenciales efectos. Estos tres conceptos evaluados forman el Índice de Prioridad del Riesgo (IPR). Se definió un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 6 miembros: 1 TCAE, 3 DUES, Supervisora y 1 FEA de Nefrología. La recogida de datos se realizó mediante técnica "Tormenta de ideas" y posterior debate de consenso. El análisis de los mismos se ha realizado de forma descriptiva, usando como indicador de evaluación el IPR. Posteriormente se ha representado el resultado en un mapa de proceso de forma gráfica.

Resultados

Se han identificado cuatro fallos:

- Infección del CVC.
- Malfuncionamiento del CVC.
- Punciones fallidas en FAV.
- Uso del acceso vascular para técnicas diferentes a hemodiálisis.

Los Efectos que se detectan para el paciente son los siguientes:

- Infección del CVC: sepsis, pérdida del acceso vascular.
- Malfuncionamiento del CVC: Realización ineficaz del tratamiento dialítico, aumento del tiempo de sesión, pérdida del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo.
- Punciones fallidas en FAV: Trombosis, estenosis, recirculación, extravasación, pérdida del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, aumento del tiempo de sesión.
- Uso del acceso vascular para técnicas diferentes a hemodiálisis: Infección, malfuncionamiento, estenosis, trombosis, hemorragia, pérdida del acceso vascular.

Las causas definidas que dan lugar a estos fallos son variadas, pero las que se detectan con IPR más elevado son:

- Uso del acceso vascular fuera de hemodiálisis por personal no entrenado. IPR: 516.
- Falta de experiencia. IPR: 288.
- Falta de formación. IPR: 288.
- Paciente con sistema vascular deficiente. IPR: 288.
- Urgencia vital. IPR: 144.
- Mala adherencia a autocuidados en domicilio. IPR: 128.
- Inadecuada esterilidad en las técnicas. IPR: 120.
- Inadecuada técnica o tipo de sellado del CVC. IPR: 120.

Conclusiones

Resulta significativo el IPR evaluado en el "uso del acceso vascular fuera de hemodiálisis por personal no entrenado", además se ha repetido como posible causa de tres de los fallos identificados. Las acciones de mejora que se han implantado para dar respuesta a este hallazgo han sido: sesiones clínicas para todo el personal de hospitalización y urgencias, docencia a través de curso virtual, comunicación y asesoría con personal de diálisis y difusión de infografía informativa en todas las plantas.

Oxigenación por membrana extracorpórea y hemodiálisis: una unión posible

Ana Isabel Santamaría-Sánchez, Isabel Crehuet-Rodríguez, Estíbaliz Revueta-Villán, Berta Villahoz-González, Yolanda Perales-Feliz, Ana Belén Martínez-Galán

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción

La Covid-19 originaba gran compromiso respiratorio provocado por neumonía bilateral; muchos pacientes necesitaron intubación y conexión a sistemas de ventilación mecánica estándar. Los más graves necesitaron un soporte de ventilación mediante oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Dichos pacientes suelen presentar fallos multiorgánicos siendo el riñón uno de los más afectados. De hecho, más del 75% desarrollan insuficiencia renal aguda y aproximadamente un 50% necesitará alguna terapia de reemplazo renal, siendo las más comúnmente utilizadas las técnicas continuas, y muy excepcionalmente, hemodiálisis convencional. La técnica ECMO moviliza sangre a flujos muy elevados (3000-6000 ml/min). Consta de una bomba que extrae la sangre del paciente cargada de dióxido de carbono, la lleva por unas líneas de gran calibre al oxigenador (carcasa llena de fibras huecas donde se intercambia el dióxido de carbono por oxígeno) y la retorna al organismo. El oxigenador posee también dos puertos de acceso empleados para purgar el circuito y conectar las terapias renales. Precisa además, de un monitor para controlar parámetros, un sistema de suministro de oxígeno y un intercambiador de calor para calentar la sangre. Requiere catéteres de gran calibre. Tiene muchas semejanzas con la hemodiálisis. Presentamos un caso excepcional que requirió ambas terapias simultáneamente.

Objetivo

Compartir nuestra experiencia con la aplicación conjunta de ambas técnicas.

Paciente y Método

Varón, mediana edad, ingresado en UVI por Covid-19, con síndrome de distress respiratorio agudo. Precisó ECMO vía venosa mediante catéter de doble luz en vena yugular derecha; con anticoagulación sistémica. Presentó fallo renal que requirió técnica substitutiva continua por sobrecarga de

volumen, retirada tras diuresis eficaz (2000 ml) forzada con furosemida. Posteriormente, empeoramiento progresivo de función renal a expensas de uremia y fosforemia elevadas (217 mg/dL y 9,8 mg/dL respectivamente), creatinina 2,5 mg/dL, Na y K en rangos normales. Se planteó una hemodiálisis convencional. La unión de ambos circuitos se realizó conectando una llave de tres vías a cada puerto de acceso del oxigenador. La sangre no oxigenada se extrae del paciente a un flujo de 3300 ml/min (en nuestro caso) impulsada por una bomba hasta el oxigenador. A través de uno de los puertos de acceso, al que habíamos conectado una llave de tres vías, parte de esa sangre es derivada a la línea arterial del circuito de hemodiálisis empujada por la bomba de este monitor. Pasa por el dializador y vuelve por la línea venosa, a través de la otra llave de tres vías, conectada al otro puerto. Se devuelve al paciente desde el oxigenador por el circuito conectado al catéter insertado para ECMO. Controlar las presiones arterial y venosa del circuito de hemodiálisis fue lo más complicado. Se solventó con mayor o menor apertura de las llaves de tres vías para obtener un flujo adecuado, estabilizar las presiones para evitar interrupciones de la sesión y conseguir una hemodiálisis eficaz.

Resultados

Hemodiálisis de 2:30 horas Sin incidencias, bien tolerada. Disminuyeron uremia (125 mg/dL) y fosforemia (6,5 mg/dL).

Conclusión

Se pueden conectar ambas terapias simultáneamente y conseguir una hemodiálisis eficaz.

Perfil clínico del paciente que presenta infección del orificio de salida del catéter de hemodiálisis

José Luis Cobo-Sánchez¹, Fernando González-García², M^a Jesús Rollán-de La Sota³, Rafael Casas-Cuesta⁴, Catalina Jaume-Riutort⁵, Mateo Alcántara-Crespo⁴

¹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

² Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

³ Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

⁴ Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

⁵ Hospital de Manacor. Islas Baleares. España

Introducción

La incidencia de infecciones del orificio de salida (IOS) del catéter de hemodiálisis (CVCHD) es muy variable según la literatura oscilando entre 0,35 a 8,3/1000 días-catéter para los catéteres tunelizados.

Objetivo

Determinar el perfil clínico del paciente que presenta IOS del CVCHD en España.

Material y Método

Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico en unidades de 7 servicios de salud de España, entre pacientes prevalentes portadores de un CVCHD tunelizado, ≥ 18 años durante un periodo de un año, que otorgasen consentimiento para el estudio. Se estimó un tamaño muestral de 323 pacientes (confianza 95%, precisión 5%, porcentaje poblacional 30%). Se determinó IOS mediante cultivo microbiológico positivo de frotis de piel pericatóter/exudado (≥ 15 UFC/ml por técnica semicuantitativa de Maki o ≥ 1.000 UFC/ml por técnica de Cleri), tras sospecha clínica. No se modificaron los protocolos locales de cada centro respecto a los cuidados del OS. Variables clínicas: edad, sexo, etiología enfermedad renal según ERA/EDTA, índice de comorbilidad de Charlson (ICC), características del catéter. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y bivariado para determinar el perfil (test chi cuadrado o test exacto de Fisher para las variables categóricas, y la T de Student para las continuas) a partir de las variables. Se consideró como estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 335 CVCHD, con una tasa de IOS del 22,7%. Edad IOS 64,79 vs no infección (nIOS) 66,89 años ($p = n.s.$). Puntuación ICC IOS 4,67 vs nIOS 5,04 puntos ($p = n.s.$). Sexo: IOS 64% hombre vs 37,6% mujeres ($p = 0,013$). IOS enfermedad renal sistémica 45,3% vs resto ($p = n.s.$). Diseño CVCHD: IOS 99,1% con un orificio de salida (OS) vs 0,9% con dos OS ($p = n.s.$). Vena de inserción: IOS 62,4% yugular derecha, 22,2% yugular izquierda, 4,3% subclavia izquierda, subclavia derecha 2,6% y otros 8,5% ($p < 0,001$).

Conclusiones

Los pacientes con IOS se caracterizan por tener una mayor edad, menor comorbilidad, ser hombre con enfermedad renal de origen sistémico, con un solo OS e insertado en yugular derecha.

PoCUS: una herramienta para la práctica avanzada de la enfermería nefrológica, un paso más allá del peso seco

María Vicenta Ruiz-Carbonell, Javier García-Pérez, Gregorio Romero-González, Jordi Soler, Fredzzia Graterol-Torres, Sofía Ferrero-Hidalgo

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción

El peso seco (PS) se define como el menor peso tolerado por el paciente, alcanzado mediante un cambio gradual del mismo y donde el paciente no experimenta mínimos signos de hipovolemia o hipervolemia. Esta definición (PS) es imprecisa y tardía. Desafortunadamente, no existe un test de referencia para valorar el volumen extracelular en el paciente en diálisis, es por esto que debemos utilizar una visión holística que incluya además la valoración de la congestión tisular con la ecografía pulmonar.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo realizado en una unidad de hemodiálisis de un hospital terciario, se incluyeron pacientes con más de tres meses en diálisis, la exploración ecográfica y analítica se realizó el primer día de la semana (lunes o martes). La valoración clínica se realizó a través del composite congestión score (CCS) y para la valoración ecográfica pulmonar se realizó una exploración en 8 planos, describiendo el número de líneas B y la presencia de derrame pleural. Se excluyeron pacientes con patología avanzada, infección activa o complicaciones agudas. El análisis estadístico se realizó usando el software SPSS versión 21, los datos se representan en Mediana y rango intercuartílico para las variables continuas y porcentaje para las variables categóricas.

Objetivo

Evaluar la presencia de congestión tisular mediante ecografía pulmonar y correlacionarlo con parámetros clínicos en pacientes antes y después de la sesión de hemodiálisis.

Resultados

Se incluyeron en total 9 pacientes, de los cuales 55,6% son hombres, la mediana de edad 69 (58-76,5). La mediana del peso prediálisis fue 76,1 Kg (58,2-98,2) y del peso post diá-

lisis: 74.5Kg (55,9-96,3), la ganancia interdiálisis fue 2,9Kg (1,6 2-3,88). La mediana del CCS fue de 3 (1,5-7,5) puntos (1,5-7,5). Cuatro de los pacientes (44,4%) tenía congestión tisular al inicio de la sesión, la mediana de líneas B era de 16 líneas (11,5-25). Al finalizar la sesión 3 de los pacientes (33,3%) persistían con congestión tisular a pesar de alcanzar el peso seco el 100% de los pacientes estudiados.

Conclusiones

Uno de los objetivos clínicos a través de los cuidados de enfermería es reducir la mortalidad, complicaciones y reingresos que se pueden producir por sobrecarga hídrica cuando el paciente no tiene un peso seco óptimo establecido. En nuestro estudio, a pesar de alcanzar el peso seco (ya establecido) en el total de los pacientes estudiados, se objetivó persistencia de líneas B en el 33,3% de los pacientes. Sugiriendo que la congestión subclínica está presente en los pacientes al finalizar la sesión de hemodiálisis. Junto con la bioimpedancia ya realizada en nuestra unidad, creemos que la introducción de esta práctica clínica avanzada para enfermería ya realizada en algunos centros no españoles, podría mejorar los resultados de nuestra asistencia sanitaria. Dado el pequeño tamaño muestral, se precisan más evidencias para confirmar estos resultados.

