



ENFERMERÍA NEFROLÓGICA



Volumen 28 | Suplemento I | 2025

www.enfermerianefrologica.com

Comunicaciones del 50° Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Congreso Nacional
27-29 de octubre de 2025

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



ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 28 / Suplemento I / 2025

Comunicaciones del
50º Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
Enfermería Nefrológica

Congreso Nacional, 27-29 de octubre de 2025

Editores Especiales:

Ana Ulzurrun García

Irene Larrañeta Inda

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR JEFE

D. 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*

EDITOR

D. 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*

EDITORES ADJUNTOS

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

Dña. Ana Casaux Huertas, PhD, MSc, RN
Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid
Campus María Zambrano, Segovia.

D. Ian Blanco Mavillard, PhD, MSc, RN
Unidad de implementación e investigación en cuidados. Hospital Regional
Universitario. Málaga*

D. Francisco Císera Segura, RN
Unidad de Gestión Clínica UroNefrológica. Hospital Universitario Virgen del
Rocío. Sevilla*

Dña. Mª Luz Sánchez Tocino, PhD, MSc, RN
Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salamanca. Área de Enfermería.
Fundación Renal Española. Salamanca*

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

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

* España

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

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

D. Sergi Aragó Sorrosal
Hospital Clínico. Barcelona*

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

D. Manuel Ángel Calvo Calvo
Universidad de Sevilla.*

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

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

Dña. Rosario Fernández Peña
Universidad de Cantabria. Cantabria*

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

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

D. David Hernán Gascuña
Fundación Renal Española. Madrid*

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

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

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

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

Dña. Cristina Moreno Mulet
Universitat de les Illes Balears*

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

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

Dña. Concepción Pereira Feijoo
Fundación Renal. Orense*

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

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

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

Dña. Luisa Seco Lozano
Hospital General Universitario.
Valencia*

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

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

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

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

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

Dña. Ilaria de Barbieri
Universidad de Padua. Italia. Co-
mité Ejecutivo de EDTMA/ERCA.
Presidente del Comité del Programa
Científico EDTNA/ERCA

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

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

Dña. Mª Isabel Catoni Salamanca
Pontificia Universidad Católica. Chile

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

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

D. Wilmer Jim Escobar Torres
Presidente de la Asociación Vascular
de Enfermería de Diálisis de Perú

Dña. 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

D. Daniel Lanzas Martín
Centro Amadora. Lisboa. Portugal

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

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

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

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

Dña. Mª Teresa Parisotto
Miembro de la Junta de la Organi-
zación Europea de Enfermedades
Especializadas (ESNO). Alemania

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

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

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

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEDEN

Presidenta:

Dña. Itziar Bueno Zamarbide

Vicepresidenta:

Dña. Irene Larrañeta Inda

Secretaría General:

Dña. Ana Ulzurrun García

Tesorera:

Dña. Sandra Maestre Lerga

Vocalía de ERCA y Técnicas Domiciliarias:

Dña. M^a José Castro Notario

Vocalía de Docencia y Redes Sociales:

Dña. María Ruiz García

Vocalía de Hemodiálisis y Humanización:

Dña. Cristina Labiano Pérez-Seoane

Vocalía de Relaciones con otras Sociedades:

Dña. Marta San Juan Miguelsanz

Vocalía de Trasplantes:

D. Guillermo Pedreira Robles

Vocalía de Investigación y Publicaciones:

D. José Luis Cobo Sánchez

Vocalía de Hospitalización y Pediatría:

Dña. Inmaculada Moreno González

EDITA:

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

SECRETARÍA DE REDACCIÓN:

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

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

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

PUBLICADO: 17 de noviembre de 2025

COLABORACIONES CIENTÍFICAS



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

Esta revista está indizada en:

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

Tarifas de suscripción:

Instituciones con sede fuera de España: 100 € (IVA Incluido) /
Instituciones con sede en España: 74 € (IVA Incluido)

Maquetación: Seden

Impresión: Estu-Graf Impresores S.L.

Traducción: Jorge Berriatúa

Depósito Legal: M-12824-2012

Esta publicación se imprime en papel no ácido.

This publication is printed in acid-free paper.



© Copyright 2025. 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.

<https://doi.org/10.37551/S2254-28842025S1>

SUMARIO

Editorial	12
------------------------	-----------

Premios Comunicaciones Orales

Análisis de los factores determinantes para la correcta punción de las fístulas arteriovenosas en pacientes de hemodiálisis	13
Aumento de la población en diálisis domiciliaria post-trasplante: el rol de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada-trasplante	14
Efecto del sexo en los ejercicios de maduración de fistulas arteriovenosas con Handgrip	15
Evaluación de la calidad de vida en hemodiálisis mediante las láminas COOP/WONCA. Utilidad de una herramienta visual	16
Evaluación de las consultas presenciales de los pacientes en diálisis peritoneal	17
Experiencia e impacto del proceso de donación en el donante vivo de riñón	18

Premios Comunicaciones Póster

Elección de técnica de sustitución renal en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada: edad y toma de decisión	19
¿Existe relación entre las tarjetas de valores y la terapia renal sustitutiva elegida?	20
Evaluación de la calidad de vida en pacientes en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis: un estudio unicéntrico	21

Comunicaciones Orales

Acceso Vascular

Adherencia de las enfermeras españolas a las recomendaciones internacionales para evitar la salida accidental de agujas en hemodiálisis	22
Análisis comparativo entre técnicas de primera y segunda generación para la reducción de trombosis en fístulas arteriovenosas nativas	23

Diez años de hemodiálisis: un análisis de las causas del mantenimiento de catéteres permanentes	24
Ensayo clínico para el tratamiento del dolor en la punción en hemodiálisis con lidocaina/prilocaina versus cloreto	25
Estado de maduración de las fístulas arteriovenosas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada: un enfoque transversal	26
Experiencia enfermera sobre la utilidad del dispositivo VasQ® en la maduración de fístulas arteriovenosas radio-cefálicas. Datos pre-eliminares al mes de seguimiento	27
Incidencia de lesiones cutáneas relacionadas con apósitos de poliuretano y apósitos de clorhexidina en pacientes con catéteres para hemodiálisis: ensayo clínico controlado aleatorizado	28
Introducción del apósito de plata en protocolo de cura de orificio de catéter venoso central para hemodiálisis	29
La infección en el orificio de salida del catéter venoso central para hemodiálisis como precursor de bacteriemia	30
Maduración de las fístulas arteriovenosas nativas: influencia de los factores inflamatorios, bioquímicos y hematológicos	31
Proyecto ERCAV. Papel relevante de la enfermería en la toma de decisiones sobre el acceso vascular en pacientes renales	32
Relación entre comorbilidades y permeabilidad de fístulas arteriovenosas en hemodiálisis: impacto del índice de Charlson	33

Diálisis Peritoneal

Análisis comparativo de protocolos en la cura del orificio de salida del catéter peritoneal: impacto del Prontosan® y Mupirocina frente a Clorhexidina en la incidencia de infecciones	34
Comparativa de curas del orificio de salida del catéter con suero hipertónico <i>versus</i> tratamiento antibiótico	35
¿Retirar el catéter de diálisis peritoneal durante el trasplante renal influye en la gestión clínica?	36

Enfermedad Renal Crónica

Análisis de pacientes con inicio urgente en diálisis sin seguimiento en unidad de enfermedad renal crónica avanzada: características y barreras	37
En busca de la atención integral y humanizada del paciente renal complejo mediante la exploración enfermera de necesidades no cubiertas	38
Evaluación de la satisfacción en la unidad de enfermedad renal crónica avanzada del Hospital de San Pedro: un enfoque para la mejora de la calidad asistencial	39
Impacto de un programa de educación grupal en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada	40

Hemodiálisis

Análisis comparativo de la eficacia, seguridad y carga asistencial en pacientes tratados con hemodiafiltración con o sin hemoadsorción	41
Análisis de la experiencia de pacientes sobre la capacidad de autocontrol del tratamiento de diálisis y la influencia del entorno	42
Análisis de la prevalencia de eventos adversos durante la hemodiálisis: frecuencia, registro y retos para la vigilancia enfermera	43
Análisis de las alteraciones del sueño en personas con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis	44

Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: tendencias, mejoras y desafíos	45
Decohe: evolución anual del deterioro cognitivo y la depresión en pacientes con terapia de hemodiálisis	46
Encuesta de percepción de cuidado: herramienta clave para conocer y mejorar la experiencia del paciente en hemodiálisis	47
Entre el cuidado y la decisión: conocimiento enfermero sobre voluntades anticipadas en hemodiálisis	48
Equidad en la prescripción de hemodiálisis. Una mirada desde la enfermería a las diferencias de género	49
Estrategia multidisciplinar para el cambio seguro de la planta de agua en un servicio hospitalario de diálisis	50
Estudio de la anemia en pacientes en hemodiálisis con relación a la aplicación de un protocolo de restitución	51
Evaluación de sarcopenia y fragilidad en pacientes en hemodiálisis desde la perspectiva de la enfermería nefrológica	52
Evaluación del grado de satisfacción y los tiempos del transporte sanitario en nuestra unidad	53
Evolución de la fragilidad de las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis durante los tres últimos años	54
Fatiga en pacientes en hemodiálisis: análisis de prevalencia, factores asociados e influencia del estado nutricional	55
Hábitos de higiene de los pacientes de nuestra unidad de diálisis	56
Hemodiálisis y sarcopenia: una mirada clínica desde el enfoque europeo	57
Impacto de la diálisis incremental y la diuresis residual en la calidad de vida y fatiga postdiálisis. Un estudio multicéntrico transversal	58
Impacto de la enfermedad oncológica en personas en hemodiálisis. Resultados basales de un estudio multicéntrico	59
Impacto de la fatiga postdiálisis y tiempo de recuperación en el paciente crónico de hemodiálisis: estudio transversal	60
Impacto del personal de enfermería en el volumen de sangre dializada y en la dosis de diálisis	61
Impacto intergeneracional en la seguridad del paciente y la transformación digital en hemodiálisis: un análisis descriptivo transversal	62
Intervenciones de enfermería relacionadas con la educación sanitaria durante el tratamiento en hemodiálisis	63
Miedo a caer en pacientes en hemodiálisis: implicaciones funcionales y necesidad de intervención	64
Percepción del grado de bienestar subjetivo en personas en hemodiálisis periódica	65
Percepción del prurito asociado a la enfermedad renal crónica en una unidad de hemodiálisis	66
Población migrante en hemodiálisis, ¿una atención con necesidades diferenciadas?	67
Prevalencia de la fragilidad en pacientes incidentes en hemodiálisis	68
Prevalencia de sarcopenia en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y su evolución tras el inicio de la diálisis	69
Programa de ejercicio intradiálisis: percepción, barreras y facilitadores en el equipo de enfermería de una unidad de hemodiálisis	70

Nutrición

Composición corporal en personas hipertensas según el sexo	71
Conocimientos y competencias nutricionales del personal de enfermería y técnico en cuidados auxiliares de enfermería en unidades de hemodiálisis: un estudio descriptivo multicéntrico	72

Misceláneas

Enfoque de parámetros clínicos, farmacológicos y económicos en pacientes con enfermedad renal crónica en distintas técnicas de diálisis	73
---	----

Entre la dedicación y el desgaste: sobrecarga del cuidador informal del paciente en hemodiálisis desde el enfoque adaptativo de Callista Roy	74
Prevención de la enfermedad renal crónica desde la infancia: el rol clave de la enfermería en programas educativos escolares.....	75

Trasplante Renal

Asociación entre la función física pretrasplante evaluada mediante Promis-29 y Promis Global Health y su relación con la inclusión en lista de espera y los resultados tempranos tras el trasplante renal	76
Descripción del estado nutricional de los pacientes post trasplante renal derivados del centro trasplantador al de referencia, mediante el uso de la bioimpedancia	77
Impacto de la sintomatología gastrointestinal y la diarrea en la calidad de vida y adherencia terapéutica en receptores de trasplante renal	78
Optimización de la gestión de alarmas en trasplante: nueva área de recepción y preparación de pacientes	79

Comunicaciones Póster

Acceso Vascular

Comparación de estrategias de sellado en catéteres venosos centrales en pacientes en hemodiálisis	80
Comparación entre método dilucional por colorimetría y la ecografía Doppler en la medición del flujo intra acceso de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis	81
Conocimiento y adherencia al protocolo de manipulación del catéter tunelizado de hemodiálisis y factores percibidos en relación con las infecciones	82
Eficacia del protocolo de sellado con Taurolock urokinasa y Taurolock heparina en la prevención de complicaciones en catéteres en hemodiálisis	83
Eficacia del uso de discos de plata para la cura de catéter venos central tunelizado con orificio equivoco	84
¿Es la fístula arteriovenosa el primer acceso vascular de nuestros pacientes incidentes?	85
Evaluación de la introducción de Citraflow como sellador en catéteres venosos centrales en hemodiálisis: comparación multicéntrica con otros selladores	86
Evaluación de la seguridad y eficacia del apósito transparente en la fijación de agujas y catéter fístula en hemodiálisis	87
Evaluación de un método alternativo para la medición del flujo vascular mediante ecografía	88
Importancia del correcto uso del Taurolock Urokinasa como sellado en los catéteres de hemodiálisis en nuestra unidad: estudio longitudinal retrospectivo - prospectivo tras cambiar el protocolo de su utilización	89
La ecografía como aliada de la enfermería en unidades de hemodiálisis: beneficios y percepciones de su uso en la práctica diaria	90
Manejo del acceso vascular por parte de enfermería	91
Nivel de conocimientos sobre autocuidado de la fístula arteriovenosa en pacientes sometidos a tratamiento con hemodiálisis	92
Revisión de la tasa de bacteriemias asociadas a catéter tunelizados en nuestra unidad de hemodiálisis: impacto de un protocolo de actuación	93

Diálisis Peritoneal

Atención integral de enfermería frente al desarrollo de la sarcopenia en una unidad de diálisis domiciliaria	94
Impacto del sueño en las diferentes modalidades de diálisis peritoneal	95
¿Puede el monitor de composición corporal discriminar en su análisis el líquido introducido en la cavidad peritoneal?	96
Relación del ángulo de fase medido en la biomedancia eléctrica y los parámetros nutricionales en pacientes de diálisis peritoneal de nuestra unidad	97

Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Aplicabilidad de una intervención enfermera con los nuevos tratamientos nefroprotectores en enfermedad renal crónica avanzada: ISGLT2	98
Conflicto decisional en los pacientes renales al elegir tratamiento sustitutivo	99
Descripción de la coordinación entre la enfermera de la enfermedad renal crónica avanzada y la enfermera de acceso vascular en el seguimiento del paciente de enfermedad renal crónica avanzada portador de fístula arteriovenosa	100
El acceso vascular empieza en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Introducción de la ecografía <i>in situ</i>	101
El sueño alterado en la enfermedad renal crónica avanzada: una realidad frecuente	102
Evaluación integral del estado nutricional en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada	103
Evolución de una consulta de enfermedad renal crónica avanzada	104
Programa de educación basado en la dinámica grupal en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada	105
Una mirada al futuro: realidad virtual en la elección de terapia renal sustitutiva	106

Hemodiálisis

Agresiones a enfermería en las salas de diálisis	107
Análisis de incidentes y estrategias de mejora en la unidad de hemodiálisis. Seguridad del paciente y perfil de los pacientes afectados	108
Análisis de la situación del prurito asociado a la enfermedad renal crónica en pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica	109
Aplicación en hemodiálisis del protocolo POCUS por enfermería	110
Bioimpedancia y ecografía VExUS: herramientas para el ajuste preciso del estado de hidratación desde la práctica enfermera nefrológica	111
Características clínicas de los pacientes nefrológicos derivados desde el servicio de radiodiagnóstico del Hospital Clínico de Valladolid	112
¿Cómo podemos mejorar la calidad en la asistencia sanitaria en nuestros pacientes de diálisis?	113
Cuidado integral de enfermería: relación entre la depresión y el estado cognitivo de pacientes en hemodiálisis	114
El papel de enfermería en el manejo del dolor de pacientes en hemodiálisis y su relación con la eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas	115
Elaboración de un manual de humanización en hemodiálisis mediante el método DELPHI: un enfoque integral para mejorar la experiencia del paciente	116
Estrategia para la prevención de bacteriemias en hemodiálisis: el papel de los bioconectores en los catéteres venosos centrales	117

Evaluación de la huella de carbono del transporte para pacientes en programa crónico de hemodiálisis ambulatoria	118
Evaluación de los factores asociados con la sensación de frío y el malestar en pacientes durante la hemodiálisis	119
Evaluación del índice de Karnofsky como herramienta funcional en pacientes en hemodiálisis	120
Experiencias y beneficios del paciente sometido a hemodiafiltración en turno noche	121
Fragilidad en hemodiálisis. Un enemigo silencioso con alto impacto clínico	122
Fragilidad, autonomía funcional y riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis: análisis de factores asociados a la salida del programa	123
Garantizar el acceso a la atención a pacientes de hemodiálisis ante desastres naturales: nuestra experiencia	124
Identificando la fragilidad en los pacientes de hemodiálisis, una misión más de la enfermería nefrológica	125
Impacto ambiental de un centro de hemodiálisis periférico, ¿qué podemos hacer para reducir nuestra huella de carbono?	126
Impacto de las complicaciones de la arteriopatía periférica en los pacientes en diálisis: detección temprana en la práctica de enfermería nefrológica	127
Impacto de sesiones de <i>mindfulness</i> y meditación guiada en pacientes durante sus sesiones de hemodiálisis en un centro monográfico de tercer nivel	128
Impacto de un programa de ejercicio en pacientes de hemodiálisis: evaluación de adherencia y calidad de vida	129
Impacto en la calidad de vida de pacientes mayores de ochenta años que comienzan hemodiálisis: un estudio descriptivo	130
Implementación de un programa de hemodiálisis domiciliaria nocturna: primeros casos de este tratamiento en España	131
Intervenciones de enfermería para la prevención de la hipotensión intradiálisis	132
La intimidad del paciente en una sala de hemodiálisis desde una perspectiva dual: pacientes y equipo de enfermería	133
Percepción de las enfermeras de las unidades de hemodiálisis sobre la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes	134
Perfil emocional del paciente en hemodiálisis. Estudio multicéntrico	135
Perfil sintomático del paciente en hemodiálisis. Estudio multicéntrico	136
Puertas que se abren: una mirada a los ingresos hospitalarios en pacientes en hemodiálisis	137
Prevalencia de la depresión y factores relacionados en pacientes en hemodiálisis crónica: experiencia de un centro de diálisis	138
Repercusión de la DANA en pacientes de diálisis domiciliaria	139
Sonrisas en el proceso: la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis con la técnica de Buttonhole	140

Nutrición

Dieta en enfermo renal crónico en hemodiálisis: la gran olvidada	141
Infografías como herramienta educativa en pacientes en hemodiálisis: ¿mejora la percepción sobre la dieta?	142
Uso de la bioimpedancia en la valoración nutricional del paciente de hemodiálisis	143
Valoración de la respuesta sensorial y glucémica de suplementos nutricionales orales para diabetes mellitus y para enfermedad renal en pacientes con hemodiálisis	144
Valoración nutricional en hemodiálisis: ¿existe un método de referencia?	145
Valoración y clasificación nutricional de nuestros pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Creación e impulso de una nueva consulta	146

Misceláneas

Consulta multidisciplinar para pacientes renales con necesidades complejas: impacto en la calidad de vida, control de síntomas y toma de decisiones	147
Creación de una herramienta interactiva para mejorar la calidad en los cuidados de enfermería nefrológica	148
Documento voluntades anticipadas y sedación paliativa como asignatura pendiente entre los profesionales de atención nefrológica	149
Enfermería: un eslabón imprescindible en el tratamiento y cuidado del paciente renal	150
Estado actual del documento de voluntades anticipadas del paciente renal en Cataluña	151
Estudio de los pacientes con tensión arterial no controlada en nefrología. Prevalencia de la hipertensión arterial de bata blanca	152
Impacto de la consulta cardiorenal integrada en la atención de pacientes con enfermedades cardíacas y renales: un enfoque interdisciplinario en el cuidado de enfermería	153
Integración de la experiencia de pacientes renales en la formación enfermera para mejorar los cuidados	154
Impacto de los cuidados de enfermería en el manejo del dolor y la ansiedad en pacientes sometidos a biopsia renal	155
Registro estandarizado de actividad enfermera nefrológica. Integración de un nuevo cuadro de mandos	156
Valoración del grado de satisfacción del servicio de nefrología de los alumnos de enfermería de la universidad de Valladolid	157

Trasplante Renal

Exploración de expectativas y preferencias del paciente trasplantado renal a lo largo de su trayectoria vital. Planificación anticipada de cuidados como herramienta fundamental de prevención del sufrimiento	158
Incidencia de neoplasias en la consulta de seguimiento de trasplante renal en un centro no trasplantador. Consulta de enfermería	159
Informe de continuidad de cuidados en trasplante renal: percepción del personal de enfermería	160
Manejo individualizado del dolor en pacientes trasplantados renales: seguimiento estrecho y optimización terapéutica en una consulta multidisciplinar	161
Paciente trasplantado renal en tratamiento con lipidoaféresis por hipertrigliceridemia severa. Rol de enfermería	162
Perfusión renal pulsativa: mejorando resultados en donantes de edad avanzada	163
Trasplante renal a paciente crónico complejo sin prehabilitación. Abordaje desde la consulta enfermera de práctica avanzada	164
Trasplante renal e infección quirúrgica: estudio de incidencia y características en un hospital de tercer nivel	165
Uso de la inmunoadsorción en el trasplante ABO incompatible en pediatría	166

Casos Clínicos

A propósito de un caso: atención integral del trastorno adaptativo durante el tratamiento de diálisis	167
Actuación de enfermería ante rotura de prolongador de catéter peritoneal	168
Creación de Buttonhole en fistula endovascular para hemodiálisis domiciliaria: a propósito de un caso	169

Cuidados de enfermería en trasplante renal y desensibilización con Imlifidasa	170
Evolución de terapias renales sustitutivas en paciente con complicaciones del acceso vascular	171
Iodo-131 en hemodiálisis: protocolo enfermero pionero en seguridad radiológica y humanización del aislamiento	172
No subestimemos al fósforo... “Cuidados de enfermería en calcinosis tumoral urémica en diálisis peritoneal”	173
Nueva experiencia con accesos vasculares protésicos aXess en pacientes en hemodiálisis	174
Quiloperitoneo: una perspectiva enfermera	175
Reparación y protección del catéter peritoneal con silicona tras la extrusión quirúrgica del cuff externo	176
Síndrome cardio renal tipo II tratado con diálisis peritoneal	177
Trasplantectomia tras hematoma postquirrgico con complicaciones	178
Trasplantes ABO incompatibles: innovación en cuidados y la paradoja de la “enfermera invisible”	179
Uso de diálisis peritoneal automática con seguimiento de telemonitorización como terapia paliativa	180
Proceso de evaluación y aceptación de los trabajos científicos	181

Editorial

José Luis Cobo-Sánchez

Vocal de Investigación y Publicaciones SEDEN

Con enorme satisfacción, y en el marco de una edición tan especial como es nuestro 50º Congreso Nacional, presentamos este suplemento que recoge los resúmenes aceptados para su presentación en el Congreso. Este suplemento de la revista Enfermería Nefrológica es, una vez más, reflejo del dinamismo, compromiso y crecimiento continuo de la investigación en nuestra disciplina.

El Congreso de este año no es uno más: supone la celebración de medio siglo de historia, avances y compromiso profesional. Y lo hace con una respuesta entusiasta por parte de la comunidad de la Enfermería Nefrológica. En esta edición hemos recibido un total de 261 trabajos, cifra que evidencia el interés de los profesionales por compartir, debatir y visibilizar el conocimiento generado en los distintos ámbitos de la Enfermería Nefrológica. Tras un riguroso proceso de evaluación por pares, se han aceptado 170 comunicaciones (tasa de aceptación del 65,1%): 71 como comunicaciones orales y 99 como posters, de los cuales 19 corresponden a casos clínicos.

Este suplemento no solo es un registro científico, sino también una muestra del esfuerzo colectivo entre el Comité Científico, el Comité Organizador y la Junta Directiva de SEDEN. Un esfuerzo en el que han participado 45 evaluadores, distribuidos en 15 grupos de trabajo, cada uno coordinado por una persona responsable de garantizar la calidad y coherencia del proceso. A todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento por su implicación y profesionalidad.

Como cada año, en este suplemento también se incluyen los resúmenes de las comunicaciones premiadas, cuyos autores tendrán la oportunidad de publicar su trabajo completo como artículo científico en próximos números de Enfermería Nefrológica.

Somos conscientes de que no ha sido posible aceptar todos los trabajos recibidos, debido a las limitaciones propias del formato congresual. A quienes no han podido ver sus resúmenes incluidos, queremos agradecer igualmente su esfuerzo, animándoles a seguir generando evidencia y compartiéndola en futuras ediciones.

Os deseamos una excelente estancia en Oviedo, ciudad que acoge este histórico congreso con los brazos abiertos. El Palacio de Congresos, sede de nuestro encuentro, nos ofrecerá un entorno inmejorable para el intercambio científico, el aprendizaje mutuo y la celebración compartida de este hito colectivo.

En nombre de la Junta Directiva de la SEDEN y del Comité Organizador, os animamos a disfrutar de estas jornadas de trabajo llenas de ciencia, innovación, compromiso y compañerismo.

Análisis de los factores determinantes para la correcta punción de las fístulas arteriovenosas en pacientes de hemodiálisis

Elena Guerrero-Rodríguez¹, Iris Rubio-Segovia¹, Ignacio Escanes-Martínez¹, Julia Audije-Gil², David Hernán-Gascueña², María Dolores Arenas-Jiménez²

¹ Fundación Renal Española. Centro Los Llanos II. Madrid. España

² Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

La correcta punción de la fístula es esencial para garantizar un tratamiento dialítico eficaz. Identificar las variables asociadas a un abordaje difícil de la FAV puede facilitar una planificación más precisa y eficiente de las punciones, contribuyendo así a reducir complicaciones relacionadas.

Objetivos

Identificar la incidencia de punciones extra en pacientes con fístula arteriovenosa y determinar los factores que afectan a la correcta punción de la misma.

Material y Método

Estudio multicéntrico, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se incluyeron un total de 81.968 sesiones de hemodiálisis correspondientes a 1.167 pacientes, realizadas durante el año 2024 y registradas en la historia clínica electrónica Nefrosoft. Las variables analizadas incluyeron número de punciones extra, tipo de fístula, localización anatómica, posición de las agujas, tiempo de uso y antigüedad del enfermero que canalizó entre otras. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar. La normalidad de las distribuciones se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las variables con distribución normal, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, con los resultados expresados como media y desviación estándar. En caso de distribución no normal, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, reportando los resultados como mediana y percentiles 25 y 75. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V.29.0.1.0, considerando un nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados

69% varones y 31% mujeres, 75% españoles 25% migrantes, con edad media de 66,4 ($\pm 14,8$) años e IMC de 26,4 ($\pm 5,4$). El 92% se dializó a través de FAV autóloga y el 8% protésica. El tipo de FAV fue: Húmero-cefálica 45,8%, radio-cefálica 40,5%, húmero-basílica 7,6% y otros 6,1%, 80% ubicadas en brazo derecho y 20% en izquierdo. Las agujas se canalizaron en el 99% de los casos en posición anterógrada y en el 1% en retrógrada. La mediana de antigüedad de los enfermeros que canalizaron fue 6,7 años. Fueron necesarias punciones adicionales en 818 sesiones, lo que supone un 1% del total, en el 83,6% fue una única punción extra y en el 71% de los casos se trataba de la aguja venosa. Analizando las variables que determinaban las punciones extra se encontraron diferencias significativas entre FAV autóloga y protésica (0,9 vs 1,8 $p=0,00$); tipo de FAV: Húmero-humeral 2%, húmero-axilar 2%, húmero basílica 1,3%, radio-cefálica 1,1% y Húmero-cefálica 0,7% ($p=0,00$) y colocación de la aguja anterógrada y retrógrada (1% Vs 2,2% $p=0,002$). Respecto a las variables que no cumplen la normalidad fueron significativas el tiempo que llevaba usándose la FAV mediana 29 meses (RIQ:12-52 $p=0,00$) y la antigüedad del enfermero mediana 3,3 años (RIQ:1,5-5,9 $p=0,003$).

Conclusiones

La incidencia de punciones adicionales en pacientes dializados a través de una FAV es baja, siendo habitualmente suficiente una única punción adicional. Las FAV protésicas, húmero-humerales y húmero-axilares, cuando se canalizan en sentido retrógrado, presentan una mayor necesidad de punciones adicionales. Asimismo, se observa una menor frecuencia de punciones extra en FAV con mayor tiempo de uso y cuando la canalización es realizada por personal de enfermería con mayor experiencia.

Aumento de la población en diálisis domiciliaria post-trasplante: el rol de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada-trasplante

Amanda Hernandis-Latorre, Manuel Vicente Ruiz-Carratalá, Pilar Pascual-Estellés, Amparo M^a Alba-Manzana, María Rodrigo-Valero

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción

El injerto renal disfuncionante o fallido se caracteriza por una función reducida del mismo, deterioro progresivo e irreversible de la función renal y la necesidad de volver a la terapia renal sustitutiva (TRS). Aunque en España, en 2023, la prevalencia de pacientes trasplantados ha aumentado, 769 pacientes han regresado a diálisis debido a la pérdida del injerto. Las consultas de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) juegan un papel crucial en la atención integral de estos pacientes, proporcionando educación terapéutica sobre las opciones de TRS, incluidas las técnicas domiciliarias.

Objetivos

Evaluar el impacto de la consulta ERCA-Trasplante en el incremento de pacientes que optan por la diálisis domiciliaria tras el trasplante renal fallido.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico entre septiembre de 2012 y abril de 2025, que incluyó a 94 pacientes que regresaron a diálisis tras la pérdida de un injerto renal. Se recopilaron datos sobre variables demográficas y clínicas, tales como sexo, edad, tiempo desde el trasplante, tiempo de seguimiento en la consulta ERCA, modalidad de TRS previa al trasplante y la modalidad de TRS seleccionada tras el fallo del injerto. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y comparativos para identificar cambios en la elección del tipo de diálisis antes y después de la consulta ERCA-Trasplante.

Resultados

De los 94 pacientes incluidos, 45 eran hombres y 49 mujeres, con una edad media de 60,2 años. De los pacientes que regresaron a diálisis, 57 eligieron diálisis domiciliaria (incluyendo diálisis peritoneal), mientras que solo 27 lo habían hecho previamente al trasplante. Este incremento en la elección de la diálisis domiciliaria fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$), lo que sugiere un impacto positivo de la consulta ERCA-Trasplante en la decisión de los pacientes.

Conclusiones

Diferentes estudios concluyen que, en la vuelta a diálisis tras el trasplante renal, no hay diferencias en la supervivencia del paciente que elige una técnica domiciliaria y el que elige una técnica hospitalaria, incluyendo entre la domiciliaria la diálisis peritoneal (DP). El seguimiento en consulta ERCA-Trasplante, con un enfoque multidisciplinario, ha contribuido al incremento de la diálisis domiciliaria en pacientes que regresan a diálisis tras un trasplante renal fallido. La diálisis domiciliaria, incluida la diálisis peritoneal, ofrece ventajas significativas en términos de calidad de vida, control de la enfermedad y disminución de efectos secundarios y complicaciones, y se recomienda como una opción válida para pacientes en preparación para retrasplante, al igual que sucede con los pacientes que inician diálisis de novo.

Efecto del sexo en los ejercicios de maduración de fístulas arteriovenosas con Handgrip

Francisco Javier Rubio-Castañeda^{1,2}, Isidoro García-Escribano-Sánchez^{1,2}, Ana Isabel Sierra-Sánchez², M^a Amaya Mateo-Sánchez², Víctor Cantín-Lahoz^{1,2}, Emilia Ferrer-López,^{1,2}

¹ Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón Zaragoza. España

² Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

Las guías del acceso vascular recomiendan realizar ejercicios isométricos pre y postquirúrgicos porque favorecen la maduración de las fístulas arteriovenosas (FAV).

Objetivos

Evaluar si el sexo influye en el efecto que el ejercicio isométrico con handgrip tiene en la maduración de las FAV radiocefálicas.

Material y Método

Estudio observacional prospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes con FAV nativas radiocefálicas que realizaron ejercicios de maduración con handgrip en 2024. Criterios de exclusión: FAV con fallos de maduración, FAV trombosadas e incapacidad funcional para realizar los ejercicios. Criterios de maduración: diámetro venoso ≥ 4 mm y flujo del acceso vascular (QA) ≥ 500 ml/min a las 6 semanas de maduración. Pauta de ejercicios: a los 15 días de la cirugía, demostración del manejo del handgrip e inicio de los ejercicios. Se debían realizar 20 repeticiones/5 veces al día con aumento progresivo de la resistencia del handgrip cada 15 días (si al aumentar la resistencia no podían realizar los ejercicios adecuadamente, continuarían realizando los ejercicios con la resistencia anterior). Niveles de resistencia del Handgrip: 8, 16, 24, 32 y 40 kg. Variables ecográficas: velocidad pico sistólica (VPS), índice de resistencia y diámetro de la anastomosis, arteria radial y humeral. Diámetro venoso y QA. Se realizaron mediciones ecográficas a los 30 y 75 días del inicio de los ejercicios. Análisis estadístico: Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión. Test de Shapiro-Wilk para analizar normalidad. Comparación de variables cuantitativas con t-Student y U Mann-Whitney. Análisis correlacional aplicando coeficiente de Spearman para relacionar la resistencia máxima empleada con las variables ecográficas.

Resultados

Muestra 21 pacientes. 66,7% hombres (n=14) y 33,3% mujeres (n=7), edad media 67,3 y 65,4 años respectivamente. VPS de arteria radial y diámetro venoso significativamente mayor en hombres vs mujeres a los 30 días (86,7 vs 71,7; $p=0,039$)-(5,7 vs 5,18; $p=0,044$) y 75 días (101 S 87; $p=0,048$)-(6,3 vs 5,85; $p=0,037$) del inicio de los ejercicios respectivamente. El 28,5% empleó una resistencia máxima de 24 kg para realizar los ejercicios (n=6:100% mujeres), 57,1% resistencia de 32 kg (n=12:91,6% hombres (n=11) y 8,4% mujeres (n=1)), y 14,4% resistencia de 40 kg (n=3:100% hombres). A los 75 días del inicio de los ejercicios: VPS arterial radial (114,1 vs 85,3; $p=0,049$)-(114,1 vs 98,2; $p=0,032$) y diámetro venoso (6,87 vs 5,83; $p=0,021$)-(6,87 vs 6,24; $p=0,046$) significativamente mayor en los pacientes que emplearon una resistencia máxima de 40 kg vs resistencia máxima de 24 kg y 32 kg respectivamente. QA (1465 vs 795, $p=0,002$) significativamente mayor en quienes emplearon una resistencia máxima de 40 kg vs resistencia máxima de 24 kg. Correlación lineal estadísticamente significativa entre la resistencia máxima empleada con la VPS de arteria radial ($r=0,5$; $p=0,004$), diámetro venoso ($r=0,57$; $p=0,006$) y QA ($r=0,58$; $p=0,027$). Estratificando por sexo, solo existía correlación lineal significativa entre la resistencia máxima empleada con la VPS de arteria radial ($r=0,54$; $p=0,046$), diámetro venoso ($r=0,53$; $p=0,044$) y QA ($r=0,58$; $p=0,028$) en los hombres.

Conclusiones

A mayor resistencia del handgrip mejores resultados morfológicos (diámetro venoso) y hemodinámicos (VPS de arteria radial y QA) en las FAV radiocefálicas. Siendo los hombres, quienes emplean una mayor resistencia para realizar los ejercicios isométricos con Handgrip.

Evaluación de la calidad de vida en hemodiálisis mediante las láminas COOP/WONCA. Utilidad de una herramienta visual

M^a Luz Sánchez Tocino¹, **Marina Burgos Villulas²**, Cristina Otero Moral³, Concepción Pereira Feijoo⁴, Thais Castellano Carrón⁵, Julia Audige Gil⁶

¹ Fundación Renal Española. Salamanca. España

² Fundación Renal Española. Centro Los Llanos. Alcorcón. Madrid. España

³ Fundación Renal Española. Centro Teixedal. Pontevedra. España

⁴ Fundación Renal Española. Centro Santa María. Orense. España

⁵ Fundación Renal Española. Centro Los Lauros. Madrid. España

⁶ Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud es habitual en pacientes crónicos como los que reciben hemodiálisis. Sin embargo, muchos cuestionarios se basan exclusivamente en lenguaje escrito, lo que dificulta su comprensión y limita la fiabilidad de las respuestas. Las láminas COOP/WONCA incorporan ilustraciones que acompañan a cada ítem, facilitando la identificación del estado de salud, especialmente en personas con bajo nivel de alfabetización, deterioro cognitivo o barreras idiomáticas.

Objetivos

Evaluar la validez y fiabilidad de las láminas COOP/WONCA como herramienta para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis, analizando su relación con otras escalas que valoran aspectos físicos, emocionales y sociales.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal en pacientes en hemodiálisis de 15 centros (noviembre 2024). Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidad, de enfermedad renal y tratamiento. La calidad de vida se evaluó mediante las láminas COOP/WONCA (menor puntuación = mayor calidad de vida). Para analizar la validez de esta herramienta, se compararon sus resultados con otras escalas que valoran diferentes dimensiones del estado de salud: **Físicas:** Dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Barthel), dependencia para actividades instrumentales (AIVD) (Lawton-Brody). **Psicológicas:** estado emocional (PHQ-4). **Sociales:** riesgo social (GIJÓN). Se usó t de Student, ANOVA y Chi-cuadrado para variables paramétricas. U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para no paramétricas. Significación $p < / = 0,05$.

Resultados

Se recopilaron datos de 716 pacientes. 488 (68,2%) fueron hombres con una edad media $70 \pm 14,5$ años y etiología principal nefropatía diabética 182 (25,4%). Desde un punto de vista social; 115 (16,1%) fueron migrantes, 200 (27,9%) solo tienen estudios primarios y únicamente 89 (12,4%) está laboralmente activo, teniendo un porcentaje alto de pensionistas 232 (32,4%) y jubilados 209 (29,2%). Se encontraron diferencias significativas con puntuación más alta (peor calidad de vida) en pacientes; con mayor edad ($p=0,001$), mayor comorbilidad ($p=0,001$), mujeres ($p<0,001$), más tiempo en diálisis ($p=0,041$), con 3 o más sesiones de diálisis/semana ($p=0,034$), estudios primarios ($p=0,045$) y migrantes ($p=0,025$). En cuanto a las escalas referidas a la esfera física, se observó una relación entre una calidad de vida baja y más dependencia para ABVD y AIVD ($p<0,001$). Además, presentaron puntuaciones más altas los pacientes peor estado emocional en cuanto a ansiedad-depresión ($p<0,001$). En la esfera social también la peor calidad de vida se asocia a mayor riesgo social ($p=0,049$).

Conclusiones

Las láminas COOP/WONCA son una herramienta válida y fiable para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis, mostrando una adecuada relación con escalas que valoran aspectos físicos, psicológicos y sociales. Su formato visual, que combina texto e imagen, facilita la comprensión del cuestionario y mejora la capacidad del paciente para identificar y expresar su estado de salud, especialmente en contextos de diversidad cultural, bajo nivel educativo o deterioro cognitivo. Su uso puede contribuir a una detección más precisa de necesidades y a una intervención sanitaria más eficaz y centrada en la persona.

Evaluación de las consultas presenciales de los pacientes en diálisis peritoneal

María Alfonso-Mateo, Noelia Palacio-Liéban, Adela Suárez-Álvarez, Mónica Fernández-Pérez, María Belén Galindo-Martínez, **Miguel Núñez-Moral**

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Introducción

Una de las principales motivaciones de los pacientes para elegir diálisis peritoneal (DP) es evitar los desplazamientos al hospital; sin embargo, no hemos encontrado bibliografía que documente las visitas programadas que los pacientes realizan al hospital. A pesar de la atención primaria, las video consultas y el uso de nuevas tecnologías tenemos la impresión de que los pacientes acuden con demasiada frecuencia al hospital, lo que consideramos relevante para la realización de este estudio.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar el número de consultas hospitalarias presenciales a las que acuden los pacientes en diálisis peritoneal.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo en única unidad provincial entre el 1 enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024. Muestreo por conveniencia. Incluimos a todos los pacientes mayores de 18 años y que permanecieron en DP todo el tiempo de estudio. Las variables analizadas fueron edad en años, sexo (hombre, mujer), número de consultas programadas a las que asistieron, número de kilómetros ida y vuelta del domicilio al hospital, modalidad de DP, y huella de carbono vehicular según la fórmula: $\text{Huella de carbono (kg CO}_2\text{)} = \text{Distancia (km)} \times \text{Factor de emisión (kgCO}_2\text{/km)}$. Para el análisis estadístico se empleó software R versión 4.4.2.

Resultados

Estudiamos a 51 pacientes con una media de edad de 70 años $\pm$ desviación estándar 9,7 años, siendo hombres 66,7%. El 72,5% hacían diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD). La mediana de consultas fue 35 (rango intercuartílico 25-51). Las mujeres obtuvieron una mediana de 29 (25-54) consultas y los hombres una mediana de 35 (26-48) visitas. Los pacientes en diálisis peritoneal automatizada (APD) acuden una mediana de 49 (30-57) veces y en CAPD 34 (22-44) veces al año. La mediana de kilómetros realizados por paciente fue de 868 (302-1.474) km. Entre todos los pacientes suman 67.918 km, lo que equivale a una huella de carbono de 13 toneladas de CO₂.

Conclusiones

Los pacientes suelen escoger una técnica domiciliaria con el fin de reducir las visitas al hospital, pero hemos observado que acuden una mediana de 35 (25-51) veces al año, sin incluir visitas urgentes, ni programadas a atención primaria u otros hospitales. Nos sorprende que los pacientes en APD de media, acudan más que los pacientes en CAPD (49 visitas frente 34). No saber cuántos de ellos tienen cuidador, ni haber analizado la comorbilidad, puede ser una limitación. Que pacientes con una media de edad de 70 años que escogen una técnica domiciliaria, realicen una media de 1350 km al año, nos parece incongruente y pone de manifiesto la necesidad de investigaciones que evalúen la utilización de nuevas tecnologías, video consultas y gestoras de casos que puedan reducir estos números. Pensamos que debe impactar negativamente en la calidad de vida del paciente y también en el medio ambiente, como demuestra la huella de carbono calculada.

Con la colaboración del Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias

Experiencia e impacto del proceso de donación en el donante vivo de riñón

Reyes Fernández-Díaz, Lorena Castro-Trabanco, Gloria Ballesteros-Terol, Noelia García-Antolín, Esther López-Heres, Patricia Esteban-Hernández

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. Asturias. España

Introducción

El trasplante renal de donante vivo se ha consolidado como una alternativa relevante ante la escasez de órganos provenientes de donantes fallecidos, ofreciendo además mejores resultados clínicos para los receptores. Este proceso implica decisiones complejas que abarcan dimensiones físicas, emocionales y éticas para los donantes. Aunque su motivación suele estar impulsada por sentimientos de altruismo y preocupación hacia el receptor también enfrentan desafíos significativos durante la cirugía y el periodo de recuperación.

Objetivos

Comprender la experiencia de los donantes vivos de riñón en el proceso de donación, así como el impacto de esta vivencia en su esfera física, emocional y social tras el trasplante renal de vivo.

Material y Método

Estudio cualitativo fenomenológico. Participaron 15 donantes vivos de riñón seleccionados por conveniencia, bajo los siguientes criterios de inclusión: tener más de 18 años y haber realizado una donación renal en los últimos diez años. Se excluyeron aquellos con enfermedades físicas y/o psíquicas limitantes. La obtención de datos se realizó mediante entrevistas y grupos focales. El análisis se fundamentó en un marco conceptual derivado de la revisión bibliográfica e incluyó la transcripción de las grabaciones, la codificación y la agrupación en categorías y temas emergentes, con el apoyo del software MAXQDA (versión 22.8.0). Se aplicaron los criterios de reflexividad, triangulación (métodos e investigadores) y saturación teórica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Resultados

Del análisis de contenido de los datos emergieron 4 temas: La determinación y construcción de la toma de decisión (características de la decisión, motivaciones, barreras e influencia del entorno en el proceso); el proceso de información y evaluación previo a la donación (acceso a la información, comunicación profesional y particularidades de las diferentes fases de evaluación); la experiencia quirúrgica, recuperación y seguimiento clínico del donante (descripción del momento quirúrgico, postoperatorio domiciliario y seguimiento a largo plazo); el impacto de la donación en la vida del donante (aparición de nuevos vínculos, cambios biopsicosociales y significado de la donación).

Conclusiones

La experiencia de los donantes vivos de riñón es un proceso complejo que impacta en la vida de éstos. Por lo general tienen la decisión clara para donar y se sienten motivados a causa de los vínculos afectivos que tienen con los receptores, en busca de liberarlos del sufrimiento de la diálisis. Sin embargo, se enfrentan a un proceso largo previo de evaluación y a una intervención quirúrgica en la que destaca la preocupación por el receptor, por encima de su bienestar. Aún así, los donantes manifiestan una experiencia positiva, con satisfacción y crecimiento emocional por mejorar la calidad de vida del receptor.

Elección de técnica de sustitución renal en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada: edad y toma de decisión

Marta Manzano-Figal, Juan Ramón Guerra-Ordóñez, Lydia Rodríguez-Pérez, María Santamarta-Álvarez, Ana Isabel Aguilera-Flórez, David Capa-Rico

Complejo Asistencial de León. León. España

Introducción

La toma de decisiones compartida es un proceso por medio del cual el profesional sanitario acompaña al paciente a lo largo de un proceso deliberativo para decidir entre las alternativas terapéuticas y diagnósticas que se plantean. Este acompañamiento tiene gran relevancia en la enfermedad renal crónica significando el tránsito hacia el tratamiento renal sustitutivo. El paciente se enfrentará a elegir entre diferentes opciones terapéuticas, con sus riesgos y beneficios. La presentación de las opciones se realiza empleando herramientas de ayuda a la toma de decisión, con la recomendación de que esta sea coherente con sus valores, preferencias y estilo de vida.

Objetivos

Analizar la elección de tratamiento sustitutivo renal, así como la correlación con la edad.

Material y Método

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes que pasaron por el proceso de toma de decisión entre enero 2020 y mayo 2024. Se recogieron como variables los datos demográficos, filtrado glomerular y tratamiento elegido. La recogida de datos se realizó de la base de datos de la Unidad ERCA y su análisis con el programa JASP. Los datos cuantitativos se expresaron como media y desviación estándar, los cualitativos como frecuencias. Se empleo la t student para el contraste de dos grupos independientes, estableciendo un valor estadísticamente significativo de $P < .05$, con intervalo de confianza del 95%.

Resultados

La muestra resultó de 366 pacientes, con una edad media $72,94 \pm 15,57$ años y filtrado glomerular de $8,76 \pm 4,86$ ml/min/ $1,73m^2$. De entre todos ellos, el 15,57% (n=57) eligieron diálisis peritoneal, el 51,1% (n=187) hemodiálisis, el 30,9% (n=113) tratamiento conservador, el 1,9% (n=7) trasplante donante vivo y el 0,54% (n=2) hemodiálisis domiciliaria. La elección de tratamiento conservador y hemodiálisis se relacionaron de forma positiva con la edad $p < 0,001$ y $p = 0,041$, siendo estadísticamente significativos.

Discusión y Conclusiones

Según estos resultados, la mayor parte de los pacientes eligieron hemodiálisis hospitalaria, especialmente los de mayor edad. Estos resultados son similares a los de otros estudios publicados los cuales coinciden en la existencia de una relación positiva entre la edad y la elección de hemodiálisis hospitalaria. Es el dato que cabía esperar, dada la etiología de la enfermedad y la edad avanzada de los pacientes tratados en nuestra Unidad ERCA. La enfermería, es una pieza clave en la ayuda en la toma de decisión y dado el aumento de la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica, así como el envejecimiento poblacional en España. Por todo ello, debemos fomentar la elección de terapias domiciliarias entre las personas de más edad ya que hay evidencia de que mejora la calidad de vida, la autonomía y la independencia en los cuidados, además de ser técnicas más sostenibles.

¿Existe relación entre las tarjetas de valores y la terapia renal sustitutiva elegida?

Beatriz Pelaez-Requejo, Alba Sarabia-Delgado, Miguel Núñez-Moral

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Introducción

En un modelo asistencial que coloca al paciente en el centro y lo hace corresponsable de las decisiones acerca de su salud y de su tratamiento, las herramientas de ayuda para la toma de decisiones (HATD) son instrumentos imprescindibles que deben de ser capaces de sacar a la luz los valores individuales que fundamenten una decisión coherente.

Objetivos

Nuestro objetivo es estudiar si existe relación entre las tarjetas de valores y la terapia renal sustitutiva (TRS) elegida.

Material y Método

Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado con un muestreo por conveniencia que incluye a todos los pacientes seguidos en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) que pasaron por el proceso de toma de decisiones compartidas (TDC) durante los años 2023 y 2024. El proceso de TDC se realiza con el soporte de las HATD validadas para la consulta ERCA donde destacan las tarjetas de valores como herramientas deliberativas. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, número de visitas para la TDC, filtrado glomerular (FG) al inicio de la TDC, contraindicación absoluta, tipo de contraindicación, situación laboral, entorno, unidad de convivencia, tarjetas de valores, TRS elegida y la TRS iniciada. El análisis bioestadístico se realizó con el software R en su versión 4.4.2.

Resultados

Evaluamos un total de 143 pacientes, 104 hombres (72,7%), con una edad de 75 ± 9 años que participaron en la TDC y que eligieron un total de 274 tarjetas de valores. La TDC se realizó mayoritariamente en 2 sesiones, con un FG $15,1 \pm 2,49$ ml/min/1,73m² y sin contraindicación absoluta para ninguna técnica en el 91,6% de los casos. La distribución de la elección de la técnicas fue: 49% Diálisis Peritoneal (DP), 31,5% Hemodiálisis hospitalaria (HD), 9,1% Tratamiento Conservador (TC), 1,3% Trasplante Renal (TR) de vivo anticipado y un 9,1% aún no había elegido. Entre los pacientes que eligieron DP las tarjetas seleccionadas fueron "ser independiente" 30 (42,9%), "autonomía" 21 (30%), "tratamiento en casa" 14 (27,1%), mientras que los pacientes que se decantaron por la HD eligieron "personal sanitario responsable del tratamiento" 18 (40%), "tratamiento en el hospital" 16 (35,6%), "impacto para la familia" 14 (31,1%) y para el TC "ser independiente" 4 (30,8%), "impacto para la familia" 4 (30,8%), "tratamiento en casa" y "libertad de horarios" 3 cada una (23,1%). En cada modalidad el resto de los porcentajes se repartió entre las tarjetas restantes. De los que eligieron DP, el 76,5% iniciaron DP, el 11,8% HD y 11,8% otros. De los que eligieron HD, el 75% inició HD, el 18,8% otros y el 6,3% TC. De los que eligieron TC, el 90,9% está haciendo eso mismo.

Conclusiones

Nuestros datos demuestran que los pacientes que optan por DP eligen tarjetas de "autonomía" e "independencia" mientras que los pacientes que optan por HD eligen tarjetas como "personal sanitario responsable del tratamiento" y "tratamiento en el hospital", de manera que podemos interpretar que los valores están en consonancia con la TRS por la que se decantan, dando validez al uso de estos recursos.

Evaluación de la calidad de vida en pacientes en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis: un estudio unicéntrico

Elena Gómez-Baños¹, Alberto Villaverde-Núñez¹, María José Webster-Heras¹, Bárbara Díaz-Cerdán¹, Rosalía Gea-Arrojo¹, Daniel Muñoz-Jiménez^{2,3}

¹Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

²Universidad Salus Infirmorum. Madrid. España

³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio terminal en tratamiento con hemodiálisis, a menudo ven alterada su calidad de vida. Bien, sea por los efectos patológicos inherentes a la propia enfermedad, o por los derivados del tratamiento, estos enfermos habitualmente sufren alteraciones en alguna o varias de las áreas que conforman su salud biopsicosocial, las cuales son determinantes para una buena calidad de vida.

Objetivos

Evaluar la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis en un hospital de segundo nivel mediante el cuestionario KDQOL-SF.

Objetivos secundarios: evaluar la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida, exponer la importancia de un apoyo psicosocial y, comparar las diferentes áreas de la calidad de vida con las variables sociodemográficas.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo, de encuesta transversal. La muestra fue de 53 pacientes. Se utilizó un cuestionario validado para evaluar la calidad de vida del paciente renal: KDQOL-SF. Las variables se recodificaron para obtener una puntuación de 0 a 100, donde 100 correspondería a la mejor calidad de vida percibida. La realización del cuestionario fue de forma autoadministrada y anónima. Los criterios de exclusión fueron: hemodiálisis domiciliaria, menores de edad, patología cognitiva, barrera idiomática o <3 meses en hemodiálisis. El proyecto fue aprobado por un CEIM. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Resultados

La muestra estaba formada mayoritariamente por hombres, 70% (n=37), con una mediana de edad de 69 años (RIC 52-78). La mediana de antigüedad en hemodiálisis fue de 30 meses (RIC 15,5-62,5). El 49% (n=26) era portador de FAV, el 45% (n=24) de CVC y el 6% (n=3) de ambos. El 98% (n=52) contaba con apoyo familiar. En cuanto al estado civil, el 62,3% (n=33) estaba casado, el 18,9% (n=10) soltero, el 13,2% (n=7) divorciado, el 3,8% (n=2) viudo y el 1,9% (n=1) tenía pareja. En cuanto a la evaluación de la calidad de vida se encontró que los pacientes tienen una calidad de vida del 51,16% sobre 100%. Los pacientes independientes en las actividades de la vida diaria mostraron menos sintomatología/problemas ($72,7 \pm 15,1$) frente a los dependientes ($60,4 \pm 18,2$); T de Student, $p=0,028$. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la función sexual y el sexo, obteniendo las mujeres puntuaciones que indican menor alteración de la percepción de la función sexual (30,42 mujeres vs 18,74 hombres), U de Mann-Whitney, $p=0,005$. En cambio, los hombres obtuvieron un puntaje significativamente superior al de las mujeres en relación al estado laboral, siendo el de las mujeres 18,6 vs 28,4 en hombres; U de Mann-Whitney, $p=0,008$. La calidad de vida relacionada con el rol emocional se mostró inferior en los <65 años (22,5) vs >65 años (29,3), U de Mann-Whitney, $p=0,037$. Respecto a la carga de la enfermedad renal, los pacientes portadores de FAV refirieron una menor carga, Kruskal-Wallis, $p=0,008$.

Conclusiones

Este estudio muestra la deficiente calidad de vida que tienen estos enfermos, mostrando las áreas biopsicosociales más afectadas, donde se podrían implementar actuaciones de mejora.

Adherencia de las enfermeras españolas a las recomendaciones internacionales para evitar la salida accidental de agujas en hemodiálisis

Beatriz Liébana-Pamos¹, M^a Trinidad Quesada- Armenteros², Carolina Sesmero-Ramos³, Antonio Ochando-García^{2,4}

¹ Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España

² Hospital Universitario de Jaén. España

³ Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

⁴ Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. España

Introducción

La salida accidental de agujas durante la hemodiálisis representa un riesgo para la seguridad del paciente, siendo las prácticas de enfermería fundamentales para su prevención. Organizaciones internacionales han emitido recomendaciones para minimizar este riesgo.

Objetivos

Evaluar la adherencia de las enfermeras españolas de hemodiálisis a las recomendaciones internacionales para evitar la salida accidental de agujas y su relación con características socio-laborales.

Material y Método

Estudio descriptivo-transversal entre abril-mayo de 2024, mediante cuestionario en línea dirigido a enfermeras españolas de hemodiálisis. Este estudio fue aprobado por un Comité de Ética de la Investigación. Variables recogidas: sociodemográficas, tipo de centro, adherencia a las recomendaciones publicadas por la Asociación Americana de Enfermería Nefrológica, en el documento Venous Needle Dislodgement. How To Minimize Risks. Recommendations for Nephrology Nurses. Se evaluaron un total de 12 recomendaciones que se categorizaron como: relacionadas con el profesional (7) y relacionadas con la unidad/institución (5).

Resultados

Se obtuvieron 363 respuestas de 17 comunidades y una ciudad autónoma. La edad media fue $44,09 \pm 10,7$ años, con un tiempo medio de experiencia en hemodiálisis de $15,2 \pm 10,94$ años. El 83,5% (n=303) eran mujeres y el 72,7% (n=264) trabajaban en centros públicos. Del total de recomendaciones, las enfermeras indicaron que realizaban "Siempre" una mediana de 7 (P25:6-P75:8); respecto a las relacionadas con el profesional, una mediana de 6 (P25:5-P75:7), y de las relacionadas con la unidad/institución, una mediana de 1

(P25:0-P75:1). Las recomendaciones más frecuentes (adherencia >90%) fueron: "Secar piel antes de fijar aguja", "Fijar aguja haciendo bucle con la línea" y "Revisar siempre las punciones y conexiones ante una alarma". Las menos seguidas (<15%) fueron: "Utilizar dispositivos de detección humedad", "Disponer y realizar un test de evaluación de riesgo de salida de agujas en cada paciente" y "Disponer de material educativo para pacientes y profesionales". El número total de recomendaciones realizadas mostró una correlación positiva con la edad de las enfermeras (Rho-Spearman=0,267; p=0,08) y su tiempo de experiencia (Rho-Spearman=0,310; p=0,02). De manera similar, las recomendaciones relacionadas con el profesional se correlacionaron con la edad (Rho-Spearman=0,235; p=0,91) y el tiempo de experiencia (Rho-Spearman=0,019; p=0,049). No se encontró correlación entre las recomendaciones relacionadas con la unidad/institución y la edad (p=0,22) o el tiempo de experiencia (p=0,90) del profesional. Al comparar con los centros públicos, las enfermeras de los centros privados presentaron una mayor adherencia al total de las recomendaciones (p=0,04), así como a aquellas que están relacionadas con la unidad/institución (p<0,01), no encontrándose diferencias en la adherencia a las recomendaciones relacionadas con el profesional (p=0,87).

Conclusiones

Las enfermeras españolas de hemodiálisis presentan una adherencia desigual a las recomendaciones internacionales para minimizar la salida accidental de agujas; siendo mayor la adherencia a aquellas recomendaciones que dependen de la unidad/institución. Esta adherencia se asocia positivamente con la edad y el tiempo de experiencia, y en el caso de las recomendaciones que dependen de la unidad/institución es mayor en los centros privados. Estos resultados señalan la necesidad de mejorar las políticas institucionales y los recursos/estrategias destinados a optimizar la seguridad del paciente.

Análisis comparativo entre técnicas de primera y segunda generación para la reducción de trombosis en fístulas arteriovenosas nativas

Marta Moreda-Díaz-Pavón, **Adriana Iglesias-González**

Unidad Fundación Renal Española del Hospital Infanta Elena de Valdemoro. Madrid. España

Introducción

La monitorización del flujo intraacceso (Qa) de la fístula arteriovenosa nativa (FAVn) mediante métodos dilucionales o ecografía doppler está cada vez más extendida, pero esto no debe ser justificación para sustituir a los métodos de primera generación como herramientas de detección precoz de complicaciones, especialmente de la estenosis significativa, por la gran información que aportan.

Objetivos

Analizar la incidencia de trombosis de la FAV con la implantación de herramientas basadas en técnicas de primera y segunda generación como valor predictivo.

Material y Método

Estudio cuantitativo, observacional, longitudinal y retrospectivo, en pacientes en tratamiento de hemodiálisis de una unidad hospitalaria, portadores de FAVn, con más de tres meses desde la primera punción. Para el análisis, se comparó el número de trombosis durante el año 2024, periodo en el que se implementó un protocolo de seguimiento incorporando técnicas de primera generación (monitorización clínica, test de sobrecarga de FAV por flujo de bomba, seguimiento de parámetros de adecuación y presiones dinámicas) cuando se detectaba, mediante métodos dilucionales, una disminución del Qa superior al 25% respecto a la medición previa y posterior realización de ecografía en la unidad. Estos resultados se compararon mediante prueba exacta de Fisher con los datos de trombosis registrados entre 2020 y 2023, periodo en el que la determinación del Qa con métodos dilucionales y ecografía en la unidad se realizó sin la aplicación de dicho protocolo (sin métodos de 1ª generación).

Resultados

En el periodo comprendido entre enero de 2020 a diciembre de 2023 se presentaron 9 trombosis de FAVn frente a 0 trombosis en 2024 con seguimiento protocolizado mediante técnicas de primera generación, métodos dilucionales y ecografía doppler, con una $p=0,00145$. Los resultados confirman que existe una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de trombosis entre los periodos con y sin seguimiento protocolizado, con una reducción significativa de eventos de trombosis durante el año 2024.

Conclusiones

El uso de técnicas de segunda generación como método único de prevención de trombosis de las FAVn no es suficiente si no se utilizan las de primera generación de forma complementaria; por ello se hace indispensable la integración de registros que incluyan la monitorización clínica (con una exploración física sistematizada) y el seguimiento de los parámetros de adecuación, flujo de bomba y presiones dinámicas para el correcto manejo de las complicaciones y prevención de la trombosis.

Diez años de hemodiálisis: un análisis de las causas del mantenimiento de catéteres permanentes

Lucía Cánovas-Riquelme, Miriam Esquinas-Marta, **Noelia Calle-Iraola**, Gema Palacios-García, Sandra Crespo-Caballero, Rocío Díez-García

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción

El acceso vascular es esencial en el tratamiento de hemodiálisis (HD) en pacientes con insuficiencia renal, ya que su elección adecuada impacta directamente en la morbilidad, calidad de vida y los costos sanitarios. El Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular establece como estándar de calidad que menos del 20% de los pacientes a los tres meses de tratamiento utilicen catéteres venosos centrales (CVC). Sin embargo, en los últimos años se ha registrado un aumento de su colocación lo que plantea la necesidad de investigar a qué se debe su uso continuado.

Objetivos

Analizar las causas que condicionan el mantenimiento de CVC en pacientes en hemodiálisis a los tres meses de haber iniciado el tratamiento y evaluar cuáles de estas causas son modificables.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de las causas de mantenimiento de CVC en una unidad hospitalaria de HD de 2014 a 2023, en un hospital de alta complejidad. Se incluyeron pacientes con CVC que llevaban, al menos, tres meses en hemodiálisis y que eran atendidos en nuestra unidad. Se analizaron comorbilidad, capital vascular, situaciones de FAV, decisiones del paciente registradas en la historia clínica, espera de trasplante o supervivencia. Las variables se presentan mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados

De los 680 pacientes, 186 portaron CVC (27%). Para el 18% fue la opción definitiva, mientras que el resto se debió principalmente a problemas derivados del aumento en el tiempo de espera para cirugía. El impacto de la pandemia en la actividad quirúrgica provocó un aumento significativo en el número de pacientes con CVC por aumentar la lista de espera para una FAV (19% vs 39% postpandemia). Al mismo tiempo, disminuyó el porcentaje de pacientes con FAV en proceso de maduración (38% frente a 17% post). Además, se observó un aumento progresivo de pacientes con CVC como opción definitiva debido a: rechazo por parte del propio paciente a una FAV (8%) debido a factores como dudas y el miedo al dolor, edad o comorbilidades (6%) por pacientes cada vez más mayores y aumento de la pluripatología, y agotamiento del capital vascular (4%). Solo el 1,5% se vinculó a la escasa supervivencia.

Conclusiones

Mejorar la organización de las listas de espera quirúrgicas para realizar FAV sería clave para reducir los tiempos y favorecer la retirada temprana de los CVC, pero se precisa analizar si esta tendencia ha revertido con el paso del tiempo. Es esencial fortalecer la educación del paciente sobre los beneficios de la FAV y abordar sus preocupaciones emocionales y psicológicas para reducir el uso permanente de CVC y potenciar el uso de las FAV. El envejecimiento de la población y su complejidad es un reto que debe ser abordado y analizado cuidadosamente para la mejor toma de decisiones.

Ensayo clínico para el tratamiento del dolor en la punción en hemodiálisis con lidocaina/prilocaina versus cloretilo

María José Robles-Gea, Núria Loaisa-Dalmau, Silvana Cerrato-Caballero

Hospital de Palamós. Gerona. España

Objetivos

El objetivo principal de este estudio consiste en valorar la capacidad de disminuir el dolor durante la punción de la Fístula Arteriovenosa (FAV) con dos métodos diferentes: Usando una mezcla de anestésicos locales (EMLA) y un aerosol volátil (Cloruro de etilo) para el control del dolor en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Material y Método

Tipo de estudio: Ensayo clínico de secuencia cruzada (crossover design) AB-BA. Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años en programa de hemodiálisis crónica desde como mínimo 3 meses, portadores de FAV a los que se les realiza punción de forma rutinaria del acceso vascular. Método de muestreo: los grupos de investigación se conformaron en Grupo A (EMLA) y Grupo B (Cloretilo) posteriormente, después de la primera etapa pasarán a recibir el otro fármaco durante los periodos previstos. El grado de dolor se expresó con una puntuación de dolor. La percepción del dolor se valoró después de cada canulación mediante una escala de dolor (Métrica y Visual).