Programa bienestar en diálisis: intervención de Pallapupas en DIRAC “reir para curar”

Nuria Clemente-Juan, María del Tránsito Suárez-Plata, José Luis Herrero-Vicente, Ángela Flores-de la Fuente, Teresa Gabarro-Taule, Marta Quintela-Martínez

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

Diversos estudios demuestran que el humor es una herramienta terapéutica con numerosos beneficios para la salud. Pallapupas propone espacio para la risa durante el proceso de la enfermedad, a fin de convertir los hospitales en espacios más amigables y llenos de vida a través de actuaciones artísticas, con método propio, dirigidas a adultos y en estrecha colaboración con el equipo asistencial del centro. Cada intervención se realiza de forma personalizada, teniendo en cuenta el estado físico y mental del paciente, así como su situación familiar.

Objetivo

Introducir actividades programadas de Pallapupas en un centro sanitario para evaluar el impacto en la experiencia del paciente (XPA) y la capacidad de transmitir mensajes sobre hábitos saludables.

Material y Método

- Sesiones de co-creación entre los responsables de XPA del hospital, Pallapupas y una consultora para integrar los Pallapupas en el equipo asistencial, definir posible cartera de servicios y proponer un piloto.
- Prueba piloto:
 - Definición e implantación del piloto: incorporación de Pallapupas en la unidad de diálisis con el objetivo de mejorar la XPA y transmitir mensajes para un estilo de vida saludable. Duración tres meses. 3 sesiones mensuales en un único turno.
 - Intervenciones educativas: nutrición, ejercicio físico, estrés emocional definidas por el equipo multidisciplinar (nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, nefrólogos, enfermería de diálisis).
 - Metodología de trabajo: a) definición de tres mensajes clave de cada materia por parte del equipo multidisciplinar b) transmisión de los mensajes a Pallapupas para su puesta en escena y situación de los pacientes c) re-

uniones de feedback tras cada sesión entre el equipo multidisciplinar y Pallapupas.

- Evaluación: mediante encuestas y entrevistas a los pacientes y profesionales.

Resultados de la prueba piloto

- Encuesta: El 64% valoró la calidad de las intervenciones como muy buenas y afirma que recibió el servicio que esperaba. Un 73% de los pacientes recomendaría Pallapupas en diálisis. El 50% de los pacientes cree que Pallapupas ha ayudado a tolerar mejor las diálisis y un 46% afirma que ha sido fácil captar los mensajes de salud.
- Entrevistas: Correcta comunicación y organización. Los días de la intervención la sesión de diálisis se tolera mejor (sensación de ser más corta). Desde la perspectiva del entretenimiento la valoración es muy buena. Se explicaban los temas a través de historias que tienen una continuidad lógica. Debe evitarse intervenciones que infantilicen. Pallapupas no explicó mensajes nuevos, pero reforzó los conocidos. Los mensajes en relación con el ejercicio físico fueron los más fáciles de captar. Bien recibido la combinación de intervenciones grupales e individuales. Las intervenciones cortas (20 min) tienen mejor acogida. En resumen, Pallapupas mejoran la XPA y a través del humor se pueden reforzar mensajes de salud y conseguir objetivos de educación sanitaria sencillos pero que en realidad no son fáciles.

Reacciones de hipersensibilidad a membranas sintéticas biocompatibles de polisulfona en pacientes de hemodiálisis

Javier Fernández Caro-Sánchez, Ana Vanessa Fernández-Martínez, Salvadora Soto-Ureña, Juan Antonio Esparza- Conesa, Jorge Ros-Saura, Ruth Ponce-Palacios

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. España

Introducción

En HD se han descrito reacciones de hipersensibilidad a membranas sintéticas biocompatibles, así como una aparente hipersensibilidad a estas membranas entre aquellos pacientes en los que se intentó una membrana diferente del mismo grupo o fabricante. Las reacciones de hipersensibilidad durante el tratamiento de hemodiálisis se dividen en dos tipos: tipo A ocurren generalmente al inicio del tratamiento y tipo B, que suelen comenzar más tardíamente.

Objetivo

En este poster queremos describir las reacciones adversas a membranas de polisulfona acontecidas en nuestra área en un periodo de 3 años.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal, realizado mediante la búsqueda de datos clínicos desde julio de 2017 a diciembre de 2019. Muestra total de 244 pacientes. El 61% hombres, edad media 66 años, etiologías mayoritarias hipertensión y diabetes.

Resultados

Un total de 12 (4,1%) pacientes han tenido algún tipo de tipo de reacción. Por clínica y momento de inicio, 10 las clasificamos como tipo A. Un total de 9 se producen con Helixone Cordiax y 3 con Helixone Classix. Tiempo medio en diálisis en el momento del evento 2,1 meses. En 8 de los pacientes se procedió a la desconexión en el momento del evento y de esos en 4 de ellos se reinició nuevamente la sesión con un dializador de triacetato de celulosa. Todos los pacientes que presentaron estas reacciones están dializándose con este dializador de celulosa sin que se repitieran nuevos eventos.

Discusión

La prevalencia de una reacción de membranas sintéticas se ha cifrado en el 0,5% de los pacientes, en nuestro caso es el 4,1%, consideramos que esta cifra en estos últimos años puede ser causal, tal y como ocurrió en los casos descritos por Rafael J. Sánchez-Villanueva. El riesgo relativo de que ocurriera una reacción de hipersensibilidad fue de 10 a 20 veces más alto con membranas sintéticas que con membranas celulósicas.

Conclusiones

Los pacientes que presentaron reacciones que se pudieran relacionar con el dializador de Helixone no volvieron a tener nuevos eventos con el dializador de celulosa.

Respuesta inmune frente a la vacunación Covid-19 después de la tercera dosis en pacientes en tratamiento de hemodiálisis

Laia Reixach-Aumatell, Miriam Lladó-Barragán

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Introducción

Dada su fragilidad, los pacientes que están en tratamiento renal sustitutivo crónico presentan un riesgo añadido que los pacientes de la misma edad sin patologías previas no tienen.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con vacunación completa frente el SARS-CoV-2 (3 dosis) de un hospital comarcal para valorar la cantidad de anticuerpos SARS-CoV-2 IgG (quimioluminiscencia). Se mide la cantidad de anticuerpos pre-vacunación, un mes después de la 2ª dosis, seis meses después de la segunda dosis y un año después de la segunda dosis coincidiendo con los seis meses después de la 3ª dosis, para poder valorar la inmunidad frente al SARS-CoV-2 en pacientes inmunodeprimidos que realizan hemodiálisis. Se considera resultado positivo en resultados igual o >a 50 AU/mL y negativo en <50 AU/mL.

Resultados

Solo se recogen datos de los pacientes presentes en la unidad desde febrero de 2021 (inicio 1ª dosis). Al inicio de la vacunación del SARS-CoV-2 teníamos 55 pacientes en nuestra unidad de hemodiálisis, de los cuales 52 acceden a la administración de la vacuna Pfizer, otros 3 rechazaron su administración por razones personales. De estos 52, 41 son los que acaban el estudio. Los 11 que se retiraron durante el estudio fue debido a exitus o trasplante renal. La edad media de los pacientes es de 69,5 años con un 65,8% de hombres y 34,2% mujeres. De los 41 pacientes del final del estudio un 24,4% tuvieron un trasplante previo y un 7,3% padecieron la enfermedad antes de la vacunación los cuales el 66,6% presentaron inmunización en la analítica previa a la vacunación. El resto de los pacientes que no presentaron infección por SARS-CoV-2 son negativos en IgG en la analítica pre-vacunación. Un mes después de la segunda dosis de la vacunación un 4,9% de los pacientes no presenta inmuni-

dad frente al SARS-CoV-2, estos dos pacientes se encuentran bajo tratamiento inmunosupresor antecedente de trasplante renal con reinicio del tratamiento de hemodiálisis en menos de 8 meses. Seis meses después de la segunda dosis de la vacunación el 29,3% de los pacientes presenta resultado negativo en anticuerpos IgG frente el SARS-CoV-2. Un año después de la vacunación de la segunda dosis o seis meses después de la tercera dosis el 100% de los pacientes que siguen en el estudio presentan anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2, coincidiendo en un 81,8% de los resultados de IgG >40.000 AU/mL en pacientes que ya habían contraído la enfermedad en menos de 3 meses antes de la medición de los anticuerpos.

Conclusiones

En nuestro caso podemos confirmar que la tercera dosis ha servido para generar inmunidad al total de nuestros pacientes al menos 6 meses después. Es estudiado que los pacientes con fallo en el trasplante renal y con tratamiento inmunosupresor pierden inmunidad de manera muy rápida. En nuestro estudio podemos observar que con la tercera dosis hasta los pacientes con inmunoterapia alcanzan un número considerable de anticuerpos, aunque aún faltan estudios para saber que número de anticuerpos sería el adecuado para una buena inmunización frente a una posible infección de la SARS-CoV-2.

Síndrome de vena cava superior: edema en esclavina

Javier García-Pérez, María Vicenta Ruiz-Carbonell, Sofía Ferrero-Hidalgo, Marta Reina-Llorente, Albert Villar-Jiménez, Natalia Almendros-Valera

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción

El síndrome de vena cava superior es el conjunto de signos y síntomas derivado de la obstrucción parcial o completa de la vena cava superior y cuya etiología puede ser debida a razones intrínsecas y extrínsecas del paciente. Esta entidad se da cada vez más frecuente secundaria a colocaciones de catéteres intravasculares y desarrolla síntomas que enfermería ha de saber identificar y catalogar. La clínica se caracteriza en la aparición de disnea, edema facial (cara, cuello) o de tronco o extremidades superiores, enrojecimiento facial, cianosis, tos, estridores o incluso síntomas neurológicos. Su diagnóstico precoz es fundamental para un tratamiento eficaz, la gravedad dependerá de la velocidad de instauración.

Objetivos

- Actualizar las curas en la prevención y tratamiento del edema en esclavina.
- Fomentar la educación sanitaria de autocura y control delante de episodios adversos en personas con catéteres tunelizados.

Método y Desarrollo

A través de un caso clínico en nuestra unidad, derivó la necesidad de actualización y revisión bibliográfica de las curas de enfermería con relación a esta patología y el gran papel fundamental de enfermería. Se buscaron artículos relacionados en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane y se seleccionaron 6 artículos. Finalmente, se establecieron 4 artículos después de su lectura crítica.

Resultados

Después de realizar la revisión bibliográfica establecemos que las curas de enfermería han de ir destinadas a la valoración integral de:

- Estado general del catéter.

- Posición y ángulo del catéter y su posición de caída en la clavícula.
- Edema ya presente y control riguroso del mismo entre sesiones.
- TA, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación y valoración de posible macroglosia.
- Inspección del tórax, ronquera, congestión nasal, epistaxis y hemoptisis.
- Relleno capilar, color y temperatura de la piel.
- Glasgow, sincopes en domicilio, aletargamiento, síndrome de Horner, zumbidos, vértigos o disfagia.

Medidas generales: Evitar decúbito, reposo en posición semisentado, oxigenoterapia, diuréticos, dieta hipo sódica, control de los síntomas y corticoides. Siempre se trata la causa de la obstrucción: retirar el catéter tunelizado. Identificar el abordaje urgente: Edema cerebral, obstrucción de la vía aérea por compresión de la tráquea o por edema de las vías respiratorias. Posible gasto cardíaco disminuido por disminución del retorno venoso.

Conclusiones

No existen estudios o pósters publicados por parte de enfermería sobre esta patología. Aunque el síndrome de vena cava superior no constituya una urgencia médica, la importancia radica en el reconocimiento precoz y tratamiento del mismo. La actualización y revisión de enfermería ha de ser constante, ya que las propias manifestaciones clínicas del paciente suponen en muchos casos la primera barrera de detección en su valoración integral.