Material: Cloretilo: el spray de cloruro de etilo se pulverizó a presión, a una distancia aproximada de 10 cm durante 2 segundos, el líquido restante en la piel se dejó evaporar durante 10 segundos y la punción venosa se realizó después de la desinfección de la piel. EMLA: la pomada EMLA se aplicó unos 20 cc en los dos sitios de punción bajo un vendaje oclusivo, 45-60 minutos antes de la inserción de la aguja en la fístula. La crema se retira de la piel y se desinfecta la zona. Las punciones se realizaron con dos cánulas 15 G. Las punciones se han llevado a cabo por el personal de enfermería de nuestra unidad, con una amplia experiencia en la técnica.

Resultados

Se abordó a todos los pacientes que tenían una FAV en nuestra unidad y que cumplían con los criterios de inclusión. Los 43 pacientes fueron examinados para determinar su elegibilidad, 6 de los cuales rechazaron su consentimiento, 3 fueron excluidos debido a la barrera idiomática, 2 fueron conocidos como punción difícil y 2 tienen un acceso vascular nuevo. Por lo tanto, 30 pacientes fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimentales y de control utilizando una tabla de aleatorización, 16 a Cloretilo y 14 a EMLA inicialmente, 2 pacientes rechazaron el consentimiento antes de comenzar el ensayo y 1 durante el ensayo. Finalmente, 27 pacientes aleatorios completaron el ensayo. La edad media era de 67,4 años, 51,9 hombres, 48,1 mujeres, 77,8 caucásicos, 22,2 de otras razas, un IMC de 28, el 25,9% tenía un tratamiento para el dolor y el 14,8% tenía diabetes. En la evaluación métrica del dolor, de un total de 540 punciones de FAV, el 89,6% reportó dolor leve, el 9,8% moderado y el 0,6 severo. En la evaluación visual del dolor un total del 53,3% de los pacientes no tuvieron dolor, un 33,5% dolor leve y un 12,4% moderado, un 0,4% dolor severo y un 0,4% dolor máximo.

Conclusiones

El análisis final del estudio es que nuestros participantes expresaron su preferencia. Un 40,7% de los pacientes prefirieron el uso del Cloretilo, un 55,6% EMLA y un 3,7% manifestaron no tener preferencia por un o otro tratamiento. Concluimos que significativamente no hay un método más eficaz que otro, habría que valorar coste y otras variables.

Estado de maduración de las fístulas arteriovenosas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada: un enfoque transversal

Sergio Granados-Camacho, Estefanía Francisca Granados-Camacho, Isidoro Ramírez-Cabello, Pedro Ruiz-Esteban

Hospital Regional Universitario de Málaga. España

Introducción

Cuando los pacientes de la consulta ERCA alcanzan un filtrado glomerular (FG) de 15-20 ml/min y han elegido la hemodiálisis (HD) como terapia renal sustitutiva (TRS), se les deriva, salvo contraindicación, para la creación de una fístula arteriovenosa (FAV), considerada la mejor opción de acceso vascular (AV) para HD. Para que la FAV pueda utilizarse con garantías de éxito en el inicio de la HD, debe alcanzar la denominada "madurez". Esta madurez se evalúa, en parte, mediante la regla de los 6, que establece como criterios un diámetro venoso superior a 6 mm, una profundidad menor de 6 mm y un flujo arterial mayor de 600 ml/min en ausencia de complicaciones morfológicas.

Objetivos

Valorar mediante ecografía las características morfológicas y funcionales de la FAV funcionante de los pacientes seguidos en consulta ERCA.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo donde se incluyeron 44 pacientes seguidos en la consulta ERCA de nuestro hospital entre octubre 2024 y marzo 2025. Se realizó un análisis descriptivo donde se valoró las variables sociodemográficas, antropométricas, comorbilidad, antecedentes de FAV y valores ecográficos.

Resultados

La muestra analizada consta de 44 FAV, con un 55,8% de pacientes hombres y una edad promedio de $68,7 \pm 12,4$ años. El peso medio es de $75,3 \pm 14,5$ kg, con un IMC de $27,42 \pm 5,4$ Kg/m². La comorbilidad medida a través del índice de Charlson es de 5,1 puntos, y la supervivencia estimada a 10 años es del 2,25% [RIQ: 0,01-77]. El 37,2% de los pacientes tenía antecedentes de una FAV previa. La FAV actualmente funcionante tenía una mediana de 14 meses [RIQ: 5-27] desde su creación quirúrgica. En cuanto a las características de estas FAV, el 44,2% correspondía a fístulas radio-cefálicas distales (Cimino). La anastomosis tenía un tamaño medio de $0,39 \pm 0,12$ cm. Las medidas de los puntos susceptibles de punción fueron: diámetro punción arterial de $0,60 \pm 0,17$ cm y profundidad de $0,26 \pm 0,16$ cm; diámetro punción venosa de $0,58 \pm 0,14$ cm y profundidad de $0,31 \pm 0,17$ cm. El flujo sanguíneo (Qa) presentaba una mediana de 849 ml/min [RIQ: 636,12-1435,42]. El 75% de las FAV se consideraron como "maduras", el 11,4% se les reforzó la necesidad de ejercicios para su maduración y el 6,8% se derivaron por presentar alteraciones morfológicas.

Conclusiones

La ecografía es una herramienta clave, necesaria y accesible para valorar las características tanto morfológicas como funcionales de la FAV, permitiendo identificar condiciones que influyan en su éxito incluso en fase previa a HD. Las FAV evaluadas con el ecógrafo presentan parámetros de "FAV madura" en su diámetro y profundidad de la vena arteriolizada y del flujo sanguíneo. El uso y manejo de la ecografía por parte del personal de enfermería permite evaluar las FAV desde las fases iniciales de su creación como el seguimiento de su desarrollo en la fase previa al inicio de HD, permitiendo definir posibles complicaciones.

Experiencia enfermera sobre la utilidad del dispositivo VasQ® en la maduración de fístulas radio-cefálicas. Datos pre-eliminarios al mes de seguimiento

Valentin Lozano Moledo, Gloria Manzano Romero, María Julia Toro Melon, Yolanda Amarilla Tostado, Néstor Fontserè Baldellou, Núria Clemente Juan

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

Las fístulas arteriovenosas nativas (FAVn) representan el acceso vascular (AV) de elección en los pacientes con Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Sin embargo, algunos estudios reportan fallos de maduración que oscilan entre un 20 y un 50%, especialmente en localizaciones distales (radio-cefálicas). En este sentido, se ha desarrollado el nuevo dispositivo VasQ® que se implanta quirúrgicamente en la anastomosis del AV. En nuestro centro el primer control de maduración de las FAVn de nueva implantación se realiza al mes del acto quirúrgico y recae en la enfermera de práctica avanzada experta en acceso vascular que realiza tanto una exploración física como ecográfica del AV y determina la adecuada maduración de la FAVn o en su defecto la necesidad de realizar una valoración por parte de cirugía vascular para determinar la etiología del déficit de maduración.

Objetivos

Analizar los resultados de maduración después del primer mes de la implantación del dispositivo VasQ® en pacientes portadores de FAVn radio-cefálicas (RC).

Material y Método

Estudio prospectivo y randomizado realizado entre los años 2023-2024. Se analizaron datos sociodemográficos, ecográficos y procedimientos de revascularización. Para el análisis estadístico se han utilizado técnicas descriptivas, test de Chi² para las proporciones y Test-t para las variables continuas.

Resultados

Se incluyeron 66 pacientes (38 Control vs 28 VasQ®) portadores de FAVn RC, 56 hombres, edad media 69,5±12,8 años. FRCV: 93,9% HTA, 43,9% DM, 53% dislipemia, 15,2% cardiopatía, 7,6% ACxFA, 3% vasculopatía y 1,5% AVC. Diámetros de mapeo previos: arteria radial 2,5±0,39 cm (1,8-3,6) y vena cefálica (VC) 2,9±0,4 cm (1,9-3,5). El diámetro de la VC post-quirúrgico inmediato y al mes fue 3,3 ± 2,9 *versus* 4,9±0,9 cm ($p<0,001$) y Qa (flujo del AV) en arteria humeral 327,1,±211.5 vs 853,5±305,9 ml/min. En el subgrupo VasQ® se observó al mes un mayor % de maduración (67,8% *versus* 60,5%), menos disfunciones (3 *versus* 7), más diámetro de VC (5±0,7 *versus* 4,9±1 cm.) y Qa arteria humeral (880,1±383,6 *versus* ml/min.), pero sin obtener significación estadística ($p>0,05$).

Conclusiones

El nuevo dispositivo VasQ® fue seguro y no presentó complicaciones quirúrgicas relacionadas. En aquellos pacientes portadores del dispositivo se objetivó un mayor porcentaje de maduración clínica y ecográfica, menos disfunciones y más flujo vascular (Qa) dentro del primer mes, sin embargo todavía no se pueden extraer conclusiones significativas al tratarse de datos preliminares. El conocimiento tanto de la morfología (visualización y localización ecográfica) como del mecanismo de acción de los nuevos dispositivos utilizados en la implantación de AV resulta imprescindible para que la enfermera de hemodiálisis sea capaz de llevar a cabo manejo integral del acceso vascular (valoración, cuidados, prevención de complicaciones...), aumentando de esta manera la supervivencia y en consecuencia la calidad de vida del paciente en hemodiálisis.

Incidencia de lesiones cutáneas relacionadas con apósitos de poliuretano y apósitos de clorhexidina en pacientes con catéteres para hemodiálisis: ensayo clínico controlado aleatorizado

Raquel Pelayo-Alonso^{1,2}, José Luis Cobo-Sánchez^{1,2,3}, M^a Inmaculada Collantes-Hernández^{1,2}, Selma Herrero-López^{1,2}, Faustino González-Menéndez^{1,2}

¹ Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España

² Grupo de Investigación en Inmunopatología. Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla – IDIVAL. Cantabria. España

³ Escuela Universitaria de Enfermería Hospital Mompía. Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila. Ávila. España

Introducción

La incidencia de lesiones cutáneas por adhesivos médicos (MARSI) en catéteres de hemodiálisis es relevante por su impacto en la seguridad del paciente. Aunque hay estudios sobre MARSI en catéteres venosos centrales de corta duración, falta evidencia específica en catéteres para hemodiálisis.

Objetivos

Comparar la tasa de lesiones cutáneas entre la cura del orificio de salida del CVC para hemodiálisis con apósitos con gluconato de clorhexidina 2% autoadhesivos (grupo intervención-GI-) y la cura con clorhexidina en solución al 2% y cubierta con apósito de poliuretano semipermeable autoadhesivo (grupo control-GC).

Material y Método

Ensayo clínico aleatorizado y controlado realizado en una unidad de hemodiálisis hospitalaria entre noviembre 2020 y julio 2022. Participaron pacientes mayores de 18 años en tratamiento de hemodiálisis crónica mediante un CVC tunelizado, colocado al menos 30 días antes del inicio del estudio. Se calculó un tamaño muestral de 40 pacientes (20 por grupo) considerando una tasa esperada de MARSI del 24,1% en el grupo intervención (GI) y del 0,029% en el grupo control (GC). La valoración de MARSI se realizó utilizando el indicador NOC 1101 (Integridad tisular: piel y membranas mucosas), evaluando lesiones cutáneas y eritema mediante una escala Likert de 5 puntos. Se consideraron MARSI las puntuaciones de 1 y 2 (grave o sustancial), y la evaluación fue llevada a cabo por la enfermera responsable de cada sesión de hemodiálisis. Se calcularon las tasas de incidencia acumulada (TIA) por cada 1000 días de catéter, así como el riesgo relativo (RR) y la razón de tasas de incidencia (IRR) para comparar ambos

grupos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos de la Comunidad y registrado en ClinicalTrials.gov.

Resultados

El estudio incluyó 50 pacientes (25 por rama): 46% mujeres, edad media 69±14 años; 98% Palindrome®. No se observaron diferencias socio-clínicas estadísticamente significativas entre grupos. El GC presentó eritema en un 48% vs GI 56% (RR 1,17, IC95% 0,54-2,52; p=0,695). El GC presentó TIA eritema de 0,64 casos/1000 días-catéter vs GI 0,84 casos/1000 días-catéter (IRR 1,32, p=0,482). El GC presentó lesión en un 48% vs GI 60% (RR 1,25, IC95% 0,59-2,67; p=0,565). El GC presentó TIA lesión de 0,64 casos/1000 días-catéter vs GI 0,90 casos/1000 días-catéter (IRR 1,41, p=0,373). Las lesiones cutáneas leves fueron más frecuentes en el GI (9,6%) que en el GC (6,7%), mientras que las moderadas presentaron una incidencia similar (0,9% en el GI y 0,7% en el GC), con diferencias estadísticamente significativas (p=0,035). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y la aparición de MARSI.

Conclusiones

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de MARSI entre ambos grupos, si bien las lesiones cutáneas leves fueron más frecuentes en el grupo de apósitos con gluconato de clorhexidina al 2%. Estos hallazgos sugieren que ambos métodos de cura del orificio del CVC presentan un perfil de seguridad similar en términos de integridad cutánea, con una alta tasa de MARSI (superior al descrito en la bibliografía), siendo necesario continuar investigando para optimizar la prevención de MARSI en esta población.

Introducción del apósito de plata en protocolo de cura de orificio de catéter venoso central para hemodiálisis

Cristina Callizo-Pequerul

Hospital San Juan de Dios. Zaragoza. España

Introducción

Las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales (CVC) son complicaciones comunes en unidades de hemodiálisis, lo que demanda estrategias efectivas para su prevención y tratamiento.

Objetivos

Este estudio tiene como objetivo evaluar la introducción de apósitos de plata específicos para hemodiálisis, considerando su prescripción, técnica de uso y aplicaciones según las circunstancias del acceso vascular y del paciente, con el fin de establecer un protocolo adecuado que optimice el manejo de catéteres con riesgo de infección local.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo observacional en una unidad de hemodiálisis durante 2024, donde se atendieron 161 pacientes, de los cuales 85 eran portadores de 94 CVC, con una supervivencia promedio del catéter de 583 días. Se activaron 167 protocolos de cura por enrojecimiento del orificio, utilizando mupirocina en 130 casos y ciprofloxacino en 37. Se seleccionaron 9 pacientes diana con infecciones locales recidivantes del OSC (orificio de salida del catéter) para evaluar pautas de cura con 2 tipos de apósitos de plata de dos laboratorios distintos, con frecuencia de recambio semanal o diaria del apósito según situación clínica del OSC y con duración variable en el tiempo siendo los criterios de exclusión la falta de adherencia en los autocuidados o el ingreso hospitalario.

Resultados

De los 9 pacientes diana, 2 fueron excluidos. En los 7 restantes, se implementaron 15 pautas de tratamiento, 3 con recambio en cada sesión y 12 con recambio semanal, con una duración de 1 a 8 semanas. En 4 pacientes, el uso preventivo de los apósitos resultó efectivo, mejorando el enrojecimiento y el aspecto del acceso, corroborado por frotis negativos. En 3 pacientes, se combinó el uso de los apósitos de plata como prevención y tratamiento, observándose mejores resultados en la prevención. En los casos que requirieron tratamiento, se finalizó la pauta con plata para optar por antibióticos, intravenosos o tópicos, debido a cultivos positivos de secreción procedente del OSC, destacando que la colonización se originó en el interior del túnel, provocando tunelitis en los 3 CVC. Se reportó una reacción alérgica local al adhesivo del apósito en un paciente.

Discusión y Conclusiones

La eficacia del apósito de plata fue confirmada, evidenciando su utilidad como medida preventiva, aunque con limitaciones, ya que su efectividad se ve comprometida si la infección se origina en el interior del túnel subcutáneo. Se sugiere la necesidad de futuros estudios para evaluar su eficacia en infecciones activas. Los apósitos de plata Silverlon®, por su diseño y ausencia de adhesivo, fueron bien valorados por el personal de enfermería y mejor tolerados por los pacientes. Se decidió incluir su uso preventivo en el protocolo de cura del OSC, especialmente en pacientes con alta incidencia de infecciones locales o en aquellos donde el CVC es crucial debido a la dificultad para obtener otros accesos vasculares. La colaboración interdisciplinaria con nefrólogos y farmacéuticos fue fundamental en este proceso.

La infección en el orificio de salida del catéter venoso central para hemodiálisis como precursor de bacteriemia

Ana Isabel Aguilera-Flórez, Felicidad Hidalgo-González, **María de los Ángeles Morán-Centeno**, Marta Manzano-Figal, Elena María Castrillo-Cineira, Jorge Estifan-Kasabjiz

Complejo Asistencial de León. España

Introducción

La utilización de un catéter venoso central para hemodiálisis está asociada a un aumento de la morbimortalidad por su alto riesgo de complicaciones infecciosas. La infección, es una complicación grave, puede presentarse a nivel de orificio de salida, trayecto subcutáneo y bacteriemia. La infección de orificio de salida se define como la presencia de signos y síntomas inflamatorios alrededor del orificio de salida cutáneo. La bacteriemia como aislamiento de un mismo organismo en sangre y en el catéter venoso central en ausencia de otro foco de infección.

Objetivos

Evaluar la incidencia y los factores de riesgo asociados a las infecciones en el orificio de salida del catéter venoso central tunelizado y su relación con la aparición de bacteriemia en pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y correlacional. Se incluyeron pacientes en programa de hemodiálisis portadores de catéter venoso central tunelizado, desde enero 2022 a diciembre 2024. La recogida de datos se realizó del soporte informático Versia® y su análisis con el programa JASP. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, peso, tiempo en hemodiálisis, tiempo con catéter, etiología de la enfermedad renal, localización del catéter, factores de riesgo, infecciones en orificio de salida, microorganismos y bacteriemias. Los datos cuantitativos se expresaron como media y desviación estándar, los cualitativos como frecuencias. Se realizó la comparación de medias de Pearson con las variables cuantitativas y la prueba de χ^2 para comparar variables cuantitativas y cualitativas, estableciendo un valor estadísticamente significativo de $p < 0.05$, con intervalo de confianza del 95%.

Resultados

La muestra fue de 74 pacientes, 54 hombres. Media de edad $67,97 \pm 16,14$ años, tiempo en diálisis $86,10 \pm 84,97$ meses, tiempo portador de catéter $49,61 \pm 48,72$ meses. La etiología de la enfermedad renal: nefropatía diabética 16,53%, nefroangioesclerosis 8,66%, Vasculitis 4,72%. El 23,62% diabéticos, 23,62% hipertensos, 14,17% fumadores y 39,24% con sobrepeso. El 79,73% catéteres yugulares y 20,27% femorales. Se recogieron 29 episodios de infección de orificio, 4 personas tuvieron más de 1 episodio (2-4), 27 cultivos de orificio de salida y 14 bacteriemias de catéter. Los microorganismos aislados más frecuentes fueron: STF epidermidis y STF aureus (42,85% y 20%). No hemos encontrado relación entre infecciones de orificio y bacteriemias con el género, edad, hipertensión, diabetes y tabaco. Si encontramos relación positiva estadísticamente significativa entre infecciones de orificio y bacteriemias ($r = 0,262/p = 0,012$), y localización femoral ($p = 0,004$) y bacteriemias con peso ($p = 0,025$).

Discusión y resultados

Según los resultados de este estudio, las bacteriemias de catéter se asociaron a infecciones de orificio de salida del catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis. Los microorganismos causantes de la infección fueron mayoritariamente estafilococos. El sobrepeso podría influir en la aparición de infección de orificio, a mayor sobrepeso mayor riesgo de infección local. A diferencia de otros estudios, no encontramos relación con factores de riesgo como la diabetes o la hipertensión. Dado que la bacteriemia es una complicación que ocasiona una elevada morbimortalidad y parece estar relacionada con las infecciones del punto de inserción, sería recomendable, realizar cultivo del orificio ante sospecha de infección y administrar medidas profilácticas.

Maduración de las fístulas arteriovenosas nativas: influencia de los factores inflamatorios, bioquímicos y hematológicos

Francisco Javier Rubio-Castañeda^{1,2}, Manuel Fernández-Núñez², María Amaya Mateo-Sánchez², Ana Isabel Sierra-Sánchez², María Amaya Mateo-Sánchez², Víctor Cantín-Lahoz^{1,2}, Emilia Ferrer-López^{1,2}

¹ Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Zaragoza. España

² Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

Existen una serie de factores inflamatorios, bioquímicos y hematológicos que influyen en la maduración de las fístulas arteriovenosas (FAV) nativas.

Objetivos

Determinar los factores inflamatorios, bioquímicos y hematológicos prequirúrgicos y postquirúrgicos que influyen en la maduración y en los fallos de maduración (FM) de las FAV nativas.

Material y Método

Estudio observacional con recogida de información retrospectiva. Criterios de inclusión: Todos los pacientes a quienes se les realizó una FAV nativa en los años 2023 y 2024. Criterios de exclusión: FAV protésicas y FAV trombosadas. Criterios de maduración: diámetro de la vena ≥ 4 mm y flujo del acceso vascular (QA) ≥ 500 ml/min a las 6 semanas de maduración. Parámetros analíticos: Se realizaron dos analíticas sanguíneas, una prequirúrgica y otra postquirúrgica, donde se analizaron: PH, PCO₂, PO₂, PTH, hierro, proteína C reactiva (PCR), urea, creatinina, ácido úrico, calcio, fósforo, albúmina, leucocitos, neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monocitos, linfocitos y hemoglobina. Se obtuvieron los permisos hospitalarios y del comité de ética para realizar este estudio. Análisis estadístico: Análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión. Test de Shapiro-Wilk para analizar la normalidad. La comparación de variables cuantitativas se hizo mediante la t-Student y la U de Mann-Whitney, y la comparación de variables cualitativas con el Chi². Se realizó un análisis de muestras apareadas mediante la prueba de Wilcoxon para comparar las analíticas prequirúrgicas y postquirúrgicas. Regresión logística binomial para relacionar la maduración y los FM con los parámetros analíticos.

Resultados

Muestra de 130 pacientes, edad media 68,3 años. El 75,3% hombres (n=98) y 24,7% mujeres (n=32). 75,3% FAV maduras (n=98) y 24,7% FAV con FM (n=32). Analítica prequirúrgica: valores de albúmina (4,1 vs 3,4; p=0,012) y PO₂ (32 vs 25; p=0,007) significativamente mayores en fístulas maduras vs FAV con FM. En cambio, valores de PCR (0,3 vs 0,74; p=0,006) significativamente menores en FAV maduras vs FAV con FM. Analítica postquirúrgica: PCR (0,34 vs 0,83; p=0,004) y creatinina (4,14 vs 4,84; p=0,002) significativamente menores en FAV maduras vs FAV con FM. Comparación analíticas pre-postquirúrgicas: en FAV maduras incremento significativo de PO₂ (32 vs 37; p=0,049), leucocitos (7,1 vs 7,5; p=0,021) y neutrófilos (62,6 vs 65,4; p=0,011) en analítica postquirúrgica vs analítica prequirúrgica. Además, en las FAV maduras se observó un descenso significativo de PCO₂ (45 vs 43,6 p=0,042) y creatinina (4,6 vs 4,14; p<0,001) postquirúrgicos vs valores prequirúrgicos. En FAV con FM se produjo un descenso significativo de albúmina prequirúrgica (3,4 vs 3,1; p<0,001) vs albúmina postquirúrgica. Regresión logística binomial: a mayor valor de albúmina (OR:0,15; p=0,003) y PO₂ (OR:0,54; p=0,002) prequirúrgicos menor riesgo de FM. A mayores valores prequirúrgicos de ácido úrico (OR:1,58; p=0,005), y postquirúrgicos de PCR (OR:1,31; p=0,047) y creatinina (OR:1,22; p=0,006), mayor riesgo de fallos FM.

Conclusiones

Valores elevados de ácido úrico prequirúrgico, y de PCR y creatinina postquirúrgicas, indican la presencia de un proceso inflamatorio exacerbado que favorece los FM. A mayores valores de albúmina y PO₂ prequirúrgicos, mayor probabilidad de lograr una FAV nativa madura. Tras la cirugía, en FAV maduras, se produce un incremento significativo de PO₂, leucocitos y neutrófilos, y un descenso significativo de PCO₂ y creatinina.

Proyecto ERCAV. Papel relevante de la enfermería en la toma de decisiones sobre el acceso vascular en pacientes renales

María Luz Sánchez-Tocino¹, Marta Moreda Díaz-Pavón², Ana M^a Sacristán-Román³, Aitana Hernández-Pérez⁴, Leonor Andúgar-Rocamora⁵, Silvia Reyes-Bonilla⁶

¹Fundación Renal Española. Centro Las Encinas. Salamanca. España

²Unidad Fundación Renal Española del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Madrid. España

³Fundación Renal Española. Centro los Pinos. Valladolid. España

⁴Unidad Fundación Renal Española del Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. España

⁵Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

⁶Unidad Fundación Renal Española de la Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

Introducción

El acceso vascular (AV) es un elemento clave en la calidad asistencial de los pacientes en hemodiálisis (HD). La negativa a la creación de una fístula arteriovenosa (FAV) supone un reto clínico, donde la intervención enfermera puede ser determinante en la toma de decisiones compartidas.

Objetivos

Evaluar el impacto de una intervención enfermera estructurada para abordar la negativa de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) a la creación de una fístula arteriovenosa como acceso vascular para hemodiálisis.

Material y Método

Estudio piloto prospectivo y multicéntrico con 51 pacientes con ERC, distribuidos en cuatro grupos según su situación respecto al AV (1. ERCA sin CVC; 2. Incidentes en HD portadores de CVC < 6 meses, 3. Prevalentes en HD portadores de CVC > 6 meses, 4. Portadores de CVC por trombosis reciente de FAV). La intervención incluyó educación visual con herramienta creada para ayuda a la toma de decisiones, formación al equipo en habilidades comunicativas y emocionales, y uso de ecografía. Se analizaron variables demográficas, clínicas y datos de las intervenciones (tipo consulta, tiempo, especialista). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente (código:2023-4-11-XXXXX) y se garantiza el cumplimiento de la normativa vigente sobre confidencialidad y protección de datos personales. Los participantes firmaron consentimiento informado. Estadísticos: t-Student, ANOVA y Chi² para variables paramétricas. U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para las no paramétricas. Significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados

Se analizaron 51 pacientes de los cuales 14 (27,5%) pertenecían a ERCA; 18 (35,3%) portadores de CVC < 6 meses, 17 (33%) portadores de CVC > 6 meses y 2 (3,9%) HD portadores de CVC por trombosis de FAV; 35 (68,6%) fueron hombres con una edad media 67,4 ± 13,4 años y nefropatía diabética 12 (23,5%). Tras la intervención, 35 (68,6%) de los pacientes optaron por FAV. Enfermería lideró la primera consulta en el 100% de los casos, con seguimiento personalizado multidisciplinar. En el 22% de estas consultas se utilizó el ecógrafo y se realizó mapeo. La decisión a realizarse una FAV fue más frecuente en pacientes ERCA (100%) y en agudos incidentes (78%). Sólo el 35% del grupo prevalentes con CVC > 6 meses optó por FAV ($p < 0,001$). Las consultas posteriores con distintos profesionales (nefrólogos y cirujanos) aumentaron significativamente la aceptación de FAV frente a repetir consulta únicamente con enfermera ($p < 0,05$). El tiempo medio destinado a la primera consulta fue 30 ± 12,7 minutos y las siguientes 15 ± 7,4m. El miedo a la cirugía (57%) y la comodidad del catéter (46%) fueron las principales barreras. Los pacientes que aceptaron FAV eran significativamente más jóvenes (67,5 ± 11,8 vs 72,5 ± 11,3, $p = 0,05$) y no existían diferencias por género, comorbilidad, tiempo de consulta, presencia de barrera idiomática o nivel de estudios.

Conclusiones

La enfermería, a través de un enfoque estructurado, empático y educativo, es capaz de influir positivamente en la toma de decisiones respecto al acceso vascular. El acompañamiento enfermero inicial, apoyado por material visual y mapeo vascular, fue clave para el cambio de decisión. La consulta ERCA se consolida como un espacio clave para la planificación anticipada, mientras que en pacientes con catéteres de larga evolución se destaca la necesidad de intervenciones tempranas. Esta experiencia refuerza el papel protagonista de la enfermería en la ayuda a la toma de decisiones y mejora de la calidad asistencial en nefrología.

Relación entre comorbilidades y permeabilidad de fístulas arteriovenosas en hemodiálisis: impacto del índice de Charlson

Olga Losada-Vila¹, Rodrigo Sánchez-Villar¹, Antonio Marín-Franco¹, **M^a Paz Sorribes-López²**, M^a Isabel Borrajo-García³

¹ Centro de Diálisis Diaverum Santiago. A Coruña. España

² Diaverum Servicios Renales. Madrid. España

³ Departamento de Estadística. Análise Matemática e Optimizació. Universidade de Santiago de Compostela. A Coruña. España

Introducción

La fístula arteriovenosa (FAV) es el acceso vascular de elección para pacientes en hemodiálisis debido a su mayor durabilidad y menor tasa de complicaciones. Sin embargo, su permeabilidad puede verse afectada por diversas comorbilidades. El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) es una herramienta validada para estimar la carga de enfermedades crónicas y su impacto en la supervivencia.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el ICC y la permeabilidad de las FAV en pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico en una cohorte de 96 pacientes en hemodiálisis. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de acceso vascular mediante registros electrónicos. Se realizó un seguimiento de 12 meses para evaluar la presencia de complicaciones como estenosis y/o trombosis. Se utilizó un análisis de regresión de Cox para determinar la asociación entre el ICC y la supervivencia de la FAV.

Resultados

Se evaluaron 96 pacientes, con una media de edad de $73,8 \pm 1,78$ años, y una proporción de hombres del 71,9%. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 fue del 50%. El ICC medio fue de 7 (6,53-7,91). Todos los pacientes tenían FAV nativa, con un 55,2% de localización proximal. La localización en brazo izquierdo fue del 80,2%. El 27,1% de la población presentaron estenosis o trombosis. En el análisis de regresión de Cox, un $ICC \leq 7$ se asoció con un menor riesgo de complicaciones y mayor permeabilidad primaria (HR: 0,532; IC95%: 0,328-0,865; $p=0,011$) y secundaria (HR: 0,484; IC95%: 0,300-0,781; $p=0,003$) de la FAV.

Conclusiones

Un índice de Charlson menor o igual a 7 podría ser un factor predictivo de una mayor supervivencia de las FAV, independientemente de la edad, sexo y localización del acceso. Estos hallazgos sugieren la importancia de la carga comórbida en la evolución del acceso vascular y podrían contribuir a la toma de decisiones en el manejo de pacientes en hemodiálisis.

Análisis comparativo de protocolos en la cura del orificio de salida del catéter peritoneal: impacto del Prontosan® y Mupirocina frente a Clorhexidina en la incidencia de infecciones

María Guenoun-Sanz, Ana María Beceiro-Rifón

Hospital Universitari Son Espases. Baleares. España

El manejo adecuado del orificio del catéter peritoneal es esencial para prevenir infecciones y mejorar la cicatrización en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Las infecciones relacionadas con el catéter son una de las complicaciones más frecuentes y graves en estos pacientes. A pesar de la disponibilidad de varios agentes antimicrobianos para la cura del orificio, la evidencia sobre cuál es el más efectivo sigue siendo incierta. Este estudio tiene como objetivo comparar la eficacia de dos protocolos de cura: Prontosan® y Mupirocina frente a clorhexidina, en la prevención de infecciones en pacientes en diálisis peritoneal. Este estudio fue de diseño cuantitativo, observacional y descriptivo, realizado con 47 pacientes crónicos complejos en diálisis peritoneal. Los pacientes fueron tratados según el protocolo de la Unidad de Diálisis Peritoneal, que incluye la cura del orificio con Prontosan® y Mupirocina, o con Clorhexidina y suero fisiológico. La muestra estuvo compuesta por 12 mujeres y 35 hombres, distribuidos en dos grupos: 29 pacientes recibieron tratamiento con Prontosan® y Mupirocina, y 18 pacientes con clorhexidina. El seguimiento de los pacientes se extendió durante un año, con visitas mensuales para evaluar la tasa de infección, las complicaciones en el orificio del catéter y la satisfacción del paciente. Las variables de interés fueron evaluadas utilizando la Escala de Twardowsky, y se tomaron cultivos bacteriológicos de los orificios infectados. Todos los participantes fueron entrenados para identificar y reportar signos y síntomas de infección, además de realizarles un cribado nasal de *Staphylococcus aureus*. El análisis de los datos incluyó la tasa de infecciones y la respuesta al tratamiento en relación con los protocolos utilizados. Los resultados preliminares mostraron que, de los 29 pacientes tratados con Prontosan® y Mupirocina, 4 desarrollaron infecciones (13,8%). La mayoría causadas por bacterias grampositivas como *Staphylococcus epidermidis*, de las cuales 2

pacientes sufrieron peritonitis. En el grupo de 18 pacientes tratados con clorhexidina, 2 paciente presentó una infección (11,1%) causada por *Staphylococcus aureus*. La estadística inferencial con la prueba de chi cuadrado no mostró una asociación estadísticamente significativa ($X^2=0,072$, $p=0,789$) entre la variable predictora (aparición o no de infección) y la variable criterio (uso de Prontosan® o Clorhexidina). El tamaño del efecto, medido con V de Cramer, fue de 0,039, lo que indica una asociación muy pequeña entre las variables. Esto sugiere que, aunque las variables están relacionadas, la fuerza de la relación tuvo una tendencia muy baja, probablemente por el tamaño de la muestra, lo que enmascara la potencia estadística.

Estos resultados son preliminares, debido a que el seguimiento fue limitado a un año. Además, se debe considerar que los pacientes tratados con Prontosan® y Mupirocina tenían una mayor duración de tiempo en diálisis, lo que podría haber influido en los resultados. Es importante destacar que esta muestra corresponde a la totalidad de los pacientes en nuestra Unidad de Diálisis Peritoneal. En conclusión, los resultados preliminares sugieren que el tratamiento con clorhexidina podría tener una tasa de infección más baja en comparación con Prontosan® y Mupirocina. Sin embargo, debido a las limitaciones del estudio, como la duración del seguimiento, se requieren más investigaciones con un mayor número de pacientes y un seguimiento a largo plazo para confirmar la eficacia de estos protocolos en la prevención de infecciones en pacientes con diálisis peritoneal.

Comparativa de curas del orificio de salida del catéter con suero hipertónico *versus* tratamiento antibiótico

Meritxell Illa-Casellas, Elisabeth Tejeda-Aráez, Francesc Barbosa-Puig, Isabel Galcerán-Herrera, Rosa Luis-Estévez, Cristina Amorós-Robles

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

Las infecciones asociadas a los catéteres utilizados para diálisis peritoneal (DP) constituyen una de las causas de morbi-mortalidad más importantes en pacientes que precisan este tipo de terapia renal sustitutiva. Los cuidados del orificio de salida (OS) en las consultas de DP están directamente asociados con una disminución en las infecciones del catéter. El uso de suero hipertónico (SSH) se ha convertido en una práctica habitual en nuestras consultas. Este tipo de solución contiene una elevada concentración de solutos que ayuda a crear un ambiente que favorece la deshidratación de las células. De esta manera, puede contribuir a la limpieza y desinfección del área, promoviendo una curación más efectiva, minimizando así el riesgo de infecciones y evitando posibles resistencias a antibióticos.

Objetivos

Comparar la eficacia de la cura del OS con SSH vs cura con antibiótico, en los OS colonizados por bacterias, tanto gram-positivas como gram-negativas, sin evidencia de signos de infección activa.

Material y Método

Estudio observacional, retrospectivo comparativo de pacientes de la unidad de DP con cultivos positivos de OS entre marzo-2024 y diciembre-2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes y los resultados de las muestras de los cultivos de los OS realizados durante el seguimiento del estudio. Se compara el resultado de tratamiento con SSH vs antibiótico dirigido según antibiograma. Los datos se han analizado con el programa SPSS y se ha hecho un análisis estadístico con χ^2 (X2) con variables categóricas (cultivo positivo o negativo; cura con suero hipertónico o antibiótico).

Resultados

Se han analizado 152 cultivos de OS, de los cuales el 34,2% han resultado positivos, correspondientes a 22 pacientes, de los cuales 22,7% fueron mujeres y 77,3% hombres. Las muestras de cultivos de OS positivos, se evaluaron según el tipo de tratamiento recibido: el grupo 1 que realizó cura con SSH (n=29) y el grupo 2 tratado con antibiótico tópico (n=23). Los gérmenes más comunes aislados en las muestras fueron todos de la familia de los *Staphylococcus* (63,4%). Los microorganismos más comunes gram-positivos saprófitos de la microbiota cutánea fueron *S.lugdunensis* (21,1%), *S.aureus* (21,1%) y *S.epidermidis* (19,2%). Por lo que se refiere a bacterias gram-negativas, la más común fue la *Pseudomona aeruginosa* (9,6%). El resultado del análisis de los cultivos tras el tratamiento, objetivó negativización del cultivo en el 55,8% del grupo 1 y 44,2% del grupo 2, sin evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento (p=0,3).

Conclusión

Dados los hallazgos de nuestro estudio, podemos concluir que el tratamiento del OS con SSH no mostró diferencias significativas con el tratamiento antibiótico. Por tanto, parece razonable concluir que el SSH constituye otra opción válida para el tratamiento de los cultivos de OS positivos, ampliando así el arsenal terapéutico que podemos utilizar en estos casos y permitiendo reducir la carga de tratamiento antibiótico en nuestros pacientes.

¿Retirar el catéter de diálisis peritoneal durante el trasplante renal influye en la gestión clínica?

Adela Suárez-Álvarez¹, Fabiola Menéndez-Servide¹, Noelia Palacio-Liébana¹, Pablo Fernández-Pellitero¹, Jéssica Blanco-Sierra¹, Miguel Núñez-Mora^{1,2,3}

¹ Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

² Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo. España

³ Universidad de Oviedo. Asturias. España

Introducción

Las guías de práctica clínica en diálisis peritoneal (DP) recomiendan mantener el catéter de DP en adultos después del trasplante renal. En nuestra unidad, una investigación evidenció que el 14% de los pacientes que conservaban el catéter presentaban complicaciones y sólo el 8% lo utilizaban. Estos resultados promovieron un cambio en la práctica clínica, retirando los catéteres durante el trasplante renal (Tx). Nos parece justificado estudiar si este cambio en la práctica clínica conlleva cambios en la gestión clínica.

Objetivos

El objetivo del estudio es evaluar si la retirada del catéter durante el Tx influye en la gestión clínica, permitiéndonos alcanzar el cuádruple "aim": satisfacción del paciente, de los profesionales, calidad en la atención y ahorro de costes.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio del 1 de enero 2019 al 31 de diciembre de 2023. Se realizó un muestreo por conveniencia. Incluimos a todos los pacientes mayores de 18 años que recibieron un Tx renal y que realizaban DP. Las variables analizadas fueron: edad al Tx; sexo (hombre, mujer); número de catéteres retirados y conservados durante el Tx renal; duración de intervención (IQ) del Tx renal en minutos (con retirada y sin retirada); días de ingreso post Tx (con retirada y sin retirada); realización de diálisis post Tx (no, hemodiálisis, DP u otras); complicaciones del catéter (peritonitis, infección del orificio de salida) y coste de retirada del catéter en un segundo acto (475 euros). Se utilizó el programa estadístico Software R 4.4.2

Resultados

Se estudiaron un total de 126 trasplantes. Media de edad 58 años (21-82 años) siendo el 76% hombres. Se retiraron 86 catéteres durante el Tx (68,3%), de los cuales 9 pacientes realizaron HD. De los 40 catéteres no retirados tuvieron complicaciones 8 pacientes (20,5%) y 6 pacientes realizaron DP (15%). La duración media de la IQ con retirada fue de 149 min desviación estándar (dt) $\pm 31,9$ y el tiempo de IQ sin retirada fue de 146 min dt $\pm 45,3$ ($p = 0,705$). El tiempo de ingreso de los pacientes a los que no se retiró el catéter fue de 8 días dt $\pm 4,61$, mientras que el de los que sí se retiró 8,19 días dt $\pm 6,58$ ($p = 0,872$).

Conclusiones

Nuestros resultados muestran un ahorro de costes directo de 40.850 euros por los catéteres retirados durante el Tx; además de suponer un aumento de la satisfacción del equipo y pacientes por la disminución de complicaciones y la retirada del catéter en el mismo acto quirúrgico. Mantuvimos la calidad de la atención, expresada como la no diferencia de tiempos en la IQ ni en el tiempo de ingreso. Nuestros datos permiten colegir que la retirada del catéter de DP durante el Tx mejora la práctica clínica y acerca la gestión clínica al cuádruple "aim".

Análisis de pacientes con inicio urgente en diálisis sin seguimiento en unidad de enfermedad renal crónica avanzada: características y barreras

María del Carmen Coca-García, Lucía Carmen Rodríguez-Gayo

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

Los inicios urgentes de diálisis suponen un reto clínico y organizativo en los servicios de nefrología. A menudo se asocian a un peor pronóstico y mayor mortalidad. El seguimiento en consultas de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) permite planificar adecuadamente el tratamiento renal sustitutivo (TRS). Sin embargo, anualmente se producen inicios de diálisis de pacientes sin contacto previo con la consulta ERCA.

Objetivos

Analizar el perfil de los pacientes que iniciaron tratamiento renal sustitutivo de forma urgente en nuestro centro, excluyendo aquellos que habían estado en seguimiento por ERCA, y describir sus características clínicas y demográficas.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo basado en los registros de pacientes que iniciaron TRS de forma urgente entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2024. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), clínicos (etiología, función renal), tipo de acceso vascular, modalidad de TRS e información adicional disponible. Se realizó un análisis descriptivo de cada grupo, con medidas de tendencia central, desviación estándar y frecuencias para variables categóricas.

Resultados

La muestra incluyó 72 pacientes, de los cuales 37 (51%) eran “nefrópatas conocidos”, aunque sin seguimiento específico en la consulta ERCA, y 35 pacientes (49%) no tenían seguimiento previo en nefrología (grupo “sin seguimiento”). Ambos grupos no presentaban diferencias en cuanto a edad media (57,7 años en ambos grupos), distribución por sexo (masculino en el 67,5% del grupo de nefrópatas conocidos vs 72,7%). Los exitus durante el primer año de terapia también fueron similares (16% vs 15%). Sí que hubo diferencias

en el porcentaje de catéteres temporales como acceso de inicio, siendo mayor en el grupo sin seguimiento (60% vs 35%). Dentro del grupo de nefrópatas conocidos se encontró que la procedencia de los pacientes era de consultas de nefrología general (32%), de consultas de trasplante renal (48%) y había un pequeño grupo de pacientes que habían abandonado el seguimiento (18%). En el grupo de pacientes sin seguimiento previo encontramos un 36% de pacientes en situación irregular que llegaron a nuestro país en situación de ERCA con criterios de diálisis.

Conclusiones

Aunque los pacientes que iniciaron diálisis de forma urgente sin seguimiento previo en nefrología presentaban características demográficas similares a los nefrópatas conocidos, se evidenció una mayor precariedad en su preparación para el tratamiento, con un uso significativamente más alto de catéteres temporales. Resulta llamativo el elevado porcentaje de pacientes que, a pesar de tener contacto previo con nefrología, iniciaron TRS de forma urgente, lo que pone de manifiesto que es fundamental continuar incentivando la derivación precoz y efectiva a la consulta ERCA, con el objetivo de reducir los inicios no programados y mejorar la preparación del paciente. La elevada proporción de personas en situación irregular entre los pacientes sin seguimiento pone de manifiesto barreras estructurales y sociales en el acceso al sistema sanitario que requieren abordajes específicos. Estos datos refuerzan la necesidad de estrategias proactivas de captación, continuidad asistencial y mejora en la equidad del acceso a la atención nefrológica especializada.

En busca de la atención integral y humanizada del paciente renal complejo mediante la exploración enfermera de necesidades no cubiertas

Daniel Parra-Corral, **Rocío Fernández-Díaz**, Beatriz Rodríguez-Cubillo, Paula Gutiérrez-Sanjuan, María Rosario del Pino-Jurado, Francisco Oliveira Martínez-de la Casa

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) o con trasplante renal (TR) tienden a presentar una elevada carga de síntomas físicos, emocionales y espirituales. A menudo, estas necesidades no son identificadas ni abordadas adecuadamente en las consultas de revisión habituales. Las escalas validadas Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Detección de Malestar Emocional (DME) y Cuestionario Grupo Espiritualidad SECPAL (GES), combinadas con entrevistas semiestructuradas, permiten una aproximación integral y centrada en la persona, favoreciendo una atención humanizada desde las consultas de enfermería y apoyado por un equipo multidisciplinar.

Objetivos

Identificar y categorizar las necesidades no cubiertas expresadas por pacientes con enfermedad renal crónica avanzada o con trasplante renal, utilizando una combinación de herramientas validadas (ESAS, DME, GES) y análisis cualitativo de texto libre recogido en la consulta de enfermería.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo, con recogida de datos prospectiva en consulta de enfermería perteneciente al equipo multidisciplinar de nefrología. La recogida de datos se realiza desde el mes de febrero de 2024 hasta el mes de febrero de 2025. Se incluyeron pacientes con ERCA o TR con necesidades complejas. Se administraron las escalas ESAS (síntomatología física y emocional), DME (malestar emocional) y GES (dimensión espiritual). Se incluyeron respuestas abiertas en las secciones “ESAS 11”, “DME: observaciones” y “GES: comentarios”, analizadas mediante codificación temática inductiva.

Resultados

Se analizaron las entrevistas realizadas a 48 pacientes. Las puntuaciones en ESAS mostraron elevada carga sintomática en dolor, astenia, tristeza, ansiedad e insomnio. El apartado libre “ESAS 11” permitió identificar síntomas no recogidos habitualmente como calambres, temblores, diarrea, vértigos, xerostomía o prurito. La escala DME reveló preocupaciones emocionales profundas, agrupadas en cinco bloques: 1) emocionales y existenciales; 2) funcionales; 3) familiares/sociales; 4) espirituales; y 5) afrontamiento positivo. En la escala GES, los comentarios reflejaron vivencias diversas: aceptación serena, gratitud, conflicto con creencias previas, vacío o arrepentimiento. El 70% identificó al menos un aspecto espiritual relevante.

Conclusiones

La utilización de herramientas validadas (ESAS, DME, GES) en las consultas de enfermería permiten una identificación profunda de síntomas y necesidades no cubiertas que habitualmente no emergen en la anamnesis convencional. El análisis cualitativo evidencia que el sufrimiento emocional y espiritual sigue siendo un área esencial y poco abordada en el ámbito de la nefrología. La consulta enfermera con estas herramientas favorece una atención más humana, integral y centrada en el paciente renal complejo.

Evaluación de la satisfacción en la unidad de enfermedad renal crónica avanzada del Hospital San Pedro: un enfoque para la mejora de la calidad asistencial

Lara Tobia-Pérez, Patricia Lázaro-Valdemoro, Nerea Ruiz-Taboada, Ana Isabel Escolar-Córdoba, Marta Casado-Sierra, Olga Briz-Corcuera

Hospital San Pedro. La Rioja. España

Objetivos

Evaluar la satisfacción de los pacientes de la unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) del Hospital San Pedro, con el propósito de identificar áreas de mejora en la atención sanitaria y apoyar en la elección informada de tratamientos renales sustitutivos.

Material y Método

Se diseñaron y aplicaron encuestas específicas y voluntarias a 151 pacientes de la unidad ERCA durante el periodo de enero de 2024 a marzo de 2025. Las encuestas incluyeron preguntas relacionadas con el tiempo de espera, el trato dado por el personal y la información recibida por el paciente. Además, se entregaron encuestas para ser cumplimentadas a los pacientes que realizaron visitas guiadas a un grupo pequeño de pacientes en el mismo periodo para ayudar a los pacientes a tomar su decisión final sobre su tratamiento renal sustitutivo.

Resultados

Del total de los pacientes que realizaron las encuestas en la unidad de ERCA 53 eran mujeres y 69 hombres. La edad media de los pacientes estaba comprendida entre 60 y 80 años. La encuesta consta de 16 preguntas. Para evaluarla se ha decidido dividirla en 3 bloques: tiempo de espera, trato del personal y información recibida por el paciente. El tiempo de espera en la consulta fue valorado en las preguntas 1 y 3 de nuestra encuesta. En ambas cuestiones el 88% y 77% de los pacientes tienen una opinión satisfactoria o muy satisfactoria sobre esta cuestión. Respecto al trato recibido por el personal de enfermería y médico el 92% de los resultados fue una valoración muy positiva. Tenemos en cuenta las valoraciones negativas para poder pensar en opciones de mejora. El últi-

mo bloque analizado se relaciona con la información recibida por el paciente que es clave para la toma de decisiones. Los resultados de las preguntas relacionadas con la información el 80% de los resultados selecciono la opción muy positiva. La pregunta relacionada con la información respecto a las técnicas de diálisis fue valorada con muy positiva por el 72% de los pacientes. El 88,8% de los pacientes que realizaron las visitas guiadas por el personal de enfermería de la unidad de ERCA las valoraron muy positivamente. Las visitas guiadas como un apoyo crucial en la elección de tratamiento.

Conclusiones

Las visitas guiadas en la unidad de diálisis, junto con la evaluación de satisfacción, han demostrado ser herramientas valiosas para mejorar la experiencia del paciente y facilitar la toma de decisiones informadas. Estas iniciativas subrayan la importancia de continuar implementando estrategias centradas en el paciente para optimizar la calidad de los servicios en la unidad de ERCA.

Impacto de un programa de educación grupal en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Guillermo Romero-Úbeda, Marta Parella-Lázaro, Silvia Collado-Nieto, Eva Barbero-Narbona, Noelia Fernández-García, Marisol Fernández-Chamarro

Parc de Salut Mar. Barcelona. España

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) implica importantes retos en la gestión de la salud del paciente, especialmente en las fases previas al tratamiento renal sustitutivo. El empoderamiento del paciente mediante la educación sanitaria se ha mostrado clave para mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y el control de los factores de riesgo cardiovascular. La Escuela de Pacientes es una iniciativa de educación grupal dirigida a personas diagnosticadas de ERCA en estadios 4 y 5, con el objetivo de promover el conocimiento y autocuidado.

Objetivos

Evaluar si las sesiones grupales de educación mejoran el conocimiento sobre la enfermedad renal crónica avanzada, aumentan la motivación para el autocuidado y ayudan a los pacientes a adquirir herramientas útiles para el manejo de su salud.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo durante un programa educativo dirigido a personas con ERCA en estadio 4 y 5. Las sesiones, de 90 minutos de duración, se llevaron a cabo una vez al mes. Participaron profesionales de enfermería, psicología, medicina y pacientes mentores. Se entregó un cuestionario pre y post sesión para valorar el conocimiento de la enfermedad, el impacto percibido en la vida diaria, hábitos de salud y utilidad del contenido. Se recogieron temas propuestos por los participantes, y también derivaciones realizadas al servicio de psicología, nutrición, pacientes mentores, etc.

Resultados

Participaron 32 pacientes. Antes de la sesión, un 43% refirió conocer poco o muy poco su enfermedad. Tras la sesión, un 78% afirmó haber mejorado su comprensión. Un 62% seguía siempre las recomendaciones médicas y un 38% lo hacía de forma variable. En relación con la actividad física, un 59% realizaba ejercicio regular, mientras que un 41% era poco activo. Un 81% controlaba la presión arterial de forma frecuente. Un 94% expresó sentirse más motivado para cuidar su salud renal y cardiovascular tras la sesión. Los contenidos más valorados fueron: salud cardiovascular (78%), manejo de la ERCA (72%), y síntomas y complicaciones (66%). El 21% de las personas solicitaron más información sobre dieta, terapias sustitutivas o causas de la enfermedad. Se realizaron ocho derivaciones a psicología tras presentar el recurso durante la sesión. La figura del paciente mentor tuvo buena acogida y favoreció un espacio de preguntas e intercambio cercano.

Conclusiones

El programa de educación grupal ha demostrado ser útil para mejorar el conocimiento de la enfermedad y fomentar hábitos saludables. La participación de profesionales y pacientes mentores favorece la comprensión, la confianza y el acompañamiento. Se recomienda continuar con este tipo de intervenciones, ampliar los contenidos, reforzar el soporte psicológico y fomentar el vínculo entre iguales. Estas acciones pueden mejorar la calidad de vida de las personas con ERCA y facilitar la toma de decisiones compartidas.

Análisis comparativo de la eficacia, seguridad y carga asistencial en pacientes tratados con hemodiafiltración con o sin hemoadsorción

María Julia Toro-Melon, Montserrat Carbonell-Rodríguez, Sonia Guerrero-Carreño, Nuria Clemente-Juan, Nerea Bejarano-García, Silvia Prat-Pons

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

La hemodiafiltración (HDF) es la técnica dialítica que actualmente consigue mejores resultados de eficacia por la combinación de difusión y convección. Una posibilidad para mejorar estos resultados sería añadir la adsorción. En pacientes en tratamiento crónico, añadir un cartucho de adsorción se ha propuesto para aquellos que presenten prurito intratable, síndrome de piernas inquietas, debilidad muscular o alteraciones del sueño. La mayoría de los estudios se han realizado en China, con hemodiálisis de bajo flujo, tiempo limitado de uso del cartucho (1,5-2 horas) y flujos sanguíneos bajos (150-250 ml/min), sin considerar aspectos como la carga asistencial de enfermería. Una nueva línea de investigación sería combinar HDF con hemoadsorción (HA), con parámetros de tratamiento y flujos sanguíneos habituales (350-450 ml/min). Esta tendencia plantea preguntas sobre el impacto en la eficacia de la HDF, posibles complicaciones y la carga asistencial asociada con estas técnicas.

Objetivos

Comparar parámetros de eficacia en un grupo de pacientes tratados con HDF vs HDF/HA. Evaluar la carga asistencial de enfermería comparando la técnica HDF vs HDF/HA. Identificar complicaciones clínicas y del circuito extracorpóreo (CE) de la HDF vs HDF/HA.

Material y Método

Estudio comparativo unicentro. Se compararon 2 sesiones de HDF en el mismo grupo de pacientes, con y sin cartucho HA. Se utilizaron parámetros habituales de HDF según prescripción. Se registraron tiempos de enfermería en la preparación, montaje y cebado del CE en HDF y en HDF/HA, así como complicaciones relacionadas con el CE (coagulación del circuito) y clínicas intra-tratamiento. Se recogieron variables demográficas y referentes a la técnica de HDF. Se registraron parámetros de diálisis (Qb, duración real, sangre total procesada, recirculación del acceso vascular, peso inicial, peso final, ganancia de peso, hematocrito inicial y final, presión arterial, presión venosa, PMT y volumen convectivo) a través de un formulario ad-hoc.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes (12 hombres y 8 mujeres), con una edad media de 69 ± 16 años. No se observaron diferencias significativas en la eficacia entre ambos tratamientos, destacando: Kt (L): HDF/HA $74,5 \pm 4,0$ vs HDF $73,7 \pm 5,5$; volumen convectivo (L): HDF/HA $33,93 \pm 5,34$ vs HDF $35,04 \pm 4,64$; PTM (mm Hg): HDF/HA 171 ± 53 vs HDF 181 ± 34 ; volumen de sangre procesada (L): HDF/HA $125,5 \pm 8,5$ vs HDF $125,6 \pm 8,2$; En ambas sesiones se mantuvo el tiempo de tratamiento: 294 ± 16 min y Qb promedio: 442 ± 18 ml/min. No se reportaron complicaciones clínicas, ni relacionadas con el CE. En cuanto a la carga asistencial, se observó un incremento de 45 minutos en la preparación, montaje y cebado del cartucho en HDF/HA en comparación con HDF sin cartucho.

Conclusiones

La eficacia de la HDF no se vio afectada por la utilización del cartucho de HA. No se observaron complicaciones clínicas o relacionadas con el CE. El aumento de la carga asistencial de enfermería estuvo relacionado con el mayor tiempo dedicado a la preparación, montaje y cebado en HDF/HA.

Análisis de la experiencia de pacientes sobre la capacidad de autocontrol del tratamiento de diálisis y la influencia del entorno

Miguel Ángel Escudero-López^{1,2,5}, Irene Marcilla-Toribio^{2,3}, Raquel Bartolomé-Gutiérrez⁴, María Martínez-Andrés^{2,3,4}

¹ Fundació Puigvert. Barcelona. España

² Health and Social Research Centre. Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. España

³ Research Group Health, Gender, and Social Determinants. Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (DISCAM). Cuenca. España

⁴ Facultad de Enfermería Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España

⁵ Escola Superior d'Infermeria Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

Un factor importante en la atención a la persona en diálisis es comprender como influyen los entornos donde se realiza el tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal. En algunos casos, la calidad de vida para de pacientes en diálisis conlleva a la búsqueda de entornos domiciliarios. En otros, el entorno domiciliario puede suponer una barrera importante por circunstancias de la vivienda, familiares o personales. Es necesario identificar cual es el entorno más idóneo para obtener un tratamiento adecuado. El análisis del entorno para el tratamiento de diálisis está relacionado con la capacidad de autocontrol personal de los tratamientos y la enfermedad. Los planes enfermeros deben tener en cuenta de forma temprana cuando un entorno es adecuado y también el estilo de autocontrol fomentando un rol activo.

Objetivos

Conocer la experiencia vivida por el paciente de hemodiálisis o diálisis peritoneal en relación con el autocontrol personal del tratamiento de diálisis y el entorno donde se produce.

Material y Método

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico mediante entrevista a pacientes en diferentes programas de diálisis (domiciliaria y hospitalaria) que firmaron consentimiento. Muestreo no probabilístico, por conveniencia hasta la saturación de la información. Los resultados se obtienen mediante transcripción textual, método de comparación constante y cuaderno de campo de las entrevistas. Se analiza el discurso mediante triangulación y análisis temático inductivo iterativo con el software Atlas.ti V.24. para la obtención de las citas. Investigación aceptada por el comité de ética.

Resultados

Veinticuatro personas fueron entrevistadas. Diecisiete con tratamiento de HD (70,8%). Dos de ellas con hemodiálisis domiciliaria. Por otro lado, siete personas reciben tratamiento de DP (29,2%). Un total de nueve mujeres (37,5%) y quince hombres (62,5%). Las categorías y códigos resultantes son los siguientes:

A) Hospitalaria:

a) **salas de diálisis:** Escasa intimidad, afrontamiento ineficaz, participación social, rol pasivo.

B) Domiciliaria:

a) **Hemodiálisis domiciliaria:** rol activo, barreras arquitectónicas, barreras familiares.

b) **Diálisis Peritoneal:** pases diarios, cicladora nocturna, organización de espacios, rol activo. Los códigos están basados en citas representativas.

Conclusiones

Parece evidenciarse que el entorno donde se produce el tratamiento de diálisis es un elemento de relevancia para las personas en tratamiento y está relacionado con la capacidad para aumentar el autocontrol. La enfermería debería consensuar una intervención temprana dirigida a conocer el impacto del entorno y la capacidad personal para aumentar el autocontrol del tratamiento de diálisis.

Análisis de la prevalencia de eventos adversos durante la hemodiálisis: frecuencia, registro y retos para la vigilancia enfermera

David Hernán-Gascuña¹, Dolores Piña-Simón², Ana M^a Sacristán-Román³, Damián Carneiro-Teijeiro⁴, Cecilia Peña-Rodríguez⁴, Paula Manso-del Real¹

¹Fundación Renal Española. Madrid. España

²Fundación Renal Española. Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Madrid. España

³Fundación Renal Española. Centro Los Pinos. Valladolid. España

⁴Fundación Renal Española. Os Carballos. Pontevedra. España

Introducción

La identificación y análisis de los eventos adversos durante las sesiones de hemodiálisis es esencial para mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento. El papel de la enfermería en su detección, registro e intervención es clave en la gestión de riesgos y en la mejora continua de la calidad asistencial.

Objetivos

Describir la frecuencia de aparición de síntomas adversos durante las sesiones de hemodiálisis e identificar patrones de riesgo en función de variables clínicas y distintas pautas de la sesión.

Material y Método

Estudio descriptivo observacional basado en el análisis retrospectivo de sesiones de hemodiálisis realizadas durante 381 días en 16 unidades. El registro de eventos adversos fue realizado por personal de enfermería mediante una herramienta específica dentro del software Nefrosoft®. Se recogieron variables como Kt, litros de convección, duración de sesión, número de sesiones por semana, tiempo de HD semanal, ganancia interdialítica y ultrafiltración realizada (ml/kg/h). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics v29.0.1.0, utilizando pruebas de ANOVA y correlaciones de Pearson o Spearman, con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Resultados

Durante el período de estudio se realizaron 207.594 sesiones de diálisis y se documentaron 21.075 incidencias, con una tasa de incidencia de 10,15 eventos por cada 100 sesiones. Los eventos más frecuentes fueron la hipotensión (3,2%), el dolor (1,8%) y los calambres (1%), mientras que el resto se englobaron como "otros" (4,1%). La distribución de eventos adversos entre unidades fue desigual, oscilando entre un 19,85% y un 2,8% de sesiones afectadas, sin diferencias significativas en edad ni comorbilidad de los pacientes entre centros ($p > 0,005$). Se observaron diferencias significativas entre centros en la tasa total de eventos, así como en las tasas específicas de hipotensión y dolor por paciente ($p < 0,001$), pero no en la tasa de calambres ($p = 0,053$). Además, se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre la ocurrencia de eventos adversos y más sesiones semanales ($r = 0,71$; $p = 0,034$), mayor ganancia interdialítica ($r = 0,66$; $p = 0,047$), mayor ratio de ultrafiltración ($r = 0,98$; $p = 0,004$) y mayor comorbilidad ($r = 0,88$; $p = 0,008$).

Conclusiones

La incidencia global de eventos adversos fue del 10%, siendo los más frecuentes la hipotensión, el dolor y los calambres. A pesar de la similitud en las características clínicas de los pacientes, se evidenció una notable variabilidad entre unidades, lo que sugiere diferencias en la práctica clínica o en el registro. Esto pone de manifiesto la necesidad de reforzar el compromiso del personal de enfermería en un registro informatizado, sistemático y sencillo, incorporando protocolos específicos, seguimiento supervisado y formación orientada a la mejora continua de la vigilancia clínica. Asimismo, las correlaciones encontradas con factores como número de sesiones semanales, ganancia interdialítica, ratio de ultrafiltración y comorbilidad subrayan la importancia de monitorizar y gestionar estas variables, dado su impacto en la seguridad del paciente.

Análisis de las alteraciones del sueño en personas con insuficiencia renal terminal en hemodiálisis

Dolores Díaz-Gómez, María Antonia Rosal-Carrier, Nuria Ramírez-Estévez, Carmen Ramírez-Moreno, **Mateo Alcántara-Crespo**

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción

Las personas con enfermedad renal terminal en hemodiálisis sufren una amplia variedad de síntomas físicos y psicológicos, con una disminución en general, de la calidad de vida. Una de las alteraciones más frecuentes son los cambios en el patrón del sueño, relacionados con la enfermedad y con otros factores asociados a la misma como la edad, ansiedad y/o depresión, Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, problemas respiratorios y tiempo en diálisis.

Objetivos

Analizar las alteraciones del sueño en personas con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis periódicas.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en un centro periférico de diálisis, mediante un muestreo no probabilístico accidental. El estudio se llevó a cabo entre los meses de enero y febrero de 2025 y se incluyeron a todos los pacientes que se dializaban en el centro en esas fechas, que quisieron participar en el estudio y que no tuvieran ninguna alteración cognitiva que les impidiera participar en el mismo. Se les pidió consentimiento verbal a todos los participantes. Se estudió la calidad del sueño mediante el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y su relación con otras variables como la edad, sexo, tiempo en hemodiálisis, acceso vascular, diabetes y prurito. El PSQI utiliza como punto de corte para definir tener o no alteraciones de sueño, 5 puntos (alteraciones un PSQI >5 y no padecerlas un PSQI <5).

Resultados

Se estudiaron 49 pacientes con una edad media de $65 \pm 17,6$; 31 hombres (63%) y 18 mujeres (37%) y un tiempo en hemodiálisis de $50,8 \pm 78$ meses. Como acceso vascular, el 72% se tenían fístula arteriovenosa y el 28% un catéter venoso central para hemodiálisis. El 48% eran diabéticos y el 29% tenían prurito frecuente. En cuanto al estado civil el 53% estaban casados/as, el 16% solteros/as, el 6% divorciados/as y el 25% viudos/as. El valor medio del Índice de Calidad de Sueño fue de $6,31 \pm 4$ puntos. Utilizando para ello el punto de corte recomendado en el cuestionario PSQI, el 22 (45%) de los pacientes presentaban alteraciones del sueño y 27 (55%) no presentaban alteraciones del sueño. Respecto a la puntuación del PSQI con el estado civil los casados/as, puntuaron $6,7 \pm 3$, los solteros/as, $6,5 \pm 3$, los divorciados/as $7,7 \pm 9$ y los viudos/as $5,5 \pm 4$ puntos, aunque sin diferencias significativas entre los 4 grupos. La edad media de los pacientes sin alteraciones en el sueño fue de 68 ± 14 y de 59 ± 20 años, aunque sin diferencias significativas. No se encontraron diferencias entre los pacientes con alteraciones del sueño y sin alteraciones respecto al sexo, tiempo en diálisis, diabetes o prurito.

Conclusiones

Los pacientes en hemodiálisis presentan una puntuación baja en el cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh y cerca de la mitad de estos pacientes padecen alteraciones del sueño. Estas alteraciones no están relacionadas con la comorbilidad, edad sexo, ni tiempo en diálisis, al menos en el grupo estudiado.

Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: tendencias, mejoras y desafíos

M^a Paz Sorribes-López¹, Shaira Martínez-Vaquera¹, Lidia Romero-Gómez,¹ Mirco Dal-Maso²

¹ Diaverum Servicios Renales S.L. Madrid. España

² Centro de Diálisis Diaverum Motril. Granada. España

Antecedentes

Diversos estudios han demostrado que una peor calidad de vida (CdV) se asocia con una mayor mortalidad y hospitalización en pacientes en diálisis. La medición de la CdV en esta población de pacientes es un indicador clave para evaluar el impacto del tratamiento, la carga de la enfermedad y la efectividad de las intervenciones médicas y de enfermería.

Objetivos

Analizar los resultados de la encuesta basal y a los 2 años para identificar mejoras y áreas de oportunidad en la atención a pacientes en hemodiálisis (HD) en centros ambulatorios.

Material y Método

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que analiza las encuestas de CdV aplicadas a pacientes prevalentes en HD (>3 meses) en 2022 y en 2024 en 49 centros de HD en España. Se utilizó el instrumento KDQOL-SF36. Se evaluaron las diferentes áreas de la parte genérica y la específica para la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Se realizó un análisis descriptivo para comparar las puntuaciones compuestas en estas categorías y determinar variaciones significativas entre grupos y a lo largo del tiempo. Las variables se miden en puntuaciones absolutas de la encuesta.

Resultados

De las encuestas completadas analizadas (3.157 en 2022 y 3.789 en 2024), los resultados muestran una tendencia general de mejora en la percepción de la calidad de vida: mejoras significativas en las áreas de función sexual (+1,46 puntos), situación laboral (+1,37 puntos), dolor (+1,17 puntos) y energía/fatiga (+0,87 puntos). La percepción del efecto de la enfermedad renal aumentó en 1,07 puntos. La satisfacción con el equipo de diálisis se mantuvo alta (100 % en la mediana), con un ligero aumento en la puntuación media (+0,41 puntos). Se observaron mejoras moderadas en los síntomas asociados a la enfermedad (+0,35 puntos) y en las limitaciones físicas y emocionales (+0,30 y +0,23 puntos, respectivamente).

Conclusiones

Los resultados sugieren una evolución positiva en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis entre 2022 y 2024, destacando mejoras en el bienestar físico, la adaptación a la enfermedad y la satisfacción con la atención recibida. Estos resultados refuerzan la importancia de seguir invirtiendo en estrategias para un abordaje holístico del paciente y en herramientas de medición para evaluar y mejorar continuamente la calidad de vida de esta población.

Decohe: evolución anual del deterioro cognitivo y la depresión en pacientes con terapia de hemodiálisis

Ana Isabel Tapia-Elvira, Cristina Sáez-Elvira, M^a Ángeles Gómez-González, Sara Pérez-Pastor, Eva Redomero-Herreros, Mónica Benítez-de Paz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España

Introducción

En la literatura sanitaria ha sido descrito en múltiples ocasiones los trastornos del Sistema Nervioso Central y Periférico en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadios avanzados tratados con terapia de hemodiálisis. Los signos y síntomas de dichos trastornos solo son abordados cuando estos son evidentes. Por tal motivo, es necesario establecer en estos pacientes el grado de deterioro cognitivo primario en los primeros años con la terapia de hemodiálisis.

Objetivos

- Detectar la prevalencia de la demencia y la depresión en pacientes con terapia de hemodiálisis.
- Determinar la evolución del deterioro cognitivo y la depresión en pacientes en tratamiento con hemodiálisis.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la demencia en pacientes con terapia de hemodiálisis.
- Discernir entre la existencia del deterioro cognitivo frente a indicios de depresión o trastornos emocionales.

Material y Método

Se ha realizado un estudio con enfoque observacional prospectivo, de tipo descriptivo con diseño no experimental mediante dos cortes transversales distanciados un año sin grupo control. Los instrumentos de medida empleados han sido la Montreal Cognitive Assessment (MOCA) y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. La muestra del estudio ha sido de 32 pacientes con tratamiento de hemodiálisis de al menos dos meses que han querido participar y no presentan deterioro previo. Las variables empleadas han sido:

- Variables predictoras: sexo, edad, nivel de estudios, tiempo y tipo de hemodiálisis (hemodiálisis convencional, hemodiafiltración en línea y hemodiálisis extendida).
- Variables de resultado: nivel de deterioro cognitivo y nivel de depresión.

Resultados

El estudio ha permitido valorar la situación cognitiva de 55 pacientes con terapia de hemodiálisis durante el mes de enero de 2023. Un año después, se repitió la recogida de datos para su posterior análisis solo de 32 pacientes (tras la salida del estudio de pacientes trasplantados o fallecidos). De los 32 pacientes, se obtuvo algún grado de deterioro cognitivo en 19 pacientes en el primer corte, aumentando a 21 pacientes en el segundo. Según la media obtenida en el test MOCA, del primer corte al segundo, la media de puntuación ha descendido de 23,47 a 21,75 ($p=0,009$), por lo que el porcentaje con deterioro cognitivo en el transcurso de un año ha aumentado del 59,4% al 65,6% ($p=0,072$). Atendiendo a la depresión, 15 pacientes obtuvieron algún grado de depresión en el primer corte, manteniendo esa cifra en el segundo. Por lo que la media (9,5 a 9,69; $p=0,8$) y el porcentaje (46,9%) se mantuvo en el seguimiento de un año sin cambios significativos.

Conclusiones

Tras un año, se ha detectado en la muestra, un empeoramiento del deterioro cognitivo con un aumento en el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo leve y manteniendo el grado moderado y severo. Respecto a la depresión, aunque no se han detectado cambios significativos, en aquellos pacientes que padecen depresión según el test, se intensifica el grado de depresión obteniendo un aumento en el porcentaje de pacientes con depresión severa. Determinar los factores de riesgo permitirá a las autoridades y personal de salud realizar intervenciones para disminuir dichos factores en los pacientes con ERC llevando a cabo cuidados individualizados según la situación de cada paciente; de esta manera favoreceremos la reducción del gasto sanitario. Además, todo esto podrá justificar la necesidad de implementar un equipo multidisciplinar con neuropsicólogos en las unidades de nefrología y diálisis.

Encuesta de percepción de cuidado: herramienta clave para conocer y mejorar la experiencia del paciente en hemodiálisis

M^a Paz Sorribes-López¹, Shaira Martínez-Vaquera¹, Lidia Romero-Gómez¹, Mirco Dal-Maso¹

¹ Diaverum Servicios Renales S.L. Madrid. España

² Centro de Diálisis Diaverum Motril. Granada. España

Introducción

La percepción del paciente sobre la atención y cuidado recibido (PPC) es un indicador clave para evaluar la calidad de los servicios sanitarios y cómo la perciben los pacientes de hemodiálisis. Esta población se enfrenta a importantes desafíos físicos, emocionales y sociales debido a la carga de su enfermedad y al tratamiento prolongado.

Objetivos

Evaluar esta percepción mediante herramientas como la encuesta PPC permite comprender qué es importante para los pacientes e identificar áreas con un impacto directo en su calidad de vida, orientando las estrategias hacia un enfoque holístico y centrado en el paciente.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo multicéntrico en España, en 49 centros de hemodiálisis ambulatoria, entre 2021 y 2024. Se analizaron las respuestas de la encuesta anual PPC, compuesta por 39 preguntas organizadas en 12 áreas relacionadas con la atención recibida. Las respuestas se analizaron considerando dos escalas: la Puntuación Global (PG), que mide la percepción del paciente para cada una de las áreas en una escala de 0 a 7, y la Experiencia Global del Paciente (EGP), que evalúa la experiencia general del paciente en una escala de 0 a 10. Se calculó el Net Promoter Score (NPS) y la tasa de participación desde la implementación de la encuesta entre 2021 y 2024. Se identificaron tendencias en la experiencia general del paciente y se extrajeron conclusiones específicas por área para destacar las mejoras y los desafíos.

Resultados

La tasa media de participación durante el periodo de estudio fue del 94,45%. Del total de 16.187 encuestas analizadas, 3.703 (93%) se completaron en 2021, 4.154 (97%) en 2022, 4.201 (98,71%) en 2023 y 4.129 (96,7%) en 2024, lo que refleja una significativa participación de los pacientes. La PG mostró una mejora continua, pasando de 6,30 en 2021 a 6,48 en 2024, lo que refleja un progreso general en la percepción de la calidad de la atención. La EGP aumentó de 8,67 en 2021 a 8,81 en 2024. El NPS se mantuvo por encima del umbral de excelencia (>50), alcanzando el 61,98% en 2024. Se observaron mejoras en «Comunicación» (de 6,26 en 2021 a 6,47 en 2024) e «Ingesta de líquidos y dieta» (de 6,40 en 2021 a 6,53 en 2024), lo que refleja un progreso significativo en estas dimensiones. Los datos mostraron un progreso constante en la comodidad reportada por los pacientes y en el acceso a asistencia adicional, consolidando la percepción positiva en la atención recibida. El área de «Apoyo» presentó oportunidades de mejora en algunos de los periodos estudiados lo que sugiere la necesidad de seguir centrándose en el fortalecimiento de esta dimensión.

Conclusiones

La encuesta PPC es una herramienta útil para conocer las tendencias en la experiencia del paciente. La mejora sostenida de estos indicadores reafirma la importancia de aplicar estas mediciones, consolidando un modelo de atención centrado en el paciente y promoviendo un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis y en los estándares de la práctica clínica.

Entre el cuidado y la decisión: conocimiento enfermero sobre voluntades anticipadas en hemodiálisis

Santiago López-Ortiz, Sandra Rubio-Páez, Ariadna Muñoz-Gea, Laura Alonso-Urrea, Alfredo Jiménez-Espín, Claudia Navarro-Ortiz

Hospital Terrassa. Barcelona. España

Introducción

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) no es solo un recurso legal o ético: es una expresión íntima de la dignidad humana. A través de él, cada persona afirma su derecho a decidir sobre su cuidado, incluso cuando ya no puede decidir por sí mismo. Es la voluntad que trasciende el presente, anticipando decisiones desde la claridad del ahora, en momentos donde la enfermedad vuelve frágil todo lo demás. En enfermedades como la insuficiencia renal crónica avanzada, el DVA se convierte en una guía para los profesionales de la salud, ayudándoles a respetar los valores y deseos del paciente. Sin embargo, esta herramienta aún está lejos de integrarse en la práctica clínica, y no por falta de voluntad, sino por desconocimiento, escasa formación y ausencia de una cultura que la normalice.

Objetivos

Evaluar el nivel de conocimiento, formación y aplicación del DVA entre los profesionales de enfermería de una unidad de diálisis.

Material y Método

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal Unicentro en una Unidad de Diálisis, en marzo de 2025. Se aplicó una encuesta ad-hoc propia con 25 preguntas cerradas, que fue distribuida por correo electrónico. Los datos fueron recolectados a través de Google Forms y analizados de manera descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes. La participación fue del 82,6%, con 19 respuestas válidas de un total de 23 profesionales.

Resultados

Los resultados revelan que el 79% de los participantes eran mujeres y el 79% conoce el DVA, aunque solo un 16% ha recibido formación específica sobre el tema, y únicamente el 5% sabe cómo aplicarlo correctamente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). En términos legales, el desconocimiento también es relevante: solo el 11% está al tanto de los recientes cambios normativos que permiten a los profesionales sanitarios validar el DVA sin testigos ni notario, y apenas un 5% conoce los requisitos legales específicos en su comunidad autónoma. En la práctica clínica, solo el 37% ha hablado alguna vez con pacientes sobre el DVA, y ningún participante considera que estos tengan suficiente información. No obstante, la percepción del valor del DVA es unánime: el 100% cree que es útil para la toma de decisiones clínicas, el 89% opina que mejora la calidad de vida en fases avanzadas. En cuanto a la formación y el soporte interdisciplinario, el 89% no ha recibido apoyo de otros profesionales sanitarios sobre el DVA. A pesar de ello, todos los encuestados manifestaron interés en recibir formación específica, y el 95% cree que el DVA debería incluirse como parte del protocolo estándar de atención.

Conclusiones

Existe una brecha significativa entre el reconocimiento del valor del DVA y su aplicación real en la práctica asistencial. A pesar de su importancia ética y clínica, el DVA continúa siendo poco integrado debido a la escasa formación y desconocimiento de los profesionales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar programas formativos continuos, reforzar el conocimiento normativo y fomentar una cultura sanitaria que priorice la autonomía del paciente, especialmente en unidades que tratan patologías crónicas avanzadas como la ERC.

Equidad en la prescripción de hemodiálisis. Una mirada desde la enfermería a las diferencias de género

Alicia González-Horna¹, M^a Luz Sánchez-Tocino², Antonio López-González³, Mónica Pereira-García⁴, Julia Audié-Gil⁵, M^a Dolores Arenas-Jiménez⁵

¹Fundación Renal Española. Centro Los Llanos. Madrid. España

²Fundación Renal Española. Centro Las Encinas. Salamanca. España

³Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España

⁴Fundación Renal Española. Centro TEIXEDAL. Pontevedra. España

⁵Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

La enfermería desempeña un papel esencial en la planificación, ejecución y seguimiento del tratamiento de hemodiálisis, con el objetivo de ofrecer unos cuidados individualizados y de calidad. Sin embargo, la existencia de posibles sesgos de género en la prescripción de hemodiálisis puede comprometer la equidad asistencial y los resultados en salud.

Objetivos

Analizar las diferencias de género en la prescripción y dosificación de la hemodiálisis, su impacto en la supervivencia, y proponer estrategias enfermeras para una atención más equitativa.

Material y Método

Estudio retrospectivo multicéntrico (15 centros de hemodiálisis) durante 24 meses (enero 2023 a diciembre 2024). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y parámetros técnicos de las sesiones de hemodiálisis (tipo de acceso vascular, duración de sesión, tipo de dializador, flujos de bomba y de dializado y dosis dialítica medida como KT). Se comparó el cumplimiento del KT ajustado por sexo (hombres KT>45 l y mujeres>40 l) y por superficie corporal (ASC), calculada según Dubois y Dubois y se evaluó su impacto en la supervivencia. Análisis estadístico con SPSS Statistics V.22. Se utilizó t-Student, ANOVA y Chi² para comparación de variables, Kaplan-Meier y regresión de Cox para supervivencia. Nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 1.432 pacientes. 930 (65%) fueron hombres con una edad media $67,76 \pm 0,38$ años, permanencia en diálisis $60,58 \pm 1,86$ meses y etiología principal nefropatía diabética 421 (29%). Aunque no se observaron diferencias globales de mortalidad entre sexos ($p=0,969$), las mujeres presentaron indicadores sistemáticos de menor calidad dialítica: mayor uso de catéter venoso central, sesiones más cortas, dializadores más pequeños y menores flujos de bomba y líquido de diálisis ($p<0,001$) lo que resultó en una menor dosis efectiva de diálisis con menor cantidad de sangre depurada y menor volumen de infusión en las técnicas convectivas (HDF on line), ($p<0,001$). En términos de supervivencia, no hubo diferencias según sexo (Log Rank 0,085, $p=0,771$), pero en mujeres, el cumplimiento del Kt ajustado por ASC comparado con el cumplimiento de KT ajustado por sexo se asoció con una significativa reducción de la mortalidad (HR: 0,309; IC95% 0,16–0,58; $p<0,001$).

Conclusiones

Los hallazgos sugieren un sesgo de género en la prescripción de hemodiálisis que afecta de forma negativa a las mujeres. Desde la perspectiva enfermera, resulta prioritario implementar una vigilancia activa sobre la equidad del tratamiento, promoviendo una individualización real de la terapia basada en necesidades clínicas y no en estereotipos. La enfermería debe liderar iniciativas de evaluación continua y ajuste del tratamiento dialítico, garantizando cuidados seguros, justos y centrados en la persona.

Estrategia multidisciplinar para el cambio seguro de la planta de agua en un servicio hospitalario de diálisis

Elena Gisbert-Rosique, Antonia Gil-Gil, Beatriz Díez-Ojeda, María del Mar Baeza-Valero, Patricia Mira-Húngaro, M^a Carmen Campillo-Marroquí

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante. España

Introducción

La calidad del agua en hemodiálisis es esencial para la seguridad del paciente. El reemplazo de la planta de tratamiento de agua implica riesgos clínicos y logísticos que requieren una intervención estructurada.

Objetivo

Este trabajo tiene como objetivo describir la estrategia aplicada para el cambio de la planta de agua en una unidad hospitalaria de diálisis, garantizando la continuidad asistencial, la seguridad clínica, la calidad y la satisfacción de los profesionales implicados.

Material y Método

Diseño: experiencia de mejora de la calidad asistencial. Duración: noviembre 2024 a marzo 2025.

Fases del proceso:

1. Planificación: cronograma detallado, coordinación con la empresa proveedora y revisión de requerimientos materiales para el cambio a hemodiálisis convencional.
2. Preinstalación: instalación progresiva del nuevo sistema AguaBPLUS, pretatamiento "AquaSENS" y concentrados CDS.
3. Pruebas de calidad del agua y formación previa del personal.
4. Cambio clínico y técnico: suspensión temporal de la diálisis online, adaptación de protocolos y formación específica sobre cebado manual con suero fisiológico para el personal.
5. Cambio nocturno: desconexión de la planta antigua (AguaB-DUO) y conexión del nuevo sistema durante la noche para no interferir con la actividad asistencial. Se mantuvo operativa una planta portátil para emergencias.
6. Validación del agua: análisis microbiológicos y de endotoxinas durante 4 semanas consecutivas, sin conexión a pacientes en la primera toma, siguiendo normativa UNE-EN ISO 23500 y recomendaciones de la SEN.

7. Adaptaciones operativas: gestión de fungibles adicionales, ajustes en los purgados de las máquinas 6008 y coordinación de desinfecciones automáticas.
8. Soporte técnico, presencial y telefónico por un técnico especializado, para respaldar al profesional, durante el cambio.
9. Cierre del proceso: análisis clínicos a pacientes, retirada de componentes antiguos y encuesta de satisfacción al personal.

Resultados

- No se registraron interrupciones asistenciales ni eventos adversos clínicos derivados del proceso.
- Todos los análisis de validación cumplieron los estándares de calidad del agua.
- Los indicadores de calidad asistencial se mantuvieron dentro de los rangos esperados, con un Kt/V medio en marzo de 1,7 y más del 91% de pacientes con Kt/V $\geq 1,3$, cifras comparables a las de febrero.
- La frecuencia de eventos clínicos como disnea (2 casos) y náuseas (3 casos) se mantuvo baja y sin desviaciones relevantes respecto al mes anterior.
- La incidencia de hipotensiones fue inferior al 2,5%, y la de calambres menor al 1%, en línea con los registros previos al cambio de planta.
- El coste adicional en fungibles fue asumido dentro del marco del proyecto (aprox. 8.776 €).
- La encuesta de satisfacción reveló que el 96 % del personal consideró adecuada la información recibida, y el 93% se sintió adecuadamente preparado para el cambio.

Conclusiones

La experiencia demuestra que, con una planificación anticipada y una estrategia multidisciplinar centrada en la seguridad del paciente, es posible realizar un cambio estructural de gran impacto sin comprometer la calidad asistencial. La implicación activa de todos los actores, clínicos, técnicos y logísticos y el enfoque preventivo fueron claves para el éxito del proceso, que puede servir de modelo replicable para otros centros.

Estudio de la anemia en pacientes en hemodiálisis con relación a la aplicación de un protocolo de restitución

Sonia Larios-Nevado, Raquel Bretón-Arenas, Alicia Rey-Miguel, Laia Reixach-Aumatell

Hospital de Figueres, Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Introducción

La anemia es una enfermedad caracterizada por la disminución de glóbulos rojos o hemoglobina (Hb) en sangre. Es una complicación frecuente de la enfermedad renal crónica (ERC) y se asocia a una disminución de la calidad de vida de los pacientes y a un aumento de la morbilidad y de la progresión de la ERC. Uno de los factores que causa anemia en los pacientes con tratamiento renal sustitutivo (TRS) en hemodiafiltración en línea (HDF) es la pérdida hemática que se produce durante el tratamiento.

Objetivos

El objetivo de nuestro estudio fue analizar la anemia y los requerimientos de eritropoyetina y hierro tras la aplicación de un protocolo de restitución con una cantidad de líquido estándar.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo durante seis meses. La población diana fueron pacientes en TRS de nuestra unidad. Se incluyeron a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se informaron a todos ellos de la realización del estudio y se les entregó el consentimiento informado para que lo firmaran. Para el análisis las sesiones fueron numeradas del 0 al 79 y los sujetos del 1 al 62 y se recogieron los datos de la historia clínica del sujeto. La categorización de paciente anémico tenía que cumplir las condiciones siguientes: tener unos valores de hemoglobina por debajo de 12 g/dl en hombres o de 11,5 g/dl en mujeres, tener unos niveles de ferritina inferiores a 300 ng/ml y un porcentaje de saturación de transferrina inferior al 30 %. Las variables que se midieron fueron: sexo, número de sesiones, cantidad de líquido de restitución, heparina, hierro, eritropoyetina, tiempo de tratamiento por sesión, sangría, transfusión, unipunción, hemoglobina, ferritina y transferrina sérica.

Resultados

Se realizó el seguimiento de 62 pacientes de la unidad de diálisis, 37 hombres y 25 mujeres. Se determinó que el 23% de los casos presentaban anemia. La administración de eritropoyetina no alteró los niveles de Hb y se mantuvieron estables durante el periodo de estudio ($p>0,005$). Los pacientes que presentaron anemia recibieron menos dosis de heparina ($p>0,01$). Un 11,2% de los casos de los pacientes anémicos recibieron alguna dosis de hierro lo que supuso una diferencia significativa respecto a los pacientes no anémicos, los cuales recibieron hierro en el 26,94% de los casos ($p>0,01$). Se realizó al menos una transfusión en trece casos, correspondientes a cuatro pacientes concretos. No se estableció ninguna correlación entre la cantidad de líquido de restitución y ninguna de las otras variables medidas.

Conclusiones

Las variables que se han correlacionado con la presencia de anemia han sido un menor porcentaje de inoculación de heparina, un mayor porcentaje de administración de eritropoyetina y un menor porcentaje de administración de hierro. La cantidad de líquido de restitución no influyó en ninguna de las variables estudiadas.

Evaluación de sarcopenia y fragilidad en pacientes en hemodiálisis desde la perspectiva de la enfermería nefrológica

Ángel López-Sánchez, Beatriz Arriero-López, Jorge Berzal-Llorente, Sandra Bueno-Porras, María Henar Sanz-Frutos, Verónica Ruth Mercado-Valdivia

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada ha incrementado en la población adulta mayor, particularmente en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD). En este grupo, la fragilidad y la sarcopenia son condiciones altamente prevalentes y de especial importancia clínica, debido a su asociación con un mayor riesgo de discapacidad, deterioro funcional, fracturas y mortalidad. Detectar estas condiciones en estadios iniciales permite implementar estrategias de intervención que favorezcan el mantenimiento de la funcionalidad y autonomía.

Objetivos

Identificar la presencia de fragilidad, sarcopenia e independencia para las actividades de la vida diaria en pacientes prevalentes en tratamiento de hemodiálisis en nuestra unidad hospitalaria.

Material y Método

Estudio transversal descriptivo de 52 pacientes en programa crónico de HD, todos con más de 3 meses de seguimiento. Se valoró la fuerza muscular mediante dinamometría manual con el dinamómetro JAMAR, el estado funcional con el test SPPB, la fragilidad con el cuestionario de Linda Fried, y la sarcopenia con el cuestionario SARC-F. Para evaluar la dependencia, se utilizó el índice de Barthel para las actividades básicas y la escala de Lawton y Brody para las instrumentales.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por un 71% de hombres y 29% de mujeres, con edad media de 72 años. Los valores inflamatorios estaban elevados (PCR media: 17 mg/dl; ferritina media: 558 ng/ml). Los parámetros nutricionales mostraron valores bajos de albúmina (media: 3 g/dl) y prealbúmina (media: 21 mg/dl). Más del 50% de los pacientes presentaron algún grado de fragilidad (31% leve, 21% moderada), mientras que sólo un 31% no mostró limitaciones funcionales. La fuerza muscular media fue de 24,4 kg en hombres y 16,36 kg en mujeres, lo que sitúa a ambos sexos en riesgo o al límite de padecer sarcopenia. En el análisis por rangos etarios, se observó una mayor prevalencia de fragilidad en los grupos de mayor edad, alcanzando un 64% en pacientes entre 75 y 84 años. El test SPPB evidenció limitaciones severas en un 17% de la muestra, mientras que el 44% de los pacientes resultaron sarcopénicos, siendo el 31% de ellos también frágiles. Un 12% fueron prefrágiles con sarcopenia, representando un grupo clave para estrategias preventivas de reacondicionamiento.

Conclusiones

La fragilidad y la sarcopenia son condiciones altamente prevalentes en la población en HD, incluso en pacientes menores de 65 años. Estas alteraciones aumentan con la edad y se asocian con una disminución en la independencia funcional. La detección precoz mediante herramientas simples como SARC-F, dinamometría y escalas funcionales permite identificar a los pacientes en riesgo y diseñar intervenciones orientadas a preservar su calidad de vida y autonomía.

Evaluación del grado de satisfacción y los tiempos del transporte sanitario en nuestra unidad

María Virginia de la Cruz-Díaz, **Amelia González-Carral**, María del Carmen Ruiz-Lozano, Sara Marín-Martínez, María Rosario Ayuso-Picado, María Isabel Acosta-Ochoa

Hospital Río Carrión. Palencia. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) terminal es un problema de salud pública global con alta prevalencia. Su tratamiento implica el inicio de terapia renal sustitutiva en forma de hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP) o Trasplante (TX). En nuestro medio la HD en hospital o en centro es la más frecuente. El entrar en HD afecta al bienestar y altera las rutinas de los pacientes y familiares. El transporte sanitario (TS) es uno de los factores que más impacta en su calidad de vida y además constituye entre el 3-6% del coste del tratamiento de HD.

Objetivos

Conocer el grado de satisfacción con el TS de nuestros pacientes y los tiempos de desplazamiento y espera en nuestra unidad.

Material y Método

Estudio transversal, observacional que realizamos a través de encuestas personales con preguntas abiertas y cerradas. Se incluyen aquellos voluntarios que firmaron el consentimiento informado. Los datos fueron recogidos en Excel y analizados con SPSS. Usamos un código alfanumérico para mantener el anonimato de los pacientes. El proyecto fue aprobado por la comisión de investigación y ética del Hospital. Atendemos 84 pacientes, en 3 turnos (L-X-V), 2 turnos (M-J-S) y 11 pacientes en incremental. Firmaron el consentimiento informado y respondieron la encuesta 70 pacientes (82%); 15 son mujeres (21%); media de edad 71 ± 11 años (rango 39-93). Acceso vascular catéter venoso central 50 (71%); son parcialmente dependientes 16 individuos y 1 totalmente dependiente. Casi todos los pacientes dejaron en blanco alguna pregunta (1-7).

Resultados

Encuesta 46 (66%) se desplazan en ambulancia, 37 (80%) van cómodos y 70% perciben una temperatura adecuada. 24 (52%) viajan directos a casa y 9 (20%) requieren asistencia del celador. La media de pasajeros por desplazamiento en ambulancia es 3 ± 2 (rango 1-6); con respecto a la relación con sus compañeros de viaje 41 (89%) refieren que es buena, 3 (7%) regular, 2 (4%) no contestaron. Distancia domicilio-hospital 27 ± 25 Km (rango/3-98); Tiempo desplazamiento domicilio-HD: 37 ± 35 minutos (rango/5-180); Tiempo espera hospital: 16 ± 3 minutos (rango/10-30); Tiempo desplazamiento hospital-domicilio: 34 ± 37 minutos (rango/3-150); Horas de sueño días de HD: $6,6 \pm 2,1$ h (rango/3-14); Horas de sueño días de no-HD: $6,7 \pm 2,3$ h (rango/3-14).

Conclusiones

Nuestro rango de edad es amplio, atendemos más hombres que mujeres. Dada la dispersión geográfica los tiempos de desplazamiento son elevados. No encontramos diferencias entre las horas de sueño los días de HD y no-HD. En general los pacientes van cómodos y se llevan bien con sus compañeros de viaje. Este trabajo podría ser la base para la implementación de medidas de mejora de la calidad del transporte. Además podríamos invitar a otros hospitales y realizar estudios multicéntricos, para proponer acciones de mejora.

Evolución de la fragilidad de las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis durante los tres últimos años

Judit Bou-Folgarolas^{1,5}, Sonia Elvira-Carrascal¹, África Anguita-Cañada^{1,5}, Esmeralda Molina-Robles^{1,5}, Miriam La Salle-Botey¹, Emma Puigoriol-Juvanteny^{2,3,4}

¹ Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

² Unidad de Epidemiología Clínica, Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

³ Tissue Repair and Regeneration Laboratory Group, Faculty of Sciences and Technology & Faculty of Medicine, University of Vic. Central University of Catalonia. Barcelona. España

⁴ Unidad de Transferencia del conocimiento. Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

⁵ Research Group on Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences. Faculty of Health Science and Welfare, Centre for Health and Social Care Research. University of Vic. Central University of Catalonia. Barcelona. España

Introducción

La fragilidad es un síndrome multidimensional caracterizado por una disminución de reservas fisiológicas, lo que lleva a un riesgo aumentado de evolución desfavorable hacia la discapacidad, la hospitalización y el fallecimiento.

Objetivo

El objetivo fue evaluar la evolución del grado de fragilidad de los pacientes en hemodiálisis (HD).

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de seguimiento de los pacientes tratados en una Unidad de HD de un Hospital Universitario. El seguimiento se realizó cada semestre entre 2022 y el 2024 y se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, tiempo en hemodiálisis) y la fragilidad mediante el Índice de Fragilidad-VIG. El IF-VIG consta de 22 preguntas que valora 25 déficits. Se obtiene una puntuación final entre 0 y 1 que categoriza la fragilidad en 4 grados: No fragilidad (0-0,19) fragilidad inicial (0,20-0,35), fragilidad Intermedia (0,36-0,50) y fragilidad avanzada (0,51-1,00). La evaluación de la fragilidad la realizó la enfermera y los datos sociodemográficos se recogieron de la historia clínica de los pacientes, con el consentimiento de éstos.

Resultados

Se incluyeron un total de 172 pacientes, en programa de HD. Los pacientes de HD tenían una media de edad basal de $68,04 \pm 13,5$ años. El 67,4% eran hombres. Se hicieron un total de 445 mediciones del IF-VIG durante los tres años. Según el IF-VIG el 31,7% no presentaron fragilidad, 44,0% de los pacientes presentaron fragilidad inicial, el 19,6% presentaron fragilidad intermedia y un 4,7% presenta fragilidad avanzada. La media del IF-VIG fue de $0,26 \pm 0,13$. La evolución de la fragilidad de los pacientes fue: en el 2022 el 50,0% no presentaron fragilidad, 37,2% presentaron fragilidad inicial, el 11,6 % presentaron fragilidad intermedia y un 1,2% presenta fragilidad avanzada; en el año 2023 el 30,3% no presentaron fragilidad, 44,0% presentaron fragilidad inicial, el 20,0 % presentaron fragilidad intermedia y un 5,7% presenta fragilidad avanzada y en el año 2024 el 24,5% no presentaron fragilidad, 47,3 % presentaron fragilidad inicial, el 22,8 % presentaron fragilidad intermedia y un 5,4% presenta fragilidad avanzada; ($p < 0,001$). El IF-VIG cuantitativo fue de $0,21 \pm 0,11$ en el año 2022, $0,27 \pm 0,12$ en el año 2023 y $0,28 \pm 0,13$ en el año 2024 ($p < 0,01$).

Conclusiones

La población de pacientes en HD presenta un alto grado de fragilidad y su evolución a lo largo del tiempo es variable. Estos resultados evidencian fluctuaciones en la fragilidad entre 2022 y 2023, y una estabilización en 2024, lo cual podría atribuirse a intervenciones sanitarias realizadas en 2023 para prevenir la progresión hacia niveles más severos de fragilidad.

Fatiga en pacientes en hemodiálisis: análisis de prevalencia, factores asociados e influencia del estado nutricional

Ana Casaux-Huertas¹, **Marta Isabel San Juan-Miguelsanz**², María Luz Sánchez-Tocino³, Julia Audije-Gil⁴, Sonia Muñoz-Pilar², María Dolores Arenas-Jiménez²

¹ Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid, Campus María Zambrano. Segovia. España

² Fundación Renal Española. Centro Los Olmos. Segovia. España

³ Fundación Renal Española. Centro Las Encinas. Salamanca. España

⁴ Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

La fatiga es un síntoma frecuente en pacientes en tratamiento con hemodiálisis, caracterizado por un cansancio físico intenso tras la sesión. El estado nutricional se ha identificado como un factor clave en su aparición. Estudiar esta relación permitiría detectar factores clínicos asociados y desarrollar planes de cuidados personalizados.

Objetivo

Evaluar la prevalencia e intensidad de la fatiga en pacientes en tratamiento con hemodiálisis, y analizar su relación con el estado nutricional, así como con variables clínicas y sociodemográficas relevantes.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal, entre noviembre y diciembre de 2024, de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se evaluó la fatiga subjetiva mediante el instrumento PROMs-Fatiga y el estado nutricional según Mini Nutritional Assessment (MNA). Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos: edad, sexo, tiempo en tratamiento, Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC), Índice de Masa Corporal (IMC), datos analíticos (albúmina, proteínas totales, transferrina, ferritina, colesterol total (HDL y LDL), linfocitos, hemoglobina y hematocrito) y eficacia de diálisis (KT objetivo; hombres >45l, mujeres >40l). Se garantizaron los principios éticos y legales de confidencialidad y protección de datos. Las variables cuantitativas se analizaron mediante la media y desviación estándar y las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics v29.0.1.0, utilizando pruebas de chi cuadrado y correlaciones de Pearson o Spearman, con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 729 pacientes, 489 (67,1%) hombres, con una edad media de $67,7 \pm 14,5$ años. El Índice de comorbilidad medio fue de $7,85 \pm 2,89$ puntos. Un total de 645 (88,5%) recibía tres sesiones semanales de hemodiálisis, con una duración media por sesión de $3,7 \pm 0,4$ horas. El tiempo medio en tratamiento fue de $57 \pm 71,1$ meses. El 484 (66,4%) de los participantes refirió fatiga, siendo ocasional en 287 (39,4%) y severa en 197 (27,0%). En cuanto al estado nutricional, 431 (61,9%) presentaban un estado normal, 231 (33,2%) estaban en riesgo de desnutrición y 34 (4,9%) presentaban desnutrición. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre mayores niveles de fatiga y el sexo femenino ($p < 0,001$), la duración de las sesiones de cuatro horas ($p = 0,011$), alcanzar el Kt objetivo ($p = 0,032$) y un peor estado nutricional ($p < 0,001$). No se hallaron relaciones significativas entre la fatiga y los parámetros analíticos ni con el Índice de Masa Corporal.

Conclusiones

La fatiga afecta a dos de cada tres personas en tratamiento con hemodiálisis y se relaciona de forma significativa con el estado nutricional, lo que pone de relieve la importancia de incluir la valoración nutricional en la práctica enfermera habitual. Las mujeres y los pacientes con sesiones más prolongadas refieren mayores niveles de fatiga, invitando a reflexionar sobre el equilibrio entre eficacia del tratamiento y bienestar percibido. Estos hallazgos subrayan el papel clave de los cuidados enfermeros en la detección precoz y manejo de la fatiga, favoreciendo intervenciones personalizadas orientadas a su mejora.

Hábitos de higiene de los pacientes de nuestra unidad de diálisis

María Virginia de la Cruz-Díaz, María Rosario Ayuso-Picado, Sara Marín-Martínez, Amelia González-Carral, María del Carmen Ruiz-Lozano, María Isabel Acosta-Ochoa

Hospital Río Carrión. Palencia. España

Introducción

La atención integral de los pacientes en HD engloba aspectos como la alimentación (para controlar el potasio, el fósforo y el balance hídrico), la adherencia terapéutica (para controlar los factores de riesgo cardiovascular) y la correcta higiene corporal para prevenir la aparición de infecciones.

Objetivos

1. Evaluar los hábitos de higiene de los pacientes en HD
2. Determinar las medidas de autocuidado del catéter.

Material y Método

Estudio transversal, observacional que realizamos a través de encuestas personales con preguntas abiertas y cerradas. Se incluyen aquellos voluntarios que firmaron consentimiento informado. Datos recogidos en Excel y analizados con SPSS versión 20. Usamos un código alfanumérico para mantener el anonimato de los pacientes. Proyecto aprobado por la comisión de investigación y ética del Hospital. Atendemos 84 pacientes, en 3 turnos (L-X-V), 2 turnos (M-J-S) y 11 pacientes en incremental. Firmaron el consentimiento informado y respondieron la encuesta 70 pacientes (82%); 15 mujeres (21%); media de edad 71 ± 11 años (rango 39-93). Acceso vascular catéter venoso central 50 (71%); parcialmente dependientes 16 individuos y 1 totalmente dependiente. Casi todos los pacientes dejaron en blanco alguna pregunta (1-7).

Resultados

El 89% afirman que se duchan, con una frecuencia media de 2 ± 1 veces por semana (rango 0-4); el 5% no lo hace y el 6% no contesta (NC). No se baña el 77%, el 20% sí y un 3% NC. Un 87% de nuestros pacientes se cepilla los dientes, frecuencia media de 2 ± 1 al día (rango 1-3), el 9% no y 4% NC. 8 pacientes (11%) afirman que fuman una media de 4 ± 3 cigarrillos al día, (rango 1-10). Usuarios de catéter: Ducha: 92% sí, con frecuencia de 4 ± 2 veces por semana (rango 0-7) y 8% no. Baño: 80% no se baña, 17% si y 3% NC. El 75% se protegen el catéter (con apósito), 20% no y 5% NC. 6 pacientes presentaron infección en los últimos 6 meses, todos del tipo infección del OSC; no observamos bacteriemias y ninguno precisó ingreso. No encontramos correlación entre la no protección del catéter y la aparición de infecciones del OSC.

Conclusiones

Nuestro rango de edad es amplio y atendemos significativamente más hombres que mujeres. 25% no protege el catéter de HD durante la ducha, aunque no proteger el catéter no se asoció con más infecciones. Casi el 90% de pacientes se cepillan los dientes al menos una vez al día. Una décima parte de los individuos son fumadores activos. Ante estos resultados, propondremos llevar a cabo acciones de educación en salud sobre hábitos higiénicos y fomentar la deshabituación tabáquica. En un futuro podríamos invitar a otros hospitales y centros de diálisis para realizar estudios multicéntricos, y realizar una radiografía de los hábitos de higiene de los pacientes en general y de los usuarios de catéter en particular para proponer acciones educativas de mejora de la forma y la comodidad con que realizan su autocuidado y aseo personal.

Hemodiálisis y sarcopenia: una mirada clínica desde el enfoque europeo

Natalia García-Catalán, **Sandra Pilar Martínez-Lacarra**, Vanesa Pangua-Martín, Lucía Guijarro-Arroyo, Natalia Torrón-Monterde, Pilar Remírez-Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

La Sarcopenia es una condición clínica que está presente en fases tempranas de la enfermedad renal crónica (ERC) y su prevalencia aumenta en fases avanzadas relacionándose con una mayor morbi-mortalidad. Para la detección de sarcopenia, actualmente, se aplica el algoritmo de la European Working Group of Sarcopenia in Older People (EWGSOP).

Objetivos

El objetivo del presente estudio es describir la prevalencia de la sarcopenia en el paciente con ERC en hemodiálisis periódica mediante el algoritmo del EWGSOP.

Material y Método

Estudio longitudinal, observacional y analítico por muestreo consecutivo de 81 pacientes >18 años de edad, en seguimiento y tratamiento de hemodiálisis con período superior a 3 meses en un Hospital Universitario de tercer nivel desde 01/09/2024 hasta el 31/12/2024. Los pacientes con deterioro cognitivo o dificultad en la comunicación fueron excluidos del estudio. Para la detección de la sarcopenia se utilizó el algoritmo diagnóstico EWGSOP empleando la escala SARC-F, el test 5-Sit to Stand y la prueba de fuerza de agarre con un dinamómetro manual. Se registraron simultáneamente las variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, trasplante renal previo, tiempo en tratamiento en hemodiálisis y acceso vascular), variables analíticas (potasio, fósforo, calcio, hemoglobina, hematocrito, albúmina y creatinina) y variables clínicas (el IMC y las bioimpedancias: sobrecarga hídrica, índice de tejido magro e índice de tejido graso). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación responsable del centro. El análisis se realizó mediante Jamovi® 2.3.28.0

Resultados

De los 81 identificados para participar, se incluyeron en el estudio 61 con una media de edad total de $64,90 \pm 12,30$ años. El 81,90% (50) fueron hombres. Según la escala SARC-F, el 19,7% (12) se les diagnosticó de sarcopenia. No se relacionó ni edad, ni sexo, ni tiempo en hemodiálisis, ni trasplante renal previo, ni IMC ni bioimpedancia con el diagnóstico de sarcopenia. Sin embargo, se relacionaron los parámetros analíticos de potasio y albúmina y el índice de tejido graso con el diagnóstico de sarcopenia (0,94, $p=0,007$; 0,95, $p=0,03$; 2880, $p=0,006$; respectivamente) y se correlacionaron la prueba de fuerza de agarre, los índices de tejido magro y tejido graso con la puntuación total de SARC-F (-0,28, $p=0,03$; -0,33, $p=0,01$; 0,35, $p=0,007$).

Conclusiones

La prevalencia de sarcopenia en pacientes en hemodiálisis del presente estudio es inferior a la reportada en estudios nacionales previos. Se evidenció una asociación significativa entre la sarcopenia y alteraciones en parámetros metabólicos clave, como los niveles de potasio, albúmina y el tejido graso. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar medidas de detección precoz de sarcopenia como las ofrecidas por el EWGSOP y estrategias preventivas dirigidas a preservar la masa muscular, promover la actividad física y mejorar el estado nutricional en pacientes en hemodiálisis, con el fin de mitigar el impacto de la sarcopenia en esta población vulnerable.

Impacto de la diálisis incremental y la diuresis residual en la calidad de vida y fatiga postdiálisis. Un estudio multicéntrico transversal

Mónica Pereira-García¹, M^a Luz Sánchez-Tocino², Julia Audije-Gil³, Alicia González-Horna⁴, Cristina Ledesma-Torre⁵, M^a Dolores Arenas-Jiménez³

¹ Unidad Fundación Renal Española del Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

² Fundación Renal Española. Centro Las Encinas. Salamanca. España

³ Fundación Renal Española. Madrid. España

⁴ Fundación Renal Española. Centro Los Llanos. Madrid. España

⁵ Unidad Fundación Renal Española del Hospital General de Villalba. Madrid. Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid. España

Introducción

La diálisis incremental (DI), basada en una menor frecuencia de sesiones semanales, surge como una alternativa individualizada que podría contribuir al bienestar integral de los pacientes con diuresis residual, preservando su autonomía y calidad de vida (CVRS). No obstante, persiste la incógnita sobre si los beneficios percibidos responden a la modalidad dialítica o a la conservación de la función renal residual.

Objetivos

Valorar el impacto de la DI sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el estado emocional y la fatiga postdiálisis, con especial atención al papel de la diuresis residual. Secundariamente, se exploró la repercusión de las diferentes pautas de diálisis sobre la eficacia dialítica y parámetros clínico-analíticos.

Material y Método

Estudio transversal retrospectivo realizado en 15 centros de hemodiálisis en noviembre de 2024. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos. La CVRS se evaluó mediante el instrumento COOP-WONCA (mayor puntuación = peor calidad de vida), el estado emocional con el cuestionario PHQ-4 y la fatiga postdiálisis y alteraciones del sueño mediante escalas tipo PROMs. El análisis estadístico incluyó t-Student, ANOVA, Chi², en variables paramétricas y U de Mann-Whitney y pruebas de Kruskal-Wallis para las no paramétricas, considerando significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados

Se analizaron 446 pacientes, 314(70%) fueron hombres, con una edad media de $68,5 \pm 14,5$ años y una mediana de tiempo en diálisis de 37 [18-73] meses. La principal etiología de enfermedad renal fue la nefropatía diabética 112 (26%). Del total, 163(36,5%) presentaba diuresis residual (mediana 1000 [700-1500] ml/24h) y 44(10%) seguía pauta de DI. Esta última se asoció de forma significativa con la presencia de diuresis residual (1500 [1250-1900] vs 1000 [700-1350] ml/24h; $p < 0,001$), menor ganancia interdialítica (8[0,2-1,4] vs 1,7[1,1-2,3] litros; $p < 0,001$) y menor ultrafiltración por sesión (6,1 $\pm$ 3,7 vs 7,7 $\pm$ 3,3 ml/h/kg; $p = 0,006$). No se hallaron diferencias significativas entre DI y diálisis convencional en la mayoría de parámetros clínicos ni en las puntuaciones globales de calidad de vida, fatiga postdiálisis, alteraciones del sueño o estado emocional, salvo una mejor percepción emocional en pacientes en DI (21,8 $\pm$ 5,1 vs 23,6 $\pm$ 5,7; $p = 0,025$). En cambio, los pacientes con diuresis residual presentaron puntuaciones significativamente mejores en actividad física ($p = 0,001$), estado emocional ($p = 0,029$) y dolor ($p = 0,002$), además de menor fatiga y alteraciones del sueño postdiálisis ($p < 0,05$, en 5 de los 6 ítems evaluados de la escala PROMs).

Conclusiones

La conservación de la diuresis residual se asocia con un mayor bienestar físico y emocional, así como con menor carga de síntomas postdiálisis. Aunque la diálisis incremental no mostró beneficios concluyentes por sí sola, podría tener un efecto protector indirecto al facilitar el mantenimiento de la función renal residual. Estos hallazgos refuerzan el rol de la enfermería en la planificación personalizada del tratamiento dialítico, orientada a preservar la autonomía del paciente y su calidad de vida, más allá de los parámetros clínicos clásicos.

Impacto de la enfermedad oncológica en personas en hemodiálisis. Resultados basales de un estudio multicéntrico

Vanesa Pardo-Vicastillo¹, M^a Teresa Andrino-Llorente¹, Paloma Sanz-Martínez², Amelia Rodríguez-Nogueiras², Patricia de Sequera-Ortiz³, Borja Quiroga-Gili¹

¹ Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

² Hospital Quirón San Camilo. Madrid. España

³ Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

Las personas con enfermedad renal crónica tienen aumentado el riesgo de padecer tumores. Sin embargo, existe poca información sobre la evolución en los pacientes en diálisis con neoplasias. En 2023 en España, los tumores representaron el 26,4% de las muertes (1ª causa de mortalidad). Según el Registro Español de Diálisis y Trasplante, un 7,9% de las causas de fallecimiento en pacientes en hemodiálisis fueron las neoplasias. Esto supone un reto en el abordaje de las complicaciones provocadas entre ambas enfermedades para los profesionales sanitarios.

Objetivos

El objetivo principal fue describir las características basales de los pacientes oncológicos en hemodiálisis. Como secundarios, determinar prevalencia de neoplasias y analizar factores de riesgo.

Material y Método

Estudio observacional, longitudinal y multicéntrico, que incluye pacientes prevalentes en hemodiálisis. La cohorte se seguirá al menos dos años. Se presentan los resultados del primer corte realizado en febrero del 2025. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia e intencional. Criterios de inclusión: mínimo tres meses en hemodiálisis, aceptación y firma de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con neoplasias en fase paliativa, ingresos repetidos los últimos 6 meses e infecciones activas. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidades (incluyendo el índice de Charlson), parámetros analíticos y específicos de la enfermedad renal y oncológica. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital, un software de cuidados de Nefrología y un cuestionario ad hoc. Para evaluar dependencia y desnutrición se emplearon las escalas de Barthel y malnutrición-inflamación. Los resultados fueron procesados con Excel Microsoft 2019-SPSSv28.0, considerando significativa una $p < 0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados

De los 97 pacientes incluidos, un 30% presentaba antecedentes de enfermedad oncológica (72% hombres, edad media 75 ± 10 años). El 76% de los tumores fue de órgano sólido (66% genitourinarios-10% digestivos), 17% hematológicos y un 7% de piel. Según evolución, el 43% se encontraba activo (14% metastásico), 57% en remisión. Un 24% tuvo recidivas tumorales y 14% desarrolló más de un tumor. En relación al tratamiento, este fue quirúrgico en un 76% (41% solo quirúrgico y 35% coadyuvante), 17% quimioterapia-inmunoterapia. Además, un 24% tomaba tratamiento inmunosupresor. En el grupo con enfermedad oncológica, la causa de miscelánea fue la etiología de la enfermedad renal más incidente (35%), con una mediana de tiempo en diálisis de 45 (RIQ:6-145) meses. Respecto a factores de riesgo de este grupo, 35% tenía sobrepeso, 62% era sedentario, hábito tabáquico-alcohólico (50% vs 22%) y mediana del Índice de Charlson de 11 (RIQ:6-16) puntos. Un 54% tenía un grado de dependencia y 62% presentó desnutrición grave. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los valores de fibrinógeno ($p=0,042$), albúmina ($p=0,048$), hormona tiroidea ($p=0,05$), índice de Charlson ($p < 0,001$), etiología de la enfermedad renal ($p=0,006$) y grado de desnutrición ($p=0,048$).

Conclusiones

El estudio detectó alta prevalencia de neoplasias (mayoritariamente genitourinarias), elevada comorbilidad y menor puntuación en la escala malnutrición-inflamación. El seguimiento de los pacientes según está establecido en el protocolo del estudio, permitirá analizar el impacto de la enfermedad oncológica en la evolución de esta cohorte de pacientes.

Impacto de la fatiga postdiálisis y tiempo de recuperación en el paciente crónico de hemodiálisis: estudio transversal

Ian Blanco-Mavillard^{1,4}, **Gregorio Bolaños-Herrezuelo**², Cynthia Sánchez-Rojas³, Maria del Mar Palmer-Massanet², María Martínez-Nuévalos², Ismael Fernández-Fernández²

¹ Hospital Regional Universitario de Málaga. España

² Hospital de Manacor. islas Baleares. España

³ Hospital QuironSalud Marbella. Málaga. España

⁴ Grupo de investigación C-13, IBIMA plataforma-BIONAND. Málaga. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública a nivel global, con un incremento progresivo en su prevalencia y una significativa carga para los sistemas sanitarios. La hemodiálisis constituye el tratamiento sustitutivo más usado en pacientes con ERC terminal. Sin embargo, a pesar de los beneficios en la supervivencia, este tratamiento renal implica efectos adversos inherentes que repercuten directamente sobre la calidad de vida del paciente. Uno de los más relevantes y menos estudiado, es la fatiga postdiálisis, una sensación persistente de agotamiento tras la sesión de hemodiálisis que puede durar horas o incluso días. A pesar de su frecuencia, el impacto de la Fatiga Postdiálisis y del tiempo de recuperación postdiálisis (TRD) no ha sido suficientemente documentado en la literatura científica. Este estudio tiene como objetivo estimar la tasa de Fatiga Postdiálisis y el TRD en pacientes en hemodiálisis crónica, explorando variables clínicas y funcionales asociadas al paciente y a la terapia renal.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio exploratorio de corte transversal entre enero y abril de 2023 en un hospital público de España. Se reclutaron pacientes crónicos con más de 3 meses en tratamiento de hemodiálisis crónica, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Se recogieron datos demográficos, clínicos, funcionales, parámetros técnicos del tratamiento y percepciones subjetivas de salud. Se definió la Fatiga Postdiálisis según el autorreporte del paciente y se realizó un análisis descriptivo y bivalente para identificar asociaciones entre las variables recogidas.

Resultados

Se incluyeron un total de 43 pacientes, de los cuales el 28% (n=12) fueron mujeres. El 53,5% (n=23) de los pacientes reportaron Fatiga Postdiálisis. La edad media de la muestra fue de 67,4 años (DE=12,8), sin diferencias significativas por edad ni sexo entre los grupos con y sin Fatiga Postdiálisis. El tiempo medio de recuperación fue significativamente mayor en pacientes con Fatiga Postdiálisis (467,9±194,4 minutos) frente a aquellos sin Fatiga Postdiálisis (66,3±137,0 minutos; p<0,001). Se observaron diferencias significativas en los niveles de proteínas totales, con valores más bajos en el grupo con FPD (6,1 g/L vs 6,5 g/L; p=0,022). También se halló una diferencia significativa en la autopercepción del estado de salud (p=0,026), siendo la valoración negativa más frecuente entre los pacientes que referían Fatiga Postdiálisis. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con otras variables como el índice de Charlson, la puntuación del Barthel, la hospitalización reciente, el tipo o turno de diálisis, ni parámetros técnicos como flujo sanguíneo, ultrafiltración o Kt/V.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes en hemodiálisis crónica manifiestan fatiga postdiálisis, asociada a un mayor tiempo de recuperación y a marcadores clínicos y subjetivos de peor estado general. A pesar de las limitaciones metodológicas, la Fatiga Postdiálisis no parece depender de factores propios del tratamiento, sino que podría relacionarse con el estado nutricional y la percepción global de salud del paciente. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar la evaluación sistemática del TRD y la Fatiga Postdiálisis en la práctica clínica en esta población vulnerable.

Impacto del personal de enfermería en el volumen de sangre dializada y en la dosis de diálisis

Alberto Sánchez-Martín, Ivan Cueva-Fernández, Noemi Eiró-Díaz, Noelia Monteserín-Lougedo

Fundación Hospital Jove. Asturias. España

Introducción

La enfermería nefrológica desempeña un rol fundamental para alcanzar una dosis de diálisis adecuada. Se conocen variables que pueden modificarla: modalidad de tratamiento, tiempo de sesión, calibre de agujas, dializador o flujo de baño.

Objetivos

Analizar si el factor humano influye en el volumen de sangre depurado y en la dosis de diálisis Kt/V.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo entre 2018-2023. Aprobado por el comité de investigación hospitalario. Los datos anonimizados se exportaron desde la aplicación informática de la unidad. Se incluyeron pacientes prevalentes, con un mínimo de un año de tratamiento, estables, en hemodiálisis estándar, con sesiones de 210 o 240 minutos, con fístula arteriovenosa FAV o catéter tunelizado y que no presentaban incidencias intradialíticas. Se excluyeron sesiones con otros modos de tratamiento, las que fueron finalizadas precozmente, con eventos como coagulación, cambio de dializador, problemas de punción, otros motivos clínicos o sesiones con agujas distintas de 15 G. También se excluyeron aquellas que registraban personal diferente en la conexión y en la desconexión. Se seleccionaron a los profesionales que realizaron un mayor número de sesiones en cada caso. Se estudiaron las variables edad, sexo, tipo de acceso vascular AV, enfermería, kT/v y litros. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, las cualitativas mediante frecuencia y porcentaje. Se utilizó un análisis de varianza segmentando por paciente para las variables volumen de sangre y Kt/V.

Resultados

Se exportaron 51.418 sesiones. Tras los criterios de inclusión y exclusión, 10 profesionales de enfermería realizaron 6.235 sesiones a 22 pacientes. La media de edad se situó en 74 ± 9 dv años. El 77% eran varones. El mayor porcentaje de sesiones (61%) se realizó a través de FAV. El kt/V medio en las diálisis mediante FAV fue $1,47 \pm 0,25$ dv y el volumen medio de sangre dializada 101 ± 13 dv litros. El kt/V medio en las diálisis a través de catéter fue $1,41 \pm 0,26$ con un volumen medio de $84,8 \pm 18$ litros. Estos datos concuerdan con la literatura. Comparando los distintos profesionales de enfermería frente al mismo paciente, mediante el análisis estadístico ANOVA, se alcanza significación ($p < 0,05$) en el 100% de los pacientes (22) respecto al volumen de sangre dializada. En mismo análisis del valor Kt/V alcanza significación en el 95% de los pacientes (21). Al realizar un modelo lineal multivariado correlacionando ambas variables los resultados muestran valores p significativos en todos los pacientes.

Conclusiones

En nuestros pacientes, el profesional de enfermería que realiza la sesión tiene un impacto significativo en tanto en la cantidad de litros depurados como en la dosis de diálisis recibida. Por ello, sugerimos la rotación periódica del personal en los puestos de la unidad para evitar sesgos potenciales o una atención discrecional.

Impacto intergeneracional en la seguridad del paciente y la transformación digital en hemodiálisis: un análisis descriptivo transversal

Antonio López-González¹, Lorena Díaz-Rodríguez¹, Mónica Pereira-García², María del Rosario del Pino-Jurado³, Leonor Andúgar-Rocamona⁴, M^a Luz Sánchez-Tocino⁵

¹ Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. La Coruña. España

² Hospital universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

³ Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España

⁴ Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

⁵ Centro de Diálisis de la Fundación Renal en Salamanca "La Encinas" y "El Castañar". Salamanca. España

Introducción

La Seguridad del Paciente y la Transformación Digital son pilares fundamentales en la evolución del sistema de salud, adquiriendo una relevancia particular en las Unidades de Hemodiálisis dado la complejidad de los tratamientos y de los propios pacientes. No obstante, el cómo es percibida y la capacidad de adaptación del personal de enfermería tiende a diferir según la generación de nacimiento.

Objetivos

Ante ello y dada la escasa investigación al respecto en el ámbito de la hemodiálisis, el objetivo de este estudio es explorar el impacto de la generación de nacimiento en el clima de Seguridad del Paciente y en la percepción sobre la Transformación Digital en estas unidades.

Material y Método

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo transversal en 8 Unidades de Hemodiálisis durante febrero y marzo de 2025, enfocado sobre las Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería. Las variables principales fueron la generación de nacimiento (Baby Boomers 1946-1964, Generación X 1965-1980, Generación Y 1981-1996 y Generación Z 1997-2012), la percepción sobre el proceso de Transformación Digital evaluado mediante encuesta ad hoc y el clima de Seguridad del Paciente medido a través del cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality. Se emplearon ANOVA y Chi² para determinar la significancia ($p < 0.05$). Se garantizó la confidencialidad, el consentimiento informado y se respetaron rigurosamente los principios éticos que rigen la investigación.

Resultados

Se recogió información de 117 profesionales con una media de edad 41,4±10,2 años. La Generación X y la Generación Y engloban al mayor número de trabajadores (38% y 44%, respectivamente). La calificación media del clima de Seguridad fue de 7,2±1,3, sin evidenciarse diferencias entre Generaciones ($p=0,944$). Caso contrario se observó en el contexto de la Transformación Digital ($p=0,023$), siendo los Baby Boomers y la Generación X el personal que más sufre (67% y 83% respectivamente, perciben inferior nivel competencial). En el análisis del clima de Seguridad del Paciente, se observaron diferencias significativas en la dimensión relacionada con el trabajo en equipo ($p=0,006$) y el apoyo por parte de la Dirección ($p=0,049$), donde los Baby Boomers tienen una percepción más positiva (84% y 37% de respuestas positivas, respectivamente). Del mismo modo, los Baby Boomers tienen una peor percepción referente a la dimensión de dotación de personal (65% de respuestas negativas, $p=0,034$). La Generación Y es la que siente menor apoyo de la gerencia referente a la Seguridad del Paciente (35% de respuestas negativas, $p=0,015$).

Conclusiones

Las diferencias generacionales influyen en la percepción del clima de Seguridad y la Transformación Digital. En hemodiálisis, los Baby Boomers valoran el trabajo en equipo y el apoyo directivo, aunque perciben negativamente la dotación de personal. La Generación Y enfrenta desafíos en el apoyo gerencial relacionado con la Seguridad del Paciente, mientras que los Baby Boomers y la Generación X ven dificultades en la Transformación Digital. Estas diferencias resaltan la necesidad de estrategias adaptadas que mejoren la Seguridad del Paciente y faciliten la adaptación a los procesos de Transformación Digital.

Intervenciones de enfermería relacionadas con la educación sanitaria durante el tratamiento en hemodiálisis

Judit Bou-Folgarolas^{1,5}, Sonia Elvira-Carrascal¹, África Anguita-Cañada¹, Laia Claramunt-Fonts¹, Silvia Roca-Jaén¹, Emma Puigoriol-Juvanteny^{1,2,3}

¹ Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

² Tissue Repair and Regeneration Laboratory Group, Faculty of Sciences and Technology & Faculty of Medicine. University of Vic. Central University of Catalonia. Barcelona. España

³ Unidad de Transferència del conocimiento, Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

⁴ Research Group on Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences. Faculty of Health Science and Welfare, Centre for Health and Social Care Research. University of Vic. Central University of Catalonia. Barcelona. España

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada afecta la calidad de vida y puede requiere hemodiálisis. La educación en salud y el empoderamiento son claves para la adherencia al tratamiento.

Objetivos

El objetivo de este estudio es describir las intervenciones educativas que realizan las enfermeras en España durante el tratamiento en hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional y descriptivo mediante un cuestionario en forma de "ad hoc". Se invitó a participar a todas las enfermeras de las unidades de hemodiálisis del territorio nacional. El cuestionario recogía variables sociodemográficas (género, edad), variables relacionadas con el ámbito laboral (años trabajando en una unidad de hemodiálisis, tipo de hospital, comunidad autónoma donde trabajas), y variables relacionadas con la educación sanitaria que realizan al paciente (tiempo que dispone mientras se está realizando HD, si está realizando alguna actividad educativa, tipo de actividad educativa (tipo documentación, audiovisuales, etc), escala evolución paciente, si en el centro se hace un adecuado abordaje educativo y posibles barreras que existen para no realizar educación sanitaria.

Resultados

Participaron un total de 130 enfermeras, 55,38% tenía entre 39 y 51 años. La mayoría de los participantes fueron mujeres 87,7% y el 60,77% contaba con más de 10 años de experiencia en diálisis. El 49,2% trabajan en instituciones públicas. Respecto al tiempo disponible durante las sesiones de hemodiálisis, el 48,5% de las enfermeras reportó tener entre 1 y 2 horas

para las actividades educativas. Un 53,8% afirmaron realizar actividades educativas de forma reglada a los pacientes durante el tratamiento. Las principales actividades educativas incluyen, 90,4% educación nutricional, 82,2% educación sobre el acceso vascular, 47,9% educación farmacológica, 26% realización de ejercicio físico intradiálisis, y 13,7% otros. En términos de recursos educativos, el 80,8% de las enfermeras no utilizan audiovisuales durante el tratamiento de hemodiálisis, y un 56,9% no emplea otra documentación o apoyo educativo. Aquellos que sí utilizan material adicional mencionaron el uso de documentación escrita (14), de folletos informativos (7), trípticos (4), y otros recursos como tablets y cuestionarios de conocimientos (32). En relación al registro de actividades educativas en la historia clínica del paciente, el 32,5% de las enfermeras indicó que lo hacen "nunca", "casi nunca" 19,5% "alguna vez" y el 47,9% lo registra "casi siempre" o "siempre". Sin embargo, un 77% afirmó que este registro no está estandarizado en una escala que permita conocer la evolución del paciente en sus conocimientos. A la pregunta sobre si consideran que en su hospital se hace un adecuado abordaje sobre la educación sanitaria, el 53,1% respondió negativamente. Las principales barreras identificadas para la educación sanitaria incluyen: 60,8% falta de un protocolo reglado, 52,3% falta de motivación, 23,1% falta de personal de enfermería, 22,3% falta de tiempo y 17,7% otros.

Conclusiones

A pesar de que una parte significativa de las enfermeras realiza actividades educativas, existen importantes barreras que limitan la efectividad en la educación. Es crucial desarrollar protocolos estandarizados y proporcionar recursos adecuados para mejorar la educación del paciente y su calidad de vida. Conocer los resultados de la educación sanitaria podría disminuir las barreras identificadas en este estudio.

Miedo a caer en pacientes en hemodiálisis: implicaciones funcionales y necesidad de intervención

Anabel Ramírez-García^{1,2}, Isabel López-Moreno¹, David Seoane-Represas¹, Aida Bonet-Auge^{2,3}

¹ Consorci Sanitari de l'Anoia. Hospital d'Igualada. Barcelona

² Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de Lleida. Lérida

³ Grupo de Investigación en Educación para la Salud, Enfermería, Sostenibilidad e Innovación. Universitat de Lleida. Lérida. España

Introducción

El miedo a caer es una preocupación frecuente y poco explorada en pacientes en hemodiálisis. Este miedo se genera debido a la combinación de factores como debilidad muscular, hipotensión postdiálisis, neuropatía y alteraciones del equilibrio. Este temor puede llevar a la restricción de actividades, pérdida de autonomía y un mayor riesgo de caídas reales, afectando significativamente la calidad de vida. Además, la inmovilidad derivada del miedo puede agravar la sarcopenia y la fragilidad, aumentando la vulnerabilidad del paciente.

Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar el miedo a caer en pacientes en hemodiálisis, su relación con la funcionalidad y calidad de vida, mediante el cuestionario FES-I.

Material y Método

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en enero 2025. Se incluyeron 88 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Se analizó mediante el instrumento Falls Efficacy Scale-International (FES-I) el miedo a caer en pacientes con o sin caídas previas. Se registraron datos sociodemográficos, para la valoración holística del paciente se realizó IF-VIG, KDQOL_36, Barthel, Dowton, Gijón y Pfeiffer. Los datos se analizaron mediante SPSS.