Utilización del ecógrafo doppler en la sala de hemodiálisis: una oportunidad de mejora para el conocimiento de nuestras fístulas arteriovenosas

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

Hospital General de Segovia. España

Introducción

El acceso vascular es esencial para el paciente renal en tratamiento en hemodiálisis, repercutiendo directamente tanto en su calidad de vida como en su morbilidad asociada, y postulándose la fístula arteriovenosa (FAV) como el acceso vascular de elección. El mantenimiento de la FAV y la detección de complicaciones de manera precoz por parte de enfermería constituyen un reto en la toma de decisiones durante el proceso de monitorización y seguimiento del acceso. A su vez, la guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis recomienda el uso de programas protocolizados dentro de las unidades de hemodiálisis, que incluyan métodos de primera generación, basados en la monitorización clínica, y de segunda generación, que permiten la exploración dinámica del acceso. Pero existe una gran controversia para combinar ambos métodos, ya que los de 1º generación, por si solos presenta una baja sensibilidad, y los de 2º generación, entre los que destaca el Eco-Doppler (ED), carecen de recomendaciones para su aplicación periódica. El ED consiste en una técnica de imagen que permite la exploración mediante la visualización directa de la morfología de la FAV y el estudio funcional mediante la determinación del flujo sanguíneo (QA). A esto se suma que se trata de un método no invasivo, barato, directamente disponible para el equipo de enfermería y que ha demostrado su utilidad para el diagnóstico rápido aplicado de forma in situ en la sala de hemodiálisis por cualquier profesional debidamente entrenado, además de servir de gran ayuda para identificar nuevas zonas de punción y canalizar FAV dificultosas mediante la punción ecoguiada.

Objetivo

Incluir el uso del ED de manera periódica en el protocolo de cuidados de enfermería del paciente portador de acceso venoso con el que trabajamos en nuestra unidad. Conocer el estado de las FAV en nuestra unidad, y valorar la eficacia futura de la inclusión del ED en el protocolo.

Material y Método

Material: Ecógrafo Doppler M-Turbo Ultrasound System, Sonosite. Método: El personal de enfermería ha sido entrenado en el manejo del ecógrafo y se han impartido 3 sesiones de práctica clínica del manejo del ecógrafo.

Resultados

Se ha desarrollado un protocolo de seguimiento del acceso vascular incluyendo el uso del ED, unificando criterios de uso, describiendo la forma de realizar el ED, los parámetros a registrar y las características a valorar, así como la periodicidad con la que realizarla. El 50% de las FAV presentaron aneurismas en las zonas de punción y el 20% pseudoaneurismas en la pared. En el 30% se identificaron nuevas zonas de punción y en el 20% se derivó para reparación.

Conclusión

En nuestro caso, la implantación de este protocolo tiene un valor añadido, ya que nuestro hospital no cuenta con servicio de vascular, por lo que el uso del ED para la valoración de la FAV supone una estrategia muy importante a la hora de diagnosticar disfuncionalidades del acceso de forma precoz y mejorar su supervivencia, ofreciendo a nuestros pacientes unos cuidados de calidad, protocolizados, basados en las últimas evidencias y utilizando los avances en tecnología disponibles.

Valoración ecográfica del acceso vascular, post reparación de punción inmediata por la enfermera de hemodiálisis facilitando la bipunción

Yessica Advíncula-Pomacaja, Ana Calleja-Baeza, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La causa más frecuente del fallo del acceso arterio venoso protésico es la trombosis que puede estar asociada a estenosis anastomótica venosa pudiendo ser reparada mediante bypass a vena proximal o si la estenosis es intraprotésica como es nuestro caso se sustituye parcialmente la prótesis dejando menos zona de punción para realizar el tratamiento de hemodiálisis hasta que se pueda puncionar el tramo nuevo. En nuestro caso se mantuvo una zona reducida de longitud de 3 cm para poder canalizar las 2 agujas de hemodiálisis y obtener una buena calidad del tratamiento sin aumentar el tiempo ni su frecuencia.

Objetivo

Describir la valoración ecográfica del acceso vascular de hemodiálisis por la enfermera referente, en la punción del acceso vascular de difícil abordaje, tras reparación de punción inmediata en tramo reducido de la prótesis, para obtener tratamiento con parámetros de calidad y evitar la colocación de catéter central o realizar técnica de hemodiálisis de baja calidad a la espera de poder canalizar dos agujas.

Presentación del caso: Paciente con antecedentes de dos fistulas arteriovenosas (FAV) húmero cefálica izquierda y húmero perforante derecha no funcionantes, que tanto vena como arteria eran correctas en el intraoperatorio como en la ecografía y se trombosaron en el postoperatorio. Por lo que es candidato a colocación de prótesis humeral izquierda. Teniendo que iniciar hemodiálisis de manera precipitada mediante catéter tunelizado que se retira al mes por prótesis normofuncionante con flujo de bomba de sangre de 300-350 ml/min y recirculación del 11%. A los tres meses ingresa por trombosis de la prótesis con recambio de segmento intermedio más stent fluency de 8x60 mm en el extremo venoso donde presentaba una estenosis severa. Desde vascular se indica punción en el tramo de 3 cm de largo en la parte más distal del acceso, que al conectarlo a la sesión de hemodiálisis mediante unipuntura a los 20 mi-

nutos se vuelve a trombosar precisando trombectomía más prolongación con stent fluency de 10x60 mm, con recuperación de thrill.

Material y Método

Se realiza valoración por enfermera referente de hemodiálisis, mediante técnica aséptica y ecoguiada canalizando dos agujas supercath N°14 arteria retrógrada y vena en el mismo tramo anterógrada para mayor separación de las puntas de las agujas, con recirculación del 15% y un flujo de bomba de 400 ml/min con presiones correctas. Dichas punciones se mantuvieron hasta poder utilizar el tramo de prótesis nueva, obteniendo buena calidad de las sesiones de hemodiálisis.

Resultados

Parámetros de calidad de las sesiones de hemodiálisis a flujos de bomba de entre 350-400 ml/min: K_Tv 1.7, presión venosa (PV) 170, Recirculación 14%.

Conclusiones

La valoración ecográfica del acceso vascular por la enfermera referente de hemodiálisis es indispensable para poder abordar accesos vasculares complejos facilitando la bipunción y favoreciendo la realización del tratamiento sustitutivo renal con parámetros de buena calidad sin tener que aumentar frecuencia y tiempo de las sesiones. Con una buena valoración de la enfermera referente y buen manejo de la ecografía se evita colocar catéter para hemodiálisis, unipuntura y complicaciones futuras.

Búsquedas de áreas de mejoras en los cuidados enfermeros a partir de factores estresantes en el post operatorio inmediato del trasplante renal

María Jesús Soto-Ortega, Caridad Vera-Beas, Ana Vanesa Guerrero-Reyes, Noelia-Sánchez-Quirós, Andrés Moreno Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

Objetivos

Conocer las posibles áreas de mejoras en los cuidados enfermeros a partir de la experiencia de los pacientes trasplantados durante los primeros días de aislamiento protector en el post operatorio inmediato al trasplante renal.

Material y Método

Diseño: Estudio prospectivo y descriptivo diferenciando a los pacientes según diferentes variantes.

Ámbito: Unidad de trasplante de un hospital universitario de referencia.

Periodo de estudio: Año 2019-2020.

Sujetos: Pacientes que reciben trasplante renal en cualquiera de sus modalidades.

Protocolo: Recogida de datos después del periodo de aislamiento, durante el resto del ingreso.

VARIABLES: Las constitutivas de la Escala de Ballard, sexo, edad.

Resultados

Se entrevistaron 182 pacientes, de ellos el 56,59% eran hombres, la edad media: 58,7 años (23-80) años, y el 43,41% eran mujeres, edad media: 53,92 años (23- 79) años. Los intervalos de edades de pacientes trasplantados han sido: <20 años cero, entre 21 y 40 años el 8,79 % (16), entre 41 y 60 años el 43,40 % (79), entre 61 y 80 años el 47,80% (87), y mayores de 81 años cero. Las causas que más ansiedad y estrés producen en estos enfermos durante el periodo de aislamiento son: La diferencia de temperatura 2,14% (7 (2♂-5♀)). Inmovilización post operatoria 11,93% (39 (20♂-19♀)). Oír hablar demasiado alto a médicos y enfermeras 0,61 % (2 (2♂)). La presencia de olores extraños 2,14% (7 (7♂)). Tener dolor 23,24 % (76(56♂-20♀)). Que le realicen pruebas y manipulaciones molestas y dolorosas 3,67 % (12 (5♂-7♀)). Dificultad/Imposibilidad para dormir 13,15% (43 (28♂- 15♀)). Oír muchos ruidos 2,45% (8 (8♂)). Sensación de soledad durante el aislamiento 11,93% (39

(27♂-12♀)). Miedo a la pérdida del injerto (rechazo agudo) 14,07% (46 (35♂-11♀)). Otros (tabaco, aislamiento prolongado, habitación compartida, personal no conocido, etc...) 5,50% (18 (8♂-10♀)). Nada 9,17 % (30 (12♂-18♀)). Covid 11,31% (37 (24♂-13♀)).

Discusión

En nuestra unidad las causas que aumentan el nivel de ansiedad y estrés de los pacientes durante el periodo de aislamiento en el post operatorio inmediato de trasplante renal son: El dolor 23,24%, seguido de miedo a la pérdida del injerto (rechazo agudo) 14,7% y la dificultad para el descanso 13,15% y los que menos los tonos elevados de las conversaciones de los profesionales 0,61% seguidos de los cambios de temperatura 2,14% y los olores extraños 2,14%. Cabe destacar que un 9,17 % refiere no sentir ni ansiedad ni estrés durante este periodo de aislamiento. Diagnósticos enfermeros: (00132) Dolor agudo (BPSO). (00085) Deterioro de la movilidad física. (00054) Riesgo de soledad. (00198) Trastorno del sueño. (00148) Temor. (00126) Conocimientos deficientes. Estos diagnósticos enfermeros serán la base para la implantación de actividades a realizar con el fin de conseguir mejoras en los cuidados enfermeros.

Inmunoadsorción pre trasplante de donante cadáver en tiempos de pandemia: a propósito de un caso

Eva Campiñ-Antón, Núria Sans-Pérez, Noriko Issey Laos-Chung

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

Introducción

El proceso de atención de enfermería en el paciente renal requiere dedicación de los profesionales tanto a nivel físico, psíquico e incluso social. El cuidado implica un compromiso enfermero para mejorar su calidad de vida y bienestar, percibiendo por parte del paciente apoyo y sentimiento de seguridad. Las técnicas de sustitución renal deben conocerse y realizarse de forma eficaz y segura, incluyendo técnicas aferéticas, las cuales permiten incluirlos en programas específicos para trasplante renal: Grupo ABO incompatible, programa del Plan Nacional de Acceso al Trasplante Renal para pacientes Hiperinmunizados (PATHI) o trasplante de donante cruzado, entre otras. Durante la pandemia, los pacientes en lista de espera por su condición de inmunodeprimidos tuvieron que aceptar la suspensión de los trasplantes durante varios meses, teniendo un sentimiento de desesperanza, impotencia e incertidumbre según demuestra la literatura científica. Pasaron meses, comenzaron las desescaladas y se reanudó de nuevo el programa de trasplante y con ello, la esperanza de una mejor calidad de vida.

Objetivo

Describir la percepción del estado de ánimo del paciente al realizar la técnica de inmunoadsorción para poder trasplantarse de donante cadáver durante la pandemia en una Unidad de Hemodiálisis.

Material y Método

Estudio caso clínico, paciente con Enfermedad Renal Crónica (ERC) secundaria a nefropatía IgA en la Unidad de Hemodiálisis en agosto del 2020.

Resultados

Varón, de 43 años de edad, con antecedentes: Hipertensión arterial (HTA), Apnea del Sueño y ERC secundaria a Nefropatía IgA, en hemodiálisis mediante FAV desde 2016.

Se incluyó en programa PATHI tras 2 trasplantes de donante vivo, uno de ellos emparentado. Primer caso de Trasplante cadáver en paciente hiperinmunizado en nuestro centro asistencial que requirió desensibilización previa, con timoglobulina, prednisona, ácido micofenólico y tacrolimus. Recibió una dosis de rituximab, se realizaron 5 sesiones de inmunoadsorción, la primera previa al TR y el resto en días posteriores a la cirugía. Requirió de 2 sesiones de hemodiálisis para transfusión y proporcionar estabilidad clínica. Se trasplantó de donante cadáver con éxito en el postoperatorio inmediato. Al cabo de 6 meses requirió de nuevas sesiones de aféresis selectiva, por un rechazo agudo mediado por anticuerpos tras realizar biopsia sin repercusión en la función renal consiguiéndose creatininas estables. Los cuidados de enfermería se orientaron hacia la satisfacción de las necesidades físicas y psíquicas, consiguiendo ser adherente al tratamiento, transmitiéndole esperanza, comprensión y seguridad durante la pandemia. Esta última fue garantía de calidad en el cuidado. La eficacia de la técnica aferética realizada por enfermería para mejorar los valores de anticuerpos del paciente para trasplante de donante cadáver, fue satisfactoria, se observó que el estado de ánimo del paciente mejoró, disminuyó la sensación de impotencia, desesperanza e incertidumbre manifestando satisfacción por el apoyo e información constante del equipo multidisciplinar.

Conclusión

La primera experiencia de un caso clínico con técnicas aferéticas en tiempos de pandemia resultó ser eficaz, garantizando la calidad del cuidado y mejorando la percepción del estado de ánimo.

Nuevos donantes, nuevas técnicas de preservación: perfusión hipotérmica pulsativa

Estefanía Iglesias-González

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción

El envejecimiento de la población se refleja en el perfil del donante actual. Debido al alto porcentaje de órganos de donantes de edad avanzada, se han desarrollado estrategias de preservación, como la máquina de perfusión fría, para conseguir una preservación más eficaz de los órganos y mejorar resultados. Estudios recientes demuestran que mantener la viabilidad de los órganos con criterios expandidos durante su preservación, se convierte en un desafío debido a una tasa superior de función retardada del injerto. La máquina de perfusión hipotérmica tiene como objetivo mitigar el efecto del almacenamiento en frío estático sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado o el donante es añoso.

Objetivo

Evaluar los beneficios de los receptores añosos con trasplante renal con dos tipos diferentes de preservación: perfusión hipotérmica fría estática o máquina. Dar a conocer nuestra experiencia en su uso.

Material y Método

Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de tercer nivel.

- Analizar la evolución de los receptores de injerto renal de donantes con muerte encefálica ≥ 70 años desde el 1 de febrero de 2015 al 31 de enero de 2017.
- Los individuos se dividieron en dos grupos según el método de preservación.
- Variables de estudio: estancia hospitalaria, horas de isquemia, necesidad de diálisis y número de sesiones postrasplante y dispositivo de almacenamiento, edad y patologías asociadas al donante.

Resultados

En nuestro hospital más del 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años de edad y casi un 25% son mayores de 70 años todos con algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Durante el periodo de estudio se realizaron 100 trasplantes renales, de los cuales 76 fueron de donantes ≥ 70 años. Los pacientes se dividieron en dos grupos según el método de almacenamiento renal utilizado: máquina de perfusión ($n=32$) o preservación estática ($n=44$). Nuestros hallazgos fueron que con un tiempo de isquemia semejante, el uso de la máquina de perfusión condujo a una disminución de función retardada del injerto con una menor estancia hospitalaria media y una menor necesidad de sesiones postrasplante

Conclusiones

El papel del método de preservación es crucial para el resultado del trasplante renal. La perfusión hipotérmica pulsátil puede ser un método para riñones subóptimos superior a la preservación estática al reducir el riesgo de disfunción primaria tardía, número de sesiones de diálisis postrasplante y estancia hospitalaria, lo que parece reflejarse en nuestro estudio.

Toma de decisiones en los pacientes trasplantados con reinicio de tratamiento renal sustitutivo

Anna Bach-Pascual, Marisol Fernández-Chamarro, Eva Barbero-Narbona, Carlos Enrique Arias-Cabrales

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

El reinicio de diálisis cuando se produce la pérdida de función del injerto renal en las personas trasplantadas es un momento clave, por todo lo que supone, tanto para la persona trasplantada como para su entorno más cercano. En los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) ya se ha demostrado que realizar un proceso reglado de toma de decisión sobre que tratamiento renal sustitutivo (TRS) realizar cuando sea necesario es fundamental para garantizar una buena adaptación al proceso. En personas con un trasplante renal (TR), no debería ser distinto, y deberíamos poder protocolizar la derivación a las consultas ERCA para poder ofrecerles una atención especializada y de calidad para poder garantizar un inicio de TRS de manera programada e informada.

Objetivo

Describir las características del reinicio de TRS de las personas trasplantadas con pérdida de función renal del injerto.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se incluyeron a todas las personas trasplantadas de nuestro servicio que volvieron a reiniciar diálisis después de la pérdida del injerto durante los años 2016 y 2021. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad), clínicas (tipo de acceso vascular, técnica dialítica previa al TR, fecha del TR, fecha de inicio de diálisis, filtrado glomerular en el momento de derivación), propias del proceso asistencial (derivación a consulta ERCA, tipo de técnica elegida, tipo de acceso vascular).

Resultados

Necesitaron reiniciar diálisis en este periodo un total de 67 pacientes. El 64,2 % son hombres. 39 (58,2%) pacientes reiniciaron TRS de manera programada frente a 28 (41,7%)

que lo hicieron de manera agudizada. De éstos 67 pacientes, 25 (37,3%) habían pasado un proceso reglado de toma de decisión sobre TRS a elegir. De los 39 pacientes que iniciaron TRS de forma programada, 16 (23,9%) pasaron por la consulta de toma de decisión frente a 9 (13,4%) que iniciaron TRS de forma urgente y pasaron por la consulta. De los 16 pacientes que tomaron la decisión de cual tratamiento querían hacer el 100% optó por una técnica domiciliaria frente a ninguno con inicio urgente de TRS.

Conclusiones

Los pacientes TR con pérdida de función renal son poco derivados para realizar un proceso de decisión para elección de TRS a pesar de que se demuestra que los pacientes derivados eligen más técnica domiciliaria y empiezan en mayor número de manera programada. Continúa habiendo un número muy elevado de pacientes que reinician TRS de manera urgente y probablemente se beneficiarían de un manejo específico TR- ERCA. La colaboración multidisciplinar entre el equipo ERCA-TR ha conseguido crear un protocolo de derivación al proceso de decisión del paciente TR con pérdida progresiva de la función renal para poder conocer sus preferencias y poder mejorar el reinicio de TRS.

Caso clínico: detección y tratamiento de estenosis en fistula arteriovenosa tras uso de Nephroflow®

María Escutia-Cilleruelo, Cristiam Martínez-Gil, José Luis Hernández-Hernández, Nemesio Manzano-Guerrero, Sandra Ruiz-Fernández, María Galán-Cubero

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

Una de las funciones principales de la Enfermera de Hemodiálisis es vigilar, cuidar y preservar el buen funcionamiento de los accesos vasculares de nuestros pacientes. Habitualmente la forma de detectar disfunciones del acceso es a partir de la vigilancia de datos objetivos como el Ktv, y las presiones arteriales y venosas durante la sesión de Hemodiálisis. Uno de los parámetros más fiables ante sospecha de disfunción en FAV y la prevención de trombosis, es una disminución progresiva del flujo del acceso vascular (Qa), pudiendo ser detectado de varios modos, uno de ellos es el dispositivo Nephroflow®. Nephroflow® es una herramienta no invasiva de fácil manejo para controlar el buen funcionamiento de la FAV. Proporciona mediante ultrasonidos, el Qa y la recirculación. Esto nos permite detectar precozmente problemas del acceso, siendo durante la HD donde detectamos mejor una estenosis.

Material y Método

Realizamos mediciones con Nephroflow® de paciente de 86 años con fistula autóloga húmero-cefálica latero-terminal distal con signos de estenosis. La paciente utiliza la técnica de button hole. El Qa debe ser >600 ml/min. Son parámetros sugestivos de disfunción Qa mediante Nephroflow® <500 en FAV. En FAV sugestivas de estenosis siempre observaremos Qa insuficiente.

Resultados

En la primera medición obtenemos un Qa de 500 ml/min, y aumento de presiones venosas en monitor. Se deriva a Consulta de Acceso vascular y se realiza Fistulografía con angioplastia, se evidencia estenosis con colateralidad previa. Se dilata a 5-6 mm con mejoría de estenosis posterior, desaparece la principal colateral. En la siguiente medición, tras la intervención, se aprecia un ligero aumento del Qa, a 600 ml/min, pero sin mejoría de las presiones venosas durante la terapia, por lo que sospechamos que la dilatación

no ha sido suficiente. Derivamos de nuevo a consulta de acceso vascular, dónde realizan nueva dilatación. En la tercera medición tras 2ª intervención, vemos un Qa de 1090 ml/min. y una normalización de presiones venosas, con un aumento significativo del Ktv.

Conclusiones

- Es fundamental el papel de la Enfermera de Hemodiálisis en el cuidado, vigilancia y preservación del acceso vascular de nuestros pacientes.
- El dispositivo Nephroflow permite controlar periódicamente el funcionamiento de la FAV en HD mediante medición no invasiva de Qa y recirculación.
- Gracias a la vigilancia de los parámetros fundamentales (flujo acceso, recirculación, presiones...) Podemos detectar precozmente problemas del acceso vascular, tomar medidas correctoras y alargar la vida media de la FAV, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

Caso clínico: hiperpotasemia severa tras la realización de ileostomía en un paciente en hemodiálisis crónica

Pilar Cardona-Blasco, Sergi Aragó-Sorrosal, Eva Elías-Sanz

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

En la enfermedad renal crónica avanzada hay un considerable aumento de la eliminación de potasio a través del colon, como mecanismo compensatorio a la disminución de la función excretora renal. En concreto, este fenómeno se realiza a nivel del colon distal mediante un paso transcelular del potasio desde la pared colónica a la luz intestinal, eliminándose el exceso de potasio con las heces. Trabajos previos demuestran que, tras la realización de una ileostomía en pacientes en hemodiálisis, se produce un aumento de los niveles séricos de potasio, y que se recupera la homeostasis tras el cierre quirúrgico.

Objetivo

Describir el caso de un paciente con hiperpotasemia severa posterior a la realización de una ileostomía en un paciente en tratamiento de hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional y descriptivo. Los datos se obtuvieron de los cursos clínicos y del seguimiento analítico. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente.

Resultados

Caso clínico:

- Hombre de 73 años sin antecedentes patológicos previos conocidos. Alérgico al metamizol. Independiente para las actividades de la vida diaria. Fumador de 47 paquetes-año aproximadamente y consumo moderado habitual de alcohol. Vive solo, no tiene hijos, pero tiene contacto con su familia.
- En octubre de 2020 fue diagnosticado de insuficiencia renal crónica grado 5 de origen no filiado y neoplasia de recto infiltrante. Se decidió colocación de catéter venoso central tunelizado para inicio de hemodiálisis y tratamiento con radioterapia previa a la cirugía.