Resultados

La edad media de la población fue de 72,05 años (Rango 44-89); el 79,3% eran hombres. El tiempo en hemodiálisis medio fue de 2,87 años $\pm$ 2,87 (Rango 0-17). El 27,3% habían sufrido una o más caídas los doce meses previos. Según Downton, el 76,1% de la población tenía riesgo de caídas. Según Barthel un 28,4% dependencia leve-moderada, un 10,2% dependencia moderada-grave y un 1,1 % dependencia absoluta. La calidad de vida según cuestionario KDQOL_36 media fue de 64,14 sobre 100 (Rango 36,2-85,02) con una tasa de respuesta del 71,6%. Mediante el instrumento FES-I la prevalencia de

pacientes con miedo a caer fue del 50%. La puntuación total media obtenida fue de 11,26 (preocupación moderada). De las personas que sufrieron una caída los doce meses previos (n=24) el 41,7% manifestaron una preocupación baja a volver a caer, un 16,7% una preocupación moderada y el 41,7% una preocupación alta. Por otra parte, las personas que no experimentaron ninguna caída en ese periodo de tiempo manifestaron en un 53,1% preocupación baja, un 17,2% preocupación moderada y 29,7% preocupación alta. Subir o bajar escaleras y subir o bajar superficies inclinadas eran los ítems con mayor puntuación, seguidos de sentir preocupación al salir a un evento social y coger algún objeto que está en altura.

Conclusiones

El miedo a caer afecta tanto a quienes han experimentado caídas previas como a quienes no, lo que resalta la necesidad de intervenciones de prevención primaria y secundaria dirigidas a toda la población en hemodiálisis. Las actividades con mayor preocupación fueron subir o bajar escaleras y superficies inclinadas, seguidas de salir a eventos sociales y alcanzar objetos en altura. Estas preocupaciones pueden limitar la autonomía y aumentar el riesgo de caídas reales. Por ello, es fundamental implementar estrategias preventivas, incluyendo ejercicios de equilibrio, fortalecimiento muscular y educación en seguridad, para reducir el miedo y mejorar la confianza y movilidad de estos pacientes.

Percepción del grado de bienestar subjetivo en personas en hemodiálisis periódica

Vanesa Pardo-Vicastillo, M^a Teresa Andrino-Llorente, Mar Ruperto-López

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica impacta notablemente en el bienestar psicosocial de los pacientes, causando respuestas emocionales ambivalentes. Las personas en hemodiálisis presentan alta vulnerabilidad debido a la cronicidad de la enfermedad y el tratamiento dialítico.

Objetivos

El objetivo principal fue analizar la percepción del grado de bienestar subjetivo en personas en hemodiálisis, así como analizar su relación con las características sociodemográficas, la comorbilidad coexistente y la adecuación en diálisis.

Material y Método

Estudio observacional transversal descriptivo, desarrollado entre octubre 2024 y enero 2025 en una unidad de hemodiálisis. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia e intencional. Se establecieron criterios de inclusión (mínimo de tres meses en hemodiálisis y aceptación y firma del consentimiento informado) y exclusión (problemas neuropsicológicos, trastornos psiquiátricos y/o barrera idiomática e ingresos repetidos los últimos 6 meses). Los datos sociodemográficos, clínicos y/o analíticos, tratamiento farmacológico y la adecuación en hemodiálisis, se recogieron a partir de la historia clínica digital y cuestionario ad hoc. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética. La comorbilidad fue medida por el índice de comorbilidad de Charlson. Se utilizó el índice de Barthel para evaluar el grado de dependencia. El síndrome de desgaste proteico-energético se midió mediante la escala de malnutrición-inflamación. Para valorar el grado de bienestar subjetivo, se aplicó la escala validada en español del Índice de Bienestar Personal. Se empleó el modelo circunflejo de Russell para explorar las emociones. Análisis estadístico mediante SPSSv.28.0, p-valor<0,05 era significativo.

Resultados

En los 50 participantes del estudio, el 66% eran hombres, y la edad media de 74±12 años. El 64% estaban jubilados, y más de la mitad estaban casados. El 92% contaba con apoyo sociofamiliar. Más del 90% profesaba la religión católica y habían formalizado voluntades anticipadas el 14%. Las etiologías de la enfermedad renal más frecuentes fueron las glomerulopatías (24%) y nefropatía diabética (22%). El 52% de los participantes tomaba ansiolíticos, antidepresivos y/o inductores del sueño, y el 22% tenía hábitos tóxicos. La mediana del tiempo en hemodiálisis fue de 95,17 meses, y Kt/V de 1,6±0,3. La puntuación del índice de Charlson (RIQ:7-11 puntos) mostró alta comorbilidad. El 52% de los participantes tenía un alto grado de dependencia. La prevalencia del síndrome de desgaste proteico-energético fue del 70%. La puntuación del índice de bienestar subjetivo fue de 45±12 puntos. El grado de bienestar se correlacionó significativa y positivamente con la edad y con todas las dimensiones del cuestionario de bienestar ($r>0,50$; $p<0,001$). Al explorar las emociones, los participantes expresaron alegría (68%), serenidad (54%), soledad (24%), y miedo (14%).

Conclusiones

Las personas en hemodiálisis referían un alto grado de bienestar psicosocial medido por el índice de bienestar personal. Factores como el nivel sociocultural, el apoyo sociofamiliar, y la atención y cuidado en la unidad de hemodiálisis, incluyendo la adecuación en diálisis, afectaban positivamente al bienestar personal. Dada la repercusión e importancia del bienestar psicosocial en esta población, son necesarios trabajos multicéntricos de investigación que incluyan el bienestar como indicador clínico de calidad asistencial en las personas en hemodiálisis.

Percepción del prurito asociado a la enfermedad renal crónica en una unidad de hemodiálisis

Oihana Jiménez-Echeverría, Itxaso Zenotz-Pascual, Silvia Martínez-Duque, **Ana Ulzurrun-García**, Irene Larrañeta-Inda

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España

Introducción

El prurito asociado a la Enfermedad Renal Crónica (PaERC) tiene una elevada prevalencia (67%) en el paciente en tratamiento con hemodiálisis, está infra diagnosticado por dos motivos, porque los profesionales sanitarios no lo evaluamos a diario, pero también porque el paciente no lo transmite a los profesionales. Además, cuando el paciente refiere la presencia de PaERC, lo califica entre moderado y grave.

Objetivos

El objetivo principal del estudio es describir la percepción del PaERC por parte del personal de enfermería y la manifestación del mismo por parte de los pacientes.

Material y Método

Estudio observacional, transversal, llevado a cabo en una unidad de hemodiálisis de un hospital generalista y que ha recibido informe favorable del comité de ética del hospital. Se incluyeron los profesionales de enfermería que llevaban más de 3 meses trabajando en la unidad y los pacientes que llevaban más de 3 meses en hemodiálisis. Las variables de estudio fueron sexo, edad, tiempo trabajado para el personal de enfermería, tiempo en hemodiálisis para el paciente, cada una de las preguntas de los cuestionarios elaborados ad hoc para cada uno de los grupos y las escalas de valoración del prurito para los pacientes: Escala Numérica de Clasificación de Intensidad del Picor (WI-NRS) y la Escala de Gravedad de la Enfermedad Evaluada por el paciente (SADS). El personal de enfermería daba su consentimiento en el momento de rellenar el cuestionario y el paciente firmó consentimiento informado, previo a rellenarlo. Los datos del personal de enfermería se recogieron del cuestionario ad hoc elaborado para el estudio. Los datos de los pacientes se recogieron de historia clínica, VERSIA® y del cuestionario elaborado ad hoc, pasado en dos momentos con un mes de diferencia entre ellos. Todos los datos se recogieron en base de datos Excel y el análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS 25.

Resultados

Se incluyeron 31 profesionales de enfermería, 27 eran mujeres, el 38,7% tenían una edad comprendida entre 31-40 años y el 32,3% del personal llevaba más de 10 años trabajando en la unidad. El 54,8% del personal de enfermería pregunta sólo en ocasiones al paciente que tiene prurito. En la última semana, al 64,5% del personal, los pacientes no le habían referido tener prurito, el 19,4% habían educado entre 1-4 pacientes en medidas higiénicas de alivio del prurito, el 45,2% en dieta baja en fósforo y el 12,9% habían administrado medicación anti pruriginosa. Se incluyeron 125 pacientes, 35 mujeres, con una edad media de $69 \pm 14,5$. En el primer mes, el 56% de pacientes manifestó haber tenido prurito en las últimas 4 semanas, el 14% de pacientes informó a enfermería y el 22% de enfermeras preguntó a los pacientes. En el segundo mes, el 47% manifestó prurito, el 12% informó a enfermería y un 26% de enfermería preguntó a los pacientes. Según la escala SADS, en el primer mes un 25,4% de pacientes calificaba el PaERC de moderado-grave y en el segundo mes un 42%.

Conclusiones

La prevalencia de PaERC en la unidad es elevada, en ambos lapsos de tiempo, pero la mayor parte del personal no ha obtenido referencia de padecer prurito por parte del paciente y en esta misma línea no han puesto medicación anti pruriginosa ni han realizado educación relacionada con la dieta baja en fósforo. El personal de enfermería sólo pregunta a los pacientes que previamente han manifestado PaERC, no lo incluyen en su valoración diaria. En el segundo mes, ha disminuido el número de pacientes que han padecido PaERC, pero ha aumentado su percepción de gravedad.

Población migrante en hemodiálisis, ¿una atención con necesidades diferenciadas?

Ana María Sacristán-Román¹, Marta Sanjuan-Miguelsanz², Marina Burgos-Villullas³, Julia Audije-Gil⁴, José Guerrero-Carrillo⁴, M^a Luz Sánchez-Tocino⁵

¹ Fundación Renal Española. Centro Los Pinos. Valladolid. España

² Fundación Renal Española. Centro Los Olmos. Segovia. España

³ Fundación Renal Española. Centro Los Llanos III. Madrid. España

⁴ Fundación Renal Española. Madrid. España

⁵ Fundación Renal Española. Salamanca. España

Introducción

El crecimiento sostenido de la población migrante en España en los últimos años ha modificado el perfil sociodemográfico y eso se ve reflejado en las salas de diálisis. El cambio plantea nuevos retos para la práctica enfermera, que debe adaptarse a contextos culturales diversos y a necesidades específicas en el seguimiento y cuidado de estos pacientes.

Objetivos

Analizar las diferencias entre pacientes migrantes y españoles en hemodiálisis en cuanto a características del tratamiento, calidad de vida y situación de riesgo social.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en noviembre de 2024 en 15 centros de hemodiálisis. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento renal. La calidad de vida se evaluó mediante las láminas COOP/WONCA y el riesgo social con la escala de Gijón, que considera cinco esferas: situación familiar, nivel socioeconómico, condiciones de vivienda, redes sociales y apoyo social. El análisis estadístico se realizó con pruebas paramétricas (t de Student, ANOVA) y no paramétricas (U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis), según correspondiera, estableciendo significación en $p \leq 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 905 pacientes, 613 (68,2%) fueron hombres con una edad media $67,7 \pm 14,4$ años y etiología principal nefropatía diabética 241 (26,6%). Del total de la muestra, 146 (16,1%) fueron migrantes. Los pacientes migrantes eran significativamente más jóvenes ($56,8 \pm 15,8$ vs $69,8 \pm 13,2$; $p < 0,001$), con menor comorbilidad ($5,8 \pm 2,7$ vs $8,2 \pm 2,8$;

$p < 0,001$) y mayor proporción de mujeres (39,7% vs 30,8%; $p = 0,035$). Las pautas de hemodiálisis (frecuencia, duración, tipo de acceso vascular) fueron similares entre grupos. Sin embargo, los pacientes migrantes presentaron peores cifras de ganancia interdialítica ($p = 0,005$) y diferencias analíticas significativas (ácido úrico, colesterol, fósforo; $p < 0,001$), a pesar de mostrar una mayor eficacia dialítica (KT: 55 [50,4–58,7] vs 52,6 [46,9–57,5]; $p = 0,002$). En el plano social, los migrantes eran más activos laboralmente (27% vs 12%; $p < 0,001$), con mayor nivel educativo (24,3% con estudios universitarios vs 15,5%; $p = 0,006$), aunque vivían menos en pareja (51,8% vs 62,5%; $p = 0,024$). Respecto a la calidad de vida, obtuvieron puntuaciones mejores (menores valores en COOP/WONCA indican mejor percepción; $22,3 \pm 5,4$ vs $23,5 \pm 5,7$; $p = 0,025$), mientras que en el análisis del riesgo social presentaron peores resultados globales ($9,9 \pm 3,3$ vs $9 \pm 2,7$; $p = 0,042$), especialmente en las dimensiones de situación socioeconómica ($p = 0,001$), condiciones de vivienda ($p = 0,007$) y apoyos sociales ($p = 0,022$).

Conclusiones

Los pacientes migrantes en hemodiálisis presentan un perfil clínico y social diferenciado siendo más jóvenes, con menor carga de comorbilidad y mayor nivel educativo, pero con un entorno social más vulnerable. A pesar de obtener resultados adecuados en términos de eficacia dialítica, presentan alteraciones en parámetros que reflejan una menor adherencia al régimen dietético y al control de líquidos. Estos hallazgos sugieren la necesidad de reforzar la intervención enfermera con estrategias educativas adaptadas culturalmente, mayor seguimiento individualizado y programas que integren el abordaje social y nutricional como pilares para mejorar el cumplimiento terapéutico en esta población.

Prevalencia de la fragilidad en pacientes incidentes en hemodiálisis

Francisco Cirera-Segura, María del Rocío Manzano-Angua, María Adelaida Martín-Carrasco

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

La fragilidad se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad a diversas enfermedades y mortalidad. Se asocia con un incremento en caídas, hospitalizaciones, complicaciones del acceso vascular y reducción en la calidad de vida. En España, la incidencia y prevalencia de pacientes ancianos que inician hemodiálisis están en aumento y la prevalencia de fragilidad oscila del 26% al 73% dependiendo del instrumento utilizado. Dada la significación clínica de la fragilidad, su evaluación al inicio del tratamiento es una necesidad por lo que adoptamos la escala FRAIL para su identificación.

Objetivos

Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de la fragilidad de los pacientes incidentes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo prospectivo de noviembre de 2024 a marzo de 2025. Muestreo incidental, incluyendo 51 pacientes incidentes en hemodiálisis. Las variables estudiadas incluyeron características demográficas, etiología de la enfermedad renal, diabetes, y acceso vascular. Se utilizó la escala de FRAIL como herramienta validada para la fragilidad, compuesta de cinco ítems: fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso. Los pacientes se clasificaron como frágiles (>3 puntos), prefrágiles, (1-2 puntos) y no frágiles (0 puntos). Los datos se obtuvieron de historias clínicas y entrevistas. Este estudio siguió las normativas éticas europeas (GDPR/2018) y la Declaración de Helsinki. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistic 29.0. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Se estudiaron 51 pacientes incidentes en hemodiálisis. La media de edad fue $68,76 \pm 12,18$ años; la mayoría hombres 74,5% ($n=38$) y la etiología más frecuente fue no filiada 25% ($n=13$). Respecto a la valoración de la fragilidad, el 64,7% ($n=33$) se consideraron frágiles, el 29,7% ($n=15$) pre-frágiles y el 5,9% ($n=3$) no frágiles. Presentaron fatigabilidad 64,7% ($n=33$), problemas de resistencia 76,5% ($n=39$), problemas de deambulación 51% ($n=26$), comorbilidades 17,6% ($n=9$) y pérdida de peso 58,8% ($n=30$). No encontramos diferencias entre los grupos para la edad ($p=0,250$), género ($p=0,937$), IMC ($p=0,658$), procedencia ($p=0,611$), acceso vascular ($p=0,696$) o inicio urgente ($p=0,522$). La diabetes mellitus presentó una asociación significativa con la fragilidad ($p=0,012$).

Conclusiones

Los pacientes incidentes en hemodiálisis tienen una alta prevalencia de fragilidad respecto a la población general, independientemente del instrumento utilizado. En nuestra población, la prevalencia de fragilidad fue del 64,7%, si combinamos la prefragilidad, 94,4%. Podría deberse al instrumento utilizado ya que no existe consenso sobre cuál utilizar. No encontramos relaciones significativas de la fragilidad con la edad, el género o acceso vascular. La importancia del estudio radica en la identificación temprana de la fragilidad con un instrumento fácil y rápido, que permite realizar intervenciones para su prevención como programas de ejercicio y suplementos nutricionales. El estudio tiene limitaciones como diseño unicéntrico y pequeño tamaño muestral. Sin generalizar nuestros resultados, nos ha permitido conocer la utilidad de la escala FRAIL para identificar pacientes frágiles y prefrágiles que inician hemodiálisis. Como conclusión, en nuestra población existe una elevada prevalencia de fragilidad. La identificación de estos pacientes puede permitir intervenciones personalizadas y valorar el riesgo/beneficio del inicio de hemodiálisis.

Prevalencia de sarcopenia en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y su evolución tras el inicio de la diálisis

Eva Redomero-Herreros, María Ángeles Gómez-González, Ana Isabel Tapia-Elvira, Mónica Benítez-de Paz, María del Carmen Fernández-Hergueta, **Juan José Arranz-Cobo**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) conlleva una elevada carga clínica, siendo la sarcopenia una de sus complicaciones más frecuentes y relevantes. Esta condición, definida por la pérdida progresiva de masa y fuerza muscular, incrementa el riesgo de hospitalización, discapacidad y mortalidad en esta población vulnerable.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de sarcopenia en pacientes en fase prediálisis y su evolución tras el inicio de tratamiento con terapia renal sustitutiva, comparando los resultados entre hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP).

Material y Método

Se incluyeron 23 pacientes procedentes de la consulta ERCA, que fueron evaluados en el momento basal y tras 18 meses de tratamiento con HD (n=15) o DP (n=8). La masa muscular se valoró mediante bioimpedancia y la fuerza mediante dinamometría. Se utilizaron pruebas t de Student para muestras relacionadas y χ^2 para el análisis de asociaciones, con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. En la fase prediálisis, el 65% de los pacientes presentaban sarcopenia. Tras el seguimiento, la prevalencia aumentó al 78%, con una disminución significativa de la masa muscular (de $13,2 \pm 3,9$ a $11,8 \pm 2,6$ kg/m²; $p = 0,05$) y de la fuerza muscular (de $22,4 \pm 8,01$ a $18,25 \pm 5,54$ kg; $p = 0,01$). En el grupo HD, la sarcopenia pasó del 53% al 80% ($p = 0,07$), con reducción significativa tanto de la masa como de la fuerza. En cambio, en el grupo DP, la prevalencia descendió del 87,5% al 75% ($p = 0,250$), sin diferencias estadísticamente significativas.

Resultados

Los resultados sugieren que la sarcopenia progresa en pacientes con ERCA, especialmente tras el inicio de HD, mientras que en pacientes en DP se observa una tendencia a la estabilización. Este comportamiento diferencial podría estar asociado a una menor inflamación sistémica y mayor autonomía funcional en DP. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias personalizadas de monitorización y abordaje de la sarcopenia en función de la modalidad de tratamiento.

Programa de ejercicio intradiálisis: percepción, barreras y facilitadores en el equipo de enfermería de una unidad de hemodiálisis

Raquel Sola-Freire, Silvia Remírez-García, M^a Begoña del Villar-Torrent, Vanesa Gómez-Azcárate, María Izal-Luís, Milagros Berástegui-Balda

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona. España

Introducción

El ejercicio intradiálisis (durante la sesión de hemodiálisis) ha demostrado ser una intervención segura y eficaz para preservar la función física y reducir potencialmente la morbilidad de los pacientes. La implementación del ejercicio intradiálisis en la práctica clínica sigue siendo limitada por tener como primera barrera, el escepticismo de enfermería respecto a la viabilidad y beneficios del mismo. Estudios previos han mostrado como la actitud proactiva del equipo sanitario puede disminuir las barreras percibidas por los pacientes y favorecer su participación en programas estructurados de ejercicio físico.

Objetivos

Analizar la percepción y adherencia del equipo de enfermería tras un año de participación en un programa de ejercicio intradiálisis, así como identificar barreras y facilitadores para su integración en la práctica diaria.

Material y Método

Estudio de enfoque cualitativo mediante focus group que exploraban en profundidad las experiencias y percepciones del personal de enfermería. Participaron 9 profesionales de la Unidad de HD (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares), entre 22 y 59 años, que fueron parte activa del programa de ejercicio durante un año. Las sesiones grupales fueron moderadas por un investigador con experiencia en técnicas cualitativas y siguiendo una guía semiestructurada. Los datos fueron grabados, transcritos de forma literal y estudiados mediante análisis temático. Se identificaron patrones y categorías emergentes que permitieran comprender los factores facilitadores y las barreras percibidas en torno a la integración del ejercicio intradiálisis en la práctica clínica habitual.

Resultados

Las dos sesiones de focus group reflejaron una percepción mayoritariamente positiva del programa. Los profesionales destacaron, la mejora del bienestar físico y emocional de los pacientes, como su principal motivación. Destacaban como beneficios: el aumento de la masa magra, la fuerza muscular y la movilidad funcional. Como barreras se identificaron: una formación inicial percibida como útil pero insuficiente, y, la falta de herramientas prácticas para promover el ejercicio de forma eficaz. En relación con la seguridad, no se reportaron eventos adversos relevantes, y por el contrario, observaron mejoras funcionales, especialmente en pacientes con mayor adherencia. A nivel organizativo, se identificó la necesidad de señalización visible para facilitar la identificación de los pacientes activos en el programa y el tipo de ejercicio asignado, optimizando así la planificación durante la sesión. La colaboración con el equipo multidisciplinar fue considerada un facilitador clave.

Conclusiones

El programa de ejercicio intradiálisis fue bien acogido por el personal de enfermería, quien reconoció beneficios clínicos en los pacientes. Para una implementación sostenible, se requiere reforzar la formación del personal y el trabajo colaborativo. Promover la participación activa tanto de los pacientes como del personal con estrategias educativas y motivacionales podría mejorar la adherencia y consolidar esta intervención como prácticas sostenibles a largo plazo.

Composición corporal en personas hipertensas según el sexo

Carme Camps-Fernández, Yessica Advíncula-Pomacaja, Laura Miras-Díaz, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular (RCV) modificable. Su asociación con características antropométricas relacionadas con la adiposidad como el índice de masa corporal (IMC) o el perímetro abdominal (PA) han sido estudiadas y han mostrado limitaciones debidas a la no discriminación entre masa grasa corporal (MGC), muscular o visceral. La bioimpedancia (BIA) permite su diferenciación a bajo costo, con seguridad y facilidad de uso en comparación con otros dispositivos de medida. La realización de exploraciones como la BIA en la consulta de enfermería nos permite actuar preventivamente sobre los factores de riesgo cardiovascular y metabólico de las personas atendidas en la unidad de HTA.

Objetivos

Analizar comparativamente según el sexo los resultados obtenidos en la determinación de la composición corporal mediante BIA en una unidad de HTA y RV.

Material y Método

Estudio descriptivo comparativo retrospectivo. Muestra: personas derivadas a la consulta de HTA de enero-2023 a diciembre-2024. La enfermera realizó las mediciones de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en la consulta según las guías vigentes. El porcentaje de masa grasa corporal (MGC), masa muscular (MM), masa visceral (MV) y metabolismo basal (MB) se determinaron mediante BIA según indicaciones del fabricante. Se recogieron las variables: edad, sexo, etnia, estatura, peso, IMC, PA, diabetes mellitus (DM), dislipemia (DLP), enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad metabólica (EM), depresión, nivel de ansiedad, hábito tabáquico y actividad física. Se diseñó una base de datos con las variables en estudio. Análisis de datos con SPSS v22.

Resultados

N=117 (100%). Media de edad 52,3 años. 62 (53%) Hombres. 42 (34,4%) no caucásicos. PAS (<140) 80 (68,4%). PAD (<90) 92 (78,6%). DLP 73 (62,4%). DM 23 (19,7 %). ERC 15(12,8%). EM 93 (79,5%). Fumadores 31(26,5%). Se observaron diferencias significativas en el % de mujeres (M)/hombres (H) en términos de: actividad física si/no (32,6% vs 67,4%, p=0,01), nivel de ansiedad <4 (escala Goldberg) (33,3% vs 66,7%, p=0,02) y diagnóstico de depresión si/no (64,5% vs 35,5%, p=0,02). En la determinación de la composición corporal mediante BIA en M/H se obtuvieron respectivamente las medias de: %MGC (42,8±7,3 vs 28,2±6,8, p=0,0001). %MM (24,5±4,5 vs 31,3±5,3, p<0.001). %GV (9,4±3,1 vs 13,8±5,1, p<0,001) con resultados significativos. La media obtenida en H/M del IMC 30,6±5,3Kg/m² vs 29,9±4,4Kg/m² (p=0,3) y el PA alterado % (M>88cm/H>102cm): 81,8% vs 79,4% (p=0,1) no mostraron significación. La tasa media de MB fue de 1.502,4±175,1 Kcal en M y de 1.866,6±213,7 Kcal en H.

Conclusiones

Las mujeres respecto de los hombres presentaron significativamente niveles más elevados de depresión, sedentarismo y un menor control de ansiedad. En cuanto al análisis de la composición corporal los resultados mostraron significativamente un mayor porcentaje de MGC en mujeres, siendo la GV y la MM más elevada en hombres. El IMC y el PA no mostraron diferencias en la comparativa por sexo. La realización de la técnica de la BIA en la consulta enfermera de HTA, permite actuar preventivamente sobre factores de RCV relacionados con la distribución de la adiposidad y así determinar acciones diferenciadas desde la perspectiva de género para favorecer la pérdida de peso, promocionar hábitos saludables, cuidar el bienestar emocional y ofrecer programas de ejercicio personalizados.

Conocimientos y competencias nutricionales del personal de enfermería y técnico en cuidados auxiliares de enfermería en unidades de hemodiálisis: un estudio descriptivo multicéntrico

Cristina Ledesma-Torre^{1,2}, **Beatriz María González-Toledo**^{3,4}, Elena Arroyo-Bello³

¹Unidad Fundación Renal Española del Hospital General de Villalba. Madrid. España

²Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid. España

³Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España

⁴Universidad Autónoma de Madrid (IIS-FJD, UAM). Madrid. España

Introducción

La malnutrición y el desgaste proteico-energético son complicaciones frecuentes en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, asociadas a mayor morbimortalidad y peor calidad de vida. Diversos estudios reflejan carencias en la formación del personal de enfermería y en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), lo que puede limitar su implicación activa en la educación nutricional del paciente renal.

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar el nivel de conocimiento, familiaridad con las guías clínicas y la autopercepción de competencia de profesionales de enfermería y TCAE en unidades de hemodiálisis, con el fin de identificar necesidades educativas que mejoren la atención nutricional.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron datos durante 2 semanas mediante un cuestionario digital (Microsoft Forms), previa firma del consentimiento informado, en centros públicos y privados seleccionados. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad conforme a la normativa vigente en protección de datos. El análisis estadístico se realizó con STATA 18.0, utilizando estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; medias y desviaciones estándar para cuantitativas). Se exploraron posibles asociaciones entre las variables a través de pruebas paramétricas y no paramétricas, dependiendo de la normalidad de los datos cuantitativos.

Resultados

Participaron 70 profesionales: 64% enfermeras/os y 36% TCAE; el 80% se identificó como mujer. La edad media fue de 37,7 años (DE±10,5), y el 29% tenía más de 10 años de

experiencia en hemodiálisis. El tiempo medio de respuesta del cuestionario fue de 18 minutos y 49 segundos. Un 31% de los encuestados conocía las guías KDOQI/KDIGO. El 19% (n=13) consideraba tener suficiente formación sobre nutrición renal, aunque manifestaban tener máxima (25,7%) o buena confianza (41,4%) para interpretar parámetros técnicos, y solo un 2,9% manifestó un conocimiento muy alto sobre requerimientos proteicos y un 24,3% un conocimiento alto. La puntuación media total del cuestionario fue de 20,21 ± 4,29. Las preguntas con mayor acierto fueron aquellas referentes a la ganancia de peso interdialítico, al control de peso seco y a la ingesta hídrica recomendada en pacientes en hemodiálisis. En cambio, preguntas más específicas referentes a los signos de malnutrición proteica o sobre micronutrientes fueron las que presentaron un menor porcentaje de aciertos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total según el puesto de trabajo (p=0,0001), la fuente de formación (p=0,0109) y la familiaridad con las guías KDIGO/KDOQI (p=0,0025). No se hallaron asociaciones significativas con otras variables como género, antigüedad o centro de trabajo.

Conclusiones

Los resultados evidencian carencias formativas en conocimientos y competencias nutricionales entre el personal de enfermería y TCAE, especialmente en el manejo dietético, el uso de guías clínicas y la educación al paciente. Se detectaron necesidades formativas específicas en cuanto al manejo de micronutrientes, así como en la actividad física del paciente. Se identifican áreas prioritarias para reforzar la formación continua, con el fin de optimizar la atención nutricional del paciente en hemodiálisis.

Enfoque de parámetros clínicos, farmacológicos y económicos en pacientes con enfermedad renal crónica en distintas técnicas de diálisis

Elena López-Esteve, Laura Piquero-Calleja, Andrea Villalón-Vegas, Belén Sánchez-García, Alejandro Camarero-Comino, María Dolores Martínez-Esteban

Hospital Regional Universitario de Málaga. España

Introducción

La diálisis es esencial en el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Existen modalidades como la hemodiálisis en centro (HDC) y las domiciliarias, diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis domiciliaria (HDD). Aunque la diálisis domiciliaria (DD) ofrece ventajas como flexibilidad y calidad de vida, su adopción es limitada en comparación con la HDC.

Objetivos

Comparar los resultados de pacientes en diversas modalidades de diálisis (DP, HDD y HDC), analizando factores demográficos, clínicos, farmacológicos y económicos. Además de identificar las barreras, facilitadores y diferencias de género en la elección de la técnica.

Material y Método

Estudio de cohorte, observacional, descriptivo y comparativo de tipo transversal y unicéntrico, como piloto de un estudio multicéntrico futuro. Se incluyó a pacientes mayores de edad con al menos tres meses en diálisis. Se excluyeron aquellos con cambios recientes en la modalidad, enfermedades graves o falta de consentimiento. Se recolectaron datos clínicos, demográficos y analíticos, se registraron complicaciones asociadas con la técnica y fragilidad mediante la escala FRAIL. Se utilizaron escalas validadas de Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) y Patient-Reported Experience Measures (PREMs). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v.26, mediante pruebas paramétricas y no paramétricas, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se estudiaron 50 pacientes (33 en HDC, 9 en DP y 8 en HDD). Se encontró que un 88,2% de pacientes en DD frente a 60,6% en HDC, eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ($p < 0,05$). En cuanto a medicación, el grupo DD requirió más fármacos antihipertensivos en comparación con HDC (3 [1,5-4] vs 1 [0-2], $p = 0,017$). El rol en casa influyó en la decisión de modalidad, un 76,5% en DD

frente al 40,6% en HDC ($p < 0,001$). El 100% en DD valoraron el control sobre su tratamiento, mientras que el 28% en HDC dudaban de su capacidad para manejar la diálisis ($p < 0,001$). El 94,1% de los pacientes en DD reportaron recibir información sobre dieta y líquidos, frente al 58,6% en HDC ($p = 0,035$). Respecto a costes, las DD resultaron más caras que la HDC ($1.503,9 \pm 1.092,4$ vs $830,8 \pm 402,5$, $p = 0,024$), siendo la HDD la opción más costosa, pero los gastos de farmacia fueron similares en los tres grupos. No se encontraron diferencias significativas en las hospitalizaciones relacionadas con la técnica.

Conclusiones

Los factores que influyen en la elección de modalidad incluyen el espacio en la vivienda, el rol en casa y la autonomía esperada. Los pacientes en DD son más independientes para las ABVD, tienen control sobre su tratamiento y refieren recibir más información del personal sanitario en comparación con los de HDC. Respecto al coste, la DP es la modalidad más económica y la HDD la más costosa. No se encontraron diferencias significativas en la autopercepción ni en el impacto de la enfermedad, lo que sugiere que la modalidad de diálisis influye en la capacidad funcional, pero no en la percepción emocional o social de la enfermedad.

Entre la dedicación y el desgaste: sobrecarga del cuidador informal del paciente en hemodiálisis desde el enfoque adaptativo de Callista Roy

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

Hospital Terrassa. Barcelona. España

Introducción

Asumir el rol de cuidador de personas con enfermedad renal crónica en tratamiento dialítico conlleva un desgaste emocional progresivo que puede afectar negativamente a la salud del cuidador y del paciente.

Objetivos

Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador informal de pacientes en hemodiálisis.

Específicos:

- Identificar el perfil socio demográfico del cuidador informal.
- Relacionar el nivel de sobrecarga con los datos socio demográficos.
- Conocer las opciones de intervención motivadoras para los cuidadores que les capaciten en conocimiento y habilidades.

Material y Método

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Con una muestra de 40 cuidadores, con un nivel de confianza del 95%. A quienes se valoraron a través de la escala de Zarit y una anamnesis a los cuidadores, utilizando para su proceso el software SPSS.

Resultados

Se identificaron distintos niveles de carga percibida, el 52% una carga nula o baja, explicada con la teoría de la adaptación de Callista Roy, el 40% reporta una sobrecarga de leve a moderada, un pequeño porcentaje presentó niveles más altos, el 2,5% moderada a severa y el 5% manifestó carga severa. La edad media del cuidador es de 65,83 años, en un 75% es de género femenino, un 67,5% se trata de la esposa del paciente y consideradas en un 32,5% a hijo/a, nuera y madre. Las horas de dedicación del cuidador de los pacientes en un 45%

es alta (10-24 horas), encontrándose una asociación estadísticamente significativa con el valor de sobrecarga. Por otra parte, el 42,5% de pacientes son independientes el 17,5% mínima dependencia, media del 15% y total de un 25%. Determinando a través de V de Cramer una asociación fuerte y positiva entre estas variables es decir que, a mayor nivel de dependencia del paciente, mayor es la sobrecarga percibida. Las opciones de intervención motivadoras, la mejor valorada fue el grupo de familia con un 97,5%, el listado de difusión 57,5% el blog con 47,5%, el taller de salud en un 37,5% y el ocio/manualidades en 27,5%.

Conclusiones

Se puede evidenciar distintos niveles de sobrecarga percibidos con la muestra analizada, más de la mitad de los cuidadores reportaron carga nula o baja (52%) sin embargo el 40% experimenta una sobrecarga leve o moderada, un pequeño, pero relevante porcentaje presenta altos niveles de sobrecarga (2,5% moderada a severa y 5% severa), lo que indica necesidad de atención específica para este grupo. La edad media es de 65,83 años y el perfil predominante es para las mujeres, este dato destaca la carga asumida por las mujeres de edad avanzada en el rol de cuidado. Se muestra una asociación significativa el tiempo de dedicación al cuidado y el grado de dependencia del paciente con el nivel de sobrecarga percibida. Por último, en relación con las intervenciones motivadoras, la opción mejor valorada fue el grupo de familia, esto sugiere que las estrategias basadas en el acompañamiento emocional y el intercambio social tienen mayor aceptación entre los cuidadores, considerando no solo su nivel de sobrecarga sino también sus preferencias en cuanto a intervenciones de ayuda.

Prevención de la enfermedad renal crónica desde la infancia: el rol clave de la enfermería en programas educativos escolares

Paula Manso del Real¹, Julia Audiye Gil¹, Maria Dolores Ojeda Ramírez², Antonio López González³, María Concepción Pereira Feijoo⁴, M^a Luz Sánchez Tocino⁵

¹ Fundación Renal Española. Madrid. España

² Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

³ Complejo Hospitalario A Coruña. España

⁴ Fundación Renal Española. Centro TEIXEDAL. Pontevedra. España

⁵ Fundación Renal Española. Centro Las Encinas. Salamanca. España

Introducción

La prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad renal crónica (ERC) son clave para reducir su impacto. La educación en salud a estudiantes de Educación Infantil y Primaria promueve hábitos saludables y los convierte en agentes de cambio en su entorno familiar.

Objetivos

Este estudio evaluó el impacto de un taller educativo midiendo los conocimientos de alumnos y familiares antes y después de la intervención.

Material y Método

Se realizó un estudio cuasiexperimental, pre y post intervención, en cinco centros escolares de España, con niños de 5 a 11 años. La intervención educativa, conducida por personal de enfermería, constó de tres fases: evaluación inicial de conocimientos sobre la ERC en estudiantes y familiares, intervención escolar mediante charla-taller, y evaluación postintervención para medir los cambios en los conocimientos. La evaluación se realizó con cuestionarios diseñados según la edad de los participantes. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como media y desviación estándar. Tras evaluar la normalidad, se utilizó la prueba t de Student para variables normales, Wilcoxon para no normales y chi cuadrado para cualitativas. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0, con $p \leq 0,05$.

Resultados

Se recopilaron 591 respuestas de niños (293 antes, 286 después) y 126 de adultos (85 antes, 41 después). La edad media de los niños fue de $9,9 \pm 1,6$ años (50,1% varones) y la de los adultos, $45,4 \pm 10,1$ años (28,6% varones). El análisis

mostró mejoras significativas en las puntuaciones de ambos grupos. La media de los niños aumentó de $6,5 \pm 2,3$ a $9,2 \pm 1,0$ ($p < 0,001$), y la de los adultos, de $8,0 \pm 1,3$ a $8,5 \pm 1,4$ ($p = 0,034$). No se observaron diferencias significativas por sexo. Antes de la intervención, los estudiantes tenían poco conocimiento sobre temas clave como el especialista en riñón (P1, 46,4%), el dolor renal (P2, 45,2%) y el marcador de función renal (P3, 34,0%). Después de la intervención, las respuestas correctas aumentaron significativamente, alcanzando entre 87,0% y 99,7%, excepto en la pregunta sobre opciones de tratamiento (P10; $p = 0,063$). En los familiares, el conocimiento inicial sobre salud renal fue superior al de los niños, salvo en hábitos saludables (P8, 68,2% frente a 85,5%) y opciones de tratamiento (28,2% frente a 92,9%). La única mejora significativa en los adultos fue en la pregunta sobre el dolor renal (P2), que subió del 54,1% al 80,5% ($p = 0,004$).

Conclusiones

Los resultados muestran que la intervención escolar mejoró el conocimiento sobre salud renal en niños y familias. La mejora en las puntuaciones familiares sugiere que los niños pueden ser agentes de cambio en la promoción de la salud renal. Este estudio destaca el papel fundamental de la enfermería en la prevención de la ERC, capacitando a los niños para promover la educación sanitaria.

Asociación entre la función física pretrasplante evaluada mediante PROMIS-29 y PROMIS Global Health y su relación con la inclusión en lista de espera y los resultados tempranos tras el trasplante renal

María Vera-Casanova, Eva Barbero-Narbona, Dolores Redondo-Pachón, Anna Bach-Pascual

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La función física reducida antes del trasplante renal se asocia a una mayor morbilidad postoperatoria, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor mortalidad. PROMIS-29 y PROMIS Global Health son herramientas estandarizadas que permiten evaluar de forma eficiente la salud percibida, incluyendo la función física, en candidatos a trasplante renal.

Objetivos

Analizar la asociación entre la función física pretrasplante, medida mediante PROMIS-29 y PROMIS Global Health, y los resultados clínicos durante la inclusión en lista de espera y el postoperatorio inmediato del trasplante renal.

Material y Método

Estudio retrospectivo unicéntrico con 100 pacientes adultos evaluados como candidatos a trasplante renal entre 2023 y 2024. Todos completaron PROMIS-29 v2.1 y PROMIS Global Health v1.2 al inicio del estudio pretrasplante. Se analizaron las puntuaciones de la dimensión de "función física" y su relación con: inclusión o exclusión de la lista de espera, mortalidad en lista y asistencia a urgencias en el primer mes postrasplante.

Resultados

El 69% de los pacientes fue incluido en lista de espera para trasplante renal. Durante el seguimiento, el 40% fue trasplantado y un 3% falleció antes de recibir el órgano. Entre los pacientes trasplantados, el 17,5% acudió a urgencias en el primer mes postoperatorio. Las puntuaciones más bajas en función física al inicio del estudio se asociaron a una mayor probabilidad de exclusión de la lista, mayor riesgo de mortalidad durante la espera y más consultas en urgencias, si bien estos resultados descriptivos deberán confirmarse mediante modelos multivariantes ajustados actualmente en desarrollo.

Conclusiones

La función física percibida antes del trasplante renal, evaluada con instrumentos PROMIS, podría ser un indicador útil para predecir resultados clínicos adversos. Su incorporación rutinaria en la evaluación pretrasplante podría permitir identificar a pacientes que se beneficiarían de programas de prehabilitación individualizada.

Descripción del estado nutricional de los pacientes post trasplante renal derivados del centro trasplantador al de referencia, mediante el uso de la bioimpedancia

Sonia Elvira-Carrascal, Judit Bou-Folgarolas, Merce Homs-del Valle, Marta Roquet-Bohils, Alex Sánchez-Doña, Emma Puigoriol-Juveny

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España

Introducción

El sobrepeso y la obesidad después del trasplante renal son frecuentes. El sobrepeso se asocia con complicaciones graves de salud.

Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es describir el estado nutricional del paciente trasplantado derivado del centro trasplantador, mediante el uso de la bioimpedancia, en una unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada.

Material y Método

Estudio transversal prospectivo. Se incluyeron los pacientes con trasplante renal funcional de más de 1 año de evolución, que fueron derivados del centro trasplantador a la Unidad de Nefrología del Hospital de Vic, (fueron pacientes de las XXXXXXXX). El período de estudio fue desde, febrero 2023 hasta febrero del 2025. Se excluyeron los pacientes trasplantados renales portadores de marcapasos o desfibrilador. Por protocolo en nuestra consulta se realiza una bioimpedancia a todos los pacientes trasplantados derivados por primera vez a nuestro centro. Para la recogida de datos se procedió al diseño de un cuestionario, en el que se registraron variables sociodemográficas y clínicas (edad, género, tiempo de TR, tipo de TR (vivo o cadáver), valores de la bioimpedancia (ángulo de fase (AF), masa magra (LTI), masa grasa (FTI), índice de masa corporal (BMI), sobrehidratación (OH). Se obtuvieron también valores analíticos como la albúmina (Alb), niveles de tacrolimus (TK) en sangre y la dosis farmacéutica de este. Registramos los resultados en una base de datos. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis inferencial utilizando la prueba de la chi-cuadrado y la T-student.

Resultados

Se han realizado un total de 17 mediciones a 17 pacientes. La media de edad fue de $63,6 \pm 12,4$ años y el 82,4% fueron hombres. Los pacientes llevaban una mediana de 7 (P25:3; P75:14) años trasplantados. De las 17 mediciones un 23,5% de pacientes presentaron un $BMI \geq 25$ y un 76,5% un $BMI < 25$. Del total de la muestra, los pacientes presentaron unos valores medios de AF: $5,25 \pm 0,96$; Alb: $4,30 \pm 0,32$; FTI: $10,02 \pm 4,05$; LTI: $14,27 \pm 2,31$; BMI: $24,82 \pm 3,79$. Analizando el tratamiento farmacológico inmunosupresor (TK), observamos una media de dosis de $3,85 \pm 1,38$ mg/día. Los pacientes con $BMI \geq 25$ se registra una dosis media de 4,25 mg/día de TK, mientras que los pacientes con $BMI < 25$ se registra una media de 3,73 mg/día de TK ($p=0,531$). De los pacientes que presentaron un $BMI \geq 25$ el 75% presentaban diabetes y un 100% hipertensión mientras que los que presentaron un $BMI < 25$ estos porcentajes fueron 38,5% y 61,5% respectivamente; estos resultados no son estadísticamente significativos, pero sí clínicamente relevantes. Cuando analizamos FTI según los pacientes que presentaron $BMI \geq 25$ ($14,4 \pm 5,3$) o $BMI < 25$ ($8,7 \pm 2,5$), las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,008$).

Conclusiones

En nuestro estudio, los pacientes con $BMI \geq 25$ presentan valores superiores de FTI y tienden a tener más diabetes, hipertensión y dosis de tratamiento inmunosupresor más elevadas. Una de las funciones de la enfermera de la consulta es identificar, valorar y prevenir factores de riesgo relacionados con el trasplante como la obesidad y así lograr una mayor supervivencia del paciente y del injerto.

Impacto de la sintomatología gastrointestinal y la diarrea en la calidad de vida y adherencia terapéutica en receptores de trasplante renal

Belén Peiz Jiménez, Verónica Gimeno-Hernán, Marina Pujol-Pujol, Rocío Fernández-Díaz, María Rosario del Pino-Jurado, Isabel María Pérez-Flores

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

Introducción

La microbiota intestinal está emergiendo como un modulador clave en el contexto del trasplante renal, influenciando tanto la aloinmunidad como el metabolismo de los fármacos inmunosupresores. La disbiosis, común en pacientes trasplantados, se asocia frecuentemente con una disminución de la diversidad microbiana y un aumento de proteobacterias, y podría estar implicada en la aparición de complicaciones como la diarrea postrasplante.

Objetivos

El objetivo fue analizar la influencia que la prevalencia de diarrea (≥ 3 deposiciones líquidas/día, según OMS) y la sintomatología gastrointestinal tuvieran sobre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en una cohorte de receptores de trasplante renal con al menos 6 meses de evolución postrasplante.

Material y Método

Para ello se diseñó un estudio observacional en el que se incluyeron 64 pacientes. La calidad de vida relacionada con la sintomatología gastrointestinal se evaluó mediante el cuestionario validado GIQLI, y la adherencia terapéutica mediante el test SMAQ, adecuado para contextos clínicos complejos. Se recogieron además variables demográficas, clínicas, comorbilidades y tratamiento inmunosupresor para su análisis corre-

lacional. Se incluyeron 64 pacientes con trasplante renal funcionando de más de seis meses. El 42% ($n=27$) eran hombres, con una edad media de 61 ± 14 años. Un 37,1% ($n=23$) eran diabéticos y el 95,2% ($n=59$) presentaban hipertensión arterial. El tiempo medio desde el trasplante fue de $9,79 \pm 7$ años. En un 37,1% ($n=23$) la causa principal de enfermedad renal fue una glomerulopatía crónica. El 56,6% ($n=35$) refirió haber presentado diarrea. La media global del GIQLI fue de 104,3 puntos, siendo significativamente más baja en los pacientes con diarrea. Solo un 19,4% ($n=13$) se clasificó en la categoría de "salud gastrointestinal buena". Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación GIQLI y la presencia de diarrea ($p=0,00$), así como con la adherencia al tratamiento evaluada por el test SMAQ. Respecto al tratamiento inmunosupresor, el 96,8% ($n=60$) de los pacientes recibía inhibidores de la calcineurina, el 29% ($n=18$) inhibidores de mTOR y el 69,4% ($n=43$) micofenolato mofetilo. No se halló asociación estadísticamente significativa entre el tipo de inmunosupresor y una mejor calidad de vida gastrointestinal. La diarrea postrasplante es altamente prevalente en pacientes con trasplante renal y se asocia de forma significativa con una menor calidad de vida gastrointestinal y una peor adherencia terapéutica. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una evaluación sistemática de la sintomatología digestiva en la práctica clínica y abren la puerta a nuevas estrategias de intervención, incluyendo el posible papel modulador de la microbiota intestinal.

Optimización de la gestión de alarmas en trasplante: nueva área de recepción y preparación de pacientes

Yolanda Amarilla-Tostado, Rosa Benet-Beltrán, Emma Gomà-Freixes, Mónica Milagros Gastelo-Anhuamán, Claudia Castrillo-Fernández, Raquel Morales-Simón

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

La Unidad de Nefrología y Trasplante Renal del hospital brinda calidad asistencial para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, garantizando la excelencia asistencial. El equipo interdisciplinario optimiza continuamente los procesos, alineándose con los estándares de la Norma ISO 9001:2015, incorporando herramientas de gestión de calidad a través del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente, facilitando la identificación y análisis de eventos adversos. En el 2023, se prepararon 268 receptores para trasplante y se realizaron 231 trasplantes, basados en protocolos asistenciales. Sin embargo, en la monitorización de incidencias se detectó la necesidad de mejorar la gestión de las alarmas de trasplante, con tres reportes relacionados con la falta de un espacio adecuado para la preparación de los pacientes. Estos hallazgos subrayan la importancia de optimizar la infraestructura y organización en esta fase crítica del proceso, garantizando una atención más eficiente y segura.

Objetivos

1. Crear un área para recepción y preparación preoperatoria de pacientes candidatos a trasplante.
2. Implementar una herramienta para optimizar la coordinación en alarmas de trasplante renal, garantizando calidad y seguridad.

Material y Método

Estudio retrospectivo y descriptivo de enero de 2022 a enero de 2023 para diseñar un área especializada en la preparación de alarmas de trasplante. Se analizó el espacio físico disponible en la unidad, evaluando su distribución y adecuación a los requerimientos operativos para optimizar la seguridad y eficiencia en la fase pre-trasplante. Se usaron herramientas de gestión de calidad para analizar riesgos y evaluar procesos, detectando áreas de mejora. Requirió de ajustes estructurales y organizativos, priorizando normativas de seguridad. Se

incorpora una herramienta para mejorar la comunicación en las alarmas de trasplante: una pizarra en la que se registra en tiempo real datos clave del proceso.

Resultados

Tras el análisis de las variables identificadas, se implementó un box exclusivo de preparación pretrasplante, asegurando su adecuación a los estándares de seguridad, calidad asistencial y normativas vigentes. Este nuevo espacio mejoró la coordinación del equipo interdisciplinario y reforzó la seguridad en la recepción y preparación de los pacientes. Como resultado, las incidencias reportadas en el Núcleo de Seguridad disminuyeron de 6 en 2022 a 0 en 2024. El tiempo medio desde la llegada del paciente hasta el quirófano se redujo de 16,33 horas a 11,67. La percepción del equipo sobre esta mejora ha sido positiva, con una valoración media de 4,59/5. Estos resultados evidencian el impacto de la optimización del área de preparación en la seguridad, eficiencia y calidad del proceso de trasplante.

Conclusiones

La participación del equipo de enfermería en las sesiones periódicas de gestión asistencial es fundamental para identificar necesidades y planificar proyectos de mejora. A través de un enfoque interdisciplinario, se integran perspectivas asistenciales y operativas, asegurando que los diseños cumplan con los estándares de seguridad, eficiencia y funcionalidad. La implementación de este espacio optimiza la preparación de los receptores de trasplante y fortalece la calidad asistencial, promoviendo una atención más segura. Además, la introducción de una herramienta simple mejora la coordinación, impactando positivamente la calidad y seguridad.

Comparación de estrategias de sellado en catéteres venosos centrales en pacientes en hemodiálisis

Mario Martínez-Torija, Diana Sánchez-Arroyo, Víctor Serrano-Fernández

Complejo Hospitalario de Toledo. España

Introducción

El adecuado sellado del catéter venoso central (CVC) en pacientes en hemodiálisis es fundamental para preservar su funcionamiento y prevenir complicaciones.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es comparar el efecto del sellado con Taurolock® frente a heparina al 5% sobre el rendimiento del tratamiento dialítico, así como el uso de tapones de clorhexidina asociado a esta última.

Material y Método

Estudio observacional, retrospectivo, de tipo cuasiexperimental. Se analizaron registros de sesiones de hemodiálisis correspondientes a dos períodos de tres meses, separados por un intervalo de lavado de dos meses. Durante el primer período se empleó Taurolock® como solución de sellado, y en el segundo se utilizó heparina al 5%. Se recolectaron datos sobre aclaramiento de urea (Kt), volumen dializado, presiones venosa y arterial, y eventos adversos relacionados con el CVC (infecciones, uso de urokinasa, recambio de catéter). El análisis estadístico se realizó mediante comparación de medias y proporciones, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Resultados

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el valor de Kt entre los dos períodos: Taurolock® $51,00 \pm 20,46$ vs Heparina $50,78 \pm 8,49$ ($p = 0,018$), lo que sugiere un descenso de las dosis dialíticas obtenidas con el uso con heparina, así como la necesidad aumentada de sellado con urokinasa ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias relevantes en las presiones venosa y arterial ($p = 0,35$ y $p = 0,76$), eventos infecciosos ($p = 0,464$) o número de recambios de catéter ($p = 0,98$) entre las distintas pautas de sellado.

Conclusiones

Aunque la heparina al 5% constituye una alternativa más accesible desde el punto de vista económico, su utilización podría impactar negativamente en la eficacia del tratamiento dialítico. El uso de tapones de clorhexidina tampoco presenta mejores resultados en la prevención de infecciones asociadas a catéter. Estos hallazgos sugieren la necesidad de evaluar de forma integral la relación coste-beneficio al seleccionar la solución de sellado para el CVC.

Comparación entre método dilucional por colorimetría y la ecografía doppler en la medición del flujo intra acceso de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis

Diego Campelo-Pantiga, Óscar Rolando Durón-Vargas, Ainara Marcos-Fernández

Fundación Hospital Jove. Gijón. Asturias. España

Introducción

Las fístulas arteriovenosas (FAV) son el acceso vascular ideal para la hemodiálisis. La vigilancia y monitorización del flujo intra acceso (Qa) permite la identificación precoz de posibles complicaciones. Existen diferentes métodos de detección y tratamiento que se clasifican en métodos de primera y segunda generación. Estos segundos abarcan los métodos de cribado dilucionales y la ecografía doppler.

Objetivos

Evaluar la correlación entre las mediciones del Qa de las FAV medido por ecografía Doppler y el método integrado en la máquina de diálisis NIKISSO DBB-EXA en pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio observacional que compara la medición del Qa de las FAV obtenida mediante ecografía doppler con la obtenida a través del método dilucional por colorimetría del monitor de diálisis Nikkiso. Para ello se han realizado mediciones del Qa en dos días no consecutivos en una sala de hemodiálisis de pacientes crónicos con ecografía doppler y, simultáneamente, a través del método dilucional del monitor Nikkiso a pacientes portadores de FAV nativa en uso sin ingresos hospitalarios en el último mes y con una antigüedad en el tratamiento de al menos 3 meses. Se excluyeron aquellos pacientes con FAV protésica o aquellos que hayan requerido alguna intervención recientemente. Los valores fueron recogidos previos al tratamiento en el caso del doppler y al inicio del mismo para el monitor. Para el análisis de datos se utilizó el software estadístico IBM-SPSS y pruebas de correlación de variables no paramétricas Rho de Spearman. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del hospital correspondiente.

Resultados

Se realizaron un total de 168 ecografías doppler y 56 mediciones del Qa con el monitor Nikkisso DBB-EXA a 28 pacientes, de los cuales 6 son mujeres y 22 son varones con una media de edad de 78 años. 18 son portadores de FAV húmero-cefálicas, 6 de FAV radio-cefálicas y 4 de FAV húmero-basílicas. Los valores del Qa medido por ecografía doppler y el obtenido por la máquina Nikkisso mostraron una correlación positiva fuerte entre ambas mediciones, $Rho = 0,629$ ($p < 0,0001$). Para valorar la reproducibilidad de las mediciones, se realizan pruebas de correlación entre las medidas recogidas mediante doppler, observándose una correlación positiva muy fuerte $Rho = 0,951$ ($p < 0,0001$), y, por otro lado, a las mediciones realizadas por el monitor Nikkiso, con una correlación fuerte $Rho = 0,682$ ($p > 0,0001$).

Conclusiones

Con los datos obtenidos se podría considerar el uso del método dilucional por colorimetría de la Nikkiso DBB - EXA como método de vigilancia del Qa de las FAV.

Conocimiento y adherencia al protocolo de manipulación del catéter tunelizado de hemodiálisis y factores percibidos en relación con las infecciones

Yessica Advíncula-Pomacaja, Carme Camps-Fernández, M^a Teresa Baz-Rodríguez, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

El uso de catéteres venosos tunelizados para hemodiálisis ha aumentado en los últimos años, debido al envejecimiento de la población y dificultad para establecer accesos vasculares nativos. Estos dispositivos conllevan un mayor riesgo de infección comparado con las fístulas, lo cual incrementa la morbilidad y mortalidad. Se estima que el 75% de las hospitalizaciones y el 60% de la mortalidad en esta población están relacionadas con infecciones asociadas al uso de catéteres.

Objetivos

Evaluar el nivel de conocimiento y la adherencia al protocolo de manipulación del catéter tunelizado (CVT) para hemodiálisis, por parte del personal de enfermería, así como identificar los factores que este percibe como influyentes en la aparición de infecciones.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo en una unidad de hemodiálisis, en el que participaron profesionales de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs). Se aplicaron dos encuestas anónimas. La primera, adaptada del cuestionario de Sonia Mendoza (2023), constó de nueve preguntas cerradas sobre la manipulación del CVT, medidas de asepsia, cuidados postimplantación, sellado del catéter y recogida de cultivos. Se establecieron tres niveles de conocimiento: bajo, medio y bueno. La segunda encuesta, diseñada ad hoc, para este estudio, incluyó cinco preguntas abiertas para explorar la percepción del personal sobre los factores relacionados con la aparición de infecciones y la adherencia al protocolo. Las respuestas cualitativas fueron categorizadas mediante análisis temático. Se utilizó Microsoft Excel para el procesamiento y análisis de los datos.

Resultados

Participaron 30 profesionales (76% (23) enfermeros/as y 24% (7) TCAEs), con un rango de experiencia en hemodiálisis entre menos de un año y 34 años. (edad media: 39 años). El 75% (23) presentó un buen nivel de conocimiento del protocolo de la manipulación del catéter. Sin embargo, solo el 23% (7) respondió acertadamente sobre el método más efectivo para el sellado del catéter. En la segunda encuesta, participaron 28 profesionales 79% (22) enfermeros/as y 21% (6) TCAEs, edad media 37 años. El 75% (21) afirmó cumplir siempre el protocolo, mientras que el 25% (7) indicó hacerlo casi siempre. Entre quienes reportaron adherencia estricta, el 68% (14) consideró que las condiciones clínicas del paciente influyen en la aparición de infecciones, seguidas por la duración prolongada del catéter 57% (12). Aquellos con adherencia parcial, identificaron factores adicionales, como ritmo asistencial y situaciones puntuales de urgencia. Sin mencionar discrepancias en la dotación de personal. Ningún grupo identificó la falta de experiencia como factor determinante. Un 69% (19) desconocía la incidencia de infecciones en la unidad.

Conclusiones

El personal de enfermería presenta un buen nivel de conocimiento en el manejo del catéter tunelizado para hemodiálisis, aunque se identifican áreas de mejora, especialmente en el conocimiento de los diferentes tipos de sellados del dispositivo. Desde la perspectiva del equipo, además de los factores clínicos del paciente y tiempo de permanencia del catéter, existen otros elementos que podrían influir en la aparición de infecciones, como el ritmo asistencial y las demandas puntuales del servicio. Estos resultados refuerzan la importancia de continuar promoviendo la formación continuada del equipo para aumentar la calidad del cuidado.

Eficacia del protocolo de sellado con Taurolock urokinasa y Taurolock heparina en la prevención de complicaciones en cateteres en hemodiálisis

Alicia González-Moreno, Ana Carmen Casado-Morente, Virginia Palacios-Navarro, Concepción Espliguero-Santos, Cristiam Martínez-Gil, Raúl González-Moreno

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

El catéter venoso central (CVC) es un dispositivo intravascular, generalmente de silicona o poliuretano, que proporciona un acceso vascular de alto flujo, en pacientes que requieren tratamiento en Hemodiálisis (HD). Los pacientes con CVC en HD están expuestos a diversas complicaciones que se clasifican en infecciosas, trombóticas, mecánicas y funcionales; aumentando el riesgo de morbilidad y aumento de hospitalizaciones. La uroquinasa es un agente trombolítico que activa el plasminógeno a plasmina, que degrada la fibrina, la principal proteína de los coágulos sanguíneos. La taurolidina es un agente antimicrobiano (bactericida y fungicida) y con propiedad antiinflamatoria y minimizando la formación de biofilm. El citrato y la heparina son anticoagulantes, con mecanismos de acción diferentes: el citrato actúa como quelante del calcio de forma local y la heparina potencia la acción de la antitrombina III, inhibiendo enzimas de la coagulación.

Objetivos

General:

- Evaluar la eficacia del sellado con Taurolock Urokinasa (TUK) y Taurolock Heparina (TH) en los CVC de nuestra unidad.

Específicos:

- Reducir la tasa de infección.
- Evaluar la incidencia de trombosis del CVC tratados con cada tipo de sellado.
- Determinar la necesidad de intervenciones adicionales como los recambios de catéter.
- Optimizar el flujo sanguíneo (Qb) de los catéteres.
- Mejorar la eficacia dialítica (Kt/v).

Material y Método

Estudio observacional descriptivo de corte transversal con una muestra 30 pacientes en HD con CVC tunelizado durante un seguimiento de 12 meses.

Criterios de inclusión: Presentar CVC durante menos de 6 meses, sin respuesta a los sellados con heparina al 1% y 5% y no tener infecciones al inicio. Se realizó el sellado con TUK (primer y segundo día de la semana) y TH (el último día) durante 6 sesiones. Después se utilizó TUK el primer día de la sesión en HD y el resto de las dos sesiones TH. Realizando una evaluación mensual de: episodios de bacteriemia, obstrucciones (necesidad de uroquinasa adicional), tasa de flujo de sangre (ml/min) y Kt/V mensual.

Resultados

- Reducción de bacteriemias: 3 episodios por año antes y ninguno utilizando estos sellados.
- Menor obstrucción del catéter: 4 eventos antes frente a 2 realizando el protocolo.
- Aumento del flujo sanguíneo: al inicio 300±350 ml/min a 350±400 ml/min.
- Mejora del Kt/V mensual de 1.1±1.3 a 1.3±1.6, lo que refleja una diálisis más eficaz.
- Reducción del recambio de catéter de 9 pacientes a 1 durante el año con TUK y TH.
- Incremento de la eficiencia asistencial mediante la optimización del tiempo, al prescindir del protocolo pre-uroquinasa, que implicaba 40 minutos adicionales por sesión.

Conclusiones

La implementación de nuestro protocolo realizado con los sellados de TUK (una vez por semana) y TH (dos días restantes), ha demostrado ser eficaz en la reducción de complicaciones infecciosas y trombóticas en paciente con HDSe observó una mejora en los flujos sanguíneos, favoreciendo una diálisis más eficiente. Al presentar menos complicaciones en el CVC se logró una disminución de recambio de los mismos. Es fundamental seguir reforzando las medidas de higiene y cuidado del acceso vascular para prolongar su funcionalidad y minimizar los riesgos asociados.

Eficacia del uso de discos de plata para la cura de catéter venos central tunelizado con orificio equivoco

Verónica Gamarra-González, **Celia Matesanz-Sanchidrián**, Miriam Berzal-Gómez, Noelia Velasco-Cardiel, Judit Pinillos-García, Noelia Blanco-Velasco

Hospital General de Segovia. Segovia. España

Introducción

En los últimos años hemos sido testigos del aumento de la prevalencia de pacientes portadores de catéter venoso central (CVC) en nuestras unidades de hemodiálisis, y con ella, han aumentado las complicaciones asociadas, por lo que el cuidado del orificio de salida se ha convertido en uno de los grandes retos para la enfermería nefrológica, dada su repercusión en la morbimortalidad del paciente y en la supervivencia de su acceso vascular. Son muchos los debates acerca de las técnicas y materiales utilizados para el cuidado del orificio del CVC pero todos ellos con un objetivo común, evitar las complicaciones asociadas, como son la contaminación externa y el riesgo de infección. Revisando las últimas evidencias sobre cuidados de CVC, destaca el uso de los apósitos en disco de plata como medida de prevención frente a las infecciones relacionadas con la contaminación del orificio de salida. Esto hace pensar que sería beneficioso incorporar su utilización en nuestro plan de cuidados del catéter venoso central tunelizado.

Objetivos

Incluir el uso de discos de plata en nuestro procedimiento para el mantenimiento del CVC para la cura de orificios equivocados y valorar los beneficios.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional descriptivo de pacientes en hemodiálisis de los pacientes portadores de catéter venoso central tunelizado durante seis meses (julio-diciembre). Se recogen datos referentes a la valoración del orificio de salida según criterios de Twardowski y se incluye el uso de discos de plata marca Silveron Lifesaver Ag para la cura de los definidos como equivocados mediante la implementación de un protocolo de cuidado del CVC diseñado específicamente para el estudio.

Resultados

De los 34 pacientes portadores de CVC prevalentes en nuestra unidad durante el periodo de estudio, presentaron criterios de orificio equivoco 9 pacientes. Se inició cura del orificio de salida con disco de plata prehidratado, se mantuvo durante 7 días y se realizó una reevaluación del orificio de manera semanal, según se había establecido en el protocolo. En 8 de los casos el orificio obtuvo una valoración perfecta a la reevaluación semanal. De estos 8, en 3 casos se recogieron cultivos por presencia de exudado el primer día, con resultado positivo, iniciando tratamiento profiláctico con pomada antibiótica a la semana a pesar de presentar de que el orificio era perfecto. En el caso restante, el orificio fue bueno a la reevaluación semanal, y se decidió mantener la cura con disco de plata hasta conseguir una valoración perfecta durante cuatro semanas. Se tuvo que reiniciar la cura con disco de plata posteriormente por recidiva de orificio equivoco, por lo que se mantuvo de manera preventiva durante cuatro semanas más.

Discusión

El uso de apósito de plata puede ser útil como herramienta de prevención contra infecciones en orificios equivocados de los CVC en hemodiálisis, evitándose así su progresión a infección aguda y las complicaciones asociadas a ella; sin embargo, somos conscientes del pequeño tamaño de nuestra muestra por lo que sería necesario aumentar el estudio para conseguir una mejor evidencia.

¿Es la fístula arterial venosa el primer acceso vascular de nuestros pacientes incidentes?