- Dos meses después y finalizado el tratamiento, se realizó resección del recto más ileostomía lateral de protección.
- Los niveles de potasio sérico empezaron a aumentar 3 meses después de la cirugía. La sospecha de ese decalaje de tiempo fue atribuida a las deposiciones diarreicas persistentes y a que el paciente estuvo ingresado en un centro de recuperación siguiendo una dieta más estricta. A pesar de que se realizó algún recambio de catéter por disfunción, fue corroborado que el tratamiento sustitutivo renal había sido efectivo como lo demostraron las mediciones de potasio pre y post-hemodiálisis.
- Se reforzaron los consejos dietéticos insistiendo en una dieta baja en potasio. Se le prescribió tratamiento con Resincalcio (R), se aumentaron a 4 sesiones de hemodiálisis a la semana y se disminuyó la concentración de potasio en el líquido de hemodiálisis (de 2 a 1,5 mEq/l). En ningún momento se evidenció acidosis metabólica que justificara la hiperpotasemia ni cambios electrocardiográficos.
- A principios de junio de 2021 se realizó cierre de ileostomía y una semana más tarde se normalizaron los niveles de potasio.

Conclusiones

La hiperpotasemia en los pacientes en tratamiento en hemodiálisis puede estar relacionada con la cirugía del tracto intestinal. Nuestro caso demostró la importancia de la secreción de potasio en el colon para mantener la homeostasis en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Caso clínico: nuestra primera experiencia en formación de hemodiálisis domiciliaria para un paciente sin soporte familiar

Raquel Bretón-Arenas, Laia Reixach-Aumatell, Alicia Rey-Miguel

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Introducción

Paciente de 50 años que inicia hemodiálisis (HD) en nuestro centro en febrero de 2021. En febrero consulta por náuseas y anorexia. En la analítica se observa FG 8,9 ml/min, por lo que el paciente inicia HD. Paciente portador de FAVn radio-cefàlica izquierda con reanastomosi realizada el 10/2020, por FAVn débilmente funcionante. El paciente rechaza diálisis peritoneal pero por su trabajo (estancias fuera de casa) pide realizar hemodiálisis diálisis domiciliaria (HDD). El paciente vive solo y no tiene ningún soporte familiar para realizar la diálisis. Nuestra experiencia, hasta ahora, en el campo de la HDD era prácticamente nula. Se valoran los criterios de inclusión del paciente para realizar tratamiento domiciliario y se decide realizar un plan de curas para valorar los aspectos a tratar y un plan de formación para que el paciente pueda realizar HDD.

Plan de Formación

El objetivo principal del plan de formación fue conseguir que el paciente fuera capaz de realizar el tratamiento de forma autónoma y que adquiriera los conocimientos necesarios para realizar el mismo. La formación para la HDD fue llevada a cabo por dos enfermeras de diálisis y se realizó en 6 semanas en las que se entrenó al paciente en la auto-punción y reconocimiento de las complicaciones de la FAVn, en el funcionamiento y manejo del monitor y en las complicaciones que puedan surgir durante el tratamiento. Durante este período se realizaron analíticas para la prescripción de la dosis necesaria de diálisis en su domicilio.

FASE 1: AUTOPUNCIÓN, COMPLICACIONES Y AUTOCUIDADOS DE LA FAVn.

Objetivos: Auto-punción de la FAVn de manera autónoma. Reconocimiento de las complicaciones de la FAVn.

FASE 2: FORMACIÓN DE LA CICLADORA DOMICILIARIA.

Objetivos: Correcto montaje y funcionamiento de la cicladora. Reconocer las alarmas. Registro de datos de la sesión. Conocimiento de conceptos básicos de diálisis.

FASE 3: FIN DE FORMACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Objetivos: Realizar diálisis domiciliaria de forma autónoma. Proporcionar apoyo emocional. Control del tratamiento y el acceso vascular. Se realizan controles y analíticas mensuales y consultas telefónicas por parte de las enfermeras de peritoneal.

Conclusiones

La HD es un tratamiento que requiere pasar muchas horas en un centro hospitalario, por lo que para un paciente que trabaja el tener que realizar este tipo de tratamiento le supone un problema para su vida personal. Nuestro paciente tiene una vida laboral muy activa incluso realizaba varios viajes durante el año por lo que necesitaba una modalidad de tratamiento que le permitiera realizar dichos desplazamientos y que fuera flexible para poderla adaptar a sus horarios. En este caso nuestro paciente no tiene soporte familiar por lo que nos supuso un reto aún mayor ya que el paciente tenía que tener un gran dominio de la técnica de punción, manejo del monitor y conocimiento y capacidad de resolución de los problemas que le puedan surgir durante el tratamiento.

Caso clínico: trasplante renal cruzado y grupo sanguíneo incompatible

Ana Vasco-Gómez, Anna Bach-Pascual, Eva Barbero-Narbona, Marta Crespo-Barrio

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

El trasplante renal (TR) es la opción terapéutica con mejor resultado en cuanto a calidad de vida y supervivencia para pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT). La escasez de órganos de donante fallecido, así como, el aumento de pacientes con ERCT candidatos a un TR, hace imprescindible explorar nuevos escenarios que permitan el TR. Partiendo de esta premisa, el TR de vivo (TRDV) cruzado y/o grupo sanguíneo (ABO) incompatible son opciones válidas, seguras y que ofrecen la oportunidad de trasplantar a pacientes que disponen de donantes, pero no son compatibles.

Objetivo

Presentar el caso clínico de dos parejas con incompatibilidad HLA y que optan por un TRDV cruzado ABO incompatible.

Material y Método

Estudio retrospectivo descriptivo. Recogida y análisis de datos mediante historia clínica informatizada y registros de enfermería.

EXPOSICIÓN DEL CASO:

1ª Pareja: hermano-hermana ABO incompatibles con título de hemaglutininas anti-A(HA) IgG 1:256 y HLA incompatibles.

2ª Pareja: esposa-esposo ABO incompatible con título de hemaglutininas anti-A (HA) IgG 1:128 y HLA incompatibles. Ambas parejas presentaban incompatibilidad HLA, por lo que se les ofreció entrar en el programa de TR cruzado.

Con el cruce, se solventó la incompatibilidad HLA, pero no la ABO, por lo que se hizo una determinación de hemaglutininas, obteniéndose los siguientes títulos de HA anti-A:

- Receptor 1 + Donante 2= IgG 1:128 IgM 1:32.
- Receptor 2 + Donante 1= IgG 1:256 IgM 1:32.

El tratamiento desensibilizador para ambos receptores y llegar a los niveles óptimos para realizar el trasplante (IgG

e IgM <1:8), incluyó varias sesiones de inmunoadsorción específica (IA) con columna Glycosorb A, recambios plasmáticos (RP) con seroalbúmina 5%, hemodiálisis (HD) e iniciar medicación inmunosupresora.

Los TR se realizaron sin complicaciones con los siguientes valores de títulos de HA anti-Apre-intervención:

- Receptor 1 + Donante 2= IgG 1:4 IgM 1:2.
- Receptor 2 + Donante 1= IgG 1:4 IgM 1:1.

Conclusiones

La infraestructura necesaria para un TRDV cruzado ABO incompatible es complicada puesto que por un lado se debe garantizar en todo momento el anonimato y privacidad de ambas parejas, y por el otro, las terapias de desensibilización para poder llevar a cabo un TRDV ABO incompatible, requieren por su complejidad y especificidad de personal experto que las dominen. Este tipo de TRDV, requiere de una planificación exhaustiva de todo el proceso desde la consulta de acceso al trasplante hasta el ingreso para el TR, así como, una gran capacidad de adaptación y meticulosidad de todo el equipo ya que es necesario coordinar todo el proceso asistencial para preservar la confidencialidad de ambas parejas.

Cuidados de enfermería en paciente con tratamiento renal sustitutivo: hemodiálisis y hemorragia cerebral

Inmaculada Tapia-Herrera, David Verdegay-Romero, Evangelina Mérida-Herrero

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen una mayor probabilidad de sufrir enfermedades cerebrovasculares con respecto a la población general, debido a los múltiples factores asociados a la enfermedad renal como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o arteriosclerosis, así como por la utilización de anticoagulantes y los cambios en la volemia y electrolitos durante la hemodiálisis.

En el curso de un accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico severo en pacientes sometidos a hemodiálisis, la hidrocefalia y/o hemorragia alteran el equilibrio homeostático a nivel de la barrera hematoencefálica. En este contexto, la hemodiálisis exacerba síntomas neurológicos indeseables como las náuseas, cefaleas, alteración de la conciencia, calambres musculares, convulsiones, etc. La reducción rápida de la urea y osmolaridad plasmática, provocan un gradiente de difusión entre el plasma (con menor concentración de urea) y el espacio extracelular cerebral, donde el agua es absorbida inicialmente por los astrocitos y otras células cerebrales, induciendo a la inflamación celular. En situaciones de daño cerebral, el curso clínico dependerá de los mecanismos de compensación y reparación de la zona lesionada, precisando monitorizar los signos y síntomas, así como administrar los tratamientos farmacológicos necesarios en cada sesión. Esto, a su vez, nos permitirá planificar e individualizar las siguientes sesiones de hemodiálisis.

Presentación del caso

Presentamos un caso de una mujer de 44 años de edad, natural de Mauritania, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética, portadora de fístula arteriovenosa en programa de hemodiálisis. Ingresa en urgencias por cuadro súbito de cefalea, náuseas y vómitos, mareo, alteración del nivel de conciencia e hipertensión arterial, siendo diagnosticada de hemorragia cerebral e hidrocefalia obstructiva secundaria, insertándose un drenaje ventricular por parte de neurocirugía.

Material y Método

Tras 24 horas en UVI y retirada de cordis, ingresa en la unidad de diálisis en agudos de cuidados intermedios, restableciéndose su tratamiento habitual de hemodiálisis. En las primeras hemodiálisis reaparece el cuadro de cefalea, náuseas y vómitos, mareo y alteración de la conciencia, derivados del edema cerebral. Conjuntamente con las nefrólogas monitorizamos la efectividad del tratamiento médico y los cuidados de enfermería de las sesiones de hemodiálisis. Se utilizó un dializador biocompatible de menor superficie al habitual, flujos bajos de sangre circulante y de líquido de diálisis, manteniendo la temperatura de 35,5°C. Planificamos sesiones cortas y diarias, ajustando la ultrafiltración neta, aumentando el sodio y disminuyendo el bicarbonato del líquido de hemodiálisis, minimizando con ello el riesgo de hipotensiones durante las sesiones y desequilibrio homeostático. La valoración de enfermería se basó en patrones funcionales y planificamos los cuidados en base a diagnósticos de enfermería con la metodología NANDA, tras un análisis de resultado del estado actual (AREA).

Conclusiones

Con la individualización de las sesiones de HD y la identificación de los diagnósticos afectados, el paciente restableció su estado basal con buena evolución y mejoría significativa de los síntomas, siendo trasladado a la unidad de hospitalización de nefrología, donde se continuó con la evaluación del plan de cuidados dirigido a los diagnósticos planteados en la unidad de Diálisis.

Extrusión de dacron externo como alternativa a la retirada de un catéter peritoneal. A propósito de un caso

Daniel Alonso-Gamarra, Ana Dorado-García, María Albina Bernárdez-Lemus

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción

Exponemos un caso clínico sobre el abordaje de una infección crónica en el Orificio de Salida del Catéter (OSC) para Diálisis Peritoneal (DP) y cómo la extrusión del cuff externo se convierte en la alternativa a la retirada o recambio del mismo.