Ana Romero-Valero Romero, Nuria Sánchez-Flores, Francisco Javier Gallego, M^a Juana Carrasco-Caballero, Miriam Silva-Noa

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

Las recomendaciones para el acceso vascular de primera elección en hemodiálisis se centran en la creación de una fístula arteriovenosa nativa (FAVn), debido a sus ventajas en términos de supervivencia del acceso, menor frecuencia de infecciones, menor necesidad de reintervenciones en comparación con las fístulas protésicas (FAVp) y los catéteres venosos centrales (CVC), menor tasa de morbilidad y mortalidad y menor riesgo de hospitalización.

Objetivos

Analizar las características del acceso vascular con el que los pacientes incidentes inician hemodiálisis durante el periodo 2022-2024.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que inician tratamiento con hemodiálisis entre 2022 y 2024. Se analizaron datos anonimizados sobre el tipo de acceso vascular inicial (catéter transitorio [CT], fístula arteriovenosa nativa, fístula arteriovenosa protésica, catéter venoso tunelizado [CVT]), edad, sexo y procedencia (Diálisis Peritoneal [DP], consulta ERCA, Ingreso hospitalario, Urgencia, Trasplante Renal [TX]). Se diferenciaron pacientes no programados (con acceso vascular catéter transitorio) y programados. Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias y porcentajes de las variables, así como de las medias y desviaciones estándar para la edad según sexo y tipo de acceso vascular, con un enfoque específico en la subpoblación de pacientes procedentes de la consulta de ERCA.

Resultados

Durante el periodo estudiado, se incluyeron 241 pacientes (69 no programados y 172 programados). En el grupo de pacientes no programados, la edad media fue de 64,75 años (DE 12,60), con un 62,3% de hombres. La principal procedencia fue por Ingreso hospitalario (60,9%). En el grupo programado, la edad media fue de 63,40 años (DE 14,42), con un 65,1% de hombres. Entre los pacientes programados (n=172), la procedencia más frecuente fue ERCA (62,2%), iniciando la hemodiálisis con una FAV el 55,2% y con un porcentaje del 44,8% con catéter venoso tunelizado. La mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes no programados (20,3%) en comparación con el grupo de pacientes programados (5,8%). Si comparamos todos los pacientes procedentes de la consulta ERCA (programados y no programados n=118), el acceso vascular inicial más frecuente fue la FAV (nativa y protésica) en un 66,1% seguido del catéter tunelizado (24,6%) y con un catéter venoso transitorio en un 9,3%.

Discusión

La FAV es el acceso vascular de elección en nuestros pacientes incidentes procedentes de la consulta ERCA, dada su efectividad, durabilidad y menor riesgo de complicaciones infecciosas. Sin embargo se observa un aumento significativo en el uso de catéteres tunelizados. Una planificación adecuada y la creación temprana del acceso vascular optimizan las condiciones para un inicio más seguro y efectivo del tratamiento de la hemodiálisis. Los pacientes que inician diálisis de manera urgente, sin acceso vascular o sin un seguimiento adecuado tienen un peor pronóstico, mayor morbilidad y menor supervivencia.

Evaluación de la introducción de Citraflow como sellador en catéteres venosos centrales en hemodiálisis: comparación multicéntrica con otros selladores

Lucía Aguirre-Davó¹, Adrián Gómez-Campos²

¹ Fresenius Medical Care Services Andalucía, S.A. Centro hemodiálisis de Ciudad Jardín. Málaga. España

² Fresenius Medical Care España S.A. Madrid. España

Introducción

El uso de soluciones selladoras en catéteres venosos centrales (CVC) desempeña un papel clave en la prevención de complicaciones y en el mantenimiento de la funcionalidad del acceso vascular. Citraflow 4% ha sido recientemente incorporado en diversas unidades de hemodiálisis como alternativa a otros selladores.

Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar su desempeño clínico global, comparado con otras soluciones utilizadas, mediante el análisis del score VASACC.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo realizado en tres centros de hemodiálisis, con un total de 74 pacientes portadores de CVC. Se recogieron datos correspondientes al mes de marzo de 2025 y se clasificaron por tipo de sellador: Citraflow 4% (n=47), Heparina 1% (n=17), Heparina 5% (n=7) y Taurolock (n=3). El análisis se basó en el score VASACC (valor máximo: 90 puntos), que evalúa el buen funcionamiento del CVC a través de seis dimensiones: estado del apósito, signos de infección en el orificio de salida, permeabilidad, dificultad de chequeo de flujo, complejidad del catéter y complicaciones. En todas las variables, una puntuación más alta indica mejor condición clínica.

Resultados

Citraflow 4% obtuvo la mayor puntuación VASACC media (82,55), superior a la media global del estudio (81,05), mostrando resultados positivos en todas las dimensiones: permeabilidad (22,76/25), control de infección (18,89/20), complejidad del catéter (12,24/15) y complicaciones (3,74/5). Heparina 1% mostró también un buen rendimiento general (VASACC 80,94), aunque con mayor complejidad media del catéter (9,19). Heparina 5% presentó puntuaciones más ba-

jas en casi todos los parámetros (VASACC 72,29). Taurolock, con solo tres casos, obtuvo una puntuación VASACC de 78,67, la más alta en el control de infección (20/20) y apósito (5/5), aunque con la mayor complejidad del catéter (8,46).

Conclusiones

Citraflow 4% ha mostrado buenos resultados iniciales en cuanto a funcionalidad del CVC y puntuaciones elevadas en el score VASACC. No obstante, es necesario un mayor tiempo de seguimiento y el ajuste por variables clínicas y contextuales que podrían influir en los resultados. Además, no puede descartarse que, en accesos especialmente complejos, el rendimiento de Citraflow 4% no sea tan favorable, por lo que su uso debería individualizarse según las características del paciente y del catéter.

Evaluación de la seguridad y eficacia del apósito transparente en la fijación de agujas y catéter fístula en hemodiálisis

María Julia Toro-Melon, Valentín Lozano-Moledo, Clara Martí-Luque, Anna Cid-Climent, Núria Clemente-Juan, **Silvia Prat-Pons**

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

El desplazamiento de la aguja venosa (VND, por sus siglas en inglés) es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal durante la hemodiálisis (HD). Flujos sanguíneos de 350 a 450 mL/min pueden provocar una significativa pérdida sanguínea en minutos. Factores como la agitación, el deterioro cognitivo, la sudoración excesiva o una fijación inadecuada aumentan su riesgo. El uso de técnicas adecuadas de fijación, como los estilos "Chevron" o "mariposa", junto con la formación del personal y la concientización del paciente, son claves para prevenir estos eventos.

Objetivos

Analizar las incidencias de VND en pacientes sometidos a HD entre el periodo 2021-2024. Evaluar la seguridad y eficacia del apósito transparente 3M Tegaderm™ Film® como método de fijación de agujas y catéter fístula en pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los registros de las incidencias de VND entre el periodo 2021 y 2024, a través de registro digital en formato Excel, libretas físicas de reporte de incidencias y registros del núcleo de seguridad del centro. La tasa anual de incidentes se calculó dividiendo el número total de VND por el número total de HD realizadas con fístula arteriovenosa (FAV) en cada año, y multiplicando por 1.000 para expresar la tasa por mil tratamientos. Se revisó el procedimiento normalizado de trabajo (PNT): "Conexión del paciente al monitor según acceso vascular", con el objetivo de identificar oportunidades de mejora.

Resultados

Durante el periodo analizado 2021-2024, se registraron un total de 12 incidentes: 2 en 2021 (14618 sesiones HD con FAV), 4 en 2022 (12500 sesiones HD), 5 en 2023 (11959 sesiones HD) y 1 en 2024 (11797 sesiones HD). La tasa anual de extracciones accidentales por cada mil tratamientos fue: 2021: 0,13; 2022: 0,31; 2023: 0,41 y 2024: 0,08. Las principales causas fueron: 6 incidentes en pacientes con deterioro cognitivo, 1 incidente relacionado con fijación incorrecta por personal recientemente incorporado, 4 atribuibles a movimientos involuntarios del paciente (incluidos 2 de aguja arterial) y 1 sin causa determinada. Ninguno de los incidentes produjo consecuencias graves. Todos fueron detectados precozmente gracias a la monitorización de enfermería y, en algunos casos, a los sistemas de seguridad de los monitores de HD. Ante la dificultad en la recopilación de datos, se mejoró el sistema de reporte creando un registro digital propio en Excel dirigido a incidentes graves del acceso vascular: VND y separación del acceso (catéter venoso central, aguja o catéter fístula) de la línea sanguínea de HD. Asimismo, se actualizó el PNT, incorporando imágenes ilustrativas y recomendaciones prácticas, y se llevó a cabo una campaña de concienciación dirigida a los pacientes y profesionales.

Conclusiones

Durante el periodo 2021-2024 se observó una baja tasa de VND, lo que sugiere que el uso del apósito transparente 3M Tegaderm™ Film® es un método de fijación seguro y eficaz. Como medidas complementarias, se actualizó el PNT, se implementó un sistema digital de registro de incidentes y se reforzó la educación dirigida a pacientes y profesionales con el fin de fortalecer la seguridad del procedimiento.

Evaluación de un método alternativo para la medición del flujo vascular mediante ecografía

Alberto Sánchez-Martín

Fundación Hospital Jove. Gijón. Asturias. España

Introducción

Estimar el flujo vascular mediante ecografía es fundamental para el manejo del acceso vascular. Esta medición puede presentar sesgos intra e inter-observador que condicionen una adecuada interpretación del resultado.

Objetivos

Analizar un método de medición de flujo vascular de forma transversal al vaso como alternativa a la medición longitudinal clásica.

Material y Método

Estudio prospectivo experimental externo al entorno hospitalario. Se utilizó un ecógrafo doppler con sonda lineal de 10 Mhz y un inclinómetro bluetooth BT anexo a la sonda. Se realizaron 216 automediciones en la arteria carótida primitiva, haciendo la media cada tres mediciones consecutivas. Para el método clásico se visualizó el vaso en longitudinal, inclinando la emisión del haz de ultrasonidos en la configuración del equipo hasta obtener un ángulo de insonación de 60°. El volumen de muestra fue 2/3 del vaso sin aproximarse a las paredes. El flujo se calculó acorde a la bibliografía, registrando el diámetro y la media de las velocidades medias. Se aplicó la fórmula: $\text{flujo (ml/min)} = \text{velocidades medias (cm x s}^{-1}) \times \text{área del vaso (} 2\pi(d/2)^2 \times 60$. La medición alternativa se efectuó con ayuda del dispositivo externo de posicionamiento. El equipo se ajustó manualmente. La inclinación del haz de ultrasonidos fue de 0°. Se indicó también un ángulo de insonación doppler de 60°. Se colocó en la sonda el dispositivo de posicionamiento. Este inclinómetro se conectó a un teléfono inteligente mediante BT. Se colocó la sonda en la piel, visualizando el plano transversal del vaso y de forma perpendicular

a la misma. Realizamos un cambio de 30 grados en el eje de la sonda, ayudándonos de los datos de posicionamiento espacial reflejados la pantalla del teléfono inteligente. De esta forma el ángulo de insonación doppler es el requerido de 60°. El volumen de muestra se ajusta a 2/3 del vaso, en su centro. Se registró el diámetro visualizado y las velocidades medias. Para el cálculo del flujo se utilizó la misma fórmula ajustando matemáticamente la medida del diámetro adquirida. Mediante trigonometría, el cálculo del diámetro del vaso real = diámetro visualizado (hipotenusa de un triángulo rectángulo) multiplicado por el coseno de 30° (ángulo de inclinación).

Resultados

Se estudiaron las variables cuantitativas diámetro, velocidad y flujo expresadas como media y desviación estándar. Se utilizó la prueba T de Student y correlación de Pearson con significación estadística de 0,05. Velocidad longitudinal media $17,50 \pm 2,73$ dv y transversal media $18,14 \pm 3,12$ dv. Diámetro longitudinal medio $0,617 \pm 0,06$ dv y transversal medio $0,686 \pm 0,06$ dv. Flujo longitudinal medio $313,21 \pm 63,09$ dv y transversal medio $305,42 \pm 79,62$ dv. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de velocidad y flujo con una correlación de Pearson moderada. Si existen diferencias significativas en el diámetro.

Conclusiones

El método transversal puede ser utilizado como una alternativa válida para medir velocidad y flujo. El diámetro está sobreestimado en modo transversal por la inclinación de la sonda precisando un ajuste trigonométrico.

Importancia del correcto uso del Taurolock Urokinasa como sellado en los catéteres de hemodiálisis en nuestra unidad: estudio longitudinal retrospectivo-prospectivo tras cambiar el protocolo de su utilización

Sandra Ruiz-Fernández, Javier Menárguez-García

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España, Hospital General Universitario Gregorio Marañón Infantil. Madrid. España

Introducción

En abril 2024 detectamos en nuestra unidad fallos en la reconstitución del Taurolock Urokinasa que afectaba a la efectividad en el sellado de los catéteres. Tras hablar con el representante y repasar la bibliografía, decidimos cambiar el protocolo de la unidad a finales de mayo y entrada en vigor en junio.

Objetivos

Valorar si hay mejoría en el funcionamiento de los catéteres tras cambiar el protocolo desde junio 2024 hasta finales de febrero 2025, en comparación con los 10 meses anteriores (agosto 2023 a mayo 2024).

Material y Método

Se realiza un estudio analítico longitudinal retrospectivo-prospectivo en el que se analizan los datos del funcionamiento de los catéteres (flujo sanguíneo, presiones arteriales y venosas y protocolos de sellados con urokinasa prediálisis) desde agosto 2023 a mayo 2024 para ver como estaban funcionando antes del cambio de protocolo, ya que hasta ese momento la reconstitución del taurolock urokinasa se hacía a mitad de sesión, unas 2 horas antes de la infusión del producto a modo de sellado, en vez de ser reconstituido justo antes de su utilización. Antes de cambiar el protocolo, se habla con el representante y se hace una búsqueda en internet tanto del prospecto del producto como de estudios para corroborar el buen uso del mismo, tras lo cual se hace patente que en nuestra unidad la efectividad se ve reducida por una preparación inadecuada. A partir de junio 2024, tras el cambio consistente en reconstituir el taurolock urokinasa justo antes de su administración, se comienzan a recoger mensualmente los datos del funcionamiento de los catéteres y, a finales de febrero 2025 se comparan los datos anteriores y posteriores.

Resultados

En junio 2024 había en nuestra unidad 41 catéteres permanentes, 23 (56,1%) sellados con taurolock urokinasa. Los datos hasta junio de 2024 de estos 23 catéteres fueron: 17 (42,6%) precisaban sellados con urokinasa prediálisis; el flujo sanguíneo medio era de 310 ml/h con presiones arteriales medias de -220 y venosas de 205. A finales de 2025, de los 41 catéteres anteriores, quedaban en nuestra unidad 23, tras el cambio de protocolo, quedan 8 (34,78%) sellándose con taurolock urokinasa, viéndose una disminución del uso de la misma. De los 8 los datos fueron: 4 (50%) precisaban de sellados con urokinasa prediálisis; el flujo sanguíneo medio fue 360 ml/h con presiones arteriales medias -210 y venosas 195. Finalmente se observa una mejoría importante en el funcionamiento de los catéteres de nuestra unidad tras cambiar el protocolo, así como una reducción en la utilización de los protocolos de sellado con urokinasa prediálisis y una reducción de la utilización del taurolock urokinasa a favor del taurolock heparina.

Conclusiones

La correcta utilización de los productos de sellado y su correcta reconstitución respetando los tiempos hasta su administración, son muy importantes para mejorar y preservar el buen funcionamiento de los catéteres de nuestros pacientes, por lo que es necesario revisar los protocolos de las unidades de diálisis para verificar que se está haciendo correctamente y disminuir los errores en su administración.

La ecografía como aliada de la enfermería en unidades de hemodiálisis: beneficios y percepciones de su uso en la práctica diaria

Cristina Otero- Moral¹, Noemia Cámaras-Gómez¹, Damián Carneiro-Teijeiro², María Concepción Pereira-Feijóo¹, Cecilia Peña-Rodríguez², José Guerrero-Carrillo³

¹ Fundación Renal Española. Centro TEIXEDAL. Pontevedra. España

² Fundación Renal Española. Centro Os Carballos. Pontevedra. España

³ Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

A pesar de que la evidencia respalda que el uso del ecógrafo vascular mejora tanto la calidad asistencial como la seguridad del paciente y del profesional, muchas enfermeras siguen mostrando reticencias a utilizar esta herramienta por falta de formación y escasa práctica clínica en el uso de la ecografía, lo que genera inseguridad y temor a realizar la técnica ecoguiada. El uso del ecógrafo en hemodiálisis podría suponer una mejora directa en la supervivencia de la fístula arteriovenosa (FAV), así como en la calidad del trabajo de enfermería, especialmente en pacientes con punciones difíciles. Dado que la enfermera es quien conoce de primera mano al paciente y detecta las primeras señales de disfunción en el acceso vascular, es fundamental fomentar su formación en esta técnica.

Objetivos

Este estudio tuvo como objetivo conocer los beneficios percibidos del uso del ecógrafo en la práctica clínica diaria de enfermería de 19 centros de hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario anónimo, enviado a través de GoogleForms por correo electrónico. Participaron un total de 116 profesionales de enfermería pertenecientes a diversas Unidades de Hemodiálisis. Aproximadamente el 63% del personal respondió voluntariamente. El cuestionario constaba de 11 preguntas cerradas. Se indagó sobre la experiencia laboral, el conocimiento y uso del ecógrafo, la formación recibida, su aplicación en la práctica asistencial, y la percepción de los encuestados sobre su relevancia profesional. El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva, utilizando el software SPSS 29.0.2.0, organizando las respuestas en frecuencias relativas para cada ítem.

Resultados

Los resultados permitieron obtener una visión global del nivel de integración del ecógrafo en la práctica clínica del personal de enfermería, así como identificar áreas de mejora formativa y organizacional en las unidades de hemodiálisis. El 61,7% del personal encuestado tenía más de cinco años de experiencia, y el 96,5% indicó que su unidad dispone de un ecógrafo portátil. Aunque el 93% afirmó haberlo utilizado alguna vez, solo un 43% lo usa con regularidad, mientras que un 50% lo hace ocasionalmente. En cuanto a la formación, un 34% declaró tener poca, un 47% alguna, y un 10% ninguna. La mayoría de los profesionales que han recibido formación la han obtenido de compañeros de enfermería (31%) o a través de cursos (19%). El 100% de los encuestados manifestó interés en formarse para utilizar el ecógrafo de manera efectiva. Los principales usos actuales incluyen punción ecoguiada (98,2%), selección de zonas alternativas (76,3%), detección de estenosis (67,5%), mapeo del acceso (50,9%) y cálculo del flujo (Qa) (30,7%). El 90,4% considera muy importante disponer de un ecógrafo en la unidad, y el 97,4% cree que su uso debe ser competencia enfermera. Sin embargo, un 61% admite no tener conocimientos en ecografía POCUS.

Conclusiones

Este estudio evidencia una percepción positiva del uso del ecógrafo por parte del personal de enfermería, aunque también revela carencias formativas importantes. La integración y uso del ecógrafo en las unidades de hemodiálisis mejora la atención al paciente renal y prolonga la vida útil del acceso vascular al facilitar la detección precoz de complicaciones.

Manejo del acceso vascular por parte de enfermería

Trinidad García-Castaño¹, Ana Casaux-Huertas², **Thais Castellano-Carrón¹**, Cristina Ledesma-Torre³, Marina Burgos-Villullas⁴, Elena Guerrero-Rodríguez⁵

¹Fundación Renal Española. Centro Los Lauros. Madrid. España

²Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid, Campus María Zambrano. Segovia. España

³Unidad Fundación Renal Española del Hospital General de Villalba. Madrid. Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid. España

⁴Fundación Renal Española. Centro Los Llanos III. Madrid. España

⁵Fundación Renal Española. Centro Los Llanos II. Madrid. España

Introducción

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel clave en la maduración y mantenimiento de la fístula arteriovenosa (FAV), el cual es primordial para garantizar su buen funcionamiento y conservación. Sin embargo, dicho manejo, puede diferir entre las distintas unidades de diálisis.

Objetivos

Objetivo general: Analizar las prácticas relacionadas con el manejo de la FAV en las unidades de diálisis.

Objetivos específicos:

- Describir las prácticas habituales en torno a la maduración, punción y selección de agujas en la FAV.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre el uso de ecografía Doppler entre los profesionales de enfermería.
- Explorar posibles asociaciones entre el nivel de conocimientos sobre ecografía y variables clínicas, como el tiempo de espera para la punción o la interpretación de presiones venosas elevadas.

Material y Método

El estudio se llevó a cabo mediante una encuesta online con preguntas cerradas divididas en ocho variables relacionadas con la maduración de la fístula, las técnicas de punción, el manejo de la presión venosa y el uso de la ecografía Doppler. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS y se llevó a cabo un análisis descriptivo, así como un contraste de hipótesis entre las variables de interés mediante chi-cuadrado.

Resultados

El análisis de las respuestas obtenidas (n=98), reveló que el 80% de los participantes promueve siempre ejercicios de maduración de la FAV. En cuanto al tiempo de espera recomendado para la primera punción de una nueva FAV, el 50 % indicó un mes y el otro 50% un mes y medio. La técnica de punción en escalera fue referida por el 59% del personal encuestado. Respecto a la orientación del bisel de la aguja, el 70 % señaló que se posiciona hacia abajo. En relación con el tamaño de las agujas utilizadas, el 100% refirió utilizar calibre 15G. El 60 % considera valores entre 200 y 250 mmHg como elevados, y en cuanto al conocimiento sobre el uso de ecografía Doppler, el 44% declaró tener conocimientos básicos y el 33% nivel intermedio. El análisis mediante la prueba de chi cuadrado, no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de espera para la primera punción, y el nivel de conocimientos sobre ecografía Doppler, ni entre la presión venosa elevada y dicho nivel de conocimientos.

Conclusiones

La mayoría del personal favorece las prácticas que promueven la maduración de la fístula y la técnica de punción en escalera. Sin embargo, existen variaciones en las prácticas dependiendo del tipo de unidad, y el nivel de conocimiento del personal, especialmente en el uso de la ecografía Doppler. Es crucial mejorar la formación continua en el uso de herramientas diagnósticas como la ecografía Doppler, y la estandarización de procedimientos para optimizar el cuidado de los accesos vasculares, y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

Nivel de conocimientos sobre autocuidado de la fístula arteriovenosa en pacientes sometidos a tratamiento con hemodiálisis

Marta Anguita-Montero, Ángela Morales-Martín

Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España

Introducción

El seguimiento del acceso vascular contempla el diagnóstico precoz, la prevención y la corrección de complicaciones. De la participación activa del paciente en el cuidado de su fístula arteriovenosa (FAV) depende en gran medida su funcionalidad y supervivencia.

Objetivos

Valorar el grado de conocimientos que tienen nuestros pacientes sobre el autocuidado de su FAV.

Material y Método

Estudio cualitativo descriptivo de corte transversal con muestreo por selección intencionada. El cuestionario, recogido entre el 17 y el 31 de marzo de 2025, cuenta con 29 ítems con escala de puntuación categorizada en cinco niveles: muy alto 25-29 puntos, alto 19-24, medio 13-18, bajo 7-12 y muy bajo 0-6. Contamos con una colaboración del 100% de los pacientes encuestados, siendo la muestra de 30 pacientes. Criterios de inclusión: pacientes con enfermedad renal crónica, que reciben tratamiento de hemodiálisis en nuestra unidad durante el periodo a estudio, cuyo acceso vascular es una FAV. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo, bajo nivel de conciencia y pacientes cuyo acceso vascular es un catéter venoso central.

Resultados

El 63,33% de los participantes fueron hombres y el 36,67% mujeres. La edad media de los encuestados es de 69,53 (con una desviación típica de 9,34). El tiempo medio en tratamiento con hemodiálisis de los pacientes encuestados es de 4 años y 10 meses. El 10% de los pacientes presentó un nivel muy alto de conocimientos, el 73,33% un nivel alto, el 13,33% un nivel medio y el 3,33% un nivel bajo de conocimientos sobre autocuidado de su FAV. El promedio de aciertos fue 20,5 (con una desviación típica de 3,2); siendo 24 el valor de los aciertos más frecuente, lo que sitúa el nivel de conocimientos de estos pacientes en el límite superior del rango alto. Obtenemos un 83,33% de aciertos en referencia al apartado sobre la necesidad de acudir a la unidad de hemodiálisis o al servicio de urgencias hospitalarias en los casos planteados en la encuesta.

Conclusiones

Los resultados evidencian un nivel alto de conocimientos sobre el autocuidado de la FAV en la muestra analizada. No obstante, se detectaron ítems con respuestas comprometidas que podrían reflejar ambigüedad, sesgo o desactualización en el instrumento de medida empleado. Se pone de manifiesto la necesidad de diseñar y validar un cuestionario actualizado, claro y específico sobre el autocuidado del acceso vascular tipo FAV para hemodiálisis, que permita evaluar con mayor precisión los conocimientos de los pacientes. Se propone implementar una estrategia educativa donde enfermería y pacientes participen activamente en la formación y educación sanitaria en el autocuidado de la FAV; así como fomentar la capacitación de nuestro personal de enfermería en el diagnóstico precoz, prevención y corrección inmediata de las complicaciones.

Revisión de la tasa de bacteriemias asociadas a catéter tunelizados en nuestra unidad de hemodiálisis: impacto de un protocolo de actuación

Juana Carrasco-Caballero, **Miriam Silva-Noa**, Esther Díaz-González

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

Una de las complicaciones más graves descritas para los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es la bacteriemia relacionada con catéter tunelizado (BCR), constituyendo una de las causas de mayor morbilidad. La mejor estrategia para la BCR es la prevención, siendo la medida fundamental la asepsia en el procedimiento de inserción y en su manipulación.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es revisar las BCR asociadas a catéter tunelizado (CT) durante 8 años con la aplicación de nuestro protocolo de cuidados de accesos vasculares.

Material y Método

Se realiza un análisis descriptivo y retrospectivo de episodios de BCR relacionadas con CT durante un periodo de 8 años comprendidos entre enero de 2017 y diciembre de 2024 en nuestra unidad de hemodiálisis (HD) hospitalaria. Se aplicó nuestro protocolo específico de cuidados del acceso vascular realizando curas del CT 1 vez/semana con clorhexidina alcohólica al 2% y sellado del mismo con citrato sódico al 4% y Taurolock por los profesionales de enfermería en la sala de HD, además de emplear estrictamente las medidas de precaución universal. La incidencia de BCR se calculó con la siguiente fórmula: número de BCR/ días de exposición de C.T x 1.000 días de catéter.

Resultados

Durante el año 2017 de 35 pacientes con CT de nuestra unidad de hemodiálisis hospitalaria, se registraron 4 casos de BCR con una tasa de incidencia de 0,89 BCR/1000 días de catéter. En 2018 y 2019 la incidencia fue de 0 BCR en 55 pacientes. En 2020 con una tasa de incidencia de 0,45 BCR/1000 días de catéter en 40 pacientes y en 2021 con una tasa de incidencia de 0,39 BCR/1000 días de catéter en

30 pacientes, se registra 1 BCR respectivamente. Durante el año 2022, de nuevo, se registra una incidencia de 0 BCR en 43 pacientes con CT que pasaron por nuestra unidad. En el año 2023 de 40 pacientes portadores de CT se registran 4 BCR con una tasa de incidencia de 0,15 BCR/1000 días de CT. Finalmente en el año 2024 se vuelve a obtener 0 casos de BCR en un total de 58 pacientes portadores de CT registrados en la unidad.

Conclusiones

Nuestro estudio muestra que un manejo correcto del CT con especial cuidado en la asepsia durante su manipulación y el cumplimiento de un protocolo adecuado es la principal y mejor herramienta para evitar las BCR relacionadas con los CT para HD. Nuestra unidad ha logrado una tasa de BCR que se puede clasificar de excelente en el periodo estudiado según los estándares de calidad del acceso vascular. Las medidas de precaución universal y la aplicación de protocolos de cuidados enfermeros son una estrategia eficaz y viable para prevenir bacteriemias en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Atención integral de enfermería frente al desarrollo de la sarcopenia en una unidad de diálisis domiciliaria

Vanessa Villegas-Jiménez, Anna Yuguero-Ortiz, Bárbara Romano-Andrioni, Nuria Clemente-Juan, José Luis Herrero-Vicente, Marta Arias-Guillén

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

Las terapias de diálisis domiciliarias aportan beneficios tanto clínicos como sociales a los pacientes que las precisan. La sarcopenia en los pacientes con enfermedad renal crónica que requieren diálisis es una complicación frecuente. La atención óptima para estas personas es esencial por la gran carga personal, social y económica cuando no se trata. El sistema de valoración integral que estableció Marjory Gordon, con sus 11 patrones funcionales, puede determinar el perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones que estén alterados o en peligro de alteración para posteriormente determinar los diagnósticos enfermeros que describan esa situación. La casuística de nuestros pacientes hace que, según estos patrones funcionales, podamos intervenir en la mayoría de ellos. Asimismo, la sarcopenia junto con todas las deficiencias de estos pacientes nos plantea un escenario asistencial complejo, por lo que definir unas actuaciones concretas y bien estructuradas nos permitirá atender sus necesidades, previniendo así las consecuencias negativas que tienen sobre ellos.

Objetivos

Identificar qué intervenciones de enfermería serían más adecuadas en el control de la sarcopenia en las unidades de diálisis domiciliaria.

Material y Método

Unicentro, observacional, descriptivo y transversal. Se evaluarán pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5D en programa crónico de diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria. Se recogieron datos sociodemográficos y el análisis de las variables de sarcopenia (biomarcadores serológicos, dinamometría, bioimpedancia, cuestionario SARC-F y batería corta de rendimiento físico) se hizo en relación con los patrones funcionales más prevalentes y con mayor relación con la sarcopenia.

Resultados

Incluimos 33 pacientes, 69,6% hombre. Según modalidad: 78,7% en terapia de diálisis peritoneal siendo un 76,9% hombres y 21,3% en terapia de hemodiálisis domiciliaria siendo un 42,8% hombres. Los patrones estudiados y más prevalentes fueron: -Patrón nº1 Percepción-manejo de la salud. Diagnósticos NANDA: Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano y Síndrome de fragilidad del anciano. Intervenciones dirigidas al conocimiento de la dieta y sus recomendaciones. - Patrón nº2 Nutricional-metabólico. Diagnósticos NANDA: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales y Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos. Intervenciones dirigidas a la monitorización nutricional.-Patrón nº 4 Actividad-ejercicio. Diagnósticos NANDA: Deterioro de la movilidad física, Riesgo de caídas del adulto, Disposición para mejorar el compromiso con el ejercicio, Estilo de vida sedentario y Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad. Intervenciones dirigidas a la monitorización del estado funcional y refuerzo de la actividad física.

Conclusiones

Estandarizar los procesos y las intervenciones mediante el análisis de los diferentes patrones funcionales y los diagnósticos NANDA nos ha permitido poder realizar un plan de cuidados individualizado, aunque para poder realizar una valoración integral será necesario estudiar el resto de los patrones funcionales de Marjory Gordon que no fueron analizados. Al no existir un tratamiento farmacológico aceptado para la sarcopenia el enfoque multidisciplinar de los pacientes en terapias domiciliarias será fundamental para prevenir la sarcopenia o ralentizar su progresión.

Impacto del sueño en las diferentes modalidades de diálisis peritoneal

Anna Luque Hernández, Mar Blázquez-Rodríguez, Marblava Buades-Sabater, Alex Andújar-Asensio, Cristina Quintana-Reyes, Pablo Mora-Giménez

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

Introducción

Las personas con enfermedad renal crónica en terapia dialítica presentan alteraciones en diferentes dimensiones de su vida, entre ellas el sueño, que es considerado una de las necesidades biológicas más importantes del organismo. Si bien las necesidades personales varían, en promedio, un adulto necesita entre 7 y 8 horas de sueño por noche. El dormir mantiene el equilibrio energético y molecular, así como también la función intelectual, el estado de alerta y el humor. La investigación demuestra que la falta de sueño aumenta el riesgo de padecer obesidad, enfermedades del corazón e infecciones. Según estudios previos sobre la calidad de sueño en pacientes en diálisis peritoneal, se reflejaba un peor descanso nocturno en automatizada (APD) vs manual (CAPD).

Objetivos

- Conocer la calidad del sueño en las diferentes modalidades de tratamiento en diálisis peritoneal.

Material y Método

Estudio cualitativo aleatorio en el que se valoró la calidad del sueño de 20 pacientes en programa de diálisis peritoneal, 15 en APD y 5 en CAPD, mediante el Cuestionario de Pittsburgh. El periodo de recogida de datos fue de enero de 2025 hasta marzo de 2025. Las variables estudiadas fueron el sexo, la edad, el tipo de diálisis domiciliaria, valoración calidad de sueño, horas de sueño, uso de fármacos inductores del sueño y tiempo en conciliar el sueño.

Resultados

El total de personas encuestadas de manera aleatoria durante el periodo de estudio fue de 20,15 en programa de APD y 5 en programa de CAPD, de los cuales 7 fueron mujeres y 13 hombres. La edad media fue de 71 años. Los hallazgos principales encontrados en la APD fueron que los pacientes lograban conciliar el sueño en menos de 15 minutos: 28,3%, entre 16-30: 57,14%, entre 31-60: 14,28% y ninguno de más d 60. Además, la media de horas de sueño era de 6,3 y el 28% de los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico inductor del sueño. Finalmente, la percepción de calidad de sueño fue, Muy buena en el 9,09%, Bastante buena en el 72,72%, Bastante mala en el 9,09% y Muy mala en un 9,09% de los casos. Por otro lado, los hallazgos principales encontrados en la CAPD fueron que los pacientes lograban conciliar el sueño en menos de 15 minutos: 33,3%, entre 16-30: 22,2%, entre 31-60: 22,22% y más d 60: 22,22%. La media de horas de sueño era de 6,57 y el 16,6 % de los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico inductor del sueño. La percepción de calidad de sueño fue, Muy buena: 33,33%, Bastante buena: 33,33%, Bastante mala: 33,33% y ninguno Muy mala.

Conclusiones

Aunque la bibliografía nos hablaba de un peor descanso en APD, nuestros pacientes tuvieron una calidad de sueño similar independientemente de la terapia que realizaban. Este estudio nos ha ayudado a demostrar que, al realizar una pauta individualizada en ambas técnicas conseguimos optimizar el descanso nocturno y por consiguiente mejorar la calidad de vida del paciente.

¿Puede el monitor de composición corporal discriminar en su análisis el líquido introducido en la cavidad peritoneal?

María Escutia-Cilleruelo, **Marta Fernández-Sampedro**, Cristiam Martínez-Gil, Ana Carmen Casado-Morente, María Moya-García-Renedo, Alicia González-Moreno

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

El BCM fue diseñado para determinar la cantidad de sobrecarga de líquidos que se produce en pacientes con insuficiencia renal así como el análisis de su composición corporal. Como resultado, el BCM puede ayudar a determinar con mayor precisión el peso seco individual de un paciente y, en consecuencia, a eliminar la cantidad correcta de líquido con el tratamiento renal sustitutivo elegido, así como valorar el estado nutricional del mismo, detallando en minutos la proporción de agua, masa magra y masa grasa de los mismos. Nos planteábamos en la Unidad de diálisis peritoneal, si esta prueba puede realizarse en cualquier momento del día, de manera independiente a la realización de un intercambio manual. Estos resultados podrían facilitarnos nuestra práctica diaria, pudiendo realizar dicha BCM en cualquier circunstancia, sin necesidad de modificar pauta del paciente, ni precisar conexiones y desconexiones extras. Por todo ello nos preguntamos, ¿es necesario para la correcta valoración del estado de hidratación y nutrición de nuestros pacientes, que la BCM se realice con la cavidad peritoneal vacía o, por el contrario, la medición no se vería alterada con el líquido peritoneal dentro de la cavidad?

Material y Método

Realizamos un estudio cuantitativo de casos control, en el que los pacientes son sus mismos controles, tomando como muestra todos los pacientes de Diálisis Peritoneal (DP) de la Unidad, en total 10 pacientes.

Realizamos en el mismo día 3 mediciones de BCM:

- 1º) Análisis con la cavidad peritoneal llena, en relación a su peso lleno.
- 2º) Análisis con la cavidad peritoneal llena, en relación a su peso seco.
- 3º) Análisis con la cavidad peritoneal vacía, en relación a su peso seco.

La muestra se distribuye de la siguiente manera:

- 70% hombres, edad media 53,2 años (rango entre 33-80).
- 30 % mujeres, edad media 61,6 años (rango entre 53-72).

Resultados

Cuando realizamos la BCM con líquido en la cavidad obtenemos un valor de sobrehidratación de 1,86 litros y cuando se realiza con la cavidad peritoneal vacía el resultado es de 1,87 litros, sin observarse diferencias significativas entre ellos ($p=0,89$), lo que confirma nuestra hipótesis nula. Sin embargo, si obtenemos una diferencia en los datos de composición corporal según el peso utilizado en la medición, sin relación al estado de la cavidad (llena o vacía), observando un cambio en los porcentajes de masa magra y masa grasa. Si realizamos la BCM con la cavidad peritoneal llena, pero utilizando el peso seco del paciente, los datos que obtenemos son similares a realizar la BCM con peritoneo vacío.

Conclusiones

Los datos demuestran que la BCM puede realizarse en cualquier momento del día, tanto con la cavidad peritoneal vacía como llena, sin tener modificaciones significativas en el resultado, en cuanto a hidratación se refiere. Esto facilita y agiliza la valoración de nuestros pacientes, pudiendo realizar ajustes de tratamiento de manera más eficiente y rápida. En cuanto a valoración nutricional, debemos realizar la medición, teniendo en cuenta su peso seco. Independientemente de si está con el peritoneo lleno o vacío, para que sea fiable el resultado.

Relación del ángulo de fase medido en la bioimpedancia eléctrica y los parámetros nutricionales en pacientes de diálisis peritoneal de nuestra unidad

Alfonso de la Vara-Almonacid, Laura Rubio-Campoy, Manuel del Pino-Carvajal

Hospital Infanta Cristina. Madrid. España

Introducción

La malnutrición proteico-energética afecta al 45% de pacientes en diálisis peritoneal, asociándose a una mayor morbilidad y mortalidad. Analizar estos factores que contribuyen a esta condición es esencial, para mejorar el estado nutricional. La bioimpedancia eléctrica (BIE) es un método no invasivo y objetivo, para evaluar, la composición corporal y el estado nutricional. Basada en el paso de una corriente alterna a través del cuerpo, el ángulo de fase a 50 Hz detecta cambios en la masa de tejidos blandos, identificando desnutriciones y ajustando intervenciones. La BIE mejora resultados clínicos, evaluando y monitoreando el estado de hidratación y la distribución de masa magra y grasa.

Objetivos

El objetivo principal del estudio fue analizar la relación entre el ángulo de fase a 50 kHz (AF50) y parámetros nutricionales, valorando su capacidad como marcador pronóstico de mortalidad a largo plazo.

Material y Método

Realizamos un estudio retrospectivo y observacional, con seguimiento de dos años (2022-2024), incluyendo a 24 pacientes (10 hombres y 14 mujeres) de 59 años de media y 34,1 meses de permanencia. Se recopilaron datos de los registros informáticos del centro, con aprobación del comité ético. Los datos de la BIE se obtuvieron con radiofrecuencias entre 5 y 500 Hz, incluyendo resistencia, reactancia y AF50. Analizamos peso normohidratado, índice de masa corporal (BMI), agua total (TBW), agua extracelular (EWC), agua intracelular (ICW), relación agua extra/intracelular (E/I), masa magra total (LTM), índice de masa magra (LTI), porcentaje de masa magra, masa grasa total (FAT), índice de masa grasa (FTI) y porcentaje de masa grasa. También analizamos albúmina, transferrina,

linfocitos, colesterol, HDL-colesterol, LDL-colesterol y proteínas totales. Usamos SPSS para análisis estadístico, expresando variables cuantitativas como media y desviación estándar, y cualitativas como porcentaje. Utilizamos la prueba de la t de Student y análisis de chi cuadrado. Calculamos correlaciones bivariadas con Pearson o Spearman, según la variable, y realizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov. También llevamos a cabo análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y rangos logarítmicos (Log-Rank). El análisis multivariable se realizó con la prueba de Cox, considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados

Los resultados muestran que el AF50 tiene una correlación positiva, moderada, significativa con LTM, ICW, ACM, albúmina, proteínas totales y linfocitos. A medida que el AF50 aumenta, también lo hacen la masa magra, agua intracelular, masa celular, albúmina, proteínas totales y linfocitos. Observamos una correlación negativa débil con FAT y E/I. No hay significación entre AF50 y TBW, PNH, BCM, colesterol, HDL-colesterol, LDL-colesterol y transferrina. Así mismo al dividir los pacientes en 3 grupos según ángulo de fase, 2° - 4° , 5° - 8° , y $>8^{\circ}$, (AF50hz) muestra una correlación significativa con indicadores nutricionales y supervivencia. Un mayor ángulo de fase (5° - 8° y $>8^{\circ}$) se asocia con mejores parámetros nutricionales (LTM, ICW, ACM, albúmina, proteínas totales, linfocitos) y una composición corporal más favorable, mientras que ángulos más bajos (2° - 4°) reflejan peores.

Conclusiones

En análisis de supervivencia (Kaplan-Meier y Log-Rank), el grupo con ángulo $>8^{\circ}$ muestra la mejor supervivencia acumulada, seguido del grupo 5° - 8° . El grupo 2° - 4° tiene el peor pronóstico. El ángulo de fase es guía de nutrición y mejora resultados clínicos.

Aplicabilidad de una intervención enfermera con los nuevos tratamientos nefroprotectores en enfermedad renal crónica avanzada: ISGLT2

Sergi Aragó-Sorrosal, Lida Rodas-Marín, Nuria Clemente-Juan

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

En los últimos años, los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) han demostrado una eficacia significativa en el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad renal crónica. Aportando beneficios tanto en la protección renal como en la reducción de eventos cardiovasculares. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la reabsorción de sodio y glucosa a nivel tubular, contribuyendo indirectamente a disminuir la progresión de la fibrosis renal. No obstante, su efectividad clínica depende de la adherencia terapéutica y del manejo de posibles efectos adversos (EA), especialmente durante los denominados días de enfermedad aguda -sick days-.

Objetivos

Evaluar el impacto del papel de enfermería en la adherencia terapéutica en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) tratados con ISGLT2. Describir los episodios de EA/sick days en este grupo de pacientes a lo largo del tratamiento. Valorar la creación de herramientas en función de la presencia de EA y para la prevención de los "sick days".

Material y Método

Estudio observacional realizado en un hospital de tercer nivel durante los años 2023-2024. La muestra de estudio fueron 150 pacientes de la consulta ERCA. El criterio de inclusión fue: ser tratado con ISGLT2 durante al menos 6 meses. El seguimiento fue realizado hasta la finalización de la consulta enfermera ERCA. Se analizaron variables demográficas, se aplicó el cuestionario de adherencia terapéutica Morisky-Green, y se recogieron parámetros analíticos como: filtrado glomerular estimado (FG), glucosuria y proteinuria. Se realizó la revisión de historias clínicas para la identificación y descripción de los posibles efectos adversos y sick days. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante estadística descriptiva e inferencial.

Resultados

La población a estudio fue 65 % hombres, edad media: $74,3 \pm 12,36$ años, fragilidad: 27% frágiles-40% prefágiles, resto no frágiles. FG inicial: $19,61 \pm 5,79$ ml/min versus FG final: $20,16 \pm 5,49$ ml/min, sin diferencias significativas ($p > 0,05$). Proteinuria inicial: $1,159 \pm 1412,96$ mg/l versus Proteinuria final: $843 \pm 1192,99$ mg/l, con diferencias significativas ($p > 0,05$). La adherencia al tratamiento fue valorada por la presencia de glucosuria en las analíticas y el cuestionario Morisky-Green inicial: 45% adherentes versus Morisky-Green final: 90% adherentes. El 10% de los pacientes presentaron sick days, -el 70% requirió asistencia en urgencias-; de los cuales 78% de los pacientes eran frágiles/prefrágiles. Las hospitalizaciones por Insuficiencia cardíaca congestiva se redujeron en un 2% comparada con el año 2022.

Conclusiones

El uso de los ISGLT2 en pacientes de una consulta ERCA puede suponer el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad; al menos en esta muestra de estudio. Aunque para ello, se precisa de la correcta adherencia terapéutica mediante un adecuado seguimiento enfermero, junto al manejo apropiado de los posibles efectos adversos y los denominados sick days. De este estudio, se derivó la necesidad de crear una herramienta para el control de los llamados sick days por parte de los pacientes de forma autónoma y asegurar el correcto seguimiento de los pacientes frágiles.

Conflicto decisional en los pacientes renales al elegir tratamiento sustitutivo

M^a Carmen Grau-Pueyo, M^a José Gordo-García, Conchita Blasco-Cabañas, Martina Pérez-Pérez, Malyori Alexandra Ortiz-Reinoso, Alberto Sánchez-Pérez

Corporació Sanitari Parc Taulí. Barcelona. España

Introducción

La elección de Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR), causa un gran impacto en la persona y su entorno. En esta decisión influyen la información recibida, soporte familiar, preferencias, y valores del paciente.

Objetivos

Conocer el número de pacientes que cambian de opinión y comprobar si existe conflicto decisional y/o arrepentimiento.

Material y Método

Estudio descriptivo observacional de corte transversal con 183 pacientes que eligieron TSR, tras el Programa Ayuda a la Decisión (PAD) en el periodo comprendido entre enero/2022 y diciembre/2023. Exclusión: negativa a participar, deterioro cognitivo y pacientes sin opción de elegir por contraindicación de una de las técnicas de diálisis. El estudio incluye pacientes que todavía no han iniciado tratamiento y pacientes en TSR. Variables principales: tratamiento elegido tras PAD y tratamiento que realizó finalmente; existencia de conflicto decisional y presencia de arrepentimiento por la decisión tomada. La Escala de Conflicto Decisional (ECD) nos proporciona datos sobre las percepciones personales de incertidumbre al elegir opciones y sobre factores modificables que contribuyen a dicha incertidumbre (sentirse desinformado, dudas sobre los valores personales, soporte insuficiente, etc.). También mide la satisfacción sobre la decisión. El grado de arrepentimiento nos vendrá dado por la escala de arrepentimiento por la decisión (DRS). Base de datos RedCap; paquete estadístico R versión 4.4.2 y Rstudio versión 2024. Variables cuantitativas: media con desviación estándar o mediana con rango intercuartílico y variables cualitativas: frecuencia y porcentajes. Comparación de grupos: variables cuantitativas prueba T de Student o Mann-Whitney test y variables cualitativas, Chi². Nivel de significación estadística 0.05.

Resultados

Tras la realización del PAD, 87 pacientes (47,8%) eligieron Diálisis Peritoneal; 82 (45,05%) Hemodiálisis; 10 (5,49%) Tratamiento Conservador; y 3 (1,65%) Trasplante Renal. Las personas más jóvenes eligen con mayor frecuencia DP (74,5%). Los pacientes con actividad física limitada o dependientes eligen mayoritariamente HD (72,5% y 60% respectivamente) y cobra más importancia la elección de tratamiento conservador (12,5% y 20% respectivamente). 56 pacientes que eligieron DP en el PAD, y 29 (51,78%) cambiaron de idea y acabaron realizando HD. De los 45 que habían elegido HD solamente 1 paciente (2,22%) cambió de idea y acabó realizando DP. El 23,33% mostró un grado moderado de arrepentimiento. No se encontró relación significativa con ninguna de las variables clínicas. El 63,3% de los pacientes mostraron conflicto en la decisión en una o varias de sus esferas. Al analizar los resultados en la escala de conflicto decisional comparando las personas que habían mostrado o no arrepentimiento observamos que existen diferencias significativas en todas las esferas, excepto en las esferas de información y valores (que justo son las dos esferas que muestran valores más altos en la media de todos los pacientes). La mayor diferencia se observa en la parte de ayuda y apoyo percibido.

Conclusiones

La elección del TSR, supone para la persona una situación de incertidumbre, un sentimiento de responsabilidad y una reflexión intensa de valores y principios que pueden generar conflicto decisional y arrepentimiento. Conocer los factores que intervienen, favorecerá que podamos ayudar a tomar una decisión efectiva y con menor impacto negativo.

Descripción de la coordinación entre la enfermera de enfermedad renal crónica avanzada y la enfermera de acceso vascular en el seguimiento del paciente de enfermedad renal crónica avanzada portador de fístula arteriovenosa

Carolina Sesmero-Ramos, Juliana Olivenza-Salgado, Cristina Moure-Vázquez, Eduardo Gallego-Valcarce

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. España

Introducción

El inicio del tratamiento renal sustitutivo (TRS) es el momento de mayor impacto de la enfermedad. Las primeras sesiones de diálisis, especialmente la primera, suponen una situación de alto coste emocional. Los pacientes con seguimiento en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), cuentan con educación sanitaria proporcionada por enfermería, pero habitualmente la enfermera que les atiende en su primera sesión y realiza las primeras punciones del acceso vascular (AV) no es la misma que ha llevado su seguimiento.

Objetivos

Describir la coordinación entre la enfermera de la consulta ERCA y la enfermera de AV en el seguimiento del paciente ERCA durante el proceso de creación, maduración e inicio de punciones de la fístula arteriovenosa (FAV).

Material y Método

Estudio descriptivo transversal realizado entre enero de 2024 y marzo de 2025. Incluyó a los pacientes de la consulta ERCA a los que se les realizó una FAV durante este periodo. Se recopilaron variables demográficas y datos clínicos de la historia electrónica (tiempo en consulta ERCA hasta construcción del AV, tipo de acceso vascular, datos de intervenciones de enfermería, tiempo desde la creación de la FAV hasta el inicio de punciones). Los datos se analizaron estadísticamente para cumplir con los objetivos del estudio.

Resultados

Se estudió a todos los pacientes de la consulta ERCA a los que se les realizó una FAV (n=48). Se realizaron 25 fístulas radiocefálicas, 11 húmerocefálicas, 5 radioperforantes, 4 prótesis húmeraxilares y 3 húmerobasílicas. El 62,5% hombres, con una edad media de $76,6 \pm 8,3$ años. El tiempo medio de seguimiento en la consulta de ERCA hasta la realización de la FAV fue de 897,72 días. El tiempo medio entre la realización de la FAV y el inicio de las punciones fue de 125,33 días. A las 24 horas de la realización del AV y en la posterior retirada de puntos, el 98,1% fue valorado conjuntamente por ambas enfermeras. El 1,9 % restante fue valorado solamente por una de las dos. Al 100% se le realizó una ecografía de control de maduración en la consulta multidisciplinar de AV (nefrólogo y enfermera AV). De los 48 pacientes, 12 iniciaron diálisis. El 100% de las punciones en las 6 primeras sesiones fueron realizadas por la enfermera de AV.

Conclusiones

En vista de los resultados obtenidos podemos afirmar que la coordinación entre la enfermera ERCA y la enfermera de AV asegura el seguimiento del paciente de ERCA que inicia TRS a través de una FAV. En todas las intervenciones (consulta ERCA, curas, ecografía de control del AV e inicio de TRS) el paciente contó con la presencia de una enfermera referente que permitió un acompañamiento, seguimiento y continuidad de cuidados. En próximos estudios valoraremos la realización de una encuesta a los pacientes para analizar los factores de estrés en las primeras punciones al inicio del TRS, la influencia de la presencia de una enfermera referente y la importancia de la humanización de los cuidados.

El acceso vascular empieza en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Introducción de la ecografía *in situ*

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

El acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es esencial para el enfermo renal tanto por la morbimortalidad asociada como por la repercusión en la calidad de vida. Su creación, maduración y mantenimiento hasta el inicio de HD constituye un reto que empieza en la consulta ERCA. La situación ideal consiste en obtener un AV permanente y funcional previo a iniciar HD.

Objetivos

El objetivo es cumplir el indicador de calidad de la acreditación ACERCA de que el 75% de pacientes ERCA, con más de 6 meses de seguimiento, empiecen HD con un AV definitivo óptimo. La ecografía constituye una herramienta esencial para monitorizar el AV. En nuestro centro, en el 2022, se instauró la realización de una ecografía del AV reglada dentro de las visitas ERCA, para monitorizar la funcionalidad y desarrollo del AV y detectar precozmente complicaciones. Evaluar la influencia de la instauración de la ecografía del AV *in situ* en la consulta ERCA de manera protocolizada y autónoma por el equipo de Nefrología.

Material y Método

Revisión de las ecografías del AV realizadas por Nefrología en las consultas ERCA entre el 2022-2024. De forma sistematizada, a las 4 semanas de la realización de una fístula arterio-venosa (FAV) nativa o protésica se citaba al paciente en consulta ERCA con ecografía AV. También se visitaron aquellos pacientes con FAV más antiguas a los que se detectó algún problema durante el seguimiento en consulta ERCA convencional.

Resultados

Se evaluaron en total 230 ecografías, 36 realizadas en 2022, 95 en 2023 y 99 en el 2024 lo que representa un aumento de esta actividad del 175% respecto al inicio. Un 27,8% de estas ecografías se realizaron a trasplantados renales en situación de ERCA. En el 75,2% de las ecografías se detectó un AV normofuncionante y en un 24,8% se detectaron anomalías siendo los hallazgos en un 11,3% de FAV trombosada, 6% FAV inmadura, 5,21% estenosis severa y 1,73% de FAV húmero-basílica con necesidad de superficialización. La detección de estas complicaciones permitió la derivación precoz a Cirugía Vascular y la realización de otra intervención quirúrgica que permitió conseguir un AV definitivo. Con estos resultados conseguimos que el 100% de los pacientes que empezaron HD de manera electiva lo hicieran con un acceso vascular definitivo. De los pacientes que empezaron por agudización el 83% también lo tenía un acceso vascular definitivo. Consiguiendo el objetivo ACERCA de que el 75% de los pacientes de la consulta ERCA han de tener al inicio de HD un acceso vascular definitivo.

Conclusiones

Conseguir un AV óptimo, disminuyendo la necesidad de catéter venoso temporal, debe ser un objetivo prioritario en las unidades ERCA. La ecografía es una herramienta básica para la vigilancia del AV que permite la detección precoz de complicaciones con la consiguiente derivación temprana a C. Vascular para conseguir otro AV óptimo. La introducción de la ecografía *in situ* en la consulta ERCA da autonomía para el seguimiento y detección de anomalías del AV. (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar).

El sueño alterado en la enfermedad renal crónica avanzada: una realidad frecuente

Ana Carmen Casado-Morente, María Escutia-Cilleruelo, Cristiam Martínez-Gil, Marta Fernández-Sampedro, Alicia González-Moreno, Concepción Espliguero-Santos

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

Los trastornos del sueño son una queja frecuente en pacientes de Enfermedad Renal Crónica avanzada (ERCA). La prevalencia es del 60-80%, frente a una 30% en la población general. Los últimos estudios han confirmado que el sueño de estos pacientes es corto, fragmentado, con un tiempo total de sueño disminuido y múltiples despertares; eso altera negativamente su calidad de vida.

Los trastornos del sueño se dividen en 3 grupos:

1. Disomnias: Insomnio de conciliación y de mantenimiento, sueño no reparador, síndrome de piernas inquietas (SPI) y apneas del sueño.
2. Parasomnias.
3. Trastornos del sueño relacionados con problemas médicos y psiquiátricos.

Objetivos

- Determinar la prevalencia de los trastornos del sueño en los pacientes de ERCA de nuestra unidad.

Material y Método

Estudio descriptivo de corte transversal.

Se evaluaron 68 pacientes, de los cuales: un 54% fueron hombres y mujeres un 46%. Edad promedio 56 años (14,7 DE).

Dentro de los antecedentes médicos presentan:

- Depresión: 13 (9,4%).
- Ansiedad: 5 (3,6%).
- Apnea del sueño: 2 (1,4%).

Fármacos que están tomando:

- Benzodiacepinas: 1 (0,7%).
- Antidepresivos: 7 (5%).
- Anticonvulsivos: 2 (1,4%).
- Antipsicóticos: 0.

Los pacientes presentan un: IMC>25: 61,2% y IMC<25: 38,8%. Para evaluar la calidad del sueño se ha utilizado el índice de Pittsburgh (PSQI); el cuestionario de Epworth para cuantificar la somnolencia diurna; el cuestionario de Berlín para evaluar la apnea del sueño, y la escala IRLS para la valorar el síndrome de piernas inquietas.

Resultados

La prevalencia de los trastornos del sueño en relación con las diferentes posibles causas asociadas fueron lo siguiente:

- En cuanto a la Apnea del Sueño, no es estadísticamente significativo que presenten trastornos del mismo ($p=0,373$).
- Para el Síndrome de Piernas Inquietas: ($p=0,262$) tampoco lo ha sido, de manera que no podemos asociar que éste síndrome altere el sueño en nuestros pacientes.
- En los pacientes con mala calidad del sueño que precisan tratamiento médico si se asocian con trastornos del sueño, siendo estadísticamente significativo ($p=0,03$).
- Los que presentan excesiva somnolencia diurna si presentan trastornos del sueño ($p=0,036$).
- Los pacientes que presentan insomnio también presentan dichos trastornos ($p=0,003$).

Conclusiones

Los trastornos del sueño son una condición clínica de alta prevalencia en los pacientes de ERCA. La excesiva somnolencia diurna, el insomnio y la mala calidad del sueño afecta negativamente a la salud y a la calidad de vida percibida. Es necesario considerarlos como un aspecto importante en el cuidado integral de estos pacientes y conseguir una aceptable calidad del sueño mediante programas educativos en colaboración con otros especialistas en el descanso, antes de iniciar tratamiento farmacológico.

Evaluación integral del estado nutricional en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Ana Carmen Casado-Morente, María Escutia-Cilleruelo, Marta Fernández-Sampedro, Cristian Martínez-Gil, Josefa Escobar-Lavela, Virginia Palacio-Navarro

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

La malnutrición, según la Organización Mundial de la Salud: Se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica o de nutrientes de una persona. En la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) tiene una prevalencia entre el 12 y el 28%. La desnutrición, según OMS es un estado proteico causado por la ingesta insuficiente de alimentos y energía, la sarcopenia: es la pérdida de masa muscular, fuerza y funcionamiento de los músculos en los adultos mayores y fragilidad como un deterioro gradual de las capacidades físicas, mentales y funcionales de una persona. Todo ello puede aumentar el riesgo de dependencia, caídas, institucionalización y muerte. El desgaste proteico-energético (DPE) hace referencia a las múltiples alteraciones nutricionales y catabólicas que se producen en la ERC y se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad. La anorexia, junto a las restricciones proteicas impuestas a estos pacientes, la pérdida de nutrientes por la orina y el estado de inflamación crónico, contribuyen de forma significativa a la malnutrición. El estado nutricional es uno de los mayores marcadores de supervivencia en pacientes con ERCA; con una desnutrición frecuente (20-80%) relacionándose con aparición de fragilidad y sarcopenia; además de una elevada mortalidad.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de malnutrición, sarcopenia y fragilidad en pacientes con ERCA tras implementar una valoración nutricional integral.
- Control real de la ingesta proteica para prevenir la progresión de la enfermedad.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en consulta de ERCA captando pacientes de manera aleatoria durante un mes. Criterios de inclusión: FG<30 ml/min/1,73 m² y no haber recibido TRS. Muestra de 15 pacientes: 8 hombres y 7 mujeres. Edad entre 60-94 años. Se recogieron datos analíticos relacionados con la nutrición, y se realizó una valoración de la ingesta: Se ha utilizado la escala VSG (valoración subjetiva global) para el cribado de desnutrición y escala SARC-F para la fragilidad. La dinamometría para valoración de la fuerza muscular y la fórmula de Maroni para conocer la ingesta proteica.

Resultados

- El 100% realizan una dieta mediterránea. Solo 1 paciente presenta desnutrición, por lo que no han precisado tomar suplementos orales ni ser derivados a la consulta del nutricionista.
- El 100% no presentan sarcopenia y 2 mujeres si presentan fragilidad.
- El cálculo de la ingesta proteica g/kg/d es estadísticamente significativa ($p=0,03$); lo que nos indica que están realizando un adecuado aporte proteico en relación a la fase de ERC que se encuentran.

Conclusiones

La intervención nutricional debe ser un elemento primordial en el tratamiento de los pacientes de ERCA, ayudando al control de los síntomas urémicos evitando la progresión de la enfermedad. La alimentación es un pilar fundamental en el conjunto del tratamiento integral de éstos pacientes para prevenir desnutrición, sarcopenia y fragilidad. En este estudio nos lleva a plantearnos que nuestros pacientes en consulta de ERCA están bien nutridos; no es estadísticamente significativo al ser el tamaño de la muestra pequeño: Esto nos anima a continuar realizando estudio nutricional en nuestros pacientes.

Evolución de una consulta de enfermedad renal crónica avanzada

María Albina Bernárdez-Lemus, **Isabel Crehuet-Rodríguez**, Daniel Alonso-Gamarra, Ana Belén Martínez-Galán

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción

Las consultas de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) son esenciales dentro de la Unidad de Nefrología. Influyen mucho en la previsión y buen funcionamiento del resto del Servicio en base a pasar a una terapia renal sustitutiva, trasplante o seguir tratamiento conservador. Nos planteamos evaluar la consulta durante los últimos 5 años, pero como coincidía con el año de la pandemia añadimos también el año anterior a la misma.

Objetivos

- Número y filtrado glomerular de pacientes que entran en Consulta ERCA entre marzo/2019 a marzo/2025.
- Filtrado glomerular en la entrada en diálisis.
- Tiempo transcurrido desde entrada en ERCA hasta entrada en diálisis.
- Evolución de esta consulta.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Formaron la muestra los pacientes que entraron en Consulta ERCA durante el periodo de estudio. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), número de pacientes, filtrado glomerular en la entrada en ERCA y en la de diálisis y tiempo que tardaron en entrar en cualquier tipo de terapia sustitutiva. Se utilizó el programa informático Excel para calcular las medias, desviación estándar y los porcentajes.

Resultados

1º año: Entrada en ERCA 23 pacientes (15 hombres); media de filtrado $18,6 \pm 4,39$ ml/min; media de edad en años $77,22 \pm 14,89$. Inician diálisis 3 (13,04%) con media de filtrado $8,16 \pm 0,81$ ml/min, media de tiempo hasta diálisis en meses: $42,66 \pm 8,96$.

2º año: Entradas 12 (7 hombres) media de filtrado $20,02 \pm 4,28$ ml/min. Edad: $79 \pm 15,82$. Inicia diálisis 1 (8,3%), filtrado $6,1$ ml/min, tiempo: 23 meses.

3º año: Entradas 18 (9 hombres) media de filtrado $17,59 \pm 4,40$ ml/min. Edad: $78,78 \pm 8,97$. Inician diálisis: 3 (16,66%) media de filtrado $8,7 \pm 1,06$ ml/min; tiempo: $28 \pm 2,64$ meses.

4º año: Entradas 70 (48 hombres) media de filtrado $19,12 \pm 6,35$. Edad: $78,18 \pm 11,80$. Inician diálisis: 12 (17,39%) media de filtrado $8,22 \pm 3,50$ ml/min; tiempo: $21,69 \pm 6,08$ meses.

5º año: Entradas 68 (50 hombres) media de filtrado $19,43 \pm 8,24$ ml/min. Edad media: $73,1 \pm 14,93$. Entran en diálisis 5 (7,35%) media de filtrado $12,32 \pm 3,69$ ml/min, tiempo: $5,5 \pm 4,12$ meses.

6º año: Entradas 67 (38 hombres) media de filtrado $19,50 \pm 6,68$ ml/min. Edad: $76,54 \pm 12,95$. Inician diálisis 5 (7,46%) media de filtrado $8,84 \pm 2,21$ ml/min; tiempo: $4 \pm 2,83$ meses.

Conclusiones

Se observó una disminución de entrada de pacientes en ERCA durante el primer año de la pandemia, un ligero aumento durante el año siguiente y un elevado incremento en el resto de periodos. Los filtrados glomerulares de entrada han sido muy semejantes en todos los periodos. El tiempo para la entrada en diálisis el primer año es largo observándose un descenso importante durante los 3 años siguientes. Llama la atención el acortamiento del tiempo de espera hasta la entrada en diálisis, en los dos últimos años. Caída brusca de filtrado glomerular en entrada a diálisis en el segundo año, con discreta subida en los siguientes y normalizándose en el último año. Estos resultados harán que sigamos investigando para encontrar las causas de dicho acortamiento, analizarlas y seguir ofreciendo una mejora continua en la atención a nuestros pacientes en esta consulta.

Programa de educación basado en la dinámica grupal en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada

Manuela María Pérez-Márquez, Piedras Alba Gómez-Beltrán, **Gema Buendía-Jiménez**, Ana Belén-Márquez Romero, Olga Cabrera-Cabeza, Piedras Alba Domínguez-Gómez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se reconoce como un problema de salud pública de gran importancia, ya que en los últimos años se ha incrementado su incidencia y prevalencia acompañada de una importante morbi/mortalidad y coste socioeconómico. Aproximadamente 4 millones de personas padecen ERC en España y las estimaciones indican que debido al envejecimiento progresivo de la población y al incremento de factores de riesgo vascular como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, aumentará el número de personas con esta patología. La ERC se define como la reducción de la función renal de una manera progresiva e irreversible, pasando por varios estadios progresando de manera asintomática hasta los estadios más avanzados (estadios 4 y 5) donde adquiere la condición de ERCA. La persona con ERC y su familia debe aprender junto con la enfermera de la consulta ERCA, a realizar autocuidados y a tomar decisiones sobre la terapia renal sustitutiva. En este entorno adquieren el paciente y la familia un papel activo-participativo en su proceso de salud. Junto con el equipo multidisciplinar, este binomio paciente – familia adquieren especial relevancia en las terapias grupales mediante las cuales, según la evidencia, los pacientes se vuelven más expertos.