Material y Método

Paciente en programa de DP automatizada, que en una revisión rutinaria presenta secreción en el OSC. Perfil de la paciente: Tiene 67 años y está jubilada. Vive sola y es independiente para las actividades de la vida diaria. Tiene a su cargo un nieto de 2 años, con el que tiene que convivir la mayor parte del día. Correcta adherencia terapéutica. Antecedentes de diálisis: Inició Hemodiálisis (HD) el 26/6/2018, a través de un catéter tunelizado yugular derecho. Con el fin de conciliar enfermedad y situación familiar, nos pide cambiar a la modalidad de DP. Incluida en lista de trasplante renal el 9/1/2022. Implantación de catéter tenckhoff 47 cm no auto-posicionante recto de doble cuff el 15/3/2021. Cultivo nasal para control de portador *Estafilococo Aureus* (SA) negativo el 29/3/2021. Comenzó los cuidados del OSC y el tratamiento domiciliario tras su entrenamiento el 29/4/2021. Se la transfirió temporalmente a HD porque tuvo que ser intervenida por una hernia crural izquierda el 27/7/2021. Vuelta a DP el 25/10/2021. Durante ese periodo de descanso peritoneal se siguió realizando la cura diaria con suero salino hipertónico.

Hasta el momento ha presentado las siguientes infecciones asociadas a la DP:

- Infección del orificio con tunelitis en septiembre de 2021 por un *Estafilococo Aureus* Sensible a la Meticilina (SAMS).
- Peritonitis en noviembre de 2021 por una *Escherichia Coli*.
- Finalmente tuvo una recidiva de infección del orificio con tunelitis el 10/1/2022 por un SAMS. Durante un mes, realizamos un seguimiento en consulta citándole días al-

ternos para valorar la evolución del proceso, realizar curas del orificio y obtener muestras para cultivos.

Debido a la evolución tórpida de la infección y con el fin de evitar la retirada o recambio del catéter de DP, el 24/2/2022 se decide realizar la extrusión y pelado del cuff externo (en el cultivo de restos de dacron pelado crece SAMS confirmando el diagnóstico).

Resultados y Conclusiones

Desde febrero de 2022, que se practicó la cirugía para la extrusión del cuff, el estado del OSC fue favorable. Los cultivos de control realizados para su posterior seguimiento fueron negativos. De esta manera se evitó la retirada o recambio del catéter de DP. El entrenamiento intensivo e individualizado para cada persona, es la mejor estrategia para evitar las infecciones asociadas a la DP. Es importante reconocer precozmente la sintomatología, para aplicar el tratamiento adecuado a cada situación de forma temprana y evitar así las complicaciones. Ante una infección crónica en el OSC o tunelitis refractaria, la extrusión del dacron externo en este tipo de catéter se presenta como una clara alternativa.

Hemodiálisis domiciliaria portátil. Invirtiendo en calidad de vida

Susana Rosa-Senra¹, Alicia Peña-García¹, Tamara de Castro-de La Cruz¹, Ana María Sal-Sierra¹, María Isabel Peláez-Parra¹, Fernanda Gil-Almagro²

¹ Hospital Universitario de Guadalajara. España

² Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. España

Introducción

Está documentado que la hemodiálisis domiciliaria, es una alternativa al tratamiento renal sustitutivo, mucho más flexible que la diálisis convencional. En nuestro servicio, se implanta por primera vez la diálisis domiciliaria portátil.

Caso clínico:

Hombre de 56 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica estadio 5D secundaria a atrofia renal por reflujo vesico-ureteral bilateral. Trasplante renal 2006 con disfunción del injerto e ITU de repetición. Reinicia programa de diálisis peritoneal, pero por falta de adecuación, se transfiere a hemodiálisis. El paciente solicita hemodiálisis domiciliaria. Es cuidador de un hijo con discapacidad y una de sus motivaciones principales, para querer el tratamiento domiciliario, es poder estar más tiempo en casa con su hijo, junto con poder volver a trabajar (teletrabajando). Se procede a la formación del personal responsable del programa, en este caso una enfermera referente y una enfermera de apoyo tres días. El entrenamiento del paciente se ha realizado durante cinco semanas en el hospital. Se determinan los diagnósticos de enfermería a través de un plan de cuidados centrado en cubrir las necesidades del paciente y las de su entorno familiar. Se hace un seguimiento telefónico por parte de enfermería y unas revisiones en el hospital para valoración, analítica de sangre y bioimpedancia.

Plan de cuidados:

(DE-00126) Conocimientos deficientes relacionados con falta de información. (1814) Conocimiento procedimientos terapéuticos. (5510) Educación para la salud. (5520) Facilitación del aprendizaje. (5618) Enseñanza/procedimiento tratamiento. (8180) Consulta por teléfono. (DE-00183) Disposición para mejorar el confort. (2002) Bienestar personal. (5440) Mejorar los sistemas de apoyo. (6480) Manejo ambiental. (DE 00205) Riesgo de shock. (0419) Severidad del shock hipovolémico. (6680) Monitorización de signos vitales. (4120) Manejo de líquidos.

(1105) Integridad del acceso para hemodiálisis. (4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central.

Conclusiones

La hemodiálisis domiciliaria portátil tiene ventajas importantes: abarata costes, aumenta la calidad de vida y autonomía del paciente, aumenta la supervivencia, disminuye el riesgo de infecciones y ofrece la posibilidad de viajar. El paciente ha realizado el programa con éxito. Refiere una gran satisfacción con el tratamiento. Se encuentra más activo, autónomo y sobre todo ha ganado en libertad. Es importante individualizar el tratamiento y que, dentro de las posibilidades y motivaciones de cada paciente, tengan la opción de decidir.

Herramientas de enfermería para la punción de la fístula arteriovenosa compleja. A propósito de un caso

Aurea Narro-Sirvent, Mercedes María Moreno-Salinas, Sara Pérez-Amorós, Alba García-Cañabate

Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. España

Introducción

Para poder realizar la sesión de hemodiálisis (HD) a través de una fístula arteriovenosa (FAV) es necesario la canalización correcta de dos agujas en el acceso vascular (AV) por parte de enfermería. Una técnica de canulación inadecuada puede provocar complicaciones en el AV como infiltración-hematomas, infección, formación de aneurismas y/o dolor en el sitio de punción. En consecuencia, puede ser necesario punciones extras adicionales, sesiones más largas o pérdidas. Todo ello puede aumentar el malestar y ansiedad del paciente, provocando la negativa del paciente a retirarse el catéter venoso central (CVC) (1).

Datos clínicos: Paciente con enfermedad renal crónica en programa de hemodiálisis portadora de CVC yugular derecho tunelizado, que en diciembre de 2019, se decide crear una fístula arteriovenosa autóloga húmero-cefálica en miembro superior izquierdo. Tras 8 semanas de maduración y valoración ecográfica, se observa que se trata de una FAV profunda, con poco trayecto venoso palpable debido a pániculo adiposo importante. Se comienza a realizar punciones con agujas 16G biseladas convencionales, que provocan complicaciones en el acceso: dificultad en la punción arterial/venosa, hematoma de punción, extravasación venosa, dolor, miedo y negativa de la paciente a ser pinchada. Tras 4 meses intentando canalizar la FAV sin éxito se decide dejar de puncionar. En febrero de 2021, se realiza nueva valoración ecográfica y se comienzan punciones con técnica buttonhole.

Material y Método

Se modifican los turnos de la paciente y de la enfermera encargada de la creación del túnel. La enfermera realiza una valoración ecográfica para seleccionar los puntos de punción viables. Ante las dificultades experimentadas con anterioridad, se decide utilizar agujas catéter-fístula en lugar de agujas de acero convencionales. Además, la enfermera utiliza el ecógrafo para realizar las punciones de forma dirigida y asegurar la entrada de la aguja en el AV.

Resultados y discusión

Tras 13 sesiones realizando hemodiálisis a través de la FAV se consigue finalmente crear ambos túneles. Durante este periodo solo se registra una incidencia de hematoma de punción que compromete la punción arterial en una sesión. Al reducir el número de complicaciones y asegurar la viabilidad de la FAV, se consigue retirar el CVC en mayo de 2021. Durante este proceso, el aumento de los conocimientos por parte de enfermería en las técnicas y el uso del ecógrafo han conseguido la supervivencia de la FAV y la retirada del CVC. En el mismo caso, 6 meses después de retirar el CVC la paciente desarrolló una estenosis que comprometió la correcta canulación del túnel venoso. Ante la necesidad de formar de nuevo el túnel, se utilizó un dispositivo Biohole que permitió en 9 sesiones volver a canalizar las agujas específicas. Por lo que conocer las herramientas de enfermería disponibles y su manejo no solo es útil para primeras punciones, sino que es beneficioso para el mantenimiento del AV.

Implantación de la técnica de inmunoadsorción en el candidato a trasplante renal con incompatibilidad ABO respecto al donante

María Cristina Chicharro-Chicharro, María Elena Trujillo-Bautista, Inés Robledo-Pascual, María Rosario del Pino-Jurado

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción

El tratamiento con inmunoadsorción, con la columna Glycosorb® ABO tiene como finalidad la reducción específica de anticuerpos Anti-A, Anti-B y Anti-A y Anti-B respectivamente en el plasma del receptor para facilitar el trasplante entre donantes de distintos grupos sanguíneos de forma segura y alterar de menor forma posible el plasma del paciente. La plasmaféresis y la inmunoadsorción deben considerarse como estrategias de tratamiento inmunológico multimodal o escalonado, con las inmunoglobulinas, los corticoides o los fármacos inmunosupresores. La inmunoadsorción selectiva está sustituyendo cada vez más a la plasmaféresis debido a su seguridad y a la mayor selectividad en la sustitución de los productos de plasma, en este caso los anticuerpos Anti-A y Anti-B, dando un mejor resultado en la compatibilidad entre donantes con incompatibilidad ABO. Se realiza con frecuencia de forma simultánea a la hemodiálisis y en alguna ocasión además con plasmaféresis.

Material y Método

Se realiza un estudio de caso de implantación de la técnica de inmunoadsorción en un paciente sometido a trasplante renal con diferente grupo ABO al donante, utilizando la columna Glycosorb® ABO acoplada a un monitor Plasauto®. El dispositivo es transportable y se puede realizar en cualquier centro que disponga de material para realizar aféresis, tanto de separadores de plasma como de centrifugación o filtración. La duración del tratamiento oscila entre 1 y 6 horas y los parámetros del tratamiento dependen del peso del paciente, volumen plasmático tratado, caudal de plasma y la tasa de flujo del mismo. El tratamiento no requiere reposición de plasma evitando así cualquier efecto secundario derivado del mismo. Cuatro enfermeras de Hemodiálisis recibieron formación en la técnica junto a personal médico de hemodiálisis y el representante de la columna Glycosorb® ABO.

Resultados

Se realizó tratamiento combinado y alterno de sesiones de hemodiálisis, plasmaféresis e inmunoadsorción junto a monitorización de niveles de isoaglutininas pre y postratamientos verificando llegar al nivel adecuado y recomendable el día antes la cirugía para la realización del trasplante renal con incompatibilidad ABO. El tipo de tratamiento a realizar va a depender de los niveles de isoaglutininas de tal forma que con niveles de 32 se realizaría inmunoadsorción, con niveles de hasta 16 plasmaféresis y con niveles igual o menor a 8 ningún tratamiento.

Conclusión

Después de las sucesivas sesiones de plasmaféresis e inmunoadsorción y monitorización de las muestras obtenidas, se demuestra una gran eficacia y mayor velocidad disminución de anticuerpos Anti-A y Anti -B en la técnica de inmunoadsorción con la columna Glycosorb® ABO. La fiabilidad del monitor, la sencillez en su montaje y ejecución del tratamiento así como la seguridad del mismo y los beneficios para el paciente favorecen que se fomente el uso de esta técnica no sólo en la realización de trasplante renal con incompatibilidad ABO sino en el tratamiento de otras enfermedades inmunológicas.