Objetivos

Fomentar la disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293) en los pacientes de la consulta ERCA mediante un programa de educación basado en dinámica grupal.

Material y Método

Elaboración de un programa de educación en la consulta ERCA basado en la dinámica grupal. Dirigido a pacientes con un filtrado glomerular <20 ml/min, incluyendo al cuidador principal y que tengan además otros aspectos en común que enriquezcan el grupo. Las sesiones han sido elaboradas y serán dirigidas por la enfermera de la consulta junto con los distintos profesionales: enfermería técnicas domiciliarias, nutricionista y psicóloga de la asociación ALCER y pacientes mentores. Consta de 4 sesiones con objetivos independientes cada una de ellas, 2 horas de duración cada una, trimestral, en horario de tarde, en el hospital y con un total de 8-10 personas por sesión. Se comenzará con una bienvenida y presentación de cada participante, se continuará con exposición de contenidos por parte de los profesionales, experiencia de los mentores y espacio abierto para verbalizaciones del grupo. Crearemos espacio de respeto mutuo y de acercamiento entre todos.

Cronología

1. Información sobre técnicas de diálisis (marzo día del riñón).
2. Administración y toma de medicación (junio).
3. Nutrición (septiembre).
4. Manejo y gestión de emociones (diciembre).

Evaluablemos cada sesión mediante un cuestionario de satisfacción y el impacto del programa mediante criterios NOC: Conducta de adherencia, conducta de cumplimiento y participación en las decisiones de salud.

Conclusiones

La dinámica grupal en estos casos es una intervención psicológica muy potente ya que reúne a personas con experiencias y problemáticas diversas, pero con el objetivo común de mejorar su bienestar. Este formato permite que las personas aprendan de las experiencias de los demás y descubran perspectivas nuevas sobre sus propios problemas.

Una mirada al futuro: realidad virtual en la elección de terapia renal sustitutiva

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

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona

Introducción

Según datos del registro español de enfermos renales, la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en sus fases más avanzadas y, concretamente aquellas que requieren Terapia Renal Sustitutiva (TRS), ha crecido en España en la última década casi un 30%. Además de la hemodiálisis ambulatoria y el trasplante renal de vivo como diferentes opciones de tratamiento renal sustitutivo, en nuestro hospital se inauguró el programa de hemodiálisis domiciliaria (HDD) en el 2019, aumentando la oferta de elecciones de TRS domiciliarias. La estrategia del servicio fue potenciar las técnicas domiciliarias para aumentar la supervivencia del paciente, reducir las hospitalizaciones y los desplazamientos y mejorar la conciliación familiar, laboral y social. Por ello, se buscaron nuevas herramientas para mejorar la información y ayudar al paciente a interpretarla lo mejor posible. Ante las nuevas tecnologías, se propuso utilizar la realidad virtual, concretamente, unas gafas virtuales (Oculus) que permiten al paciente entrar en un escenario virtual llamado “La Casa del Riñón”.

Objetivos

Analizar la elección de TRS domiciliarias de marzo de 2023 a marzo de 2025.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la unidad de ERCA de nuestro hospital. Se detalló el proceso de creación de una herramienta de realidad virtual para informar a pacientes candidatos de TRS. Se utilizaron diferentes soportes informativos como: folletos, guías, videos, experiencias personales de otros pacientes, etc. El año 2023 el equipo de diálisis decidió incorporar la realidad virtual para dar soporte a la información proporcionada y ayudar al paciente a elegir la terapia más indicada, empoderando al paciente en la elección de su tratamiento.

Resultados

La denominada “La Casa del Riñón” se diseñó y adaptó al centro, creando cuatro entornos virtuales donde se mostraban las diferentes TRS (HD en centro; HDD; Diálisis Peritoneal y Trasplante Renal). Además, esta información se podía revisar en su domicilio a través de un sitio web. Para valorar esta herramienta se realizó una prueba piloto en el año 2023 con un total de 12 pacientes seleccionados: 7 hombres y 5 mujeres, con una media de edad de 56 años. En el año 2024 el número de pacientes fue similar, 14 pacientes: 8 hombres y 6 mujeres con una media de edad también similar, 58 años. Este último año se aprovechó para modificar aspectos de esta herramienta y perfeccionar fallos detectados durante el período inicial. Durante el período de seguimiento de estos pacientes los resultados fueron: en el año 2023: 6 pacientes se decantaron por diálisis peritoneal, 2 por hemodiálisis domiciliaria y 4 por hemodiálisis ambulatoria. En el año 2024: 8 pacientes por diálisis peritoneal, 4 HDD y 2 por ambulatoria.

Conclusiones

La incorporación de la realidad virtual en el proceso de información de los pacientes ERCA permite empoderar a los pacientes en la toma de decisiones. Durante el período de seguimiento se observa un ligero aumento en la elección de terapias domiciliarias. Aunque se trata de una muestra pequeña, valoraremos en futuros estudios la satisfacción de esta nueva herramienta además de analizar su impacto en el proceso de toma de decisiones compartidas en pacientes candidatos a TRS.

Agresiones a enfermería en las salas de diálisis

Olga Sobrado-Sobrado, Carolina Calero-Ávila, Alicia Rascón-López, Olga Campoy-Mora, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

Durante la hemodiálisis, se observan diversas reacciones de adaptación por parte del paciente, entre ellas la percepción de una disminución en su calidad de vida. Kutner NG et al analiza el estado emocional de los pacientes en diálisis, enfocándose en las diferencias en la calidad de vida según procedencia cultural y edad, la percepción de dolor durante el tratamiento, y la experiencia de los cuidadores y familiares. Según el Observatorio Nacional de Agresiones a enfermeras del año 2023, el 33% de los profesionales de enfermería han sido víctimas o han presenciado una agresión física, siendo el 53% de estas incidencias ocurridas en el ámbito de la atención especializada. En 2023, se notificaron un total de 14.706 agresiones en el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que equivale a 24,05 notificaciones por cada 1.000 profesionales, un incremento de 4 puntos respecto al año anterior.

Objetivos

Analizar la incidencia, características y factores asociados relacionados con conductas agresivas previas de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, con el fin de identificar estrategias de prevención y mejorar la seguridad del personal sanitario, pacientes y resto de los usuarios, así como la calidad asistencial.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo sobre agresiones a profesionales entre 2023 y 2024. Datos obtenidos a través de una entrevista a los profesionales, cursos clínicos y registros de la unidad de Salud Laboral. Variables recogidas: datos demográficos, antecedentes psicológicos, antecedentes de agresiones, características de la agresión.

Resultados

Entre 2023-2024 se registró un total de 504 pacientes de los que se obtuvo una muestra de 13 pacientes con conductas agresivas notificadas al servicio de salud laboral y las no notificadas, se obtuvieron mediante entrevistas a profesionales.

De los 13 pacientes, 9 (69,2%) con antecedentes psicológicos (demencia, consumo de tóxicos y trastornos adaptativos); y 4 (30,8%) con antecedentes de agresiones anteriores (condenas, demandas y agresiones en otras áreas del hospital). Además, el 8 (41%) presentaban problemas sociales (falta de recursos económicos, emigraciones y barrera idiomática). n = 13 (100%), 9 (69,2%) hombres, 4 (30,8%) mujeres. Media de edad ± 60 años. De los pacientes, 7 (54%) eran procedentes de Europa, y 6 (46%) de Asia, África y América del Sur. De estos, 7 (54%) continúan en el centro, 3 (23%) fueron derivados a otros centros por estabilidad en el tratamiento terapéutico, 2 (15%) fallecieron y 1 (8%) fue trasplantado. De los casos obtenidos por Salud laboral, se registraron 16 casos de agresión, 9 enfermeras, 6 TCAE's, 1 médico y en un 82% de los casos fueron agresiones verbales. De los 13 pacientes, uno recibió 7 notificaciones (implica un 38% notificado por diferentes profesionales), otro 6, otro 4 y los demás casos fueron puntuales.

Conclusiones

El incremento de las agresiones y trastornos psicológicos requiere un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su adaptación a la terapia. Es fundamental detectar los signos de alarma que podrían desencadenar estas continuas agresiones, utilizar estrategias de prevención adecuadas y plantearnos crear un protocolo específico para la unidad.

Análisis de incidentes y estrategias de mejora en la unidad de hemodiálisis. Seguridad del paciente y perfil de los pacientes afectados

Juana Carrasco-Caballero, Esther Díaz-González, Miriam Silva-Noa

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en las unidades de hemodiálisis, debido a la complejidad de los procedimientos y la vulnerabilidad de los pacientes, además de los riesgos asociados.

Objetivos

El objetivo es analizar la frecuencia, gravedad y características de los incidentes notificados en nuestra unidad de hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, basado en el análisis de las notificaciones de incidentes ocurridos en la unidad de hemodiálisis registrados por los profesionales desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2024. Durante el periodo analizado se registraron 30 incidentes, clasificandolos en las siguientes categorías: Caídas, Medicación con errores de prescripción y de administración, dispositivos del paciente relacionados con problemas con el catéter tunelizado, Transportes/Traslados con retrasos reiterativos en la recogida para acudir a la sesión, Gravedad (grado de daño), Riesgo percibido de recurrencia y características sociodemográficas de los pacientes afectados (edad y sexo). Se compararon los resultados entre ambos años para identificar tendencias y áreas de mejora para la seguridad del paciente.

Resultados

Los 30 incidentes analizados reflejaron que los incidentes más frecuentes se encuentran en las categorías "Transporte/Traslados" (43,3%) y "Medicación" (20%), siendo esta última la única que aumentó significativamente en 2024 (de 1 a 5 incidentes). En cuanto a la gravedad, "Dispositivos del paciente" presentó el mayor porcentaje de daño moderado/severo en 2023 (50%), pero no reportó incidentes con este nivel de daño en 2024. "Transporte/Traslados", en cambio, aumentó la proporción de daño moderado/severo del 28,6% al 50%. Respecto a la percepción de riesgo de recurrencia, en 2023, el 100% de los incidentes de "Caídas" y "Transporte/Traslados" fueron clasificados como "Frecuente" o "Casi seguro", pero en 2024 no se reportaron incidentes con este nivel de riesgo en estas categorías. El perfil de los pacientes afectados mostró que la mayoría de los incidentes ocurrieron en pacientes de 61-80 años, siendo los hombres más afectados en Caídas, Conducta y Medicación, mientras que las mujeres predominaron en Dispositivos del paciente y Transporte/Traslados.

Conclusiones

A pesar de la reducción del riesgo en ciertas categorías, el aumento de los incidentes en "Medicación" y la persistencia del daño moderado/severo en "Transporte/Traslados" destacan la necesidad de implementar estrategias preventivas y priorizar intervenciones de mejora en áreas de mayor riesgo, enfocándonos en la seguridad de la medicación y el manejo de dispositivos. Fortalecer la cultura de seguridad y la notificación de incidentes para detectar riesgos a tiempo, haciendo evaluación continua de las medidas implantadas para garantizar su efectividad.

Análisis de la situación del prurito asociado a la enfermedad renal crónica en pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica

Ana Ulzurrun-García, Maitane Undiano-López, Leire Gil-Goñi, Cristina Esmoris-Valencia, Irene Larrañeta-Inda, **Silvia Martínez-Duque**

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España

Introducción y Objetivos

El 67% de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis padece PaERC. Para tratar este PaERC, se modifican pautas de diálisis, se realiza educación dietética con alimentos bajos en fósforo, se les proporcionan recomendaciones sobre hábitos higiénicos que lo puedan disminuir y en última instancia, se prescriben fármacos que puedan aliviarlo. Por ello, nos planteamos como objetivo principal del estudio, caracterizar la epidemiología del PaERC en pacientes en tratamiento de hemodiálisis hospitalaria.

Material y Método

Estudio descriptivo, transversal, en una unidad de hemodiálisis de un hospital generalista, en los meses de septiembre y octubre de 2024. Se incluyeron aquellos pacientes que se prestaron voluntarios a realizar el estudio, que llevaban más de 3 meses en hemodiálisis, con frecuencia de 3 sesiones/semana, duración de sesión ≥ 240 minutos y que firmaron consentimiento informado, obteniendo informe favorable del comité de ética del hospital. Se estudiaron variables demográficas, kt/v medio, fósforo sérico, calcio, paratohormona, preguntas del cuestionario ad hoc sobre la manifestación del PaERC, Escala Numérica de Clasificación de Intensidad del Picor (WINRS), la Escala de Gravedad de la Enfermedad Evaluada por el paciente (SADS), presencia de enfermedades hepáticas, neoplasias, diabetes Mellitus e hipertensión arterial y causa de la enfermedad renal crónica. Los datos se obtuvieron de historia clínica informatizada, VERSIA® y del cuestionario ad hoc que incluye las escalas de valoración. Se recogieron en una base de datos Excel y el análisis estadístico se realizó con IBM SPSS 25. Para el análisis se utilizaron media, la expresión de frecuencia en porcentaje y para determinar las variables que se relacionan de manera independiente con la presencia de prurito se realizó un modelo multivariante, además del punto de youden para identificar el punto de corte de nivel de fósforo.

Resultados

Se incluyeron 125 pacientes, con una edad media de $69 \pm 14,5$ años, 28% mujeres. Duración media de sesiones $4.2 \pm 0,3$ horas, con un kt/v medio de 1,6 y el 56% de los pacientes llevaban entre 1 y 5 años en diálisis. La causa de enfermedad renal crónica fue hipertensión arterial en el 63% de pacientes, el 50% presentaba diabetes mellitus. El 72% vivía en medio urbano y el 56% en pareja. Se detectó presencia de PaERC en el 56% de los pacientes, 25,4% PaERC moderado-grave. El 18% tomaba algún tipo de medicación para el prurito. Las variables asociadas a la presencia de prurito fueron: nivel de fósforo y vivir en pareja ($p < 0,05$). El punto de corte ideal de nivel de fósforo para la presencia de PaERC en la muestra fue 4,2 mg/dl, evaluado por el punto de youden. Por cada incremento de 1 mg/dl de fósforo, la probabilidad de referir prurito se incrementaba un 76%.

Conclusiones

La prevalencia del PaERC es elevada en la unidad, pero la percepción de gravedad en la escala SADS fue inferior a lo esperado, en comparación con la bibliografía. Los pacientes que presentaban prurito no necesariamente presentaban niveles de hiperfosfatemia, determinándose el punto de corte en 4,2 mg/dl para manifestar prurito en la muestra. Las variables asociadas a la presencia de prurito fueron la edad, nivel de fósforo y vivir en pareja, de estas variables fueron estadísticamente significativas las dos últimas ($p < 0,05$).

Aplicación en hemodiálisis del protocolo POCUS por enfermería

María Cruz Sánchez-García, Antoni García-Lahosa, Sergio Moreno-Millán, Gregorio Romero-González, Elisabeth Marcos-Ballesteros

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España

Introducción

La implementación de la técnica de POCUS (Point of Care Ultrasound) en la unidad de diálisis para poder valorar la congestión en los pacientes y ajustar su peso seco. Esta técnica, que se realiza a pie de cama, permite estudiar la vena cava inferior para obtener información sobre la congestión venosa. Aunque inicialmente eran los nefrólogos quienes la realizaban, se vio la necesidad de formar al personal de enfermería en su uso. El proceso de formación incluyó la capacitación de tres enfermeros de referencia, quienes luego instruyeron al resto del equipo. Una vez formada toda la enfermería, se instauró un protocolo para realizar ecografías POCUS a todos los pacientes al ingresar al servicio y durante su seguimiento, con el objetivo de ajustar el tratamiento de forma individualizada. Esto incluye realizar ecografías mensuales, coincidiendo con los controles analíticos, y también en caso de signos de congestión o ingreso hospitalario. Además, se estableció que los pacientes en diálisis peritoneal también recibirían POCUS.

Objetivos

Evaluar la implantación de un nuevo protocolo de valoración del paciente mediante el POCUS.

Material y Método

Estudio descriptivo realizado en la unidad de hemodiálisis (HD) de un Hospital. Se incluyeron pacientes con más de tres meses en HD, excluyendo a aquellos con esperanza de vida corta o que hubieran presentado una complicación aguda. Además del índice compuesto de congestión (CCS), se realizó una evaluación de PoCUS al inicio y al final de la sesión de HD en intervalos largos de diálisis. La congestión tisular se evaluó mediante ecografía pulmonar y la congestión vascular se evaluó mediante el diámetro de la vena cava inferior. Se establecieron cuatro fenotipos de congestión: fenotipo A: sin congestión, fenotipo B: predominio de congestión tisular, fenotipo C: predominio de congestión vascular y fenotipo D: congestión mixta.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes, edad media: $70,5 \pm 11,3$ años, 14 (70%) eran hombres, CCS: 3 (1,5–7,5), ganancia de peso interdialítica: $2,93 \pm 0,95$ kg y UF media: 2.570 ± 868 ml. El 75% de los pacientes alcanzaron el peso seco prescrito. Al inicio de la sesión, la distribución de los fenotipos era: fenotipo A: 35%, fenotipo B: 25%, fenotipo C: 25% y fenotipo D: 15%. Al final de la sesión de HD: fenotipo A: 55%, fenotipo B: 30%, fenotipo C: 10% y fenotipo D: 5%. Al final de la sesión de HD, el 45% de los pacientes persistieron con congestión por ultrasonido. Se encontró una correlación inversa entre la edad y el fenotipo al inicio (Rho: -0,506; $p=0,023$).

Conclusiones

Una vez implantado el nuevo protocolo en hemodiálisis se pudo observar que aquellos pacientes que presentaban una congestión tisular y/o venosa, se conseguía ajustar el peso seco, además presentaban una mejoría en la tolerancia, evitando así la hiperhidratación y el riesgo a hipotensión, una complicación tan habitual. Estos resultados muestran la persistencia de la congestión ecográfica al final de la sesión de HD en un número significativo de pacientes, lo que sugiere que la congestión subclínica es más frecuente de lo que se observa clínicamente. Se requieren más estudios para confirmar estos resultados.

Bioimpedancia y ecografía VExUS: herramientas para el ajuste preciso del estado de hidratación desde la práctica enfermera nefrológica

Sandra Bueno-Porras, Beatriz Arriero-López, María Henar Sanz-Frutos, Susana Gómez-Latorre, Lorena Vicente-Díaz, Verónica Ruth Mercado-Valdivia

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción

En los últimos 50 años la enfermería nefrológica ha evolucionado hacia una práctica avanzada, donde el uso de tecnología aplicada a la valoración clínica del paciente es una realidad. La evaluación del estado de hidratación de los pacientes en hemodiálisis es imprescindible para adecuar el peso seco y así evitar complicaciones. Hemos pasado del sencillo pesaje en báscula, a disponer en la actualidad de herramientas clínicas, biomarcadores, bioimpedancia y ecografía clínica que nos aportan mucha información sobre la composición corporal del paciente.

Objetivos

Comparar dos bioimpedanciometrías, BCM-Fresenius®-(FMC) y MALTRON®-(MLT) entre sí y correlacionar cada una de ellas con la ecografía-VExUS-(ECOIP-PortA) como ayuda para el manejo del estado de hidratación de nuestros pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio observacional analítico comparativo para evaluar las diferencias entre dos técnicas de bioimpedancia en una cohorte de pacientes en hemodiálisis hospitalaria. También se analizó la correlación de cada técnica con parámetros obtenidos mediante ecografía-VExUS. Se utilizó el test t para muestras relacionadas en el análisis comparativo y el coeficiente de Spearman para las correlaciones, dado que los datos no seguían una distribución normal. Este estudio comparativo y observacional analiza la correlación entre los dos métodos de bioimpedancia y la ecografía-VExUS como estrategia integrada para la evaluación de la volemia en pacientes en hemodiálisis. Las bioimpedancias fueron realizadas por el equipo de enfermería nefrológica y las ecografías-VExUS por el equipo médico nefrológico.

Resultados

Durante cuatro semanas, realizamos 44 mediciones con ambas bioimpedancias y ecografía-VExUS, en una cohorte de 11 pacientes, semanalmente, en la sesión intermedia de hemodiálisis. Las características demográficas fueron 55% hombres, 45% mujeres. En relación a la comparación entre las dos bioimpedancias, hay diferencias entre los resultados que ofrecen la bioimpedancia FMC y MLT para todos los parámetros analizados. MLT tiende a dar valores mayores que FMC, lo que podría implicar un sesgo metodológico, diferencias en calibración o en sensibilidad entre tecnologías. Analizando la correlación bioimpedancias/ecografía-VExUS-(ECOIP), encontramos una ligera tendencia a que cuando sube la bioimpedancia FMC BCM también sube ECOIP-porta, esta relación no es estadísticamente significativa, no podemos asegurar que haya una correlación real. Sin embargo, cuando correlacionamos el MLT-BCM con la ECOIP-porta, sí se observa una relación positiva débil-moderada que es estadísticamente significativa, lo que indica que es probable que exista una verdadera asociación entre MLT-BCM y ECOIP-porta. Solo la segunda pareja de variables (MLT-BCM y ECOIP-porta) muestra una correlación significativa.

Conclusiones

Hoy en día, herramientas como la bioimpedancia y la ecografía clínica han sido incorporadas a la práctica enfermera, permitiendo una valoración más precisa del estado de hidratación y un ajuste más seguro del peso seco del paciente. Enfermería nefrológica juega un papel clave en la realización de esta técnica de fácil realización, en corto periodo de tiempo, reproducible para el ajuste del peso seco tan importante en los pacientes en hemodiálisis. Una ayuda más para correlacionar con la ecografía, contribuyendo a una atención más personalizada, eficaz y basada en la evidencia.

Características clínicas de los pacientes nefrológicos derivados desde el servicio de radiodiagnóstico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

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

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Introducción

El acceso vascular para hemodiálisis es un aspecto fundamental en el enfermo renal, tanto por la morbilidad que tiene asociada como por su repercusión en calidad de vida. En nuestro hospital, la especialidad de Radiología Vascular e Intervencionista (RVI), emplea técnicas y procedimientos de imagen tanto en el área diagnóstica como terapéutica para la creación de estos accesos y su mantenimiento. Estas intervenciones ambulatorias precisan posteriormente de cuidados especializados. La falta de personal y espacios adecuados hace que estos pacientes, sean remitidos a la Unidad de Nefrología donde las enfermeras les proporcionan cuidados hasta su alta definitiva.

Objetivos

Analizar las características clínicas y demográficas de los pacientes nefrológicos derivados desde el servicio de Radiología al servicio de Nefrología.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Radiodiagnóstico y que fueron derivados posteriormente al servicio de Nefrología de nuestro hospital, desde enero de 2018 a diciembre de 2024. Se realizó una consulta de las historias clínicas y las variables estudiadas fueron las siguientes: variables sociodemográficas (edad, sexo, provincia de residencia) y variables clínicas (antecedentes de interés, tipo de procedimiento realizado, cuidados aplicados y constantes vitales). El análisis de los datos obtenidos se hizo con el programa estadístico SPSS v24.

Resultados

Se registraron 546 pacientes. El 62,35% eran hombres, la edad media $66,1 \pm 9,7$ años. La distribución geográfica: 54,8% procedentes de la provincia de Valladolid, 23,4% de Palencia, 20,7% de Segovia y 1,1% de Soria. Variables clínicas: 89,8% pacientes padecían hipertensión arterial y 43,4% eran diabéticos. Media de las constantes vitales a la llegada a la unidad: 148,7/81,9 mm/Hg, 73,3 pulsaciones por minuto, 35,7°C y 140,1 mg/dl de glucemia. Transcurrida la hora de control, las constantes al alta fueron: 143,5/78,1 mm/Hg, 72,8 pulsaciones por minuto, 35,9°C y 138,6 mg/dl de glucemia. El 51,4% pacientes portaban vía venosa periférica que fue retirada al alta. Entre los tipos procedimientos radiológicos realizados encontramos: Catéter Tunelizado: 339 implantaciones, 62 recambios y 58 retiradas de catéteres. Fístula Arteriovenosa (FAV): 49 angioplastias, 33 fistulografías, 3 trombectomías y 2 estudios de la red vascular para realización. Acerca de la comorbilidad asociada a la técnica, encontramos un 19,7% casos con incidencia, de las cuales: 14,9% sufrió algún tipo de sangrado que precisaron cura con colocación de apósito hemostático o punto de sutura, el 4,5% precisó administración de medicación y el 1,4% pacientes se dializaron tras comprobar el correcto funcionamiento de su catéter.

Conclusiones

Los pacientes atendidos son predominantemente hombres, >60 años y oriundos en la provincia de Valladolid. Las características clínicas obtenidas son acordes a la tipología de los pacientes renales, resaltando el alto porcentaje de hipertensos y diabéticos. El procedimiento radiológico más frecuente fue la inserción de catéteres tunelizados, así como su recambio. La atención sanitaria post-intervención RVI en las Unidades de Nefrología no se ha protocolizado todavía, en la bibliografía consultada, quizá sería necesario ampliar el estudio teniendo presente la carga extra de trabajo que supone y las condiciones actuales en las que se están aplicando.

¿Cómo podemos mejorar la calidad en la asistencia sanitaria en nuestros pacientes de diálisis?

Ana Carmen Casado-Morente, Cristiam Martínez-Gil, María Escutia-Cilleruelo, Marta Fernández-Sampedro, Elena Barragán-Martín, **Alicia González-Moreno**

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

El interés por la calidad en la asistencia sanitaria ha crecido en los últimos tiempos, y más concretamente en la unidad de diálisis. Un sistema de calidad debe contemplar que las necesidades pueden cambiar, lo que implica una revisión periódica y una adaptación a las nuevas tendencias, introduciendo innovaciones cuando sea preciso. Esto nos ha hecho preguntarnos cómo perciben la atención recibida nuestros pacientes. En términos generales se pueden distinguir dos conceptos de calidad:

- Calidad objetiva: la calidad real, es decir, aquella calidad que podemos medir de alguna forma y comparar desde un punto de vista técnico con otros productos o servicios.
- Calidad percibida: "La opinión del consumidor sobre la superioridad o excelencia de un producto" (Zeithami 1988).

Objetivos

- Determinar el grado de satisfacción del paciente en nuestra unidad.
- Detectar áreas de mejora analizando el grado de conocimiento sobre sus autocuidados.
- Valorar si el acceso vascular del paciente influye en su grado de satisfacción.
- Conocer el grado de satisfacción con el transporte sanitario precisado para recibir su terapia.

Material y Método

Estudio descriptivo y correlacional, en el cual se han incluido a todos los pacientes con ERC en programa de Hemodiálisis (HD) ó Diálisis Peritoneal (DP), que llevasen más de dos meses en la técnica y sus condiciones físicas, mentales e idiomáticas sean adecuadas para realizar la encuesta. Dicha encuesta es voluntaria y anónima. Como instrumento de medida hemos utilizado la encuesta SERVQHOS, y los ítems se han puntuado con escala Likert: y el Índice de satisfacción del cliente (CSAT).

Resultados

De los 67 cuestionarios que se han entregado, se han recogido 52, de los cuales 40 han sido en Hemodiálisis y 12 pacientes de Diálisis Peritoneal; la tasa de respuesta ha sido del 77%. De los cuestionados el 45,8% son mujeres y el 54,1% son hombres. En nuestra unidad tenemos como acceso vascular un 44,44% de Fístulas arteriovenosas (FAV) y un 55,6% de catéter permanente. De las respuestas recibidas la distribución de la muestra que ha salido es diferente presentando un 64% de los encuestados catéteres permanentes, y un 36% FAV. Los pacientes encuestados en HD, el 78% han afirmado que la calidad que han percibido es mejor de lo que esperaban, siendo el aspecto menor valorado la información recibida acerca de su tratamiento y evolución. Los pacientes de DP, el 100% de los casos han manifestado que dicha calidad es mucho mejor de lo que esperaban. Los encuestados que utilizan ambulancia como medio de transporte, un 95% no están nada satisfechos.

Conclusiones

En nuestra unidad la satisfacción en la calidad percibida por los pacientes es adecuada y, recomendarían la unidad sin dudarlo. Visto el número de encuestas recibidas puede llevarnos a pensar que los pacientes con catéter precisan más información sobre sus cuidados. Hemos podido detectar áreas de mejora; lo que nos podrá llevar a instaurar nuevas actividades que mejoren la calidad de nuestros cuidados.

Cuidado integral de enfermería: relación entre la depresión y el estado cognitivo de pacientes en hemodiálisis

Sandra Bueno-Porras, María Henar Sanz-Frutos. Beatriz Arriero-López. Jorge Berzal- Llorente, Guadalupe Cordero-Martín, Verónica Ruth Mercado- Valdivia

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción

El envejecimiento de la población en tratamiento renal sustitutivo, su carga de comorbilidades y el impacto del estilo de vida, condicionan una alta prevalencia de deterioro cognitivo y síntomas depresivos de pacientes en hemodiálisis. Estas alteraciones no solo afectan su calidad de vida, sino que también repercuten negativamente en su autonomía y funcionalidad. Dado el carácter progresivo y a menudo silencioso de estas patologías, su detección precoz mediante implementación de herramientas de cribado adecuadas resulta esencial.

Objetivos

Identificar el estado cognitivo y la presencia de síntomas depresivos de pacientes en programa de hemodiálisis que acuden a nuestro hospital.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal en 52 pacientes prevalentes en la unidad de hemodiálisis entre enero y marzo de 2025. La evaluación incluyó dos instrumentos: el Mini-Mental State Examination (MMSE), para valorar el estado cognitivo, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión de 15 ítems), para la detección de síntomas depresivos. Ambas herramientas están validadas y son ampliamente utilizadas en el ámbito clínico geriátrico y nefrológico.

Resultados

La media de edad fue de 72 años; el 71% de los pacientes eran hombres. Dos pacientes no pudieron participar: uno por afasia y otro por rechazo a la evaluación. La puntuación media del MMSE fue de 26 puntos, lo que sugiere la posibilidad de deterioro cognitivo leve. Más del 50% de los pacientes (35) obtuvieron puntuaciones menores a 25, clasificándose dentro del rango de deterioro cognitivo leve a moderado. El grupo etario más afectado fue el de 75 a 84 años, mientras que los mayores de 85 años mostraron puntuaciones más cercanas al límite de sospecha que a un deterioro cognitivo. Respecto a la depresión, el 33% de los pacientes (17) obtuvieron puntuaciones sugestivas de algún grado de depresión, según la escala de Yesavage. De ellos, el 70% presentó depresión leve (puntuación entre 5 y 8), el 15% depresión moderada (entre 9 a 11), y otro 15% depresión severa (entre 12 a 15). Cuando los clasificamos por grupo etáreo, observamos que el mayor grupo afectado se encuentra entre los 75 y 84 años y sin embargo los mayores de 85 años tienen una puntuación más cercana a la duda que al deterioro cognitivo.

Conclusiones

Nuestros hallazgos evidencian una alta prevalencia de deterioro cognitivo y síntomas depresivos en pacientes en hemodiálisis, especialmente entre los mayores de 75 años. Estas condiciones impactan negativamente en su autonomía y calidad de vida. La detección precoz a través de herramientas simples como el MMSE y la escala de Yesavage permite identificar pacientes en riesgo y orientar intervenciones oportunas. Se plantea la necesidad de incluir abordajes psicológicos, como la terapia cognitivo-conductual, dentro de los programas de atención integral, con el objetivo de mejorar el bienestar emocional y funcional de esta población vulnerable.

El papel de enfermería en el manejo del dolor de pacientes en hemodiálisis y su relación con la eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas

María Julia Toro-Melon, Sonia Guerrero-Carreño, Montserrat Carbonell-Rodríguez, Núria Clemente-Juan, Valentín Lozano-Moledo, Silvia Prat-Pons

Hospital Clínic Barcelona. España

Introducción

Se ha demostrado que el dolor es común entre los pacientes en hemodiálisis (HD), su prevalencia puede variar dependiendo de factores como la edad, comorbilidades y acceso vascular. Afecta aproximadamente al 60% de estos pacientes, influyendo en su bienestar físico y calidad de vida. Existen diferentes tipos de tratamientos, no farmacológicos y farmacológicos, donde los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los más utilizados y pueden resultar efectivos para el manejo del dolor. Las enfermeras pasan mucho tiempo en contacto con el paciente, evaluando constantemente su estado, la presencia/ausencia de dolor, actuando y notificando incidentes; en caso necesario, administrando analgésicos intradiálisis, habitualmente pautados entre un 30-40%. Numerosos estudios demuestran que las toxinas urémicas unidas a proteínas (PBUT) incluido el p-cresil sulfato (pCS) total y el indoxil sulfato (IS) total están relacionadas con la mortalidad cardiovascular, además, son difíciles de eliminar con los tratamientos de HD actuales. Los desplazadores de PBUT (Furosemida, Triptófano e Ibuprofeno) pueden ser estrategias para mejorar su eliminación.

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de diferentes tratamientos del dolor en la eliminación de PBUT y el control del dolor en HD.

Material y Método

Estudio intervencionista prospectivo unicentro. Se realizaron 4 sesiones de HD según parámetros del protocolo habitual del centro. En cada sesión de HD la enfermera administró de forma aleatoria: ácido acetilsalicílico, paracetamol, dexketoprofeno e ibuprofeno (IBU). Se recogieron variables demográficas y referentes a la técnica de HD; se registró el dolor pre y post HD (Escala Visual Analógica); se extrajeron analíticas sanguíneas pre y post HD; se registró el tiempo de hemostasia y el estado del filtro post HD; se realizó monitorización de posibles efectos adversos (EA); y parámetros de diálisis (Qb, duración real, sangre total procesada, recirculación del acceso vascular, peso inicial y final, ganancia de peso, hematocrito inicial y final, presión arterial y venosa, y volumen convectivo) a través de formulario realizado ad-hoc.

Resultados

Se incluyeron 23 pacientes (12 hombres y 11 mujeres), edad media 71 años $\pm$ 14 años. Todos los tratamientos administrados consiguieron controlar el dolor. Ninguno prolongó el tiempo de hemostasia, ni alteró el estado del filtro. No se observaron EA con ninguno de los analgésicos administrados. No hubo diferencias entre las sesiones realizadas con los diferentes analgésicos en cuanto a parámetros y eficacia de diálisis. IBU fue el único fármaco que aumentó significativamente la eliminación de IS y pCS.

Conclusiones

El papel de la enfermera fue clave en la evaluación y administración segura del tratamiento del dolor (según prescripción), así como de la monitorización de EA. El IBU como AINE además de ser seguro y disminuir el dolor aumenta la eliminación de PBUT dando un valor añadido al tratamiento.

Elaboración de un manual de humanización en hemodiálisis mediante el método Delphi: un enfoque integral para mejorar la experiencia del paciente

Eva María Carrera Rodríguez¹, Ana Casaux Huertas², Marta Moreda Díaz-Pavón³, Cristina Jiménez Moreno¹, Manuel Fernando Arenas Bonilla⁴, Celia Galdeano López⁴

¹ Fundación Renal Española. Centro Os Carballos. Pontevedra. España

² Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid, Campus María Zambrano. Segovia. España

³ Unidad Fundación Renal Española del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Madrid. España

⁴ Hospital Torrecárdenas. Almería. España

Introducción

La humanización en la atención sanitaria es esencial para ofrecer una experiencia digna y adaptada a las necesidades de los pacientes. Especialmente en el ámbito de la hemodiálisis, donde los tratamientos son prolongados y recurrentes, la humanización se convierte en un factor crucial para mejorar la vivencia de los pacientes y fortalecer la relación entre estos y el personal de salud.

Objetivos

Desarrollar un Manual de Humanización para Unidades de Hemodiálisis incorporando la humanización como eje central de la atención al paciente.

Material y Método

Se realizó una revisión exploratoria de la literatura y se ha conformado un grupo de trabajo compuesto por 2 expertos en el desarrollo de procesos de humanización en asistencia sanitaria, 22 profesionales del área de nefrología (3 médicos, 18 enfermeras y 1 técnico en cuidados auxiliares de enfermería), así como el presidente de una asociación nacional de personas con enfermedad renal. A partir del panel de expertos, integrado por el referente de la asociación de pacientes y los profesionales de nefrología, se identificaron y categorizaron las principales áreas estratégicas de buenas prácticas en humanización en las unidades de hemodiálisis. Las recomendaciones obtenidas fueron posteriormente validadas en un proceso estructurado e iterativo de rondas múltiples característico de la técnica Delphi.

Resultados

Se identificaron 7 líneas estratégicas, recogiendo un total de 108 recomendaciones.

1. Bienestar del paciente: Promoción de la salud física, emocional, mental y social, con medidas para reducir molestias y fomentar un ambiente confortable.

2. Flexibilización en el acompañamiento: Integración de familiares y cuidadores en el proceso de hemodiálisis para fortalecer la red de apoyo.

3. Comunicación efectiva: Mejora del vínculo terapéutico y apoyo emocional a través de la escucha activa y la personalización de la atención.

4. Cuidados al profesional: Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar mediante formación en habilidades no técnicas.

5. Pacientes vulnerables: Identificación y abordaje de vulnerabilidades específicas para garantizar una atención personalizada.

6. Cuidados al final de la vida: Protocolización de cuidados y acompañamiento en situaciones de final de vida, respetando los valores del paciente.

7. Espacios humanizados: Creación de entornos que aseguren privacidad, intimidad y confort para pacientes y familiares.

Conclusiones

Es esencial continuar impulsando iniciativas que fortalezcan la humanización en los procesos de atención, con el fin de garantizar una asistencia más cercana, compasiva y centrada en las necesidades de los pacientes. La consolidación de estos enfoques contribuirá, sin duda, a la creación de entornos más humanos y empáticos dentro de las unidades de hemodiálisis, promoviendo así una atención integral y de calidad. La creación de un Manual de Humanización en Hemodiálisis representa un avance significativo en la promoción de una atención sanitaria más humanizada. Este manual proporciona a los profesionales de la salud un conjunto de recomendaciones detalladas, cuidadosamente organizadas en líneas estratégicas, que facilitan la implementación de intervenciones enfocadas en mejorar tanto la experiencia del paciente como el bienestar del personal sanitario.

Estrategia para la prevención de bacteriemias en hemodiálisis: el papel de los bioconectores en los catéteres venosos centrales

Miriam Lladó-Barragán, Laia Reixach-Aumatell, Cristina Vázquez-Ros, **Cristina Pena-García**, Alicia Rey Miguel

Fundació Salut Empordà. Gerona. España

Introducción

El tapón bioconector es una válvula estéril y desechable diseñada para sellar las líneas del catéter venoso central (CVC) entre sesiones de HD. Este dispositivo reemplaza al tapón clásico (cierre Combi) y permite su retirada o sustitución tras un uso máximo de siete días, mejorando así la seguridad del acceso vascular. El uso de CVC conlleva un mayor riesgo de complicaciones infecciosas, especialmente la bacteriemia relacionada con el catéter (BRC), por lo que es fundamental seguir un protocolo estricto de cuidados.

Objetivos

Analizar la incidencia de bacteriemias en los catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) tras la implementación de bioconectores, en comparación con el uso previo de tapones convencionales.

Material y Método

Durante un año, se realizó un estudio cuasi-experimental (antes-después) en pacientes con CVCT en tratamiento de HD. Se recopilaban los datos de bacteriemias del año anterior y se utilizaron para comparar con los resultados del estudio. Se incluyeron los pacientes portadores de CVC que al inicio de estudio cumplían los criterios de inclusión así como los pacientes que iniciaban HD con CVC. Semanalmente se rellenaba el cuaderno de recogida de datos, registrándose la media de las presiones venosas, arteriales, flujo sanguíneo de bomba y Kt de la semana anterior. En caso de incidencia y/o inicio de sintomatología de infección era registrado en el cuaderno de recogida de datos, indicando el nombre del paciente, fecha de la realización de los hemocultivos y el resultado. Cada catéter fue una muestra a recoger, es decir, por cada CVC se abría una hoja en la recogida de datos. En caso de disfunción o bacteriemia del catéter, que posteriormente era recambiado, la hoja de registro del catéter retirado era cerrada y se abría una nueva hoja de registro, para recopilar los datos del nuevo catéter colocado.

Resultados

Se analizaron un total de 62 catéteres. La tasa de bacteriemias relacionadas con el catéter fue de 0,15 por cada 1.000 días de uso (BRC: 0,15/1.000 días de catéter). Al comparar estos datos con el registro del año anterior, se evidenció una reducción significativa en la tasa de BRC ($p=0,047$). En cuanto a la presión venosa y arterial, el 100% de los pacientes se mantuvo dentro de los valores deseables. Respecto al flujo sanguíneo, el 89,1% cumplió con los parámetros establecidos. En relación con el valor de Kt, el 40,32% alcanzó el umbral recomendado según el sexo (superior a 40 litros en mujeres y a 45 litros en hombres). La media en mujeres fue de 39,2 (DE=5,98) y en hombres de 43,5 (DE=6,92).

Conclusiones

Se registró una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de bacteriemias con el uso de bioconectores. Los valores de presión arterial, presión venosa y flujo sanguíneo se mantuvieron dentro de los límites aceptables; sin embargo, el Kt no alcanzó niveles óptimos en todos los casos.

Evaluación de la huella de carbono del transporte para pacientes en programa crónico de hemodiálisis ambulatoria

Engracia Martínez-Rodríguez, Covadonga Díaz-García, Anibal Rubio-Borbolla, **Liliana Suárez-Fernández**

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España

Introducción

El transporte de los pacientes en programa de hemodiálisis ambulatoria es esencial para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. La contribución sobre la huella de carbono es importante, existiendo poca documentación sobre el impacto ambiental que esto supone.

Objetivos

Este estudio tiene como objetivo analizar la huella de carbono generada por los medios de transporte utilizados.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo utilizando registros electrónicos de historias clínicas, la base de datos administrativa del programa de hemodiálisis (Nefrolink®), registros de transporte sanitario y Google Maps®.

Criterios de inclusión: Pacientes crónicos mayores de 18 años que acudieron al programa de hemodiálisis hospitalaria tres veces por semana o más, ininterrumpidamente, durante el año 2024.

Criterios de exclusión: Pacientes que no cumplen pauta de 3 sesiones por semana, o tuvieron ingresos/vacaciones.

Variables a estudio:

- Edad: Expresada en años, al inicio del estudio.
- Sexo: Hombre/mujer.
- Número de sesiones realizadas.
- Distancia recorrida: Kilómetros, incluyendo ida y vuelta, del domicilio a la sala de hemodiálisis.
- Medio de transporte utilizado: A pie, coche privado, autobús o ambulancia individual o colectiva.

Se realizó un cálculo estimado de los kilómetros recorridos, tanto de forma individual como por agrupación en ambulancia colectiva durante el año 2024. Se obtuvo una media por paciente en base al tipo de vehículo (consumo de combustible) y el transporte (individual o colectivo) empleado en el reco-

rrido. Usando factores de emisión, se calculó la huella de carbono (emisión de dióxido de carbono) aproximada de lo que supuso el transporte durante ese periodo, estableciendo una media por paciente (programa estadístico Excel®). Las variables cuantitativas fueron expresadas como medias o medianas, según siguieran una distribución normal o no, y las cualitativas como frecuencias relativas y absolutas.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 66 pacientes que cumplían los criterios de inclusión: 64 pacientes que realizaron 157 sesiones y 2 pacientes que realizaron 209 sesiones. El 3,03% iba caminando, otro 3,03% usaban el autobús público, un 15,15% automóvil y un 78,78% ambulancia sanitaria (individual o colectiva). Se estimaron 276.523,1 kilómetros recorridos en total durante ese año, con una media de 4.189,7 kilómetros/paciente, siendo la máxima distancia 79,4 kilómetros por sesión en ambulancia individual y la mínima 700 metros en ambulancia colectiva. Aplicando los factores de emisión según el vehículo empleado, se obtiene una estimación de 55.711,25 kilogramos de dióxido de carbono emitido durante el 2024, de los que 241,78 kilogramos corresponden a los que emplean el autobús público, 8.845,07 kilogramos a los que usan automóvil y 46.624,4 kilogramos a los que viajan en ambulancia. Con una media de 844,11 kilogramos/paciente/año, se obtuvo una cifra máxima de 3.340,96 kilogramos y una mínima de 113,04 kilogramos/año. Los pacientes que acudían a pie no generaron huella de carbono.

Conclusiones

La implementación de vehículos de bajas emisiones y la mejora en la planificación logística, pueden reducir significativamente el impacto ambiental sin comprometer la accesibilidad de los pacientes al tratamiento. El estudio posee una limitación dada la variabilidad de las rutas de transporte sanitario colectivo, acotando los resultados obtenidos.

Evaluación de los factores asociados con la sensación de frío y el malestar en pacientes durante la hemodiálisis

María del Carmen Pérez-Sánchez, María Teresa Quijada-Box

Fresenius Medical Care Services Murcia, S.L. Centro El Palmar. Murcia. España

Introducción

La hemodiálisis es un procedimiento esencial para muchos pacientes, sin embargo, uno de los principales problemas asociados durante las sesiones es la sensación de frío. Este ha sido reportado en las encuestas de experiencia del paciente y, aunque se han implementado medidas para mejorar el confort térmico en las instalaciones, persiste la inquietud. Por ello, se decidió investigar si existen otras variables, relacionadas con el tipo de paciente y su tratamiento específico, que puedan influir en esta sensación de frío y de confort durante la hemodiálisis.

Objetivos

Identificar y cuantificar la influencia de distintas variables sobre el resultado de la variable 'Malestar', entendida como una variable categórica ordinal que refleja el nivel de incomodidad reportado por los pacientes, y su asociación con la sensación de frío y otras variables clínicas relevantes.

Material y Método

Se realiza un estudio de cohortes, analítico observacional en una clínica de diálisis desde marzo a abril de 2024. De los 172 pacientes tras aplicar los siguientes criterios de exclusión: demencias, ingresos hospitalarios y otras salidas del centro, la muestra se redujo a 134 pacientes con su oportuno consentimiento. Se analizan las sesiones de hemodiálisis durante 6 días. La variable categórica "Malestar" fue recogida mediante una encuesta y el resto de las variables a través de la historia clínica electrónica del paciente.

Resultados

Se analizaron 402 sesiones de hemodiálisis. De los 134 pacientes incluidos en el estudio, el 34% eran mujeres. Un 79% de la muestra portaban fístula arteriovenosa y una edad media de 69,8 años. En cuanto a la variable "Malestar" un 82% refiere sensación de frío y requiere de alguna medida para controlarla. De este 82%, un 51,5% precisa al menos de una manta, un 23,9% necesita una manta y usar otras prendas, y un 6,6% refiere llegar a casa con frío a pesar de aplicar las medidas anteriores. Se observó que las mujeres tienen un mayor malestar por el frío en comparación con los hombres. Con el aumento del malestar por frío, la proporción de mujeres incrementa y el tiempo en diálisis se extiende, siendo más notable en el nivel 4, con la mayoría de las mujeres (77,78%), una edad promedio superior (74 años) y el mayor tiempo de diálisis (114,11 meses). A través de los distintos niveles, los índices de comorbilidad de Charlson ajustados por edad permanecen consistentes.

Conclusiones

Estos resultados sugieren que es crucial llevar a cabo investigaciones más detalladas para entender mejor las causas subyacentes de esta sensación de frío y para desarrollar intervenciones más efectivas. Es fundamental considerar el género al explorar las diferencias individuales en circulación y termoregulación, así como la influencia del tipo de tratamiento en la percepción de temperatura. El estudio tiene limitaciones, incluyendo una muestra de un único centro que puede limitar el generalizar los resultados y el posible sesgo en el auto-reporte de sensaciones. Investigaciones futuras necesitan muestras más grandes y variadas para confirmar y extender los resultados.

Evaluación del índice de Karnofsky como herramienta funcional en pacientes en hemodiálisis

María del Carmen Domínguez-Berruezo¹, Laura Infantes-Gutiérrez¹, Sandra Victoria Báez-Arroyo², Noelia Romero-Toledo²

¹ Centro de Diálisis Diaverum Axarquía. Málaga. España

² Centro de Diálisis Diaverum Málaga. Málaga. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) y el tratamiento con hemodiálisis generan un impacto significativo en la funcionalidad del paciente, especialmente en una población cada vez más envejecida y con alta comorbilidad. El índice de Karnofsky (IK) permite medir de forma estandarizada la capacidad funcional y el grado de autonomía, facilitando una valoración integral desde enfermería, útil para ajustar intervenciones, identificar necesidades de apoyo y predecir evolución clínica.

Objetivos

Analizar el grado de funcionalidad de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo mediante el IK y valorar su utilidad en la práctica de enfermería como herramienta para individualizar los cuidados.

Material y Método

Estudio observacional, analítico, de diseño cuantitativo y multicéntrico, realizado durante el año 2024 en dos centros extrahospitalarios de hemodiálisis. Se recopilaron variables demográficas, clínicas (presencia de hipertensión, diabetes) y resultados IK evaluados por enfermería a pacientes en programa de hemodiálisis.

Resultados

Se incluyeron 302 pacientes (edad media: 71,79 años; 56,29% hombres). El 93% presentaban hipertensión y el 46,36% diabetes. Respecto al IK; El 68% obtuvo puntuaciones entre 70% y 90%, indicando autonomía con limitaciones. El 21,85% se situó por debajo del 60%, reflejando dependencia moderada o severa. Solo el 2,98% alcanzó una puntuación del 100% (funcionalidad plena). Estos datos evidencian un amplio rango de autonomía funcional y refuerzan la necesidad de individualizar el abordaje enfermero según la puntuación obtenida.

Conclusiones

El IK es una herramienta eficaz, sencilla y objetiva para valorar la funcionalidad de los pacientes en hemodiálisis. Su uso sistemático en la consulta enfermera permite priorizar intervenciones, anticiparse a la pérdida de autonomía y orientar planes de cuidados adaptados a la situación real del paciente, contribuyendo a una atención más segura y centrada en la persona.

Experiencias y beneficios del paciente sometido a hemodiafiltración en turno noche

Marta Sánchez-Morales, Nuria Clemente-Juan, María Julia Toro-Melon, Silvia Prat-Pons

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

La modalidad de diálisis más eficiente es la hemodiafiltración en línea de alto volumen (HDF-OL). Diversos estudios han demostrado que sesiones más largas y frecuentes, como en el turno de noche, mejoran los resultados clínicos y de supervivencia en el paciente. Evaluar su perspectiva a través de medidas de experiencia (PREMs) y de resultado (PROMs), ambas informadas por el paciente, nos ayudan a comprender sus experiencias para mejorar sus resultados y, con ello, aumentar la calidad de los servicios clínicos y de vida del paciente.

Objetivos

Describir las experiencias y percepciones del paciente con enfermedad renal crónica sometido a HDF-OL en turno noche.

Material y Método

Se realizó una encuesta ad hoc con 15 preguntas sobre PREMs y PROMs. En PREMs se realizaron preguntas sobre dominios de accesibilidad, desplazamientos, comodidad, impacto emocional y social, tiempo y duración del tratamiento, atención en complicaciones y satisfacción general con el tratamiento. En PROMs se realizaron preguntas sobre dominios de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), fatiga, dolor, ansiedad, relaciones social y familiar, capacidad para realizar actividades cotidianas (AC) y calidad del sueño. Las respuestas fueron recogidas en una escala Likert y porcentajes.

Resultados

Participaron 20 pacientes sometidos a HDF-OL en turno noche (5 mujeres y 15 hombres), la media de edad fue de 51 años. Respecto a PREMs, el 85% consideró fácil el acceso a las sesiones de diálisis y el 95% valoró positivamente la comodidad de la sala. El 95% se mostró satisfecho con la duración, frecuencia de las sesiones y tratamiento en general, aunque al 40%, éste, les afectó negativamente a su CVRS. El 85% consideró haber recibido atención adecuada ante complicaciones intradiálisis. Respecto a PROMs, el 70% refirió buena CVRS. El 50% indicó haber experimentado dolor ocasional durante o después de las sesiones, y el 65% refirió fatiga de distinta intensidad para realizar AC. El 40% ocasionalmente, les resultó difícil seguir las recomendaciones relacionadas con la dieta y los líquidos. Además, el 60% afirmó tener un sueño reparador. En cuanto a la salud emocional, el 35% nunca sintió ansiedad relacionada con el tratamiento, mientras que el 40% la experimentó ocasionalmente. El 60% no percibió impacto en sus relaciones familiares, y un 85% consideró que su salud mejoró desde el inicio del tratamiento. El 55% no les afectó nunca el tratamiento a su capacidad para trabajar y el 20% rara vez.

Conclusiones

En cuanto a PREMs, la mayoría de los pacientes en HDF-OL nocturna expresan un alto grado de satisfacción con el tratamiento, instalaciones, duración de las sesiones y atención recibida. Respecto a PROMs, se observa una mejora en la CVRS y en la adherencia a las recomendaciones dietéticas. A nivel físico, los pacientes reportan menor fatiga y mejor descanso nocturno, lo que les permite mantener sus AC con mayor disponibilidad. En las dimensiones psicológica y social, se destaca una baja percepción de ansiedad y una escasa interferencia del tratamiento en sus relaciones personales y laborales.

Fragilidad en hemodiálisis. Un enemigo silencioso con alto impacto clínico

M^a Eugenia Pons-Raventos

Medical Care Services Andalucía, S.A. "El Cónsul". Málaga. España

Introducción

La fragilidad no es solo un marcador de vulnerabilidad, sino un factor clave en la salud y calidad de vida, especialmente en pacientes en hemodiálisis. En la práctica clínica, disponemos de información valiosa para su monitorización y estudios previos han demostrado su estrecha relación con el estado general del paciente. Comprender y medir la fragilidad en este grupo es fundamental para optimizar su atención y resultados clínicos.

Objetivos

Desarrollar una escala de fragilidad específica para pacientes en hemodiálisis y analizar su impacto en la morbilidad.

Material y Método

Para la consecución del objetivo desarrollamos un estudio observacional, descriptivo y longitudinal, con un periodo de seguimiento de 5 meses. Los criterios de inclusión fueron: pacientes prevalentes en tratamiento con hemodiálisis o hemodiafiltración online, mayores de 18 años y con más de tres meses en terapia renal sustitutiva, que otorgaron su consentimiento informado. Se excluyeron pacientes transeúntes y cuando la medición de la composición corporal no fue de calidad suficiente. Finalmente, la muestra analizada estuvo conformada por 47 pacientes. Registramos los siguientes ítems, valoración y monitorización enfermera (estadio 3, 4 o 5 fueron considerados frágiles), índice de riesgo de fracaso de la FAV (frágiles puntuación $\geq$ de 0,1), composición corporal medida por bioimpedancia (frágiles sobrehidratación $>2,5$ litros y/o con un índice de tejido magro $>10^{\text{th}}$ percentil, ajustado por edad y sexo), cumplimiento indicadores analíticos (hemoglobina, albúmina, calcio, fósforo, iPTH, PCR, 25 (OH) Vit D y/o HbA1C) e indicadores clínicos (tiempo de la sesión, volumen de sangre dializada, infusión total efectiva y/o Kt/V $\geq 1,4$). Una vez analizados los 5 ítems se establecieron las siguientes categorías: No frágil (ninguno ítem), prefrágil (un ítem) y frágil (dos o más ítems).

Resultados

La media de edad de la muestra fue de $71,23 \pm 12,9$ años, con un 55,3% de hombres. El acceso vascular mayoritario fue la fístula (59,6%) y la modalidad, la hemodiafiltración online (74,5%). Con respecto a los ítems analizados, el que alcanzó un menor cumplimiento en toda la muestra fue una correcta composición corporal con un 61,7% de incumplidores, seguido de los indicadores analíticos, con un 40,4%. Según nuestra escala, el 46,8% fue catalogado como frágil, el 40,4% como pre frágil y el 12,8% como no frágil. En comparación con los no frágiles, los pacientes clasificados como frágiles presentaron un mayor incumplimiento en la composición corporal (77,3%; $p=0,003$), siendo este el ítem más relevante. Tras el periodo de seguimiento, los pacientes frágiles, presentaron una mayor morbilidad (p=0,018) y un mayor número de incidencias durante la sesión de diálisis (p=0,022).

Conclusiones

Diferentes autores han analizado el impacto de la composición corporal en la fragilidad y la estrecha relación entre la pérdida de masa muscular, el desgaste proteico energético y la morbilidad. Nuestros hallazgos refuerzan esta relación y destacan la importancia de un seguimiento riguroso, permitiendo la detección de prefragilidad y fragilidad, lo que facilita la implementación de intervenciones específicas para revertir dicha condición.

Garantizar el acceso a la atención a pacientes de hemodiálisis ante desastres naturales: nuestra experiencia

M^a Paz Sorribes-López¹, Shaira Martínez-Vaquera¹, Lidia Romero-Gómez¹, Mirco Dal-Maso²

¹Diaverum Servicios Renales S.L. Madrid. España

²Centro de Diálisis Diaverum Motril. Granada. España

Introducción

Los pacientes en diálisis son especialmente vulnerables ante desastres naturales debido a la dependencia crítica del tratamiento para sobrevivir. El 29/10/2024, la Comunidad Valenciana sufrió graves inundaciones provocadas por una Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA) que causaron daños catastróficos en ciertas zonas. Durante este evento, los pacientes y el personal de hemodiálisis se enfrentaron a importantes desafíos debido a las dificultades para acceder y recibir atención sanitaria.

Material y Método

De forma ambulatoria 1770 pacientes reciben tratamiento de hemodiálisis en la Comunidad Valenciana, distribuidos en 20 clínicas de un proveedor de hemodiálisis independiente de ellas 13 clínicas en el área metropolitana de Valencia. Tras el paso de la DANA, tres de estas clínicas se vieron gravemente afectadas, lo que imposibilitó su actividad. Se estableció de inmediato un Plan de Contingencia, en coordinación con las Autoridades Sanitarias (AS) y los Hospitales de Referencia (HRE), para la reubicación inmediata de los 280 pacientes directamente afectados. El 90 % de la totalidad de pacientes fueron reubicados en otras instalaciones de dicho proveedor. Se priorizó el contacto con los pacientes y el personal, así como la coordinación del transporte en zonas de difícil acceso, lo que representó el mayor desafío para ambos. Se dispuso de vehículos privados para agilizar el traslado y fue necesario el apoyo de la UME, Guardia Civil y Bomberos. Las acciones más relevantes para garantizar la continuidad de la atención fueron: Fortalecer la comunicación y la colaboración con los Hospitales de Referencia y Autoridades Sanitarias. Garantizar el transporte de los pacientes. Preparación de las clínicas ante eventualidades: falta de suministro de electricidad y/o agua. Garantizar un stock suficiente de material y realizar pedidos

adicionales urgentes. Asegurar la disponibilidad del personal: proporcionar alojamiento, transporte y personal adicional de otras clínicas españolas. Asegurar el acceso a medicamentos y productos sanitarios. Asegurar el acceso a las necesidades básicas de pacientes y personal. Desarrollo de procedimientos y material de formación para personal y pacientes. Brindar apoyo psicológico a pacientes y personal.

Resultados

Gracias al esfuerzo coordinado de todos los actores involucrados, el 98% de los pacientes reubicados de las clínicas afectadas fueron dializados y pudimos contar con la mayor parte del personal. Sólo dos pacientes resultaron afectados (un paciente tras una semana fue encontrado en buen estado de salud y pudo dializarse y un paciente pereció a consecuencia de la riada). Una semana después, una de las clínicas reanudó su actividad. Las otras dos clínicas quedaron inhabilitadas permanentemente.

Conclusiones

Una comunicación temprana, clara y eficiente entre las partes interesadas es clave. El compromiso y la profesionalidad de los cuidadores, así como la solidaridad de todos los participantes para garantizar que todos los pacientes recibieran su tratamiento, son esenciales. Esta experiencia exitosa, es un ejemplo para aumentar la conciencia sobre la necesidad de planes de contingencia para garantizar la atención en grupos de pacientes vulnerables.

Fragilidad, autonomía funcional y riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis: análisis de factores asociados a la salida del programa

Anabel Ramírez-García^{1,2}, Isabel López-Moreno¹, David Seoane-Represas¹, M^a Isabel Prado-Carpintero¹, Carola Arcal-Cunillera¹

¹ Consorci Sociosanitari de l'Anoia. Hospital d'Igualada. Barcelona. España

² Universitat de Lleida. Lérida. España

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada y su manejo mediante hemodiálisis conllevan múltiples complicaciones, incluyendo fragilidad, dependencia funcional y riesgo de caídas, factores que influyen en la evolución clínica y en las decisiones terapéuticas. Comprender las características de los pacientes que abandonan el programa de hemodiálisis, ya sea por trasplante, fallecimiento o cambio a tratamiento conservador, es fundamental para optimizar su atención.

Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar la fragilidad, autonomía funcional y riesgo de caídas en estos pacientes, identificando diferencias entre los distintos grupos, con el fin de contribuir al desarrollo de estrategias personalizadas para mejorar su calidad de vida y pronóstico.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo, entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron aquellos pacientes que salieron del programa de hemodiálisis por trasplante, fallecimiento, cambio tratamiento, mejoría clínica o traslado a otro centro. Se analizaron las variables como motivo salida de diálisis, fragilidad mediante índice IF-VIG, Barthel y Downton. Los datos se analizaron mediante SPSS.

Resultados

Durante el periodo de estudio, se registraron 33 salidas del programa de hemodiálisis. Las causas fueron trasplante (27,3%), fallecimiento (30,3%), mejoría clínica (9,1%), transición a tratamiento conservador (18,2%) y traslado a otro centro (15,2%). Entre los pacientes trasplantados, el 62,5% fueron hombres, con una edad media de $66,5 \pm 11,28$ años y un tiempo medio en hemodiálisis de $2,88 \pm 5,41$ años. En este grupo, el 66,6% fueron clasificados como robustos, el 33,3% presentaron fragilidad leve, y ninguno mostró fragilidad moderada o severa. Según el índice de Barthel, todos los pacientes eran autónomos, y el 62,5% no presentaban riesgo de caídas según la escala de Downton. El 66,7% de los pacientes que optaron por tratamiento conservador fueron hombres, con una edad media de $85 \pm 6,1$ años y un tiempo medio en diálisis de $2,33 \pm 2,5$ años. Ninguno fue clasificado como robusto según la escala IF-VIG, el 50% presentó fragilidad leve y el resto fragilidad moderada. El 83,3% tenía algún grado de dependencia según el índice de Barthel, y el 100% presentaba riesgo de caídas. Entre los pacientes fallecidos, el 90% fueron hombres, con una edad media de $76 \pm 12,71$ años y un tiempo medio en hemodiálisis de $2,7 \pm 2,86$ años. El 50% presentaba algún grado de fragilidad, mientras que el 10% tenía dependencia absoluta, el 10% dependencia moderada-grave y el 30% dependencia moderada-leve. Además, el 80% presentaba riesgo de caídas.

Conclusiones

Determinar el impacto de estos factores en la salida del programa de diálisis permite optimizar la planificación de cuidados, ajustando estrategias terapéuticas tanto en pacientes candidatos a trasplante como en aquellos en quienes se requiere reevaluar la adecuación del tratamiento, evitando intervenciones innecesarias o de alto impacto clínico.

Identificando la fragilidad en los pacientes de hemodiálisis, una misión más de la enfermería nefrológica

Ángel López-Sánchez, María Henar Sanz-Frutos, Beatriz Arriero-López, Sandra Bueno-Porras, Sara Fuentes-Blázquez, Verónica Ruth Mercado-Valdivia

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada está aumentando en los adultos mayores de 65 años y la fragilidad es altamente prevalente en este tipo de pacientes. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2024 el porcentaje de población mayor de 65 años era del 20,4% y se prevé que alcanzará un 30,5% en 2055. Una importante parte de estas personas se encontrará en situación de fragilidad con la pérdida de la función muscular y disminución de su autonomía. Teniendo en cuenta el tiempo de permanencia en hemodiálisis, encontramos mayor predisposición a la fragilidad, limitación funcional, problemas emocionales y sociales en nuestros pacientes. Aplicando diferentes test en la población de hemodiálisis podremos detectar la fragilidad para implementar programas de prevención.

Objetivos

Identificar y cuantificar la fragilidad prevalente en la población de hemodiálisis.

Material y Método

Estudio transversal descriptivo. Evaluación de 52 pacientes en hemodiálisis, mediante pruebas bioquímicas, dinamometría y el test SPPB para valorar su estado nutricional, inflamatorio y funcional.

Resultados

Analizamos 52 pacientes con seguimiento mayor a 3 meses en hemodiálisis. El 71% (37) son hombres y 29% (15) mujeres. Edad media 72 años. El estado inflamatorio basal de los pacientes está 14 veces por encima de los valores normales de referencia ($<0,5$ mg/dl) siendo nuestra media de PCR de 17 y una media de ferritina de 558 ng/ml (10-120 ng/ml). Los parámetros nutricionales se encuentran por debajo de la normalidad para los pacientes en hemodiálisis con una media de albúmina de 3 gr/dl y prealbúmina de 21. Se ha realizado el SPPB para determinar la fragilidad y la dinamometría para analizar la fuerza muscular. Más del 50% de los pacientes tie-

nen algún grado de fragilidad (31% fragilidad leve y 21% fragilidad moderada). Existen limitaciones severas en el 17% de los pacientes y sólo un 31% no tiene limitaciones. Por edades, observamos que el 50% de los pacientes entre 65 y 74 años tiene un grado de fragilidad y que asciende hasta un 64% en el grupo de 75 a 84 años. En relación a la fuerza muscular se analiza el riesgo de pérdida de capacidad intrínseca cuando la fuerza medida por dinamometría es menor a 27 kg en hombres y 16 kg en mujeres. En nuestra población hemos obtenido una media 24,4 kg para hombres y 16,36 para mujeres, estando los hombres con este riesgo y las mujeres en límite bajo de padecerlo.

Conclusiones

Los pacientes prevalentes en hemodiálisis de nuestro hospital presentan una alta incidencia de fragilidad, pérdida de masa muscular y estado de malnutrición/inflamación, que afectan negativamente en su calidad de vida y autonomía, además de repercutir en una importante carga asistencial para enfermería. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una planificación de los cuidados de enfermería para mejorar su fuerza y funcionalidad. Proponemos un programa de educación del paciente-familia, mediante ejercicio físico individualizado intra diálisis y domiciliario, así como programas de nutrición específicos para este grupo de pacientes entre otros.

Impacto ambiental de un centro de hemodiálisis periférico, ¿qué podemos hacer para reducir nuestra huella de carbono?

Núria Clemente-Juan, Carolina Palomar-Ceballos, Gemma Giner-Sanfrancisco, Mar Martínez-Nebreda, Gerard Pereda-Espinosa

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

La sociedad, así como las nuevas normativas, tienden a optimizar procesos y minimizar el impacto medio ambiental generado. En este sentido, la nueva Ley 7/2021, de 20 de mayo de "cambio climático y transición energética", y la Ley 7/2022 del 8 de abril, de "Residuos y Suelos contaminados", son los grandes referentes. Nos obligan a determinar nuestro impacto medioambiental derivado la actividad, así como responsabilizarnos de toda la vida del residuo, su trazabilidad absoluta, implantar un plan de minimización y dirigirnos hacia la disminución del impacto medioambiental. En este sentido, nuestro centro de diálisis periférico ha sido pionero en fomentar, colaborar e implantar aquellos indicadores medioambientales necesarios para realizar una cuantificación objetiva del impacto y detectar posibilidades de mejora y minimizarlos.

Objetivos

- Cuantificar el impacto ambiental del centro.
- Determinar la tendencia y resultados en referencia a años anteriores.
- Detectar posibles acciones de mejora.

Material y Método

Se analizaron y cuantificaron residuos y consumos durante 1 año, se recogieron datos sobre: residuos generados, consumo eléctrico/agua, determinación impacto emisiones CO₂ (kg)/diálisis.

Resultados

En 2024 se generaron un total de 24,545 toneladas de residuos, de las cuales, el 73,08% fueron Residuos Sanitarios GI-GII. En 2024, a nivel de los diferentes indicadores, los resultados fueron: Litros/diálisis/día: 424,023 Kwh/diálisis/día: 24,623 kg CO₂ / Diálisis: 6,719

Conclusiones

Los datos expuestos son una "fotografía" del año 2024. Lo que realmente nos da información de la evolución del Centro es el histórico de los distintos indicadores calculados. Por los Residuos Sanitarios del Centro detectamos que cada año se incrementaron las cantidades absolutas de residuos generados, pero el indicador IRS desde 2022 se encuentra estabilizado, lo que comporta una gestión excelente dado que, a pesar de que se incrementa la producción de RS, la capacidad de generar el residuo por actividad es la misma. Para tener una referencia, la diálisis sólo genera 882 gramos de residuos más por actividad, que la de un residente en Barcelona ciudad. Referente al consumo de agua, en 2024 la necesidad por actividad fue de 424 litros, uno valor ligeramente inferior al promedio histórico. Por tanto, según el indicador IND H₂O, el consumo de agua referenciado a la actividad está estabilizado con un valor mínimo histórico en 2024, necesitando sólo x 2,88 del consumo urbano. El consumo eléctrico tiene un comportamiento similar al del agua. Con estos indicadores, era de esperar obtener un excelente resultado en emisiones de CO₂, obteniendo para 2024 el INDCO₂ = 6,72 kg CO₂/diálisis, el menor valor de todo el histórico. Las recomendaciones para 2025 serían optimizarlos y/o mantenerlos, haciendo actuaciones sobre tres parámetros de forma independiente:

- Residuos: Medidas de minimización en la fracción Papel/ cartón y GII.
- Consumo eléctrico.
- Racionalizar el uso de la climatización, iluminación, aparatos en stand by, y ordenadores.
- Consumo de agua.
- Optimizar el consumo en áreas de vestuarios / WC más estudios de necesidades de calidad del agua de diálisis. Actuar sobre estos puntos, requeriría la creación de un pequeño comité pluridisciplinar, que pueda aportar ideas reales y funcionales al respecto.

Impacto de las complicaciones de la arteriopatía periférica en los pacientes en diálisis: detección temprana en la práctica de enfermería nefrológica

María del Tránsito Suárez-Plata, Lida Rodas-Marín, Gemma Giner-Sanfrancisco, Pilar Cardona-Blasco, Sandra Gómez-González, Carolina Palomar-Ceballos

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

Las complicaciones derivadas de la arteriopatía periférica en pacientes en diálisis tienen un impacto considerable en su salud y además aumentan significativamente el riesgo de infecciones, úlceras, necrosis, amputaciones, eventos cardiovasculares graves y de muerte prematura.

Objetivos

Elaborar y aplicar una herramienta que permita la detección temprana de las complicaciones y los factores de riesgo de arteriopatía periférica en pacientes en diálisis. Describir las intervenciones de enfermería y sus resultados, después de la valoración sistemática de los pacientes.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 97 pacientes en programa de hemodiálisis (HD) de julio de 2023 a diciembre de 2024, con mínimo de 4 meses en tratamiento. Se diseñó y aplicó una herramienta para la detección, prevención y tratamiento precoz de complicaciones de la arteriopatía periférica. Se recogieron variables epidemiológicas (edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes, arteriopatía periférica, amputaciones, tiempo en HD) y analíticas (calcio, fósforo, parathormona). Incluyó una valoración clínica de úlceras, sensibilidad y pulsos, además de factores de riesgo como alteraciones ungueales, deformidades, durezas, déficit de cuidados y calzado inadecuado.

Resultados

Todos los pacientes realizaron modalidad de hemodiafiltración (HDF), con una duración media de sesión de 270 minutos y un tiempo medio en programa de HD de 35,25 meses. La edad media fue de 75,7 años, con un 62,8% de hombres. Entre las comorbilidades, el 86,6% eran hipertensos, el 47,4% diabéticos y el 40,2% tenía antecedentes de enfermedad arterial periférica. Los parámetros del metabolismo óseo-mineral mostraron un adecuado control, con una PTH media de 204 pg/mL, calcio de 8,4 mg/dL y fósforo de 4,75 mg/dL. Al aplicar la herramienta se encontró que el 9% de los pacientes presentaba amputaciones previas y el 21% úlceras vasculares recurrentes. En cuanto a marcadores de detección temprana 21% tenían disminución de la sensibilidad y el 66% pulsos ausentes. El 46% presentó alteraciones ungueales y el 48% afectaciones en los pies, incluyendo sequedad cutánea, deformidades en los dedos y durezas. La estratificación del riesgo permitió la implementación de estrategias preventivas específicas, entre las que se destacan la derivación a podología especializada en el 46% de los pacientes, a cirugía vascular en el 19% y a atención primaria en el 28%. Además, el 54% recibió recomendaciones sobre calzado adecuado.

Conclusiones

La implementación de una herramienta integral para la valoración del riesgo de úlceras y arteriopatía periférica en pacientes en hemodiálisis, facilita la estratificación del riesgo y la individualización de estrategias de prevención, permite una identificación temprana de factores de riesgo como antecedentes de amputación, úlceras vasculares previas, disminución de la sensibilidad y pulsos, así como alteraciones en la piel y uñas. La derivación a podología y cirugía vascular, valoración precoz en atención primaria y recomendaciones sobre calzado adecuado, contribuyen a la mejora del manejo multidisciplinar, optimizando la prevención y el seguimiento de complicaciones en esta población vulnerable.

Impacto de sesiones de *mindfulness* y meditación guiada en pacientes durante sus sesiones de hemodiálisis en un centro monográfico de tercer nivel

Núria Sans-Pérez, Rosa Barroso-Ortín, Sara Bello-Álvarez, M^a Carmen Grande-Casas, Beatriz Martins-Tiago, **Sandra Pulido-Junca**

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

Introducción

La hemodiálisis (HD) es un tratamiento esencial para pacientes con enfermedad renal crónica, pero suele asociarse con ansiedad, estrés y malestar emocional. Las prácticas de *Mindfulness* y Meditación guiada han demostrado ser efectivas en la reducción del estrés y la ansiedad y la mejora del bienestar emocional en diversos contextos clínicos, pero su aplicación específica en pacientes en hemodiálisis es limitada.

Objetivos

Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de estas prácticas sobre la ansiedad, el bienestar emocional y la hipertensión no controlada en pacientes en HD y, aportar evidencia sobre su viabilidad y posible integración en la rutina asistencial.

Material y Método

Se realizó un estudio de intervención con un diseño cuasiexperimental en un centro de hemodiálisis de tercer nivel. Se reclutaron pacientes mediante el cuestionario Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), excluyéndose aquellos con trastornos mentales graves, falta de adherencia a tratamientos previos o negativa a participar. Se incluyeron pacientes con puntuaciones HADS ≥ 8 y/o hipertensión no controlada (tensión arterial media $\geq 135/85$ mmHg). La intervención consistió en 12 sesiones de *Mindfulness* y meditación guiada de 20 minutos durante la HD, utilizando auriculares individuales y realizando ejercicios de respiración, escaneo corporal y visualización guiada, todas ellas escritas y narradas por el equipo del estudio. Cada meditación se acompañaba de música relajante de fondo. Se evaluaron los niveles de ansiedad y bienestar emocional antes, y después de la intervención mediante el cuestionario HADS. Además, en pacientes hipertensos, se monitorizó la tensión arterial. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al final de la intervención para conocer la percepción de los participantes sobre su experiencia. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y pruebas comparativas para determinar cambios pre y post intervención.

Resultados

De 155 pacientes evaluados, 31 (20%) participaron en el estudio. La principal causa de exclusión fue la negativa a participar (71,61%). Otros motivos incluyeron trasplante previo, no cumplir los criterios de inclusión y éxitus. Los resultados indicaron que, aunque hubo una percepción subjetiva de mejora en el bienestar emocional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción de ansiedad tras la intervención. Asimismo, las mediciones de tensión arterial en pacientes hipertensos se mantuvieron muy similares a los valores previos a la intervención, pero hay que destacar que los efectos podrían depender de múltiples factores personales y del entorno de la hemodiálisis. Las entrevistas semiestructuradas revelaron que la mayoría de los participantes percibieron las sesiones como muy relajantes y útiles, y varios crearon rutina en domicilio.

Conclusiones

Las sesiones de *Mindfulness* y Meditación guiada durante la hemodiálisis si mostraron resultados estadísticamente significativos en la reducción de ansiedad o control de la presión arterial. Los pacientes manifestaron una percepción subjetiva de mayor relajación e impresión de que las sesiones de HD parecían ser más cortas, lo que se tradujo en una mayor sensación de bienestar durante el tratamiento. Aunque la intervención fue muy bien aceptada, se requieren estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para evaluar mejor su efectividad y determinar su impacto a largo plazo en la salud emocional, física y calidad de vida de estos pacientes.

Impacto de un programa de ejercicio en pacientes de hemodiálisis: evaluación de adherencia y calidad de vida

Jon Urretavizcaya-Elizalde, Andrea Navarrete-Muro, Laura Marcos-Gómez, Eva Aizpitarte-Pejenaute, Elena Regaira-Martínez, Cristina Labiano-Pérez-Seoane

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España

Introducción

El aumento de la enfermedad renal crónica (ERC) en España, con llegada a hemodiálisis (HD), afecta sobre todo a personas mayores con mucha comorbilidad. En estos pacientes, que ya presentan alto grado de inactividad física, la HD crónica, agrava su pérdida de masa muscular y fragilidad, con potencial impacto en su calidad de vida. Aunque el ejercicio físico ha demostrado mejorar la funcionalidad y el bienestar, el impacto en la calidad de vida depende de la motivación para mantener la adherencia, donde enfermería desempeña un papel esencial.

Objetivos

Analizar la adherencia y el impacto en la calidad de vida en pacientes en HD, de un programa de ejercicio físico protocolizado antes o durante la HD, tras 12 meses de intervención.

Material y Método

Se realizó un estudio comparativo pre-post en un hospital terciario universitario, de 02/2024 a 03/2025. Participaron 14 pacientes con una edad media de 60,5 años (28,5% mujeres y 71,43% hombres). El tiempo medio en hemodiálisis fue de 5,92 años. El programa de ejercicio se desarrolló durante las sesiones de diálisis (pre- o intra-). Para evaluar la adherencia al ejercicio, se diseñó un cuestionario basado en la literatura científica, incluyendo aspectos como: motivación, barreras y apoyo recibido. La calidad de vida se midió con cuestionario SF-36 antes y después de la intervención. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (SPSS versión 22).

Resultados

El 92,9% de los participantes consideró el ejercicio como parte importante del tratamiento, y el 78,6% lo realizaba durante la diálisis. El 57,1% percibió mejoras en su estado físico y en el manejo de los síntomas. Respecto a las barreras, el 78,6% manifestó que el entorno de diálisis es seguro para ejercitarse, y el 100 % afirmó que el ejercicio no interfirió con el tratamiento. En cuanto al apoyo, el 85,7% recibió instrucciones claras para realizar los ejercicios, y el 71,4 % valoró positivamente el acompañamiento del personal de enfermería. Los resultados del SF-36 no mostraron diferencias significativas en la calidad de vida entre el inicio y el final del estudio. La puntuación media pasó de 99,93 a 100 ($p=0,6547$).

Conclusiones

El ejercicio en hemodiálisis mostró una alta aceptación entre los pacientes, quienes reconocieron sus beneficios físicos y su integración en el tratamiento. El apoyo y acompañamiento de enfermería fue clave para favorecer la adherencia. No se observaron cambios significativos en la calidad de vida, probablemente influenciados por el tamaño muestral o un efecto techo en las puntuaciones iniciales. No obstante, la percepción referida de los pacientes y el mantenimiento en la calidad de vida sugieren un impacto positivo, que refuerza la importancia de promover el ejercicio físico en pacientes en hemodiálisis, con un papel fundamental del personal de enfermería.

Impacto en la calidad de vida de pacientes mayores de ochenta años que comienzan hemodiálisis: un estudio descriptivo

Gemma Giner-Sanfrancisco, Lida Rodas-Marín, Marta del Vas-García, María del Tránsito Suárez-Plata, Carolina Palomar-Ceballos, Sandra Gómez-González

Hospital Clinic. Barcelona. España

Introducción

El envejecimiento poblacional representa un desafío global con implicaciones significativas en la atención sanitaria. La elección de hemodiálisis (HD) en pacientes octogenarios plantea interrogantes, ya que no existen índices pronósticos precisos que guíen la decisión. La calidad de vida en estos pacientes depende de múltiples factores, incluyendo fatiga, ansiedad, dependencia y aislamiento, lo que subraya la importancia de brindar atención personalizada.

Objetivos

- Describir una población de pacientes octogenarios prevalentes en hemodiálisis.
- Evaluar la calidad de vida percibida y el impacto de las intervenciones de enfermería implementadas durante la hemodiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes prevalentes en hemodiálisis en un centro de diálisis periférico. Se recogieron variables demográficas, acceso vascular, comorbilidad, dependencia, deterioro cognitivo, valoración nutricional, valoración social y supervivencia en diálisis. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario Short Form-36 Health Survey (SF-36), aplicado después de 3 meses de hemodiálisis. Se analizaron variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y variables numéricas con media $\pm$ desviación estándar. Todos los pacientes fueron evaluados por un equipo interdisciplinar.

Resultados

Se incluyeron 28 pacientes prevalentes en hemodiálisis tipo HDF online, con sesiones de 270 minutos. El 50% mujeres, con edad media de 84. El Índice de Charlson medio 8, Barthel 75, Pfeiffer 2, la escala Gijón 9 y el Malnutrition-Inflammation Score 9. Respecto a la procedencia, 15 pacientes provenían de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada, 3 de la consulta cardiorrenal y 10 iniciaron hemodiálisis de manera urgente. El acceso vascular principal fue el catéter venoso central en 21 pacientes. En el seguimiento, 11 pacientes fallecieron. La supervivencia media fue de 25 meses. Se implementaron estrategias para mejorar la calidad de vida, incluyendo ejercicio intradiálisis (60%) y seguimiento psicológico (72%). En cuanto al cuestionario SF-36, la dimensión más afectada fue el rol físico, donde el 29,4% presentó mucha dificultad para subir escaleras, el 41,2% para caminar 1km y el 58% para levantar objetos pesados. Las mejor valoradas fueron la social, donde el 82,4% no redujo el tiempo dedicado a sus actividades por la diálisis. En cuanto al dolor físico, el 52,9% no experimentó dolor las últimas cuatro semanas y el 76,4% refirió que el dolor no interfirió en sus actividades diarias. El 48% calificó su salud como buena o muy buena, y en comparación con el año anterior, el 23% la consideró mejor y el 58,8% igual. En la dimensión de vitalidad, el 65% reportó haber sentido mucha energía. El 88,2% indicó no haber reducido sus actividades por problemas emocionales. En cuanto al estado anímico, el 10% refirió sentirse nervioso y el 7% triste o deprimido.

Conclusiones

La hemodiálisis en pacientes octogenarios puede contribuir a una calidad de vida percibida favorable. Además, más de la mitad de los pacientes percibió su estado de salud como estable o mejor en comparación con el año anterior. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un enfoque interdisciplinario para mejorar la calidad de vida en esta población. Es fundamental seguir desarrollando estrategias de intervención que permitan mejor adaptación a la hemodiálisis y ofrecer enfoque personalizado.

Implementación de un programa de hemodiálisis domiciliaria nocturna: primeros casos de este tratamiento en España

Sandra Maestre-Lerga, Beatriz Romero-de la Fuente, María Madurga-Sueiro, Cristina Martínez-Amunárriz

Hospital Universitario de Navarra. España, Hospital de Zumárraga. Guipuzcoa. España

Introducción

La hemodiálisis domiciliaria nocturna representa una alternativa innovadora en el tratamiento renal sustitutivo que, a pesar de estar poco extendida a nivel mundial, ofrece beneficios significativos en la mejora de parámetros clínicos y calidad de vida. En España, su introducción reciente en 2023, ha permitido tratar hasta el momento a un total de aproximadamente 5 pacientes a nivel nacional, aunque no existe registro oficial. Esta modalidad es especialmente relevante para pacientes con inestabilidad hemodinámica, resistencia al control de fósforo o necesidad de conciliar vida laboral/familiar.

Objetivos

Describir las características de la población en hemodiálisis domiciliaria nocturna en nuestro centro, así como el proceso de entrenamiento en esta modalidad, e identificar los aspectos críticos de la intervención enfermera centrados en seguridad técnica y adaptación del paciente.

Material y Método

Diseño: Estudio descriptivo realizado en una unidad de diálisis, donde se entrenaron 4 pacientes en hemodiálisis domiciliaria nocturna desde noviembre de 2023 hasta marzo de 2025. Los criterios de selección incluyeron pacientes adultos con motivación para autonomía y todos provenientes de programa de hemodiálisis diaria frecuente. Se han recogido datos sociodemográficos de los pacientes, duración de la terapia, información sobre el proceso de entrenamiento, así como información relativa a complicaciones o incidencias.

Resultados

En nuestro centro se han entrenado un total de 4 pacientes en esta modalidad de hemodiálisis, con una edad media de 49 ± 11 años, 3 hombres y 1 mujer, todos con catéter venoso central tunelizado. En la actualidad dos pacientes continúan tratamiento, uno fue trasplantado y otro falleció por causas ajenas al tratamiento. La duración de la terapia fue de 7 horas. El proceso de entrenamiento ha sido crucial para la adaptación a los nuevos dispositivos de seguridad y control de los parámetros dialíticos. Se ha de enfatizar la transición desde el monitor de hemodiálisis domiciliaria diaria al de nocturna, abordaje de los dispositivos de seguridad del monitor y del paciente, programación adaptada de parámetros dialíticos, control de peso y tensión arterial. El entrenamiento se realizó a días alternos, con una duración de 5,25 días (mín:2, máx:7), siendo lo ideal 6 días. Las principales complicaciones incluyeron ajustes en parámetros dialíticos al no conocer las pérdidas insensibles del paciente, problemas de sujeción de líneas en hombro y dificultades para conciliar el sueño, pero ninguna de ellas con riesgo vital para el paciente.

Conclusiones

La hemodiálisis domiciliaria nocturna es una opción prometedora para pacientes seleccionados, aunque requiere de un proceso de entrenamiento cuidadoso y adaptación a los nuevos dispositivos. Los resultados obtenidos en nuestro centro sugieren que esta modalidad puede ser viable y segura para pacientes que quieren conciliar su vida familiar y/o laboral. Futuras investigaciones deberían centrarse en ampliar la muestra y evaluar a largo plazo los beneficios clínicos de esta modalidad.

Intervenciones de enfermería para la prevención de la hipotensión intradiálisis

Yessica Advíncula-Pomacaja, Carme Camps-Fernández, Silvia Collado-Nieto, M^a Teresa Baz-Rodríguez, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La hipotensión intradiálisis constituye una de las complicaciones más frecuentes en pacientes en tratamiento renal sustitutivo, con una prevalencia estimada entre el 25% y el 55%. Su etiología es multifactorial, e incluye una ultrafiltración excesiva, temperatura elevada del dializado, desequilibrios en la composición del líquido de diálisis (sodio y bicarbonato), ingesta de alimentos durante la sesión y administración de fármacos hipotensores antes del tratamiento.

Objetivos

Analizar las intervenciones enfermeras durante las sesiones de hemodiálisis como, control de temperatura del dializado, ajuste de la ultrafiltración al 4% del peso seco, y uso del módulo de monitorización del volumen sanguíneo (BVM) en relación con los episodios de hipotensión intradiálisis.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo entre noviembre-23 y enero-24. Se incluyeron todas las sesiones realizadas de los pacientes prevalentes, con un seguimiento mínimo de tres meses, con utilización del módulo (BVM). Se excluyeron los que tenían pauta de nutrición parenteral intradiálisis. Se recogieron variables: edad, peso seco, presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) pre y post tratamiento, ganancia interdialisis, antecedentes clínicos, número de fármacos antihipertensivos, modalidad de tratamiento (HD/HDF), meses en tratamiento sustitutivo, acceso vascular (catéter, fístula, prótesis), ultrafiltración. Se definió hipotensión a cifras de PAS < 90 mmHg con intervención de enfermería. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSSv22.

Resultados

Se incluyeron 7 pacientes, el 57,1% (4) hombres, con una edad media de 69,4±8,5 años. Todos eran hipertensos y requerían más de un fármaco antihipertensivo; el 87% (6) diabéticos. El tiempo medio en hemodiálisis fue de 31±29 meses, con una duración media de sesión de 236 minutos. El 85,7% (6) realizaban hemodiafiltración (HDF). En cuanto al acceso vascular, el 57,1% (4) utilizaba catéter tunelizado, el 28,6% (2) fístula y el 14,3% (1) prótesis vascular. De las 285 sesiones analizadas, se registraron episodios de hipotensión sintomática en 20 sesiones e hipotensión asintomática en 15 sesiones, estas últimas detectadas exclusivamente a través del módulo BVM. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la aparición de hipotensión asintomática, el peso prediálisis ($p=0,016$) y postdiálisis ($p=0,014$). Asimismo, la hipotensión se asoció de forma significativa con los valores de PAS/PAD previos a la sesión ($p=0,013$ y $p=0,024$, respectivamente). La temperatura del dializado mostró una tendencia hacia la significación ($p=0,059$).

Conclusiones

Las intervenciones preventivas estudiadas, centradas en la individualización de la ultrafiltración, el control de la temperatura del dializado, el uso del módulo BVM y la valoración pre-sesión de la presión arterial, se asociaron con una mayor estabilidad hemodinámica. La detección de episodios asintomáticos mediante el BVM resalta el aporte de esta herramienta como ayuda de monitorización. Se precisan estudios adicionales con muestras más amplias para confirmar y reforzar estos hallazgos.

La intimidad del paciente en una sala de hemodiálisis desde una perspectiva dual: pacientes y equipo de enfermería

Manuela Medel-Arenas, Carmen Grau-Pueyo, Almudena Jérez-García, Elisabet Uroz-Taló, Sandra Zaragoza-Olmo

Corporació Sanitari Parc Taulí. Barcelona. España

Introducción

La intimidad es un concepto único para cada individuo, un derecho que también engloba la confidencialidad y que, a pesar de estar amparados por un marco legal, se ven vulnerados con facilidad en el mundo hospitalario.

Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la percepción que tienen los pacientes y el equipo de enfermería en la sala de Hemodiálisis (HD) sobre la preservación de la intimidad y confidencialidad.

Material y Método

Estudio con un enfoque descriptivo observacional de corte transversal unicéntrico. Participaron pacientes del programa de HD del servicio de nefrología de nuestro hospital y todo el personal de enfermería de dicho servicio (enfermeras/os y TCAE). Utilizamos el cuestionario desarrollado por Mozota-Duarte (2013), evaluando las dimensiones de intimidad auditiva, visual y privacidad global por medio de 11 ítems, y puntuándolos del 1 al 5 siguiendo la Escala Likert. Los pacientes que aceptaron entrar en el estudio recibieron la encuesta individualmente tras firmar el consentimiento. Una vez cumplimentadas, las entregaron de forma anónima y en formato papel. El personal sanitario respondió a la encuesta por medio de un documento de Google, también de forma anónima. Los datos fueron recogidos en una tabla Excel y volcados al paquete estadístico SPSS. Se calculó la media en las variables cuantitativas y la frecuencia y los porcentajes en las cualitativas.

Resultados

De una muestra de 108 pacientes, se obtuvieron 77 encuestas válidas (71%). De los 36 profesionales de enfermería el 78% (28) enfermeras y el 22% (8) TCAE todos respondieron al cuestionario pero una encuesta quedó invalidada por estar mal cumplimentada. Por parte de los pacientes, el 51% considera seguro o probable que sus conversaciones hayan sido escuchadas. El 18% considera que pueden haber sido vistos mientras los asistían frente al 75% que afirmaban que seguro o probablemente no. En cuanto a la percepción de privacidad global por parte del paciente, el 84% considera que el personal sanitario ha respetado su intimidad, el 47% puntúa positivamente la sensación de privacidad en el servicio de HD y hasta el 82% siente que sus expectativas de privacidad se han cumplido bastante o mucho. Estos resultados contrastan con la percepción de los profesionales de enfermería, donde el 57% considera que respeta la intimidad del paciente, el 31% destaca positivamente la sensación de privacidad en el servicio de HD y únicamente el 26% valora que las expectativas de privacidad del paciente se hayan cumplido bastante o mucho.

Conclusiones

La sensación de intimidad por parte de los pacientes en las salas de HD es alta a nivel visual y global, aunque deficiente desde el punto de vista oral, donde más de la mitad de los pacientes destacan que su información personal puede haber sido escuchada por terceros. Por otro lado, los profesionales sanitarios son mucho más críticos y perciben en mayor grado la falta de intimidad de los usuarios en todas las esferas estudiadas.

Percepción de las enfermeras de las unidades de hemodiálisis sobre la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes

Manuel Luque-Santiago, Julia Hernando-García, Ángela Valer-Pelarda, Pablo González-Pereira, Julia Calderón-Mohino

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

Introducción

En la actualidad, viene produciéndose un aumento exponencial a nivel mundial en el número de personas con enfermedad renal crónica terminal que reciben tratamiento sustitutivo mediante hemodiálisis. Estos pacientes suelen presentar comorbilidades asociadas, como diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, lo que conlleva la necesidad de tratamientos farmacológicos complejos. Esta polimedicación dificulta una adecuada adherencia terapéutica, generando consecuencias clínicas importantes y un impacto emocional en los profesionales de enfermería que los atienden.

Objetivos

Analizar la percepción del personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis sobre los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo-explicativo con enfoque etnográfico transversal. Pasado el comité ético del hospital. La recolección de datos se realizó mediante una entrevista estructurada con cinco preguntas abiertas, distribuida a través de Google Forms, dirigida a las enfermeras de la unidad de hemodiálisis de un hospital público universitario de tercer nivel. Participaron 14 de las 24 enfermeras activas en el servicio. Los datos fueron analizados y clasificados según cinco categorías principales: sentimientos, preocupación, gestión, opinión e intervención. La codificación se desarrolló mediante el software Atlas.ti v.9, con un total de 22 códigos asignados. La clasificación y análisis se basaron en la información recogida a través del instrumento y el memorando elaborado.

Resultados

El análisis de sentimiento mostró un predominio de emociones negativas como frustración, impotencia y culpabilidad. La tabla de co-ocurrencias reveló que la principal preocupación de las enfermeras es el error en la toma de medicación y sus consecuencias clínicas. También se identificó que la estrategia más valorada por las profesionales para afrontar esta situación es mejorar la atención enfermera-paciente a través de una relación más cercana y educativa. Una de las enfermeras expresó: "Cada enfermera debería dedicar un tiempo a conocer el historial de cada paciente. La mayoría son pluripatológicos y, por ello, sufren diversas enfermedades que conllevan tomar muchos fármacos. Es necesario que cada enfermera revise su farmacología y le ayude a comprender para qué sirve cada medicamento y cuándo debe tomarlo". El análisis también mostró que las principales causas percibidas de la falta de adherencia son el desconocimiento del paciente sobre su tratamiento debido a una comunicación ineficaz entre el equipo sanitario y el paciente. El diagrama de Sankey confirmó que los sentimientos negativos estaban presentes en todas las categorías analizadas, mientras que los sentimientos positivos se limitaron a las categorías de sentimiento y opinión.

Conclusiones

Las enfermeras identifican el desconocimiento del paciente y la escasa comunicación como los principales factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento. Mejorar la relación terapéutica y la comunicación enfermera-paciente se considera fundamental para abordar este problema de forma efectiva. Tras los resultados obtenidos, se implementará el uso de encuestas sobre adherencia al tratamiento que cada enfermera pasará a los pacientes a su cargo cada dos meses.

Perfil emocional del paciente en hemodiálisis. Estudio multicéntrico

Ana Casaux-Huertas¹, Pilar Mori-Vara², María del Carmen-Hernández Cediel³, David Hernán-Gascueña⁴

¹ Departamento de Enfermería. Universidad de Valladolid, Campus María Zambrano. Segovia. España

² Departamento de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. España

³ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad UNIE. Madrid. España

⁴ Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica ocasiona grandes problemas y cambios a nivel físico, psicológico y social en las personas que la padecen. El gran impacto sobre la calidad de vida, unido a la presencia de trastornos emocionales, favorecen la aparición de síntomas en estos pacientes en mayor proporción que en la población general. Según diversas investigaciones, aproximadamente entre el 20% y el 60% de los pacientes en HD padecen alguno de estos trastornos emocionales.

Objetivos

Es por ello que el objetivo de esta investigación fue determinar el perfil emocional de los pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal multicéntrico llevado a cabo con pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas y para la medición de la variable principal "perfil emocional" se empleó la Escala EVEA. Se realizó un estudio descriptivo de las distintas variables de forma que, las variables cualitativas se resumieron como porcentajes y cuantificación numérica, mientras que las variables cuantitativas se expresaron mediante el máximo, el mínimo, la media ($\bar{x}$), la desviación estándar (DE) y los cuartiles. En todos los análisis estadísticos se utilizó un nivel de significación del 5%.

Resultados

Entre los 245 pacientes muestreados, se observó una predominancia de emociones positivas frente a las negativas, siendo el perfil emocional alegre el que mayores puntuaciones obtuvo, con puntuaciones por encima de 20 puntos en, al menos, el 50% de la muestra y por encima de 30 puntos en, al menos, un 25% de los pacientes en una escala de 0 a 40 puntos.

Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten concluir que los pacientes que reciben hemodiálisis manifiestan tener un perfil emocional alegre elevado y bajos perfiles negativos (ansioso, iracundo-hostil y triste-depresivo). Entre las emociones positivas destacan: alegre, contento, optimista y jovial; mientras que entre las emociones negativas las menos valoradas son: enfadado, irritado, enojado y ansioso.

Perfil sintomático del paciente en hemodiálisis. Estudio multicéntrico

Ana Casaux-Huertas¹, Pilar Mori-Vara², María del Carmen Hernández-Cediel³, David Hernán-Gascuña⁴

¹ Universidad de Valladolid. Campus María Zambrano. Segovia. España

² Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

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

⁴ Fundación Renal Española. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica genera cambios físicos y emocionales que afectan la calidad de vida y aumentan la prevalencia de síntomas en comparación con la población general. Un factor clave en los síntomas de los pacientes es la inflamación, provocada por la acumulación de toxinas urémicas y productos nitrogenados debido a la disminución de la función renal. El estado inflamatorio crónico genera diversas alteraciones, incluyendo malnutrición, calcificaciones vasculares, disfunciones endocrinas y síntomas como prurito, anorexia y problemas del sueño.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue identificar los síntomas más frecuentes en pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado con pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento de hemodiálisis. Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos y la variable de interés "síntomas" se evaluó la presencia e intensidad de síntomas mediante la Escala POS-S Renal. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las distintas variables de forma que, las variables cualitativas se resumieron como porcentajes y cuantificación numérica, mientras que las variables cuantitativas se expresaron mediante el máximo, el mínimo, la media, la desviación estándar y los cuartiles. Una vez estudiada la muestra se procedió a la búsqueda de relaciones estadísticas entre las variables principales del estudio y las variables sociodemográficas y clínicas a través del empleo de regresiones logísticas binarias. En todos los análisis estadísticos se utilizó un nivel de significación de $p < 0,005$.

Resultados

La muestra final estuvo compuesta por 245 pacientes. La mayoría de ellos reportó ausencia de síntomas o síntomas no limitantes. Los más frecuentes fueron dolor, debilidad y problemas para dormir. Las mujeres presentaron mayor probabilidad de sufrir dolor ($OR=2,4$; $p=0,003$) y estreñimiento ($OR=2,1$; $p=0,016$). La edad aumentó la probabilidad de aparición de síntomas, y el tiempo en diálisis incrementó ligeramente el riesgo de diarrea ($OR=1,003$; $p=0,018$). Un mayor promedio de Kt mostró un efecto protector, reduciendo un 4% el riesgo de "poco apetito" ($p=0,043$) y un 5% el de "poca movilidad" ($p=0,003$). Por otro lado, la ganancia de peso interdiálisis aumentó 1,57 veces la probabilidad de problemas para dormir ($p=0,022$) y una mayor puntuación de índice de Comorbilidad de Charlson se asoció con varios síntomas, destacando poca movilidad ($OR=1,408$; $p<0,001$) y debilidad ($OR=1,212$; $p=0,001$).

Conclusiones

Los síntomas más comunes en pacientes en hemodiálisis son dolor, debilidad y problemas para dormir, influenciados por sexo, edad, ICC, tiempo en diálisis y tratamiento.

Puertas que se abren: una mirada a los ingresos hospitalarios en pacientes en hemodiálisis

Cristiam Martínez-Gil, Ana Carmen Casado-Morente, María Escutia-Cilleruelo, Raquel de Gracia-Núñez, Alicia González-Moreno, Elena Barragán-Martín

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

Los pacientes en Hemodiálisis (HD), en su mayoría pluripatológicos, tienen elevada morbimortalidad e ingresan por diferentes causas sobre todo relacionadas con infecciones, patología Cardio-Vascular (CV) y en relación al acceso vascular precisando un tratamiento multidisciplinario. El Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC) es una herramienta que evalúa el riesgo de mortalidad de un paciente en base a sus enfermedades crónicas. Asigna un puntaje a cada condición médica y, sumando estos puntos, se estima la probabilidad de supervivencia.

Objetivos

- Valorar las tasas de ingresos en pacientes en HD de nuestra unidad.
- Analizar las principales causas de ingreso.

Material y Método

Estudio prospectivo de 2 años de seguimiento (2023-2024) de 48 pacientes de un total de 68 de nuestra unidad de HD de los cuales 12 fueron incidentes. Datos recogidos: socio-demográficos, analíticos, ICC, permanencia en diálisis, dosis de diálisis, tipo de acceso vascular. Se analizaron el número de hospitalizaciones, estancia media, causas de ingreso, mortalidad y factores de riesgo. El 60% eran varones y 40% mujeres (EM 64,9 $\pm$ 14) años y tiempo medio en HD de 62,4 meses. *Patologías que presentan: 35% eran diabéticos, CV (47%), Poliquistosis (10%) y Glomerulonefritis (5%) y otros (3%). *12% tenían un TX renal previo. *La media del ICC fue 5,86 $\pm$ 1,7.

Resultados

Acceso Vascular:

- 35,7% eran portadores de catéteres (67,8% permanentes frente a 32,2 transitorios).
- 64,3% tenían una FAV (autóloga/protésica).
- Y el 37,5% de los incidentes lo fueron con inicio no programado.

Tasa de hospitalización: 0,778 ingresos/paciente/año, precisando un solo ingreso el 63,8% de pacientes y más de 2 ingresos el 36,2%.

- Estancia media fue de 8,7 días.
- Ingresaron más varones 60,8% vs 39,2% mujeres sin llegar a ser significativo ($p=0,08$).

Las causas más frecuentes:

1. Infecciones: 38,3% (bronquitis aguda 50,4%, neumonías 22,6%, colecistitis agudas 16% e infecciones urinarias 7%).
2. Patología CV: 32,1% (ICC 62%, arritmias 25%, IAM 13%)
3. Acceso vascular 13,3% (síndrome de robo y reparación 42,2%, trombosis 35,7%, infecciones por el catéter 21,1%, endocarditis secundarias a infección del catéter 1%).
4. ACVA 16,3% (AIT 67%, ACVA con/sin secuelas 33%). La mortalidad anual fue del 11,45%.

- Hubo diferencias significativas en portadores de catéteres, tanto transitorios ($p=0,001$), como permanentes ($p=0,001$), frente a FAV.
- En el análisis de regresión fueron predictores de hospitalización: ser portador de catéter transitorio ($p=0,03$, y permanente ($p=0,004$).
- La desnutrición e inmunodepresión que presentan juegan un papel importante para agravar la enfermedad y prolongar la estancia hospitalaria.

Conclusiones

Los pacientes en HD presentan una elevada tasa de ingresos hospitalarios por infecciones (neumonías, pielonefritis, infecciones quísticas), patologías CV y por el acceso vascular que son debidos a la complejidad de su estado clínico y a las múltiples comorbilidades asociadas a la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Factores como ser portador de catéteres (transitorios o permanentes), la desnutrición e inmunosupresión son importantes para agravar las enfermedades y prolongar la estancia hospitalaria. Comprender estos factores permiten desarrollar estrategias de intervención temprana y seguimiento personalizado que podrían reducir el número de ingresos y mejorar la calidad de vida del paciente.

Prevalencia de la depresión y factores relacionados en pacientes en hemodiálisis crónica: experiencia de un centro de diálisis

Jéssica Luna-Muñoz, Marina Fabró-Tapia, Iratxe Ovejas-Lana, Ander Vergara-Arana, María Isabel Bolós-Contador, Sandra Cabeza-Leyva

BBraun Avitum Servicios Renales SA. Centro de Diálisis Martorell. Barcelona. España

Introducción

La depresión es un problema frecuente en los pacientes que realizan hemodiálisis con una prevalencia variable entre estudios del 30-60% de los pacientes.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de depresión en nuestro centro e identificar qué factores se asocian más frecuentemente a la depresión.

Material y Método

Estudio transversal descriptivo unicéntrico realizado entre junio de 2024 y marzo de 2025 en el que se incluyeron 45 pacientes en programa de hemodiálisis crónica. El diagnóstico de depresión se realizó mediante el cuestionario CESD-R-10 y la encuesta incluía también preguntas de carácter social y percepción de la diálisis. Se propuso la realización de la encuesta a todos los pacientes del centro con al menos 120 días en hemodiálisis, excluyendo aquellos con deterioro cognitivo, barrera idiomática o negativa a participar en el estudio. Se realizó primero un análisis univariable y aquellos factores con un p valor <0.2 fueron incluidos en el análisis multivariable junto con el sexo y la edad.

Resultados

Se incluyeron 45 pacientes de los cuales 28 (62,2%) eran hombres con una edad media de $71,9 \pm 15,7$ años y un tiempo en diálisis de $2,5 \pm 2$ años. Once pacientes (24,5%) presentaban depresión según la escala CESD-R-10. No existían diferencias en el sexo, pero se observó una menor edad en los pacientes con depresión ($67,7 \pm 11,8$ años frente a $73,2 \pm 16,7$ años en los pacientes sin depresión, $p=0,052$). Las enfermedades concomitantes, incluyendo procesos oncológicos activos, el tipo de acceso vascular o parámetros asociados a nutrición-inflamación como la albúmina y la proteína C reactiva fueron similares entre los pacientes con o sin depresión. Curiosamente, se observaba un menor número de pacientes excluidos de lista de espera de trasplante renal (LETR) en pa-

cientes con depresión (4 (36,4%) frente a 22 (64,7%) pacientes excluidos en pacientes sin depresión, $p=0,098$). Los pacientes con depresión salían menos frecuentemente a la calle que los pacientes sin depresión ($2,6 \pm 1,9$ frente a $5,1 \pm 2,1$ veces/semana en los pacientes sin depresión, $p=0,003$). En el análisis multivariable mediante regresión logística que incluyó la edad, sexo, tiempo en diálisis, exclusión de LETR, convivir con familiares y pasear (≥ 3 paseos/semana), sólo la exclusión de LETR (OR 0,05; IC95%: 0,01-0,96; $p=0,047$) y salir a pasear (OR 0,03; IC95%: 0,01-0,35; $p=0,005$) se asociaron de manera independiente con un menor riesgo de depresión. Al definir la diálisis con una palabra, la palabra más utilizada en pacientes sin depresión fue "Buena" (12 pacientes, 35,3%) y la palabra más utilizada en pacientes con depresión fue "Cansada" (2 pacientes, 20,0%).

Conclusiones

La prevalencia de depresión en diálisis sigue siendo frecuente y afecta a un cuarto de los pacientes encuestados en el presente estudio. Salir con frecuencia a la calle (≥ 3 paseos/semana), que traduce una mayor actividad física y social, se relacionó con un riesgo 34 veces menor de presentar depresión. Asimismo, encontrarse activo o en valoración para ser incluido en LETR impacta sobre el estado de ánimo de los pacientes y se asociaba 17 veces más a un estado depresivo.

Repercusión de la DANA en pacientes de diálisis domiciliaria

Amparo Alba-Manzana, Amanda Hernández-Latorre, Pilar Pascual-Estellés, **María Rodrigo-Valero**

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción

El 29 de octubre, Valencia vivió una de las mayores catástrofes ambientales que se recuerdan afectando a 78 municipios con incalculables pérdidas materiales y más de dos centenares de personas fallecidas con numerosos desaparecidos. Durante la pandemia SARS-CoV, las terapias domiciliarias fueron un seguro de vida para los pacientes que realizaban diálisis en el domicilio pero ante la pérdida de recursos, infraestructuras y comunicaciones acaecidos durante la DANA, el paciente de diálisis domiciliaria (HDD) fue un claro ejemplo de paciente en riesgo vital.

Presentación

Presentamos una serie de casos clínicos gestionados por nuestra unidad de diálisis domiciliaria durante la Dana así como la secuencia de actuaciones llevadas a cabo para asegurar y mantener el tratamiento crónico vital de estos pacientes. Se vieron afectados un 47% (7) de los pacientes de HDD (6 portadores FAV, 1 portador catéter venoso central), 6 dializado en bolsas, 1 depósito PureFlow.

Procedimos como unidad de referencia a:

- Localización de todos los pacientes residentes en zonas afectadas de nuestro departamento según domicilios registrados en admisión.
- Establecimiento circuitos de comunicación alternativos por redes de telefonía no operativas.
- Gestión suministros para mantenimiento de terapias y análisis pureza agua para diálisis utilizando PureFlow.
- Coordinación de desplazamiento a ubicaciones seguras con dotaciones mínimas de luz y agua para continuar tratamiento (ayuntamientos o puestos de mando con generadores provisionales).
- Enlace con unidad de transporte sanitario para traslado a los hospitales más cercanos en caso de no asegurarse suministro eléctrico continuado a pesar de flota de transporte reducida.

- Seguimiento diario para resolución de dudas así como proporcionar orientación sobre los recursos que se les podían hacer llegar a los pacientes.

- Apoyo ante la incertidumbre del restablecimiento de los tratamientos, el acceso a los mismos de nuestros pacientes.

Nuestra serie de casos describe todas estas situaciones tan diversas vividas por nuestros pacientes además de un paciente rescatado tras 24 h aislado y sumergido que precisó ingreso hospitalario y que, por una lesión producida por los restos materiales arrastrados por el agua, tuvo que ser amputado de un miembro inferior por infección sistémica con más de 6 microorganismos aislados en el cultivo.

Discusión

Los pacientes en tratamiento dialítico tienen un perfil de tratamiento crónico vital y eso debe estar reflejado de forma prioritaria en su historia clínica. En estas circunstancias, se pone en evidencia la falta de agilidad del sistema para la localización de pacientes con estos perfiles, la necesidad del establecimiento de circuitos de acción rápida, vías de enlace con los servicios centrales así como con las fuerzas desplegadas en la zona afectada para facilitar la asistencia y el alcance de los recursos para estos pacientes.

Conclusiones

Es necesidad imperiosa la creación de un plan de actuación ante estas catástrofes que englobe a los pacientes con HDD para reestablecer el tratamiento en el menor tiempo posible limitando las consecuencias de la carencia del mismo contando con enfermería como gestores directos de casos.

Sonrisas en el proceso: la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis con la técnica de Buttonhole

Alicia González-Moreno, María Escutia-Cilleruelo, Ana Carmen Casado-Morente, Cristiam Martínez-Gil, Raúl González-Moreno, **Marta Fernández-Sampedro**

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

La técnica de punción Buttonhole, utilizada en pacientes sometidos a hemodiálisis, ha cobrado importancia en los últimos años, gracias a múltiples beneficios que ofrece frente a la técnica tradicional de punción con agujas biseladas. Esta técnica consiste en usar siempre el mismo trayecto con la misma inclinación para la aguja, creando un “túnel” que permite una inserción más repetitiva, controlada y menos traumática con agujas romas. Diversos estudios y experiencias clínicas han demostrado una mejora significativa en la experiencia del paciente, tanto en el aspecto físico como emocional.

Los beneficios más destacables son:

- Disminución del dolor.
- Reducción de hematomas, inflamaciones y aneurismas.
- Mejoría en la punción.

Objetivos

- Evaluar la percepción de los pacientes sobre el dolor y la comodidad durante la punción con la técnica Buttonhole.
- Analizar el impacto físico y emocional de la técnica en comparación con métodos tradicionales (punción en escalera).
- Identificar el grado de satisfacción general y la disposición de continuar con esta técnica.
- Explorar experiencias subjetivas relacionadas con el uso continuado de la técnica Buttonhole.

Material y Método

Estudio observacional de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó una encuesta estructurada a una muestra de 11 pacientes que llevaban al menos tres meses utilizando la técnica Buttonhole. Además, se realizó entrevistas cualitativas para experiencias subjetivas.

Se evaluaron las siguientes variables:

- Percepción del dolor.
- Aparición de hematomas.
- Facilidad de la punción.
- Nivel de satisfacción general.

Resultados

- Disminución del dolor: el 87% de los pacientes refirió una disminución significativa del dolor durante la punción. Describieron la experiencia como “más llevadera” y “menos estresante”.
- Impacto físico: un 78% observó menos hematomas e inflamación del acceso vascular. También reportaron una mejor percepción corporal.
- Facilidad de punción: el 90% consideró que el proceso más sencillo.
- Nivel de satisfacción general: el 93% de los encuestados se mostraron satisfechos o muy satisfechos, destacando su deseo de continuar con la técnica a largo plazo.

Conclusiones

La técnica Buttonhole no solo mejora la calidad del acceso vascular, sino que tiene un impacto positivo en el bienestar físico y emocional del paciente. La disminución del dolor, las estabilidades en la punción promueven una mayor adherencia al tratamiento. No obstante, es esencial mantener una higiene rigurosa y garantizar la formación adecuada del personal para prevenir infecciones. Este estudio destaca la importancia de considerar la experiencia del paciente como eje central en la mejora de los procesos técnicos en hemodiálisis.

Dieta en el enfermo renal crónico en hemodiálisis: la gran olvidada

Laura Moreno-González, Lisbeth Carolina Dávila-Torres

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

Introducción

Los cuidados dietéticos son fundamentales para el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC), tanto como medida renoprotectora antiproteínúrica en la etapa prediálisis, como para prevenir el sobrepeso y la desnutrición en todos los estadios, especialmente en los pacientes en diálisis. En pacientes sometidos a tratamiento renal sustitutivo en hemodiálisis (TRS), una correcta alimentación es esencial para garantizar la calidad de vida, la eficacia de las diálisis, la tolerancia a las sesiones y prevenir la desnutrición. En pacientes con inicio urgente de hemodiálisis, donde se requiere diálisis de manera inmediata, ya sea por hiperpotasemia, sobrecarga de volumen o uremia elevada, la educación nutricional resulta difícil de comunicar y asimilar debido al estrés de la situación. No obstante, una vez solucionada la situación de urgencia vital, el impacto psicosocial de las restricciones alimentarias de nuestros pacientes, demanda apoyo continuo y estrategias educativas que promuevan bienestar y adherencia.

Objetivos

Nuestro objetivo es evaluar el nivel de conocimiento nutricional de los pacientes en hemodiálisis y mejorar la educación dietética en la unidad, promoviendo una dieta adecuada, especialmente las nuevas recomendaciones menos restrictivas.

Material y Método

Se trata de un estudio observacional descriptivo y transversal, que consta de un cuestionario voluntario a pacientes de la unidad de hemodiálisis crónica. La muestra de este estudio consta de 23 pacientes que completaron el cuestionario de manera anónima, con el objetivo de evaluar su nivel de conocimiento sobre la dieta. Se garantizó un entorno libre de juicios, asegurándoles que los resultados no serían objeto de ninguna valoración. Debido a la morbilidad y el carácter vo-

luntario, no pudo participar la totalidad de todos los pacientes. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS, obteniendo resultados descriptivos basados en las respuestas obtenidas. Tras el cuestionario, se distribuyó una infografía actualizada, revisada por un equipo interdisciplinar a todos los pacientes, familiares y cuidadores. Asimismo se llevaron a cabo sesiones educativas impartidas por el personal de la unidad, con el propósito de enriquecer los conocimientos nutricionales tanto de los pacientes como de los profesionales.

Resultados

- Existe un 70,48% de aciertos en el total del cuestionario.
- Un 56,52% de los pacientes tiene dificultad para seguir su dieta.
- Se evidencia falta de información en las nuevas recomendaciones para eliminar el potasio de los alimentos con un 78,26% de los participantes.
- Un 52,17% de pacientes creen que tienen restricción de proteínas en la ingesta.
- Un 52,17% de los pacientes creen que solo pueden tomar pera o manzana.

Conclusiones

La dieta en pacientes con ERC en hemodiálisis, aunque esencial, suele pasar a un segundo plano. Este estudio pretende mostrar las carencias del conocimiento nutricional de los pacientes, en especial respecto a las recomendaciones dietéticas más actuales, subrayando la necesidad de educación continua. El papel dinámico de la enfermera, en constante actualización, es clave para identificar y resolver estas carencias junto con el equipo interdisciplinar, mejorando así la adherencia y la calidad de vida.

Infografías como herramienta educativa en pacientes en hemodiálisis: ¿mejora la percepción sobre la dieta?

Sonia Mendoza-Mendoza, Esther García-García, José Luis Merino-Rivas, María José Webster-Heras, María Martín-Mendoza, Beatriz Martín-González

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción

Las recomendaciones sobre aspectos dietéticos y hábitos alimentarios en pacientes en hemodiálisis (HD) son objeto de constante debate. Informar de forma homogénea, sencilla y accesible para toda la población supone un reto, y evaluar el impacto real de dichas intervenciones en la práctica clínica diaria es complejo. En este contexto, se diseñó una estrategia de 5 aspectos básicos a informar mediante infografía, a través de cartelería y mediante dípticos distribuidos en la unidad de diálisis así como en la sala de espera con el objetivo de valorar su eficacia.

Objetivos

- Desarrollar una herramienta educativa sencilla y visual sobre aspectos clave de la dieta en pacientes en HD.
- Evaluar el impacto de esta estrategia sobre el conocimiento y la percepción de los pacientes respecto a su alimentación.

Material y Método

Se diseñó una infografía con cinco aspectos fundamentales sobre la dieta en HD. Esta se difundió mediante cartelería y dípticos en la unidad de hemodiálisis y en la sala de espera. Previo a la distribución de la infografía se realizó una encuesta tipo Likert, con 5 respuestas posibles, a todos los pacientes en la Unidad de hemodiálisis (HD). Transcurridos 6 meses de la distribución de los posters y la entrega de dípticos se procedió a repetir la misma encuesta con el objetivo de evaluar si se habían producido cambios en la percepción y el conocimiento de los pacientes respecto a la alimentación.

Resultados

La encuesta fue realizada a 49 pacientes de la unidad de HD, con una edad media de 66 ± 11 años, un tiempo medio en HD de 35 ± 29 meses, 32 varones y 17 mujeres. De las preguntas más relevantes sobre si existía en la unidad material de apoyo para resolver dudas sobre la alimentación, de un 51% que indicaba que era poco o nada, se redujo a un 33%. Del control de líquido en cuanto a un conocimiento bastante o mucho se pasó de un 49% a un 73%. Del conocimiento de técnicas para disminuir el potasio en la dieta de un 67% que decía poco o nada se redujo a un 54%. No se observaron diferencias entre las recomendaciones de la sal y el fósforo, aunque la importancia del control de fósforo de bastante o mucho del 29% inicial aumentó a un 39%. Solo la mitad de los encuestados consideraban útil participar en actividades que mejorasen su conocimiento dietético en HD.

Conclusiones

Las estrategias con infografía presentan limitaciones dadas las características particulares de la población en HD. Esta intervención ha permitido identificar necesidades educativas no cubiertas, lo que representa una oportunidad para rediseñar futuras estrategias formativas más adaptadas al perfil, comprensión y motivación de los pacientes.

Uso de la bioimpedancia en la valoración nutricional del paciente de hemodiálisis

Antonio David Caparros-Florido¹, Manuel Antonio Téllez-Porcuna¹, Carmen Solís-Domínguez²

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España

²Agencia Sanitaria Publica Hospital Costa del Sol. Málaga. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a numerosos déficits nutricionales que impactan negativamente en la salud. La valoración nutricional y su posterior abordaje son fundamentales para prevenir y detectar complicaciones mayores. La bioimpedancia se convierte en una herramienta útil para valorar el estado nutricional y de hidratación del paciente. La identificación temprana es fundamental para implantar intervenciones que mejoren la calidad de vida y reduzcan la morbilidad asociada a la malnutrición.

Objetivos

El objetivo principal es evaluar el estado nutricional, de hidratación y el ángulo de fase de los pacientes crónicos en nuestro servicio de hemodiálisis. Se lleva a cabo un estudio transversal donde se estima la prevalencia de malnutrición y/o deshidratación de los pacientes que reciben tratamiento dialítico en nuestra unidad.

Material y Método

Se realiza un estudio de bioimpedancia a cada paciente con el dispositivo BIA 101 BIVA PRO para la recogida de las diferentes variables y se utiliza el software BODYGRAM DASHBOARD 3.0 para el análisis de datos. Las variables de interés son: estado nutricional, estado de hidratación y ángulo de fase. Las variables cualitativas se describen por medio de porcentajes y las cuantitativas, con su media $\pm$ desviación estándar. Los cálculos han sido realizados con la ayuda del programa SPSS para Windows versión 9.0. Se estiman como punto de corte: normohidratación (72,7%-74,3%), deshidratación (<72,7%), sobrehidratación (>74,3%); correctamente nutridos (>520 mg 24 h/htm), malnutridos (<520 mg 24 h/htm) y ángulo de fase adecuado en hombres (0,>6) y (>5) en mujeres.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 24 pacientes, de los cuales 18 eran hombres (75%) y 6 mujeres (25%), con una media de edad de $52,26 \pm 11,05$ años (intervalo, 41-63) años. El principal diagnóstico de ERC fue la glomerulonefritis crónica seguido de la nefroangioesclerosis. Con respecto al estado nutricional, 21 (87,5%) pacientes estaban bien nutridos (87,5%) vs 3 malnutridos (15,5%). Sin embargo, en cuanto al estado hídrico 9 pacientes estaban normohidratados (37,5%), 12 sobrehidratados (50%) y 3 deshidratados (12,5%). El ángulo de fase fue adecuado en 9 pacientes (37,5%) vs 15 pacientes (62,5%) donde está bajo. Cuando relacionamos el nivel de nutrición, hidratación y ángulo de fase encontramos que realmente el 62,5% de los pacientes estudiados se encuentran en riesgo nutricional y con riesgo de desequilibrio hídrico ($p < 0,05$).

Conclusiones

Los procesos inflamatorios, la acidosis metabólica y el catabolismo proteico están vinculados a mayor riesgo cardiovascular, infecciones y hospitalizaciones en el paciente crónico renal. Estos factores confluyen en el síndrome del desgaste energético proteico. Llevar a cabo planes de cuidados de enfermería personalizados y focalizados en la valoración del estado nutricional es fundamental para evitar comorbilidades asociadas al tratamiento de diálisis, siendo la bioimpedancia, un instrumento bastante útil, en combinación con otras pruebas diagnósticas.

Valoración de la respuesta sensorial y glucémica de suplementos nutricionales orales para diabetes mellitus y para enfermedad renal en pacientes con hemodiálisis

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

La enfermedad renal crónica presenta alta prevalencia y morbilidad, especialmente en pacientes en hemodiálisis (HD). La desnutrición y la Diabetes Mellitus (DM) complican su manejo. Los suplementos nutricionales orales (SNO) pueden mejorar el estado nutricional sin afectar negativamente el control glucémico. Este estudio compara su aceptación y efecto glucémico en pacientes con y sin diabetes.

Material y Método

Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico, comparativo y de intervención en pacientes con ERC en tratamiento de HD crónica en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas de los pacientes. Se estudiaron dos SNO específicos para personas con DM: Glucerna Advance 1.6® (Abbott®) y Resource Diabet Plus® (Nestlé®) y otros dos para ERC: Nepro HP® (Abbott®) y Renilon® 7.5 (Nutricia®). Se valoraron 6 características organolépticas mediante doble ciego de 10 ml de producto: color, olor, textura o cuerpo, sabor, regusto y plenitud o llenado mediante una escala Likert de 1 desagradable a 5 agradable. Previo a la sesión de HD se realizó un test de respuesta postprandial con 100 ml de producto para analizar glucosa e insulina basal, 60' y 120'. Se analizaron las variables cuantitativas con media y desviación estándar, para la comparación de las variables cualitativas se utilizó la comparación de proporciones mediante Chi² y para las cuantitativas la T student cualitativas. Se realizó la comparación de muestras no paramétricas mediante muestras relacionadas de Wilcoxon con significación del $p=0,05$

Resultados

Participaron 35 pacientes con edad media de 70,4 años (DE 11,16), siendo el 74% hombres y el 34% con diabetes mellitus (DM). No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en variables como sexo, edad, altura, IMC y comorbilidad, pero sí en la etiología de la enfermedad renal crónica (ERC) y los niveles de hemoglobina glicada ($p=0,02$). En la valoración sensorial, la puntuación de plenitud fue la más baja (media 2,46–2,85/5), mientras que el resto de las características oscilaron entre 3,40 y 4,24. No hubo diferencias significativas entre productos en la puntuación global ni en color, sabor, regusto o plenitud. Renilon 7.5® obtuvo peor puntuación en olor ($p=0,006$ frente a Resource Diabet Plus®; $p=0,047$ frente a Nepro HP®), pero la mejor en textura. Glucerna Advance 1.6® tuvo la peor puntuación en textura ($p<0,05$) sin diferencias en plenitud. Todas las fórmulas mostraron un pico de glucemia a los 60 minutos, sin diferencias en la respuesta insulínica postprandial. Renilon 7.5® presentó la mayor respuesta glucémica ($p=0,002$ frente a Resource Diabet Plus®; $p=0,009$ frente a Glucerna Advance®).

Conclusiones

Este estudio evaluó la respuesta glucémica y sensorial a suplementos nutricionales orales (SNO) en pacientes con ERC en hemodiálisis, con y sin diabetes durante la sesión de tratamiento. Se observaron diferencias en textura, olor y respuesta glucémica, sin repercusión clínica significativa. Los SNO específicos para ERC mostraron buen perfil sensorial y una liberación glucémica sostenida, pero se necesitan estudios clínicos más amplios.

Valoración nutricional en hemodiálisis: ¿existe un método de referencia?

Laia García-Barquier, Sara Montes-de Santos, Noriko Issey Laos-Chung, Sandra Rubio-López, María Eugenia Tabares-Urrego

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

Introducción

La malnutrición es una de las principales complicaciones en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en tratamiento sustitutivo, especialmente en aquellos sometidos a hemodiálisis, debido a las restricciones dietéticas y los cambios metabólicos asociados. Para evaluar el estado nutricional, se dispone de diferentes herramientas como la bioimpedancia, los parámetros antropométricos y los valores analíticos. Sin embargo, la concordancia entre estos métodos no siempre es clara. El presente estudio analiza la relación entre estos indicadores y su capacidad predictiva para determinar el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis.

Objetivos

Comparar los resultados de la bioimpedancia, los indicadores antropométricos y los parámetros analíticos (albúmina, prealbúmina y transferrina) en la evaluación del estado nutricional de pacientes en programa de hemodiálisis crónica en un centro monográfico de tercer nivel, determinando si existe concordancia entre estos métodos.

Material y Método

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en pacientes en hemodiálisis crónica durante un período de seis meses (octubre 2023 - marzo 2024).

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con más de seis meses en hemodiálisis en un hospital de tercer nivel.

Criterios de exclusión: pacientes en tratamiento paliativo, con necesidad de nutrición parenteral o en quienes no estuvo indicada la bioimpedancia.

Se recopilaron variables sociodemográficas, antropométricas, datos de bioimpedancia y parámetros bioquímicos (albúmina, prealbúmina y transferrina).

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 37 pacientes con una edad media de 69 años (rango: 34-88 años), de los cuales el 59% eran hombres y el 41% mujeres. La mayoría (95%) reali-

zaba hemodiálisis con técnica online, mientras que el 5% restante recibía hemodiálisis convencional. El tiempo medio en programa de hemodiálisis crónica fue de 1 año y 11 meses, con un rango comprendido entre 6 meses y 15 años.

En cuanto a la evaluación del estado nutricional según los diferentes métodos:

- Pérdida de peso: el 49% de los pacientes presentaba riesgo de desnutrición.
- Bioimpedancia: el 51% de los pacientes mostraba riesgo de desnutrición según el ángulo de fase.
- Parámetros bioquímicos: o Albúmina sérica: un 8% de los pacientes presentaba niveles indicativos de riesgo nutricional.
- Transferrina sérica: solo un 2% de los pacientes se encontraba en riesgo según este parámetro.
- Prealbúmina sérica: un 70% de los pacientes presentaba valores sugestivos de desnutrición.
- Índice de Masa Corporal (IMC): únicamente el 5% de los pacientes cumplía criterios de desnutrición según este indicador.

Estos resultados reflejan una importante variabilidad en la identificación del riesgo nutricional dependiendo del método empleado, lo que pone de manifiesto la necesidad de utilizar un enfoque multidimensional para la valoración nutricional en pacientes en hemodiálisis.

Conclusiones

La evaluación del estado nutricional en pacientes en hemodiálisis requiere un enfoque integral que combine diferentes métodos para obtener un diagnóstico preciso. Cada herramienta utilizada aporta información valiosa, pero su interpretación aislada puede no ser suficiente para identificar con certeza el riesgo de malnutrición. El análisis conjunto de indicadores como la bioimpedancia, los parámetros antropométricos y los valores bioquímicos permite una valoración más completa y fiable, facilitando así la toma de decisiones terapéuticas y mejorando la atención nutricional de estos pacientes.

Valoración y clasificación nutricional de nuestros pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Creación e impulso de una nueva consulta

María Escutia-Cilleruelo, Cristiam Martínez-Gil, Blanca Muñoz-Alonso, Beatriz Gil-Casares-Casanova, Ana Carmen Casado-Morente, Marta Fernández-Sampedro

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

La desnutrición en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), fundamentalmente cuando ya han iniciado su Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), tiene una alta prevalencia y una importante repercusión en la morbilidad total. Esto se traduce en un aumento de hasta 8 veces respecto a la población general de:

- Los ingresos hospitalarios.
- La estancia media.
- El número de infecciones.
- Mortalidad relacionada con causas cardiovasculares.

Diferentes estudios señalan que la desnutrición se presenta en el 80,6% de los varones y del 68,7 % de las mujeres, con predominio de desnutrición proteínica en varones y calórica en mujeres. Por todo ello, la valoración del estado nutricional de los pacientes en diálisis debe ser incluida en el protocolo de seguimiento de estos, y debe despertar tanto interés y atención como el resto de los parámetros en seguimiento.

Objetivos

- Valorar el estado nutricional de nuestros pacientes en TRS.
- Clasificar a nuestros pacientes en función del riesgo y/o presencia de desnutrición.
- Comparar el estado nutricional de nuestros pacientes en relación al TRS elegido.