Importancia de la supervivencia de una fístula arteriovenosa para el correcto desarrollo de un trasplante renal

Laura Agraz-Martínez¹, Sebastián Romero-Amaro¹, Elena Guerrero-Rodríguez²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

²Centro FRIAT Los Llanos II. Madrid. España

Introducción

El trasplante renal es el tratamiento de elección para la insuficiencia renal crónica avanzada, siempre que este sea posible. Para la inducción y posterior mantenimiento de la inmunosupresión del paciente, es necesario lograr un equilibrio entre el efecto inmunosupresor y la respuesta inmune del huésped. Dicha inmunosupresión debe ser individualizada para la cada paciente; por lo que en determinadas ocasiones se utiliza Timoglobulina® para evitar un rechazo agudo del injerto. La Timoglobulina® debe ser administrada por una vía venosa de gran flujo, siendo ésta una vía venosa central (VVC), Permacath o, en su defecto, un Fístula Arteriovenosa (FAVn). Presentamos el caso de un paciente que ingresa para recibir su primer trasplante renal, al cual se le administra Timoglobulina® por FAVn pretrasplante. A su llegada a planta de hospitalización post quirófano, enfermería detecta que la FAVn se encuentra trombosada.

Objetivo

Describir la importancia de asegurar la funcionalidad de una FAVn para evitar complicaciones durante un trasplante renal.

Caso clínico: Varón de 57 años en programa de hemodiálisis desde marzo de 2021, portador de FAVn radio-cefálica en MSI. Se administra como inducción pre-trasplante, a través de dicha FAVn, Timoglobulina® 75 mg según peso del paciente sin ningún tipo de incidencia. Durante la intervención, sufre episodio de hipotensión que remonta con fármacos, que supone una trombosis en zona de anastomosis de FAVn. A su llegada a planta, enfermería, acorde al protocolo de la unidad, comprueba el funcionamiento de la FAVn entre otras intervenciones. No se objetiva pulso ni thrill a la auscultación, lo cual se comprueba posteriormente con ecografía. Se contacta con servicio de Cirugía vascular de guardia que decide reimplantación proximal urgente. Tras la intervención, regresa a planta de hospitalización con pulso radial grado 3 y thrill en el paso de la vena cefálica por antebrazo. El equipo de enfermería comprueba con ecografía el

correcto funcionamiento de la FAV y realiza los cuidados de la zona de reimplantación.

Discusión

La identificación de signos precoces de trombosis por parte de enfermería, permite la rápida intervención del resto de profesionales y ayuda a prolongar la supervivencia del acceso vascular. Esto evita la necesidad de la implantación de una VVC en un paciente inmunodeprimido, cuyo riesgo de infección y sangrado supone un verdadero inconveniente para la supervivencia del injerto y el desarrollo del trasplante.

Conclusión

Un acceso vascular óptimo es fundamental para el paciente con ERCT, ya sea en tratamiento con HD como en el trasplante renal. La formación del equipo de enfermería para un correcto manejo del AV y vigilancia de la aparición de signos de alarma es esencial, ya que son los que se encuentran en primera línea y los encargados de prevenir y detectar la aparición de complicaciones que supongan un deterioro en la calidad de vida del paciente. La protocolarización de los cuidados de enfermería en una unidad de trasplante se presenta como algo esencial para la detección precoz de complicaciones que pueden determinar el desarrollo de un trasplante renal.

Más de veinte años en tratamiento con LDL aféresis

Carmen Martínez-Vaquero, Noemí Martín-López, Ana Belén Enciso-Aparicio

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

Introducción

La hipercolesterolemia familiar (HF) es una enfermedad genética caracterizada por concentraciones elevadas de colesterol, específicamente de LDL, el cual está ligado al diagnóstico de enfermedad cardiovascular temprana. Existen dos variantes:

- Forma homocigota: se heredan los dos genes con la mutación para HF.
- Forma heterocigota: se hereda solo un gen con la mutación, más frecuente y caracterizada por:
 - 1) aumento de cLDL entre 190-400 mg/dl desde nacimiento.
 - 2) depósitos lipídicos ricos en colesterol en varias partes del cuerpo: párpados (Xantelasmas), alrededor del iris (arco senil) y en tendones.
 - 3) enfermedad vascular precoz: 50% de hombres y 30% de las mujeres sin tratamiento tendrán un episodio de enfermedad cardiovascular antes de los 60 años.

Otro trastorno genético, independiente de la HF es la elevación de la Lp(a). La Lp(a) es una apoproteína que se une a LDL. Cifras elevadas son factor de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica sobretodo en presencia de HF. Demostrado a partir de niveles de 30 mg/dl de Lp(a). Los niveles de Lp(a) no cambian a lo largo del tiempo y no se ven afectados por estilo de vida. Las estatinas tienen poco efecto sobre la Lp(a). Como tratamiento de la HF con o sin Lp(a) elevada utilizamos la doble filtración o LDL aféresis. Esta técnica consiste en separar el plasma de los elementos formes de la sangre a través de un plasmaseparador. Este plasma pasará por un segundo filtro que eliminará las moléculas de colesterol. El tratamiento dura entre 2 y 3 horas siendo tratados de 2 a 3 litros de plasma.

Objetivo

Valorar eficacia de LDL aféresis como tratamiento de HF con Lp(a) elevada.

Material y Método

Mujer de 78 años diagnosticada, en 1992, de HF heterocigota severa con Lp(a) elevada. Presentaba xantomas tendinosos en articulaciones interfalángicas de manos y tendón de Aquiles y xantelasma en ángulo interno de ojos. Sin respuesta a dieta ni tratamiento farmacológico, presentaba cifras de colesterol total de 445 mg/dl y LDL 421 mg/dl. Antecedentes: HTA y ateromatosis carotídea asintomática. El 5/08/99 se realiza FAVn y el 20/09/1999 inicia programa de LDL aféresis con una sesión al mes, tratando 2500 ml de plasma por sesión. El 18/05/2009 han desaparecido prácticamente todos los Xantelasmas y Xantomas. La analítica era colesterol pretratamiento 281 y post 101 mg/dl, LDL pretratamiento 244 y post 78, Lp(a) pre 102 y post 39 mg/dl.

Resultados

La paciente lleva 22 años recibiendo tratamiento de LDL aféresis a través de FAVn con buena tolerancia. El tratamiento se vio interrumpido en dos ocasiones: intervención quirúrgica y pandemia. La prescripción actualmente es una sesión al mes tratando 3000 ml de plasma. Durante las sesiones se extrae analítica pre y post aféresis. 20/09/1999 presenta colesterol 404 mg/dl pre sesión y 163 post sesión, la Lp(a) oscila pre sesión entre 110 y 120 mg/dl y post sesión 25 y 30 mg/dl.

Conclusiones

La LDL aféresis es una técnica, realizada por enfermeras especializadas, que reduce las cifras de colesterol y Lp(a) disminuyendo el riesgo de enfermedad aterosclerótica.

Pérdida de continuidad de la piel en zona de punción de fístula arteriovenosa con Button Hole en paciente con entrenamiento de hemodiálisis domiciliaria: ¿problema añadido?

Olga de Miguel-Pastor, Carolina Fernández-Sánchez, Belén Sánchez-Pérez, M^a Josefina Pérez-Mateo

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España

Descripción del caso

Nos encontramos con un caso de alteración y pérdida de continuidad de la piel en zona de punciones de fístula en una paciente de 45 años con diagnóstico de Poliquistosis Renal que comienza entrenamiento en hemodiálisis domiciliaria con técnica Button Hole ya realizada un mes y medio antes en sus sesiones de hemodiálisis hospitalaria del lunes, miércoles y viernes. La paciente comenzó a presentar lesiones vesiculosas supurativas, inflamación de la zona y prurito intenso al empezar con las punciones diarias. Se revisó bibliografía y casos previos que pudieran orientarnos pero no encontramos mucho al respecto. Tras la valoración enfermera y médica se comenzó a descartar posibles causas hasta dar con la solución hasta el momento.

Descripción del plan de cuidados

El plan de cuidados comenzó con una valoración de las lesiones y síntomas molestos para la paciente, con riesgo de infección y que llegaban además a dificultar la correcta punción y canalización de las agujas. Primero sospechamos de los apósitos como posible lesión de la piel por adhesivo cutáneo, tanto de sujeción de agujas como del dispositivo Bio Hole que dejábamos tras acabar la sesión. Usamos varios tipos y diferentes marcas comerciales. Sin ver mejoría probamos a cambiar la solución desinfectante: de clorhexidina acuosa a Betadine. Fue valorada también en ese momento por Dermatología que dió su visto bueno y quedó pendiente de seguirla en consulta. La mejoría fue rápida y concluyente. Se intentó semanas más tarde probar con clorhexidina alcohólica pero volvieron las lesiones, por lo que la paciente se desinfecta actualmente con povidona yodada, usa varios tipos de esparadrapos y tiene la piel intacta. Se realizaron fotografías para su uso en el futuro.

Conclusión

Pese a no ser una complicación grave la importancia de mantener un correcto estado de la piel en zonas de punción de fístula es necesario y objetivo de enfermería. Es un problema que, a veces, no damos demasiada importancia pero que puede dificultarnos en el éxito de la técnica, llegando a ser incluso dolorosa para el paciente, con riesgo de infección y posible fracaso del uso del acceso vascular. Complicación añadida para los pacientes que realizan las punciones con Button-Hole, cuya técnica no es tan fácil.

Transferencia con éxito de diálisis peritoneal a hemodiálisis. A propósito de un caso

Mercedes María Moreno-Salinas, Dolores Rizo-Martínez, Aurea Narro-Sirvent, Judith Sánchez-Torres, Lydia Juan-Guil, Mónica Ortega-Alcaraz

Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. Alicante. España

Introducción

La elección del Tratamiento Renal Sustitutivo es uno de los puntos más importantes una vez que la persona llega a la fase avanzada de la enfermedad renal. Sin embargo, el cambio de técnica, cuando es por necesidades clínicas y no por voluntad de la persona, puede ocasionar afectación, no sólo física, sino también emocional.

Objetivo

Describir la transferencia programada de una mujer desde Diálisis Peritoneal a Hemodiálisis.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional descriptivo individual, de una mujer de 60 años de edad, con ERC estadio V no filiada, posible Nefropatía Tubulointersticial. Antecedentes personales: HTA, Dislipemia, Gastritis crónica, 3 partos eutócicos. Tras recibir la información necesaria opta por la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) como la técnica de sustitución renal más adaptada a sus necesidades clínicas, personales y familiares. Inicia DP en domicilio el 26 de abril de 2010 con 3 intercambios de 1500 ml balance 1,5% glucosa. Ese mismo año, es incluida en lista de espera de Trasplante Renal de donante cadáver en el hospital trasplantador. Se identifica hiperinmunización, causa desconocida. En agosto de 2014 presenta episodio de peritonitis por *S. Epidermidis*, posiblemente por presentar un microporo en el catéter. Se resuelve satisfactoriamente al reparar el catéter y completar el tratamiento indicado. Tras pérdida progresiva de la función renal residual y ser excluida de la lista de espera de trasplante renal por el hospital trasplantador por Arteriopatía en febrero de 2018, se explica las diferentes opciones de tratamiento: mantener en DPCA, Automatizada o transferir a Hemodiálisis. La señora decide continuar en DPCA, por lo que modificamos la pauta de forma incremental, consiguiendo un KTV óptimo. En octubre de 2019 inicia clínica digestiva, manifestados por

náuseas y vómitos. Se solicita TAC y estudios abdominales que descartan posible Esclerosis Peritoneal. En septiembre de 2020, se inicia estudio para realización de fistula arteriovenosa, realizándose en julio de 2021 FAVn humerocefálica-izquierda. Desde ese período, se detecta riesgo de ansiedad, manifestado por insomnio, temor y nerviosismo, cada vez que acude a revisiones clínicas. En todo momento se le proporcionó información objetiva y adaptada respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, además de apoyo emocional para minimizar de esta manera sus miedos. Tras el período de maduración de FAVn, y una permanencia en Diálisis Peritoneal de 11 años, se le plantea de nuevo transferencia de técnica, pero ella decide esperar 6 meses más por cuestiones personales conociendo riesgo de esta decisión. Finalmente en enero de 2022, se lleva a cabo el paso programado a Hemodiálisis a través de FAVn, siendo la permanencia en Diálisis Peritoneal de 11 años y 9 meses con un KTV medio de 2.

Conclusiones

El cambio no deseado de técnica de sustitución renal puede llevar a un riesgo de ansiedad tanto a la persona como a su entorno familiar. Proporcionar una información adaptada, acompañar y apoyar en la toma de decisiones puede ayudar a minimizar ese temor y llevar a cabo una transferencia de técnica programada, con éxito y sin riesgos para la persona.

Valoración avanzada de enfermería a paciente gestante en hemodiálisis

Rocío Jiménez-Vázquez, Carmen María González-Galán

Hospital Universitario Punta de Europa. Cádiz. España

Introducción

La literatura recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas en tratamiento de hemodiálisis asesoramiento, seguimiento y control por parte de un equipo multidisciplinar desde una perspectiva conjunta. La Enfermera de Práctica Avanzada puede llevar a cabo su rol facilitador y coordinador con todos los especialistas implicados, así como incluir a los padres/pareja de la paciente en el cuidado y apoyo que precise.

CASO CLÍNICO: Mujer de 30 años con patología crónica renal hereditaria (poliquistosis renal desde la infancia). Trasplantada en 2004, al año pierde el injerto y comienza con diálisis peritoneal, un mes después recibe nuevo trasplante. En 2018 se produce rechazo mediado por anticuerpos. En la actualidad en programa de hemodiálisis y en estado de gestación de 32 semanas, embarazo no programado. Se han recogido datos de la historia clínica y mediante entrevista, siguiendo la valoración por Patrones funcionales de Marjory Gordon. Se exponen los más significativos:

- Percepción de la salud: Cree poseer conocimientos suficientes sobre su enfermedad, pero no de las complicaciones.
- Actividad: Reposo por embarazo de riesgo y sangrado en las primeras semanas.
- Autoconcepción: Imagen positiva de sí misma, "Soy una mujer fuerte, valiente, guapa, me veo más bonita desde que estoy embarazada".
- Relaciones: Pareja en prisión, acude periódicamente a visitarle. Vive con sus padres. No tiene círculo social.
- Sexualidad: Vida sexual activa, conducta de riesgo (embarazo no deseado).
- Adaptación: "He pasado por mucho en la vida, siempre he estado enferma y de médicos, así que podré con todo, no me importa".

Además, se han realizado otros cuestionarios:

- Salud general, Goldberg: 5 puntos, disfunción social en la actividad diaria.

- Apgar Familiar: 3 puntos, disfunción familiar leve
- Escala de valoración socio familiar - riesgo social: 11 puntos, no existe riesgo social.

PLAN DE CUIDADOS:

(00071) AFRONTAMIENTO DEFENSIVO r/c conflicto entre la autoconcepción y el sistema de valores, sistema de soporte deficiente, expectativas del yo. (00153) RIESGO DE AUTOESTIMA SITUACIONAL BAJA r/c alteración de la imagen corporal, cambios del rol social, historia de desesperanza aprendida, reducción del control sobre su entorno. (00209) RIESGO DE ALTERACION DIADA MATERNO FETAL r/c complicaciones en el embarazo, efectos colaterales del tratamiento. (00004) RIESGO DE INFECCIÓN r/c defensas primarias y secundarias inadecuadas, inmunidad adquirida inadecuada, enfermedad crónica, procedimientos invasivos.

INTERVENCIONES:

- Seguimiento y coordinación de equipo multidisciplinar.
- Valoración de riesgos y control de los mismos.
- Reevaluación a lo largo del embarazo.
- Ofrecer genética clínica para el diagnóstico genético del feto.
- Cuidados del embarazo de alto riesgo y prenatales.
- Apoyo emocional y en la toma de decisiones.
- Potenciación de la imagen corporal y autoestima.
- Cuidados del catéter venoso central.

Discusión

El asesoramiento previo al embarazo no fue posible, debido a que no fue planificado, lo que ahora conlleva aumento del riesgo de complicaciones. Siendo una paciente fértil y con patología renal desde la infancia, creemos que se podían haber minimizado riesgos con una mejor educación sanitaria desde consulta ERCA y servicio de diálisis.

Criterios de valoración de trabajos científicos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA: (Evalúan los aspectos formales del trabajo).

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos, o que no son demostrados estadísticamente.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de: Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

EVALUACIÓN TRABAJOS CUALITATIVOS

1. CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

1.a. ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

1.c. METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

1.e. TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

2. CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a. APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

PROCESO DE SELECCIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos podrán ser presentados atendiendo a la siguiente clasificación:

- Hemodiálisis.
- Diálisis peritoneal.
- Trasplante renal.
- Atención integral.
- ERCA (Consulta Prediálisis).
- PÓSTER-Casos Clínicos.

Una vez recibidos, son enviados a los miembros del Comité Evaluador, formado por grupos de expertos en estas seis áreas, de forma que cada trabajo será valorado por tres evaluadores diferentes. (Sistema triple ciego).

Junto a los trabajos, se enviarán a los evaluadores unas planillas en las que deben anotar las puntuaciones que adjudican a cada uno de los criterios antes descritos, según la siguiente escala de puntuación:

1. Criterios de estructura: Cada criterio se puntuará bajo el siguiente baremo.

1.a. ORIGINALIDAD: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1.b. ENUNCIADO DE OBJETIVOS: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1.c. METODOLOGÍA: se puntuará de 0 a 2,5 puntos.

1.d. CLARIDAD DE RESULTADOS: se puntuará de 0 a 2 puntos.

1.e. TÍTULO: se puntuará de 0 a 1 puntos.

2. Criterios de contenido: (se puntuará de 0 a 10 puntos).

Las planillas con las puntuaciones serán enviadas a la SEDEN, y a un coordinador que será designado en cada grupo de "expertos", cuya función será detectar diferencias significativas entre puntuaciones adjudicadas por diferentes evaluadores, para después de leer el trabajo en cuestión, contactar con los evaluadores implicados, interesándose por los motivos de la diferencia de valoración.

La puntuación que cada evaluador adjudica al trabajo, será calculada por la Secretaría de la SEDEN de la siguiente forma: se sumarán todas las puntuaciones adjudicadas a los criterios, y este resultado se dividirá entre dos para que la nota resultante sea sobre diez.

De esta forma se garantiza que la mitad de la nota alcanzada se debe al interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica.

Posteriormente, se hará la media entre las dos puntuaciones diferentes adjudicadas a cada trabajo, obteniendo así la puntuación final, que será la base para la adjudicación de los diferentes premios y para la confección del programa científico del congreso, aceptándose para su exposición oral los trabajos mejor puntuados, valorando la aceptación de los trabajos menos puntuados para su exposición en formato póster.

La adjudicación de los diferentes premios y la confección del programa científico del congreso, tendrá lugar en una **reunión conjunta** entre la Junta Directiva de la SEDEN y los coordinadores del comité evaluador, que supervisarán este proceso ante las puntuaciones adjudicadas por la totalidad del Comité Evaluador.

EVALUACIÓN DE TRABAJOS “PÓSTER”

Los trabajos que inicialmente se presentan resumidos para su exposición en formato póster, serán evaluados por el comité junto a los presentados completos para su exposición oral.

Los trabajos presentados en este formato, inicialmente no optan a premio debido a las limitaciones que presenta el resumen del trabajo para lograr una valoración homogénea con el resto de trabajos.

El Comité Evaluador tiene la potestad de considerar la aceptación de un trabajo para su presentación en formato póster, aunque haya sido presentado para comunicación oral y viceversa. Así mismo la Organización se reserva el derecho de decidir si las Comunicaciones Póster se presentarán a pie de póster o no.

El evaluador, solamente debe consignar en la casilla “NOTA” de la planilla de puntuación, si considera el trabajo en cuestión “APTO” o “NO APTO” para su presentación en nuestro congreso, si basándose en su visión personal, entiende que cumple con los criterios mínimos de calidad para ser aceptado.

Los trabajos que finalmente sean aceptados y presentados en este formato, se someterán a una segunda evaluación, tras el envío del poster en formato PDF (final) en el mes de septiembre.

Para esta segunda valoración los evaluadores cumplimentarán las planillas de puntuación correspondientes, puntuando de 0 a 10 los siguientes criterios:

- Interés para la práctica de la enfermería.
- Metodología e interés científico.
- Originalidad.
- Calidad artística.

EVALUACIÓN PÓSTER - CASOS CLÍNICOS

Los trabajos “CASOS-CLÍNICOS” solamente podrán ser presentados como **COMUNICACIÓN PÓSTER**, siendo los criterios de evaluación los siguientes:

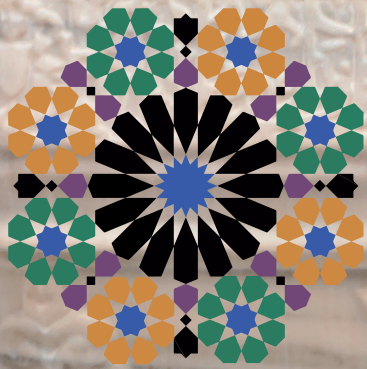
- **Originalidad.** Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.
- **Relevancia.** Se valorará el interés del tema tratado, y si los resultados del estudio son aplicables en la práctica clínica diaria independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.
- **Estructura/Redacción científica.** Se valorará el rigor científico en la redacción del resumen.
- **Valoración del caso.** En este apartado se valorará la exposición del caso, valorándose de forma positiva el uso de un modelo enfermero, y la exposición organizada (por necesidades, patrones, etc), coherente y completa.
- **Enunciado del problema/as.** Se valorará la adecuación y coherencia entre la valoración presentada y la identificación del problema, siendo más favorable el uso de taxonomía enfermera para su exposición.
- **Intervención/Resultados.** En este criterio se evaluará la descripción de la/s intervención/es y su coherencia para dar respuesta al problema/s descrito/s, y de los resultados obtenidos tras la implantación de esa/s intervención/es. Se valorará de forma muy positiva el uso de taxonomía enfermera NOC/NIC.
- **Conclusiones.** ¿Se derivan de los resultados? ¿Son relevantes? ¿Dan respuesta al problema planteado en el caso? Es decir: son significativas, importantes, pertinentes.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de poder cambiar este formato (Comunicación Póster-Caso Clínico) a Comunicación Oral, si así se considerara de interés especial para la práctica de la enfermería o por otras circunstancias.

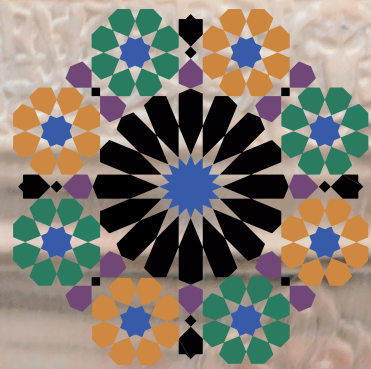


SEDEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA



XLVII
CONGRESO NACIONAL
SEDEN
15 AL 17 DE NOVIEMBRE
GRANADA 2022



SEDEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

www.congresoseden.es