Material y Método

Estudio de prevalencia de desnutrición de los pacientes en TRS de nuestra unidad. Muestra a estudio: 64 pacientes en diálisis, independientemente de la técnica elegida, distribuida de la siguiente manera:

- Hemodiálisis (HD): 53 pacientes: 66% hombres, 34% mujeres.
- Diálisis Peritoneal (DP): 11 pacientes, de los cuales, 72,7% hombres y 27,3% mujeres.

A todos les realizaremos un cribado nutricional mediante la escala MIST, que se complementará con el análisis de la siguiente información:

1. Historia clínica (antecedentes).
2. Exploración física: peso, talla, IMC.
3. Parámetros bioquímicos: Albúmina, prealbúmina, transferrina, creatinina, nPCR, PCR, colesterol, leucocitos y neutrófilos, bicarbonato, triglicéridos, urea, potasio y fósforo.
4. Análisis de la composición corporal: BCM. Posteriormente, elaboraremos un listado por orden de riesgo/presencia de desnutrición.

Resultados

Tras analizar resultados, vemos que nuestra unidad presenta una prevalencia de desnutrición, repartida de la siguiente manera:

- HD: sin riesgo 11 pacientes (20,7%), 42 en riesgo (79,3%). Resultando el riesgo de desnutrición altamente significativo ($p=0,0001$).
- DP: sin riesgo 9 pacientes (81,8%), 2 en riesgo, (18.2%).

Es estadísticamente significativo, que nuestros pacientes en DP no presentan riesgo de desnutrición. Igualmente vemos que el riesgo de desnutrición varía en relación al TRS, siendo estadísticamente significativo mayor en hemodiálisis que en diálisis peritoneal ($p=0,0001$). Con este test inicial, más el análisis de los datos complementarios, hemos podido crear un listado de prioridad para derivación a nuestra nueva consulta de nutrición y proceder a una valoración completa. En una segunda fase, estudiaremos si este método de cribado responde a la desnutrición real o no de nuestros pacientes.

Conclusiones

La prevención de la desnutrición es el mejor tratamiento. Es de vital importancia controlar todos los factores predisponentes de nuestros pacientes, y así, poder evitarla. Es de ayuda, realizar un cribado inicial para poder agendar una intervención temprana en aquellos pacientes que presenten más riesgo de desnutrición. La intervención nutricional debe iniciarse desde el primer momento que el paciente comienza la diálisis, con una evaluación inicial y un seguimiento periódico protocolizado.

Consulta multidisciplinar para pacientes renales con necesidades complejas: impacto en la calidad de vida, control de síntomas y toma de decisiones

Daniel Parra-Corral, **Rocío Fernández-Díaz**, Beatriz Rodríguez-Cubillo, Paula Gutiérrez-Sanjuan, María Rosario del Pino-Jurado, Francisco Oliveira-Martínez de la Casa

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España

Introducción

La implementación de una consulta multidisciplinar para pacientes con enfermedad renal avanzada y necesidades complejas permite abordar de forma integral su sintomatología física, emocional y social desde un enfoque humanizado. Se presentan los resultados preliminares obtenidos durante los primeros tres meses de seguimiento.

Objetivos

Valorar el impacto en calidad de vida, control de síntomas y toma de decisiones de una consulta multidisciplinar para pacientes renales con necesidades complejas.

Material y Método

Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con enfermedad renal y criterios NECPAL, o situaciones clínicas agudas complejas. Se realizaron valoraciones multidimensionales basales y seguimientos programados (1, 3, 6, 12 meses), con escalas validadas: SF-12, ESAS, DME, GES, BARTHEL, ECOG, MUST, MNA-SF, Charlson y escala sociofamiliar de Gijón. El equipo incluyó nefrología, enfermería, psicología, paliativos, rehabilitación, nutrición, trabajo social y microbiología.

Resultados

Se incluyeron 15 pacientes (edad media: 59,3 años; 80% varones). Predominaron criterios de inclusión como comorbilidad grave, neoplasia metastásica o decisiones complejas (negativa a diálisis, trasplante fallido). La carga sintomática basal fue elevada: dolor (53%), tristeza (66,7%), insomnio (40%) y falta de apetito (35%). El 53% presentaba desnutrición o riesgo, y el 26% riesgo social. Tras la primera visita, se planificaron intervenciones específicas: médicas (62%), nutricionales (20%), rehabilitación (40%), apoyo social (60%) y psicológico (46,7%). A 3 meses, se objetivó mejoría significativa en el dolor ($p=0,034$), síntomas emocionales y calidad de vida (SF-12). Se evitó el ingreso hospitalario en 4 casos y se redujo la frecuencia de reingresos previos. En el seguimiento de final de vida, 2 pacientes fallecieron con control óptimo de síntomas y respetando sus preferencias. El 100% de los pacientes valoraron positivamente la consulta. En la escala GES, un 86% mantenía esperanza; un 20% consideraba importante la espiritualidad en sus decisiones.

Conclusiones

La consulta multidisciplinar mostró un impacto clínico positivo en calidad de vida, control de síntomas y toma de decisiones en pacientes renales complejos. Se favoreció la planificación anticipada de cuidados, la atención por un equipo de cuidados paliativos y se garantizó un acompañamiento digno en el final de la vida. El papel de enfermería fue clave en la coordinación y seguimiento. Este modelo es reproducible y eficaz para humanizar la atención en nefrología.

Creación de una herramienta interactiva para mejorar la calidad en los cuidados de enfermería nefrológica

María José Ponce, Raquel Núñez

Hospital General Universitario de Albacete. España

Introducción

En el Hospital Universitario de Albacete se ha desarrollado una innovadora herramienta interactiva, la APP WEB “esmas-facilsiseconoce”, diseñada para abordar los desafíos asociados a la incorporación de personal de enfermería sin experiencia previa en el campo de la IRC. Este proyecto responde a una problemática recurrente en las unidades de diálisis, donde el entrenamiento del nuevo personal requiere más tiempo y especialización que en áreas generales. Lo que impacta directamente en la calidad asistencial. La iniciativa combina tecnología y formación específica para optimizar la integración del personal y recién contratado, garantizando cuidados seguros y de alta calidad.

Contexto y necesidad

La enfermería nefrológica es una área altamente especializada que exige conocimientos específicos para garantizar la seguridad y efectividad en los cuidados. Sin embargo, los estudios de enfermería no suelen proporcionar formación suficiente en este ámbito. Además, factores como la escasez de profesionales disponibles en bolsa específicas durante periodos estivales, la falta de personal excedente para apoyar a las nuevas incorporaciones y las limitaciones temporales en los procesos de contratación dificultan el reciclaje profesional adecuado. Ante esta situación, el equipo de enfermería nefrológica del Hospital Universitario de Albacete decidió apostar por una solución tecnológica que complementa a la formación tradicional.

Desarrollo de la herramienta

La APP WEB fue creada con el apoyo de los web masters del hospital y alimentada por los conocimientos aportados por los profesionales de la unidad, así como por recursos proporcionados por casas comerciales especializadas. La herramienta está dividida en varias secciones: Hemodiálisis, Nefrología

de planta, General, Diálisis peritoneal y recursos de formación. Cada sección incluye materiales didácticos cuidadosamente seleccionados: varios videos teórico-prácticos sobre hemodiálisis, diversos videos sobre técnicas específicas, distintas guías prácticas en nefrología y algunos videos dedicados a recursos digitales. Además, la plataforma se encuentra en constante actualización por parte de los administradores, asegurando que el contenido refleje los avances más recientes en el campo.

Impacto y beneficios

La app web se ha convertido en un recurso esencial para el personal incorporado a la unidad de nefrología. Su diseño interactivo permite acceder fácilmente a información clave ante cualquier duda, lo que facilita un aprendizaje autónomo y progresivo. Aunque no sustituye la formación programada por la unidad, complementa el proceso educativo al proporcionar herramientas prácticas que mejoran la confianza y competencia del personal nuevo. Esto contribuye a reducir tiempos necesarios para alcanzar un desempeño seguro y eficiente.

Conclusiones

La creación de esta herramienta representa un avance significativo en el ámbito de la enfermería nefrológica. Al integrar tecnología con formación especializada, esta herramienta aborda una problemática crítica: garantizar cuidados de calidad en un área altamente técnica pese a las limitaciones estructurales y temporales. Este proyecto no solo mejora la calidad asistencial del servicio, sino que también subraya la importancia del reconocimiento formal de la enfermería nefrológica como una especialidad propia. Su implementación marca un hito en el uso innovador de tecnologías digitales aplicadas al cuidado sanitario, posicionando al Hospital Universitario de Albacete como referente científico en soluciones prácticas para mejorar la atención médica especializada.

Documento voluntades anticipadas y sedación paliativa como asignatura pendiente entre los profesionales de atención nefrológica

Vanessa Cazorla-Rodríguez¹, Tania Curado-Soto¹, Alicia Rovira-Algara¹, Laura Román-García¹, Laura Toledano-Sánchez², Cristina Boté-Fernández¹

¹ Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona. España

² Fresenius Medical Care Services Catalunya, S.L Barcelona. España

Introducción

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) se define como "la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria a recibir cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad". La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia de un enfermo mediante la administración de fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. En nuestra práctica diaria nos encontramos con personas en situación de final de vida o mal pronóstico en los que nos es difícil determinar límites en el esfuerzo terapéutico. Debido a esto disponer del documento de voluntades anticipadas y de un protocolo de sedación paliativa, facilitaría el proceso de retirada de la persona tanto en tratamiento sustitutivo renal como en ERCA.

Objetivos

Como objetivos generales queremos determinar el nivel de conocimiento sobre el DVA y la existencia de un protocolo de sedación paliativa entre los diferentes profesionales de atención nefrológica. Como objetivos específicos pretendemos fomentar la divulgación y registro del DVA en los diferentes ámbitos asistenciales así como la elaboración de un protocolo de sedación paliativa y su instauración.

Material y Método

En nuestro estudio se ha diseñado una encuesta ad-hoc recogiendo datos sociodemográficos y preguntas relacionadas con el DVA y la sedación en procesos paliativos. La encuesta en formato FORMS se distribuyó entre diferentes niveles asistenciales relacionados con el enfermo renal. En un Centro de Atención Primaria (CAP), centros de diálisis y una unidad nefrológica hospitalaria; mediante email y QR durante 3 semanas con recordatorio semanal y ampliando durante 15 días el plazo de entrega.

Resultados

Se recogieron 84 respuestas: 86% mujeres. 26 de atención primaria (AP), 27 de centros de diálisis y 31 de la unidad nefrológica hospitalaria. El 62% de los encuestados eran enfermeros, 20% médicos, 12% (TCAE), 2% trabajadores sociales y un 4% otros profesionales. En AP el 62% participó en una sedación paliativa y 54% afirma tener un protocolo estandarizado para ello. Referente al DVA el 58% asesoró a un usuario para realizarlo, un 65% conocía su registro en la estación clínica y el 100% consideraba que un buen conocimiento del DVA evitaba situaciones incómodas al asesorar al usuario. En centros de diálisis un 48% participó en sedación paliativa y solo el 3% afirmó tener un protocolo estandarizado. Referente al DVA el 59% asesoró a un usuario para realizarlo, un 59% conocía su registro en la estación clínica y el 96% cree que tener un buen conocimiento del DVA facilitaba el asesoramiento. En la unidad de nefrología un 94% participó en una sedación paliativa y un 84% tenía un protocolo estandarizado. El 58% asesoró sobre el DVA, un 55% conocía su registro en la estación clínica y el 97% consideraba que un buen conocimiento del DVA evitaba situaciones incómodas. A la pregunta "¿Qué haría que mejorara tus conocimientos sobre DVA? La respuesta mayoritaria fue formación.

Conclusiones

En conclusión es necesario promover una mayor divulgación del DVA con el fin de mejorar la calidad asistencial y garantizar los deseos de las personas en situaciones de final de vida. Además resalta la importancia de la formación continua y la integración de estas prácticas en los planes de cuidados.

Enfermería: un eslabón imprescindible en el tratamiento y cuidado del paciente renal

Isabel Crehuet-Rodríguez, María Esther Sánchez-Mesonero, María Albina Bernárdez-Lemus, Marta Ramírez-Crehuet, Ana Isabel Santamaría-Sánchez, Sergio de Castro-Sánchez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción

El tratamiento del paciente renal requiere de un equipo multidisciplinar. Este trabajo tiene como objetivo destacar, dentro del equipo, el papel de la enfermería no solo nefrológica.

Caso clínico

Estudio descriptivo, retrospectivo. Aquí mostraremos los antecedentes más relevantes que pudieron interferir en el tratamiento de la enfermedad renal (accesos vasculares, diálisis peritoneal) y los diagnósticos de enfermería principales según taxonomía NANDA, NIC, NOC. Varón, 71 años. Hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio 5 (nefroangioesclerosis). Inicio hemodiálisis: Julio/2013. Alcoholismo, fumador, mala adherencia al tratamiento. Úlceras isquémicas desde sigma hasta recto. 2013-2020 hemodiálisis: 3 FAVs nativas, 7 catéteres (retirados siempre por disfunción) y una prótesis HeRO. Amputación supracondílea en pierna derecha. Amputación de Chopard en pie izquierdo. 2020-2022: Diálisis Peritoneal Automática. Institucionalizado. No se retira catéter hemodiálisis por necesitar alguna vez ultrafiltración. Comienzos difíciles. Sepsis por isquemia de pared de recto con perforación intestinal, intervenida quirúrgicamente (colostomía terminal izquierda). Vuelve a hemodiálisis: implantación de 3 catéteres más, retirados por disfunción, infección y extrusión del dacron, respectivamente. Al intentar un 4º recambio de catéter, en Radiología Vascular, ven que solo tiene la opción de la vena transhepática. Piden consentimiento "in situ" y lo colocan. Muy buen funcionamiento y buena calidad de hemodiálisis.

Valoración Inicial

Independiente para el autocuidado. Ausencia de diuresis. No adherente al tratamiento. Después de amputaciones: Institucionalizado. Precisa ayuda para el autocuidado: movilidad, higiene, vestido, cuidados estoma. **Diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones:** NANDA: Manejo ineficaz del régimen terapéutico (00078) NOC: Conocimiento: régi-

men terapéutico (1813), Conducta de cumplimiento: medicación (1601) NIC: Educación para la salud (5510), Fomento adherencia al tratamiento (4480); NANDA: Deterioro de la integridad cutánea (00046) (amputaciones, catéteres, heridas FAVI) NOC: Mantener la integridad tisular (1101), Cicatrización heridas (1102) NIC: Cuidados de las heridas (3660); Vigilancia de la piel (1410); NANDA: Riesgo de infección (00004) (heridas, catéteres, colostomías) NOC: control de la infección (1902) NIC: Monitorización de signos vitales (06680); Manejo del catéter (2440); Precauciones contra las infecciones (6540); NANDA: Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195) (ERCA, hemodiálisis, diálisis peritoneal) NOC: Estado del equilibrio hidroelectrolítico (0601) NIC: Manejo de la diálisis (1054); Manejo de líquidos (4120); NANDA: Riesgo de perfusión tisular inadecuada (00182) (obstrucción del catéter de hemodiálisis) NOC: Permeabilidad del acceso vascular (1101); Autocuidado de la salud (1802) NIC: Monitoreo de la función del acceso vascular en hemodiálisis (4350); NANDA: Deterioro de la movilidad física (00085) (tras amputaciones) NOC: Movilidad (0208); Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300) NIC: Terapia de ejercicios (0221); Ayuda con el autocuidado (1800).

Conclusiones

Gran implicación por parte de enfermería para mantener permeabilidad de catéteres y fístulas, evitar infecciones, fomentar adherencia al tratamiento y dieta. Los problemas en la diálisis peritoneal se solventaron gracias al buen hacer conjunto de enfermeras de diálisis peritoneal y enfermeras de la residencia. En cuanto al catéter transhepático, se tuvo especial cuidado además en aislar la cura dado que salía al exterior en la zona media abdominal derecha, muy próximo a la colostomía.

Estado actual del documento de voluntades anticipadas del paciente renal en Cataluña

Sandra Rubio-Páez¹, Marta Quintela-Martínez², Judit Bou-Folgarolas³, Teresa Gabarró-Taulè², Marlen Castillo-Lorenzo⁴, Verónica Suárez-Gimeno⁵

¹ Consorci Sanitari de Tarrasa. Barcelona. España

² Hospital Clínic. Barcelona. España

³ Consorcio de Hospilario de Vic. Barcelona. España

⁴ Hospital d'Atenció Intermedia Bernat Jaume. Girona. España

⁵ Equipo de Atención Primaria. catSalut. Barcelona. España

Introducción

El Grupo de Paliativos Renales de Cataluña (GPRCat), integrado por profesionales sanitarios y sociales pertenecientes a diferentes sociedades científicas y asociaciones profesionales, (Societat Catalana de Nefrologia (SCN), Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives (SCBCP) i Associació Catalana d'Infermeria Nefrològica (ACIN) sensibilizados por los cuidados paliativos en los pacientes renales se planteó conocer el estado actual del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en el contexto del paciente renal en Cataluña. El DVA es una declaración para expresar los deseos de una persona respecto los cuidados que desea recibir si en el futuro sufre una enfermedad incapacitante que le impida hacerlo. Un derecho para decidir sobre la propia salud garantizado legalmente. Con la modificación de la Ley catalana 21/2000 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica; se reconoce la posibilidad de otorgar el DVA ante los profesionales sanitarios.

Objetivos

Evaluar el grado de formación, información, difusión y aplicación del DVA que realizan los profesionales del ámbito sanitario y social en personas con enfermedad renal crónica (ERC) a nivel de territorio.

Material y Método

Se elaboró una encuesta ad-hoc, que recogió cuestiones sobre el estado actual del DVA renal en Cataluña. Se hizo difusión de la encuesta diseñada mediante Google forms, a los profesionales sanitarios y sociales a través de todas las sociedades y asociaciones vinculadas al grupo. La recogida de respuestas se hizo desde el 09/09/2024 hasta el 31/10/2024.

Resultados

Se obtuvieron 223 respuestas. 177 son de género femenino. La mayoría son enfermeras (59%), médicos (27%), un 8% trabajadores sociales. El 49% trabaja en el ámbito de la Nefrología, un 35% en Atención primaria y un 8% en Cuidados paliativos. Un 67% no es miembro del GPRCat y un 25% no conoce el grupo. Un 91% conoce el DVA pero el 50% no ha ayudado nunca a cumplimentar uno. Sólo un 33% trabaja con él de forma estandarizada. Un 58% no ha recibido formación sobre este documento en el último año y un 89% considera necesario recibir formación específica.

Conclusiones

Desde el GPRCat, nuestro principal objetivo es la difusión e integración de la necesidad de las curas paliativas de manera integral en el manejo de los pacientes con enfermedad renal. La realización de este documento implica para la persona y el profesional que lo acompaña en este proceso reflexivo, la posibilidad de conocer los valores y deseos de la persona, para poder actuar en las futuras actuaciones sanitarias que le afectan en el caso que llegado el momento no pueda tomar decisiones por sí mismo. Hay un alto conocimiento sobre la existencia del DVA pero este aún continúa siendo una herramienta de uso escaso en la práctica clínica de los pacientes renales. Probablemente por falta de más información y/o formación que ayude en la orientación del relleno y la difusión en la historia clínica compartida.

Estudio de los pacientes con tensión arterial no controlada en nefrología. Prevalencia de la hipertensión arterial de bata blanca

Cristiam Martínez-Gil, María Escutia-Cilleruelo, José María Bautista-Cañas, Marta Zapata-Coyra, Ana Carmen Casado-Morente, Alicia González-Moreno

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) se define como cifras de Tensión Arterial (TA) $>140/90$ mmHg. Se clasifica en dos tipos: HTA primaria: Sin causa específica, relacionada con factores genéticos, ambientales, obesidad, sedentarismo y estrés. HTA secundaria: Con causa subyacente identificada, enfermedades renales, trastornos endocrinos, etc. Es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Por lo que su detección y control son fundamentales. La HTA de bata blanca es un fenómeno médico en el que los pacientes muestran niveles elevados de presión arterial únicamente en entornos clínicos, más frecuente en hospitales, mientras que en el hogar, sus valores de presión arterial son normales. Este fenómeno, suele ser una respuesta al estrés o ansiedad que genera la interacción con el personal sanitario y puede cronificarse si no se controla adecuadamente. Un Holter de tensión arterial, MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial), es un examen que mide la TA durante 24h. La auto medida de la TA (AMPA) es el procedimiento estandarizado su medición por el propio paciente en su domicilio.

Objetivos

- Determinar la prevalencia de HTA de bata blanca en nuestra unidad de nefrología.
- Controlar la TA de los pacientes diagnosticados con HTA.
- Instruir adecuadamente a los pacientes en la correcta realización del AMPA.

Material y Método

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo con una muestra analizada de 89 pacientes de nuestra unidad, que requieren colocación de MAPA después de realizar un AMPA 15 días antes de acudir a consulta de Nefrología. Analizamos los siguientes datos:

- Paciente diagnosticado previamente de HTA.
 - Tipo HTA (primaria/secundaria).
 - Ajuste de medicación tras la primera consulta).
- Diagnóstico de cada paciente (HTA crónica; sistólica aislada;

bata blanca; reciente diagnóstico; no hipertenso) y cuantos requieren seguimiento/alta.

Resultados

Total de 89 paciente distribuidos:

- 72 diagnóstico HTA previo (94,4% primaria, 5,6% secundaria).
 - Diagnóstico tras primera consulta: 27 HTA bata blanca (37,5%), 25 crónica (34,7%), 20 sistólica aislada (27,7%).
- 17 pacientes no diagnosticados HTA; 4 diagnóstico bata blanca, 5 HTA de Novo, 5 normotensos, 3 sistólica aislada. Tras la primera visita:
 - 52 pacientes precisaron cambio de medicación (58,4%). Se realizó ajuste de un único fármaco a 31 (59,6%) de 2 fármacos a 15 (28,8%) y se ajustan 3 fármacos a 6 (11,5%).
 - 37 pacientes no precisaron cambio (41,6%). Se ajustó medicación sólo a 5 con HTA bata blanca (18,5%). ($p<0,001$) siendo estadísticamente significativo.
- Fueron altables 56 pacientes (62,9% total): pacientes con HTA bata blanca (37,5%), HTA crónica (30,4%), HTA sistólica aislada (16,1%), pacientes normotensos (8,9%) HTA de Novo (1%).
- Realizamos seguimiento a 33 pacientes, 13 HTA crónica, 13 sistólica aislada, 6 bata blanca, 1 HTA reciente diagnóstico.

Conclusiones

- La mayoría de pacientes derivados son diagnosticados de HTA de bata blanca, sin requerir ajuste medicación, siendo dados de alta un porcentaje elevado.
- En la mayoría de pacientes ajustamos un único fármaco; sobre todo en los pacientes con HTA sistólica aislada, siendo un porcentaje elevado.
- En la HTA de reciente diagnóstico es donde más ajuste de medicación se realiza de manera significativa, iniciando IECA/ARAI.
- Un porcentaje elevado de pacientes no requieren seguimiento posterior.

Impacto de la consulta cardiorrenal integrada en la atención de pacientes con enfermedades cardíacas y renales: un enfoque interdisciplinario en el cuidado de enfermería

María Estela Moscoso-Mártir, Elena López-Esteve, Belén Sánchez-García, Alejandro Camarero-Comino, Daniel Gaitán-Román, María Dolores Martínez-Esteban

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Málaga. España

Introducción

La atención a pacientes con comorbilidades cardíacas y renales representa un desafío significativo para los profesionales de enfermería, dada la complejidad en el manejo de estos pacientes. La consulta cardiorrenal, un modelo de trabajo colaborativo entre nefrólogos, cardiólogos y personal de enfermería, ha emergido como una estrategia eficaz para mejorar los resultados en estos pacientes.

Objetivos

Este estudio tiene como objetivo analizar los beneficios de esta consulta integrada desde la perspectiva del cuidado de enfermería, explorando cómo la colaboración interdisciplinaria impacta en el manejo y resultados clínicos de los pacientes.

Material y Método

Se realizó un análisis retrospectivo de 25 pacientes remitidos a la consulta cardiorrenal entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 en el Hospital Carlos Haya, con un seguimiento mínimo de un año. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, cambios en el manejo terapéutico y resultados clínicos relevantes para la enfermería, tales como hospitalizaciones, progresión de la insuficiencia cardíaca y renal, y mortalidad.

Resultados

De los 25 pacientes inicialmente remitidos, 19 completaron el año de seguimiento. La mayoría de los pacientes (80%) eran varones, con una edad media de $74,5 \pm 9,9$ años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de $27 \pm 4,8$. Al inicio del seguimiento, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media era del 31%, y la tasa de filtración glomerular (FG) media era de $24 \pm 9,88$ ml/min/1,73 m². La enfermedad renal crónica (ERC) en estos pacientes estaba mayormente asociada a la nefroangioesclerosis (36,8%) y la diabetes (21,15%). Un 35% de los pacientes eran frágiles, y un 68,4% eran considerados prefrágiles. En cuanto a tratamiento, se encontraron diversas combinaciones de fármacos como ARNi (73%), beta-bloqueantes (94,7%), y ISGLT2 (52,6%). Durante el seguimiento, se observó una mejora significativa en los niveles de BNP-proBNP ($16,928$ vs $7,952$, $p < 0,019$) y en la FEVI (31% a 37,94%, $p < 0,005$). La tasa de filtración glomerular se mantuvo estable ($24,5$ vs $23,375$ ml/min/1,73 m², $p = 0,459$). No se encontraron cambios significativos en las cifras de presión arterial ni en los parámetros metabólicos de calcio-fósforo. En cuanto al tratamiento, el 47% de los pacientes necesitó administración de hierro intravenoso, y un 42,1% recibió tratamiento con agentes estimulantes de eritropoyesis.

Conclusiones

La consulta cardiorrenal integrada tiene un impacto positivo en el manejo de pacientes con enfermedades cardíacas y renales, promoviendo una atención interdisciplinaria que mejora el control de la insuficiencia cardíaca y mantiene estable la función renal. Los resultados preliminares indican que este enfoque facilita la toma de decisiones terapéuticas, optimizando el manejo de estos pacientes complejos y potencialmente mejorando su calidad de vida. El rol de enfermería en este modelo es crucial para el seguimiento, la educación del paciente y la coordinación del cuidado interdisciplinario.

Impacto de los cuidados de enfermería en el manejo del dolor y la ansiedad en pacientes sometidos a biopsia renal

Andrea Muñoz-Pérez, Miguel Ángel Moral-Caballero, Graciela Álvarez-García, Rocío Alía-Morales, Berta Masía-Colomer

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

Las intervenciones invasivas como las biopsias renales representan situaciones complejas y estresantes. Las alteraciones emocionales pueden llevar a variaciones fisiológicas, retrasos en la recuperación y peor percepción del dolor, el cual a su vez conlleva retrasos en el alta domiciliaria, atraso en la recuperación y vuelta a la normalidad y un mayor costo para el sistema de salud. Todas las intervenciones y en este caso concretamente las biopsias renales requieran de un manejo integral y humano por parte de la enfermería al paciente, necesitando éste de cuidados específicos. Cuando el enfermero dedica más tiempo a los pacientes, afirman sentirse mejor y más seguros, de forma que se disminuye los niveles de estrés y efectos adversos emocionales. Un mejor control emocional y una mejor capacidad de reparación emocional conlleva una mejor evaluación del nivel de dolor.

Objetivos

Analizar la calidad percibida por los pacientes en relación a los cuidados de enfermería en el servicio de Nefrología durante el procedimiento de biopsia renal y sus repercusiones en la salud del paciente.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo: Se incluyeron 48 pacientes sometidos a biopsias renales entre 2024 y 2025.

Variables a estudio: edad, sexo, antecedentes de salud, dolor, ansiedad, satisfacción con el trato recibido y satisfacción con la información proporcionada.

Resultados

Se biopsiaron un total de 48 pacientes; 29 hombres y 19 mujeres. Con una edad media de 50 ± 18 años. 26 pacientes refirieron dolor moderadamente alto con valores entre 5-7 en la escala EVA; 20 de ellos a su vez, refirieron nerviosismo; los pacientes con un valor de EVA más alto (7) coinciden en los dos aspectos. De los 22 restantes sin dolor 10 tenían prescrita pauta de analgesia fija. Un total de 30 pacientes refirieron nerviosismo moderado a muy alto, de los cuales: 17 necesitaron antihipertensivos de rescate, 8 Benzodiacepinas de rescate para dormir y 3 Benzodiacepinas de rescate para la realización de la biopsia. El aspecto mejor valorado en la entrevista post fue la comunicación con el personal de enfermería, en concreto 2 pacientes señalaron su agradecimiento por la repetición de las explicaciones las veces necesarias y 1 por explicar de manera más sencilla el proceso. Por el contrario, dos pacientes se mostraron contrariados por recibir demasiada información y sintieron que aumentó su nerviosismo, refirieron no estar satisfechos con el protocolo realizado.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que refirieron nerviosismo y ansiedad necesitaron frecuentemente medicación de rescate por sus alteraciones fisiológicas. Una adecuada valoración y la comunicación empática por parte de la enfermera son vitales para reducir la ansiedad, evitar complicaciones y ayudar a una rápida recuperación de los pacientes durante este procedimiento.

Integración de la experiencia de pacientes renales en la formación enfermera para mejorar los cuidados

Carolina Sorolla-Villas, Josep María Gutiérrez-Vilaplana, Rosa Mar Alzuria-Alós, Montse Carcaña-Capella, Ana Usón-Nuño, Álvaro Lera-Negro

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. España

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) supone un reto sanitario y humano que requiere cuidados individualizados y sensibles a la experiencia de quienes la viven.

Objetivos

- Incorporar el testimonio directo de personas con ERC en la formación de estudiantes de enfermería para mejorar la calidad de los cuidados centrados en la persona.

Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de nefrología de un hospital universitario. Participaron 4 personas con ERC en tratamiento renal sustitutivo (TRS): una persona trasplantada, una en hemodiálisis hospitalaria, una en hemodiálisis domiciliaria y una en diálisis peritoneal domiciliaria. Cada paciente estuvo acompañado por su enfermera referente. Participaron también 36 estudiantes de segundo curso del Grado en Enfermería, organizados en 12 grupos funcionales, y 5 docentes universitarios vinculados a asignaturas relacionadas con la enfermedad renal. La intervención consistió en una visita educativa de una hora de duración en la que los estudiantes se dividieron en tres grupos, cada uno emparejado con uno o dos pacientes y sus respectivas enfermeras. Durante la actividad, se utilizaron preguntas abiertas basadas en la recomendación 2.2 de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de la RNAO sobre cuidados centrados en la persona y la familia. Las preguntas permitieron explorar vivencias, objetivos de salud y preferencias personales, fomentando la reflexión crítica del alumnado sobre el papel de la persona como agente activo en su proceso de salud.

Resultados

La intervención fue recibida directamente por 36 estudiantes, quienes participaron activamente en la escucha de las experiencias de vida de las personas con ERC. A través de sesiones posteriores de análisis reflexivo, los conocimientos y perspectivas adquiridos fueron compartidos con un total de 119 estudiantes del mismo curso.

Los principales aprendizajes obtenidos se relacionaron con:

- La importancia del empoderamiento del paciente en su proceso de salud.
- El desarrollo de una comunicación clínica efectiva y bidireccional, centrada en el respeto y la empatía.
- La toma de decisiones compartida, como eje fundamental de los cuidados centrados en la persona.

El contacto directo con los pacientes permitió a los estudiantes integrar valores, prioridades y objetivos individuales en la planificación de cuidados, favoreciendo una visión más humana, personalizada y eficaz de la atención sanitaria. La actividad fue valorada de forma muy positiva por el alumnado, quienes manifestaron haber desarrollado una mayor sensibilidad hacia las necesidades reales de las personas a las que cuidarán en su práctica profesional.

Conclusiones

La participación de personas con ERC en la formación enfermera enriquece el aprendizaje, potencia competencias clínicas centradas en la persona y refuerza la humanización del cuidado. Este tipo de intervención educativa es transferible, sostenible y aporta valor tanto al sistema docente como al asistencial.

Registro estandarizado de actividad enfermera nefrológica. Integración de un nuevo cuadro de mandos

Miriam Silva-Noa, Esther Díaz-González, Juana Carrasco-Caballero

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

La actividad intervencionista nefrológica está en alza y con ello la participación de la enfermera nefrológica, debido a la diversidad y complejidad de las técnicas a realizar. En estudios previamente realizados en nuestra unidad, se evidenció la falta de registros estandarizados de la actividad enfermera realizada, que garanticen la calidad y continuidad de cuidados, mejoren la comunicación interprofesional y eviten errores. Presentar y analizar la puesta en marcha del nuevo registro informático de la actividad enfermera intervencionista nefrológica.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de todas las actividades realizadas en nuestra sala de intervencionismo, para ello se analiza el periodo que abarca desde su puesta en marcha en abril de 2023, hasta diciembre de 2024. Para ello se creó junto al equipo informático hospitalario, un cuadro de comandos estandarizado, adaptado para el registro de dicha actividad enfermera, con acceso desde la intranet, previa identificación. En el periodo analizado se registraron N=364 intervenciones programadas y de urgencias. Podemos dividir los procedimientos realizados/registrados:

- Inserciones de Catéter Venoso Central 112.
- Retiradas de Catéter Venoso Central 21.
- Reparaciones/recambios de Catéter Venoso Central 16.
- Curas de Catéter Venoso Central 10.
- Biopsias percutáneas 120.
- Atención urgente de peritonitis 11.
- Intercambios de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) 74.

Resultados

Tras la implantación del nuevo registro informático y formación específica del personal implicado hemos podido contabilizar y analizar los datos reales, correspondiente a la actividad realizada por el equipo de enfermería. El personal puede acceder, consultar y registrar la actividad realizada, ampliando información si fuese necesario. Una vez analizados los registros, cabe destacar el volumen de pacientes asistidos, así como la diversidad y complejidad de los procedimientos realizados. Enfermería presta asistencia en Biopsias Renales, Canalización de catéter para Hemodiálisis temporales o transitorios, así como su retirada, junto al equipo nefrológico. De forma autónoma realiza evaluación y curas de los diferentes accesos vasculares (FAVI-PTFE-CVC-CATÉTER DP). Realiza cuidados e intercambios de diálisis peritoneal, recogida de muestras y realización de protocolos de peritonitis.

Conclusiones

Gracias al registro estandarizado, tenemos una base de datos actualizada, facilitando la comunicación entre los profesionales que tratan al paciente, obteniendo un registro exhaustivo de la carga laboral de la actividad intervencionista programada y de urgencias de la enfermería en nuestra unidad de nefrología. Se detectaron varias áreas con posibilidad de mejora, en las cuales se están trabajando junto al equipo informático de nuestro hospital y conseguir un registro global y unificado.

Valoración del grado de satisfacción del servicio de nefrología de los alumnos de enfermería de la universidad de Valladolid

Julia Hernando-García, Ángela Valer-Pelarda, Mónica Brazález-Tejerina, Cristina Franco-Valdivieso, Manuel-Luque Santiago, Julia Calderón-Mohino

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Introducción

La satisfacción de los estudiantes durante su formación práctica es un indicador clave de la calidad educativa y del impacto de las experiencias clínicas en su desarrollo profesional. En el ámbito de la Nefrología, un área de alta especialización, resulta fundamental evaluar cómo los futuros profesionales de Enfermería perciben su aprendizaje y la calidad del entorno clínico.

Objetivos

- Evaluar el conocimiento de los alumnos de 2º curso de Enfermería antes de impartir la asignatura de Nefrología y después de unas jornadas de la especialidad.
- Analizar las expectativas previas y el grado de satisfacción de los alumnos de 4º curso de Enfermería durante su rotación en el servicio de Nefrología.
- Identificar la practicidad de la rotación y áreas de mejora en la formación.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal durante el curso 2023/2024. Muestra: 100 estudiantes de segundo y 12 estudiantes de prácticas de cuarto del grado de enfermería. El estudio fue aprobado por el comité ético de la universidad. Los datos se recogieron mediante una encuesta ad hoc, antes de impartir la asignatura, tras unas jornadas de diálisis realizadas en la universidad, previo a las prácticas clínicas y tras su finalización. Variables estudiadas: conocimientos, nivel de satisfacción y áreas de mejora. El análisis estadístico se realizó mediante distribución de frecuencias, análisis de medidas y desviaciones estándar, pruebas de correlación y análisis de contenido a través del programa estadístico SPSS29.

Resultados

- Conocimiento adquirido: Los alumnos de 2º curso mostraron un conocimiento limitado sobre la especialidad, mientras que los de 4º curso destacaron una mejora significativa en su comprensión tras la experiencia práctica.
- Nivel de satisfacción general: 98% de los estudiantes de 4º curso reportaron una satisfacción alta o moderada con la rotación en el servicio de Nefrología.
- Expectativas versus realidad: 67% estudiantes de 4º curso indicaron que sus expectativas iniciales sobre la especialidad eran diferentes a la realidad clínica, especialmente en cuanto a la complejidad de los procedimientos y el rol enfermero.
- Practicidad de la rotación: El 100% valoró positivamente la oportunidad de aplicar conocimientos teóricos en un entorno clínico real, aunque un 25% de los alumnos señaló la necesidad de mayor tiempo de práctica supervisada.
- Áreas de mejora: Se identificaron aspectos como la necesidad de mayor interacción con pacientes, mejor estructuración de las sesiones formativas y mayor integración con el equipo médico.

Conclusiones

La rotación en Nefrología es percibida como una experiencia enriquecedora que contribuye al desarrollo profesional de los estudiantes de enfermería. Es fundamental mejorar la orientación previa a la rotación para ajustar las expectativas de los alumnos y optimizar su aprendizaje. Se recomienda aumentar la supervisión y el tiempo de práctica para garantizar una mejor preparación en procedimientos específicos de la especialidad. La integración de metodologías innovadoras, como simulaciones clínicas, podría mejorar la experiencia formativa y garantizaría una adecuada preparación para el ejercicio profesional.

Exploración de expectativas y preferencias del paciente trasplantado renal a lo largo de su trayectoria vital. Planificación anticipada de cuidados como herramienta fundamental de prevención del sufrimiento

Rocío Fernández-Díaz, Daniel Parra-Corral, Beatriz Rodríguez-Cubillo, Paula Gutiérrez-Sanjuan, María Rosario del Pino-Jurado, Francisco Oliveira-Martínez de la Casa

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción

A lo largo de la trayectoria vital del paciente trasplantado renal pueden surgir complicaciones que exijan la toma de decisiones difíciles. Los cuidados paliativos (CP) y la elaboración de Planificación Anticipada de Cuidados (PACs) han demostrado mejores resultados al final de la vida en pacientes oncológicos y en aquellos con otras enfermedades terminales. Sin embargo, en el ámbito de Nefrología, este concepto aún no está incluido en la práctica clínica habitual y las publicaciones científicas en este sentido son muy escasas.

Objetivos

Realización de entrevistas semi estructuradas que contemplen escenarios frecuentes en la trayectoria del trasplantado renal y explorar las preferencias individuales de estos pacientes. Evaluar si existen respuestas agrupadas de acuerdo a distinto perfil de paciente. Evaluar si la elaboración de estas entrevistas supone algún beneficio al paciente o equipo médico.

Material y Método

Estudio semi-cuantitativo mediante elaboración de entrevistas guiadas o comentadas en paciente trasplantado renal reciente, trasplantado crónico, trasplantado crónico añoso o con comorbilidad. Respuestas con gradación 0 (nada)-4 (max) y preguntas abiertas.

Resultados

Se realizaron 17 entrevistas guiadas con una serie de características. El síntoma peor controlado fue la ansiedad, tristeza o disminución de actividad física. La preocupación actual se relacionaba con aspectos laborales, aislamiento social y las expectativas familiares. Los sentimientos más frecuentemente relacionados con el trasplante renal fueron de agradecimiento, alegría e incertidumbre. Las expectativas asociadas al trasplante más nombrada fueron “volver a vivir”. La complicación peor aceptada fue la diarrea y la neoplasia, siendo la muerte una preocupación del mismo nivel que el reinicio de diálisis. Hubo 4 pacientes que rechazarían el inicio de diálisis. Los valores que estimulan a la vida más nombrados fueron la familia y “vivir”. Las líneas rojas más expresadas fue la dependencia, el dolor y la demencia. El abordaje del dolor, antidepresivos, participación en terapia de grupo o individual fueron las principales intervenciones. Se realizaron 15/17 PACs, (a 2 pacientes les ayudó para decidir el inicio de quimioterapia) y con 4/17 pacientes se iniciaron CP. El 100% de pacientes y entrevistadores consideró la entrevista como positiva.

Conclusiones

La realización de entrevistas guiadas para la planificación de atención temprana mediante un equipo multidisciplinar y un abordaje por parte de cuidados paliativos podría ser beneficioso para la toma de decisiones en pacientes trasplantados renales, contribuyendo así a reducir el sufrimiento, evitar intervenciones agresivas fútiles, ayudar a seleccionar el lugar de fallecimiento y mejorar la satisfacción de los familiares de los pacientes con trasplante renal cerca del final de la vida. A corto plazo permite una optimización de la relación médico-enfermero-paciente-familia centrada en el paciente y un aumento de la confianza en el equipo médico.

Incidencia de neoplasias en la consulta de seguimiento de trasplante renal en un centro no trasplantador. Consulta de enfermería

Ángel López-Sánchez, María Henar Sanz-Frutos, Beatriz Arriero-López, Sandra Bueno-Porras, Guadalupe Cordero-Martín, Verónica Ruth Mercado-Valdivia

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción

La inmunosupresión en el trasplante renal tiene un alto riesgo de desarrollar neoplasias de novo. La incidencia es aproximadamente 10 veces superior a la de la población general. Según los datos del registro español de enfermedades renales (REER) son la segunda causa de muerte en estos pacientes. A pesar de ello, desconocemos realmente el impacto del cáncer en la población trasplantada ya que, en España, no disponemos de registros específicos.

Objetivos

Determinar la incidencia de neoplasias de novo en pacientes con trasplante renal en un centro no trasplantador.

Material y Método

Estudio descriptivo y retrospectivo de 92 pacientes trasplantados. Se analiza variables demográficas, inmunosupresión de inducción y de mantenimiento, neoplasias de novo, tratamiento, evolución y supervivencia del paciente e injerto.

Resultados

De los 92 pacientes trasplantados, 21 tenían una neoplasia, lo que genera una incidencia del 22,83%. La edad media fue de 73 años. 61,9%, hombres y 38,1%, mujeres. En la distribución de edad según la presencia o ausencia de neoplasia existe una tendencia a que los pacientes con neoplasia sean de mayor edad. El 55% tuvo inducción con timoglobulina y el 52% mantenimiento con triple terapia (anticalcineurínico, anti metabolito y corticoides), estando el anticalcineurínico en el 90% de toda la muestra. El cáncer de piel es claramente predominante, representando 12 de los 21 casos (57%). Las neoplasias hematológicas ocupan el segundo lugar con 3 casos (14%). Las urológicas, 2 casos (10%) y las de pulmón, digestiva y, ginecológica, 1 caso cada uno. El tratamiento fue quirúrgico en el 81% y un 1 paciente fue tratado con inmunoterapia. El 81% de los pacientes recuperó totalmente. La mortalidad fue del 14%, todos con injerto funcionante.

Conclusiones

Los datos obtenidos son similares a los reportados en diferentes series incluidos los del REER. Tenemos una alta prevalencia de cáncer de piel, lo que sugiere la importancia del seguimiento dermatológico. Y la implementación de un protocolo de derivación a la consulta de dermatología antes de realizar el trasplante y después cada año o según valoración. Realización del seguimiento en la consulta de enfermería nefrológica: en la inclusión de lista de espera quirúrgica, trasplante y años sucesivos, recogiendo datos si este seguimiento preventivo evitaría el desarrollo de cáncer dermatológico y el descenso de la morbimortalidad. La edad podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias y la mayor proporción de hombres podría indicar una mayor incidencia de trasplantes o de neoplasias post-trasplante en este grupo.

Informe de continuidad de cuidados en trasplante renal: percepción del personal de enfermería

Emilia Ferrer- López¹, Mirian Sánchez-López¹, Carlos Martín-Gracia¹, Raúl López-Blasco², Manuel Fernández-Núñez¹, Francisco Javier Rubio-Castañeda¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

²Unidad de Bioinformática del Instituto de Ciencias de la Salud de Aragón. Zaragoza. España

Introducción

Un informe de continuidad de cuidados de enfermería (ICCE) bien estructurado y completo reduce la pérdida de información y es clave para asegurar una atención integral en situaciones de transición entre las diferentes fases del cuidado.

Objetivos

Analizar los datos registrados correspondientes a los principales indicadores del ICCE. Evaluar la efectividad, utilidad y opciones de mejora del ICCE por parte del personal de enfermería que lo recibe.

Material y Método

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Criterios de inclusión: trasplantados renales, mayores 18 años, de diciembre del 2018 a marzo 2025.

Criterios de exclusión: pacientes con destino UCI tras quirófano y traslado a hospitalización sin estancia en la Unidad de trasplante.

Variables de estudio: Se desarrolló una base de datos en Microsoft Access® que recopiló aspectos clínicos, quirúrgicos y cuidados realizados, con el fin de documentar la evolución del paciente en la unidad, conformando el ICCE (45 ítems). Se recabó una encuesta online (20 preguntas), con el fin de conocer la valoración del informe y las sugerencias de mejora por parte del personal de enfermería de hospitalización.

Análisis estadístico: las variables cualitativas se mostrarán según distribución de frecuencias absolutas y relativas (n, %), las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, según sigan distribución normal o no. Para dicho análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics Versión 27.

Aspectos éticos: se recabaron los permisos del centro sanitario, del comité de ética de la comunidad y de los profesionales encuestados.

Resultados

Se analizaron informes de 399 pacientes, edad 59 (RIQ= 21) años, 67,2% varones. El 66,4% en hemodiálisis y 8,6% en prediálisis. El 24,6% portaba catéter tunelizado, fistula un 51,3%. El 53,4% de los implantes fueron alojados en la fosa iliaca izquierda. Se registro hematoma de la herida quirúrgica (6,5%), seroma (2,3%) e inflamación (2,0%). El 18,6% preciso transfusión sanguínea y el 15% hemodiálisis. El 83% siguió una dieta baja en sal, mientras que el 31,2% una dieta baja en azúcar, ambas situaciones (27,10%). Un 56,6% mantuvo descanso nocturno con soporte farmacológico, desorientado (0,5%). Al traslado a hospitalización, el 75,6% portaba drenaje de gravedad y 25,7% de vacío. Estancia media: 3,77±1,82 días. En la encuesta de satisfacción al personal de hospitalización (n=17), el 100% consideró trascendente conocer la terapia renal sustitutiva previa, tipo de donante, fosa iliaca del injerto, evolución herida quirúrgica, fechas de cura, retirada de drenajes, agujas y tolerancia a la sedestación. Un 93,3% resalto la importancia de la dieta, su tolerancia y la necesidad de HD. Sobre el ritmo deposicional, peso seco y el actual el día de traslado a planta (86,7%). La utilidad percibida del ICCE para la práctica asistencial fue de 4,81/5 puntos. El 40% propuso incluir nuevos ítems (extracción hemocultivos, pruebas pendientes realización, entre otros). Experiencia en nefrología: 2,50 años (±6,50), (mín. 6 meses-máx. 17). El 10% era menor de 30 años y el 30% mayor de 50 años.

Conclusiones

La implementación de un informe de continuidad de cuidados no solo optimiza la calidad de la atención, sino que también fomenta un entorno de trabajo más colaborativo y organizado.

Manejo individualizado del dolor en pacientes trasplantados renales: seguimiento estrecho y optimización terapéutica en una consulta multidisciplinar

Rocío Fernández-Díaz, Daniel Parra-Corral, Beatriz Rodríguez-Cubillo, Paula Gutiérrez-Sanjuan, María Rosario del Pino-Jurado, Francisco Oliveira-Martínez de la Casa

Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España

Introducción

El dolor es una manifestación frecuente y con difícil control en pacientes trasplantados renales con un proceso clínico complejo, disfunción del injerto o enfermedad renal avanzada. Su abordaje requiere un enfoque seguro, individualizado y multidisciplinar. La educación sanitaria tanto al paciente como a sus cuidadores directos, llevada a cabo por el equipo de enfermería, es de vital importancia para la adecuada adherencia al tratamiento y el correcto manejo del dolor. En esta comunicación se presentan los resultados de una intervención estructurada centrada en la titulación progresiva de analgésicos y fármacos adyuvantes, liderada por enfermería en colaboración con un equipo especializado.

Objetivos

Control y manejo del dolor moderado – intenso (>3) en pacientes trasplantados renales mediante la optimización terapéutica y educación sanitaria llevada a cabo por el equipo de enfermería de una consulta multidisciplinar.

Material y Método

Estudio observacional prospectivo que incluyó a 54 pacientes trasplantados con dolor moderado-intenso mediante la escala de dolor validada en el cuestionario Edmonton Symptom Assessment System (ESAS >3), atendidos en una consulta integral entre marzo de 2024 y abril de 2025. Se registraron los tratamientos administrados (Fentanilo transdérmico, Pregabalina, antidepresivos y CBD), evolución del dolor, número de consultas requeridas, efectos adversos y duración del tratamiento. Se compararon los valores de dolor basal y a los 1, 3 y 6 meses mediante pruebas no paramétricas.

Resultados

El 74,1% de los pacientes presentaban dolor significativo al inicio. El tratamiento con fentanilo se utilizó en el 32,5% de los casos, pregabalina en el 35%, sertralina en el 45%, y CBD en el 7,5%. El dolor se redujo significativamente en todos los grupos en los meses 1 y 3. La titulación progresiva permitió alcanzar dosis estables sin empeorar la tolerancia. Los efectos adversos fueron leves (somnolencia o estreñimiento), con retirada en menos del 25%. La duración media del tratamiento osciló entre 2 y 9 meses, con seguimiento estrecho por el equipo de enfermería (mediana 3 consultas presenciales y 10 telefónicas).

Conclusiones

El seguimiento estructurado y personalizado del dolor en pacientes trasplantados renales a través de una consulta enfermera especializada demuestra ser eficaz, seguro y bien tolerado. Este modelo de intervención integral y humana mejora la calidad de vida y permite adaptar el tratamiento según las necesidades reales de los pacientes. El seguimiento telefónico realizado por el equipo de enfermería permite optimizar los recursos y reducir las visitas de los pacientes a los centros sanitarios. Además, favorece la adherencia terapéutica mediante la educación tanto al paciente como al su cuidador directo en el manejo del fármaco y en los posibles efectos adversos.

Paciente trasplantado renal en tratamiento con lipidoaféresis por hipertrigliceridemia severa. Rol de enfermería

John Jairo Gallego-Pérez, Paola Henao-Martínez, Paola Andrea Charry-España, Miquel Lozano-Molero, Lía Marcela Vinasco-Rios, Teresa Jofre-Bujaldón

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

La dislipidemia es una complicación frecuente en pacientes trasplantados renales, condicionada por el uso crónico de inmunosupresores, comorbilidades metabólicas y estilo de vida. En casos de hipertrigliceridemia severa y refractaria, la lipidoaféresis por centrifugación representa una opción terapéutica eficaz y segura. Este procedimiento extracorpóreo permite reducir de forma selectiva los niveles de triglicéridos en sangre, minimizando el riesgo de pancreatitis aguda, enfermedad cardiovascular y progresión de la disfunción del injerto renal. El personal de enfermería en nefrología desempeña un papel crucial en el seguimiento clínico, la educación terapéutica y la humanización del cuidado.

Presentación del Caso Clínico

Datos generales: paciente masculino, 59 años. Trasplante renal en 2020 por poliquistosis hepatorrenal (PQHR) autosómica dominante. Evolución favorable post-trasplante, sin episodios de rechazo agudo.

Comorbilidades: Dislipidemia severa, hipertensión arterial.

Antecedentes terapéuticos: Tratamiento inmunosupresor: Tacrolimus, micofenolato mofetilo, prednisona. Inicio de lipidoaféresis por centrifugación en 2023 ante hipertrigliceridemia refractaria (>1800 mg/dL), sin respuesta adecuada a estatinas ni fibratos.

Evolución: procedimiento realizado de forma ambulatoria en unidad de aféresis.

Frecuencia: se realizan dos sesiones por mes. Actualmente mantiene niveles de TG <350 mg/dL, con buena tolerancia al tratamiento. Presenta crisis hipertensiva por lo que acude a urgencias y pautan IECA para tratamiento de la HTA.

Descripción del Plan de Cuidados de Enfermería

Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I): Riesgo de infección relacionado con el acceso vascular. Conocimientos deficientes sobre el procedimiento de aféresis. Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con el anticoagulante. Ansiedad situacional vinculada al tratamiento crónico. Intervenciones de Enfermería (NIC): Educación para la salud. Cuidado del acceso vascular. Control clínico y analítico. Apoyo emocional y contención. Preguntar activamente si desde la última sesión de aféresis se ha pautado IECAS. Resultados esperados (NOC): Reducción sostenida de los niveles de triglicéridos a valores seguros (<150 mg/dL). Prevención de eventos adversos relacionados con la aféresis. Participación activa del paciente en su autocuidado y adherencia terapéutica. Mejora del bienestar psicoemocional.

Evaluación del Plan de Cuidados

Evolución clínica positiva: Lípidos controlados, injerto renal con función estable. **Adherencia excelente:** El paciente comprende el tratamiento y acude regularmente a sesiones de aféresis. **Acceso vascular bien conservado:** Sin signos de infección ni eventos adversos relevantes. **Participación activa:** El paciente demuestra interés en su tratamiento, mantiene hábitos saludables y seguimiento nutricional. Detectar factores que incrementan el riesgo durante la aféresis, como la introducción de nuevos tratamientos (IECAS).

Conclusiones

La lipidoaféresis por centrifugación ha demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro para el manejo de la hipertrigliceridemia severa en pacientes trasplantados renales con dislipidemia refractaria. La atención de enfermería ha sido clave en la educación terapéutica, prevención de complicaciones y mejora de la calidad de vida del paciente. Este caso subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinar y centrado en el paciente, donde el personal de enfermería en nefrología se posiciona como pilar en la continuidad y calidad del cuidado.

Perfusión renal pulsativa: mejorando resultados en donantes de edad avanzada

Estefanía Iglesias-González

Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

Introducción

El trasplante de riñón es el tratamiento de elección en la insuficiencia renal terminal, sin embargo, es insuficiente el número de órganos disponibles. Esta escasez ha generado un mayor uso de injertos renales marginales aunque este dato sigue siendo barrera principal para el trasplante. El inconveniente que genera, es que los órganos a trasplantar presentan un mayor índice de daño celular y de rechazo lo que se asocia con una menor supervivencia de los riñones trasplantados. En la actualidad, la preservación renal se basa en el almacenamiento frío estático o máquina de perfusión hipotérmica. El mantenimiento de la viabilidad de los órganos durante la preservación se convierte en un reto. Diferentes estudios demuestran que la utilización de la máquina en órganos marginales mejora la supervivencia y disminuye el rechazo, algo que no puede lograrse con los métodos de conservación clásicos. La máquina de perfusión pretende mitigar el efecto del almacenamiento estático sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado y el donante marginal.

Objetivos

- Evaluar los beneficios de los receptores renales ≥ 70 años con dos tipos de preservación (estática fría o perfusión hipotérmica).
- Dar a conocer nuestra experiencia en su uso.

Material y Método

- Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de tercer nivel.
- Analizar la evolución de los receptores de injerto renal de donantes con muerte encefálica ≥ 70 años desde el 1 de febrero de 2018 al 31 de enero de 2020.
- Los individuos se dividieron en dos grupos según el método de conservación.
- Las variables de estudio: estancia hospitalaria, horas de isquemia, necesidad de diálisis y número de sesiones posttrasplante y del dispositivo de almacenamiento, edad y patologías asociadas al donante.

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 100 trasplantes renales, de los cuales 76 fueron de donantes ≥ 70 años. Los pacientes se dividieron en dos grupos según el método de almacenamiento renal utilizado: máquina de perfusión ($n=32$) o preservación estática ($n=44$). Nuestros hallazgos fueron que con un tiempo de isquemia casi igual, el uso de la máquina de infusión conllevó a una disminución, a la mitad, de los casos de función retardada con menor número de sesiones de diálisis postrasplante y descenso de la estancia media hospitalaria.

Conclusiones

El papel de la preservación es crucial para el resultado del trasplante renal y la perfusión hipotérmica pulsátil puede ser el método de elección para riñones marginales. En nuestro centro más del 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años de edad y casi un 25% son mayores de 70 años todos con algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Riñones de donantes marginales muestran tasas más altas de no función primaria y complicaciones postquirúrgicas, en consecuencia, parece apropiado buscar estrategias como la perfusión pulsátil para optimizar el trasplante y mejorar resultados.

Trasplante renal a paciente crónico complejo sin prehabilitación. Abordaje desde la consulta enfermera de práctica avanzada

Sonia Perea-García, Ana M^a Pérez-Olmos

Hospital Clínic. Barcelona. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) en España afecta al 10 % de la población, el 1% necesitará terapia sustitutiva. El trasplante renal (TR) puede proporcionar una mayor calidad de vida. El 25% de los candidatos presentan fragilidad (movilidad, estado nutricional, situación socioeconómica). Esta puede ser reversible con detección precoz y medidas de prehabilitación. Revertirla disminuirá la vulnerabilidad ante complicaciones quirúrgicas e infecciosas, reintervenciones, retraso en la función del injerto, ingreso prolongado, reingresos, o mala adherencia terapéutica.

Objetivos

- Describir el caso de un paciente crónico complejo frágil que recibe TR en hospital de 3^{er} nivel, sin prehabilitación.
- Describir la relación entre comorbilidades y fragilidad previa con complicaciones quirúrgicas, reintervenciones, evolución tórpida de la herida quirúrgica, estrés y adherencia terapéutica.

Material y Método

Estudio descriptivo con revisión de historia clínica previa a la entrada en lista de espera TR, cursos clínicos del equipo multidisciplinar durante hospitalización y valoración previa al alta hospitalaria.

Caso clínico

Varón 70 a con DM2, ERCT en HD, y amputación infra condílea EEII D con prótesis trasplantado de 1^{er} TR 01-2022 no funcionante. Continuó HD, presentó nueva úlcera infectada en EEII Izq. Por la que sufrió amputación en 12-2022. Entró en lista de espera TR en nuestro centro en junio 2023. Recibió injerto compatible en agosto-23 sin pasar por prehabilitación. La valoración enfermera de prácticas avanzadas (EPA) se realizó previa al alta hospitalaria postrasplante, tras una semana de ingreso. A pesar de una buena función renal del injerto presentaba fragilidad con puntuaciones altas en

las escalas referentes: Fried (4), Test Mini Nutritional Assessment (18) e IMC (43), HADS (>11) y GIJÓN (13). La EPA realizó plan de cuidados al alta mediante taxonomía NANDA, NIC, NOC. Los dominios con mayor afectación: deterioro de la integridad cutánea, nutrición, actividad/reposo y seguridad/protección asociados a factores como la obesidad, movilidad limitada por amputación de extremidades inferiores y transferencias a silla, descompensación metabólica con inmunosupresión. En el seguimiento semanal ambulatorio detectamos evisceración y eventración a pesar de faja, estrés e inicio de cuadro ansioso al requerir reintervenciones. EPA gestionó visitas con psicología clínica y con trabajadora social al detectar alteraciones de la conducta y claudicación del único cuidador. Dada la falta de adherencia a los controles analíticos y el empeoramiento de la herida quirúrgica tras las reintervenciones la EPA gestionó curas a domicilio a Atención Primaria y posteriormente hospitalización domiciliaria para inicio de terapia de presión negativa (VAC/PICO) como último recurso para evitar la movilización del paciente y favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica. A pesar de la evolución tórpida de la herida el paciente mantuvo una buena función del injerto. El tercer mes postrasplante índice de Bienestar de la OMS (1998) fue de 32/100 mientras que en el mes 9 el mismo subió a 72/100.

Conclusiones

Revertir el estado de fragilidad en el paciente con ERCT es necesario para afrontar un trasplante renal con éxito. Si la fragilidad empeora tras el trasplante, el paciente y su entorno, no perciben mejora en la calidad de vida. La EPA realiza el seguimiento postoperatorio y acompañamiento al paciente TR en su recuperación, gestionando también los recursos limitados que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS) para obtener el mejor resultado costo-efectivo y conseguir una buena calidad de vida.

Trasplante renal e infección quirúrgica: estudio de incidencia y características en un hospital de tercer nivel

Raquel Alba Romero-Romero, Francisco Rubio-Osuna, Pilar González-Peñalver, Beatriz Conde-Muñoz, Isabel Pantoja-Díez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública a nivel global, con una prevalencia en aumento que afecta aproximadamente al 10% de la población mundial. El trasplante renal se consolida como la opción terapéutica sustitutiva de elección, por sus ventajas en supervivencia, reducción de la morbilidad y mejora significativa de la calidad de vida del paciente en comparación con otras alternativas como la diálisis. Las infecciones de la localización quirúrgica (ILQ) constituyen una de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio del trasplante renal, y suponen una causa importante de morbilidad. Estas infecciones no solo generan un aumento en los días de hospitalización y en el uso de recursos sanitarios, sino que también se asocian a consecuencias clínicas graves como el rechazo agudo del injerto, deterioro de la función renal y, en casos más severos, incremento de la mortalidad. Su prevención, detección precoz y abordaje multidisciplinar son imprescindibles para preservar la viabilidad del injerto y mejorar la evolución del paciente trasplantado. La administración de profilaxis antibiótica adecuada es necesaria en la prevención. En nuestro centro, se emplea sistemáticamente un protocolo basado en una única dosis preoperatoria de cefazolina y gentamicina, y en pacientes alérgicos a betalactámicos, vancomicina más gentamicina.

Objetivos

Describir las características clínicas, demográficas, quirúrgicas, microbiológicas y la incidencia de infecciones de herida quirúrgica en pacientes sometidos a trasplante renal en un Hospital de tercer nivel.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que recibieron un trasplante renal en un hospital de tercer nivel durante el periodo de enero a junio de 2024. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, duración del ingreso, motivos de reingreso, fallecimientos, tipo de intervención, tipo de profilaxis, duración de la cirugía, grado de contaminación, aparición de infecciones de la herida quirúrgica y resultados de cultivos realizados.

Resultados

Se incluyeron 51 pacientes trasplantados renales (32 hombres y 19 mujeres) con una edad media de 56.3 años. El tiempo medio de hospitalización fue de 10.98 días. El 27.45% requirió reingreso y la tasa de mortalidad fue 0%. El 98.04% de las intervenciones fueron urgentes y no se realizaron cirugías múltiples. Se administró profilaxis antibiótica en todos los casos. La incidencia de infección de herida quirúrgica fue del 1.96%, con una única infección detectada 16 días después de la cirugía, causada por *Corynebacterium striatum*, asociado a resistencia a varios antibióticos.

Conclusiones

La incidencia de infecciones de herida quirúrgica en pacientes trasplantados renales fue baja, con profilaxis antibiótica efectiva en todos los casos. No hubo muertes en el período postquirúrgico a corto plazo. La única infección que apareció fue causada por *Corynebacterium striatum*, destacando la importancia de realizar un seguimiento de la resistencia antibiótica en estos pacientes.

Uso de la inmunoadsorción en el trasplante ABO incompatible en pediatría

Ana Isabel Herretes-Balsa, Miriam López-Font, Carmen Contreras-López, María Aparicio-López, Natalia Perea-Domínguez, Ana García-Sánchez

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción

El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible representa una opción válida de tratamiento renal sustitutivo para el paciente pediátrico, que permite optimizar los tiempos de isquemia y reducir el tiempo en la lista de espera de trasplante. Los avances en inmunosupresión y los protocolos de desensibilización han sido fundamentales para poder garantizar el éxito de este tipo de trasplantes. La inmunoadsorción (IA) constituye una herramienta terapéutica clave dentro de estos protocolos, al permitir la eliminación selectiva de anticuerpos circulantes preformados en el receptor, particularmente los dirigidos contra los antígenos del grupo sanguíneo del donante, minimizando así el riesgo de rechazo hiperagudo.

Objetivos

A diferencia del recambio plasmático, la inmunoadsorción actúa de manera específica sobre las inmunoglobulinas implicadas, preservando otros componentes plasmáticos como factores de coagulación, proteínas y anticuerpos no diana, lo que contribuye a una mejor tolerancia y menor incidencia de efectos adversos. Asimismo, el reducido volumen extracorpóreo de la técnica resulta especialmente ventajoso en el paciente pediátrico, al disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la hipovolemia, como los episodios de hipotensión, y favorecer una mayor estabilidad hemodinámica durante el procedimiento.

Material y Método

Presentamos el caso de un paciente de 10 años de edad sin antecedentes previos de interés que fue diagnosticado de manera casual de enfermedad renal terminal tras la realización de una analítica por su pediatra en el contexto de talla baja (cifras de creatinina sérica de 6-7g/dL, urea de 210 mg/dL y Hb de 6g/dL). Fue derivado al hospital para ingreso y es-

tudio, donde se decide el paso a tratamiento renal sustitutivo con diálisis peritoneal automatizada. Durante el ingreso, se sospecha posibilidad de nefropatía de origen genético por lo que se extrae estudio de nefropatías, con confirmación posterior del diagnóstico de nefronoptosis. Se plantea la posibilidad de trasplante renal de donante vivo, ambos padres se ofrecen para ello. Por la alta compatibilidad HLA con el padre, con 5/6 identidades, se decide que éste sea el donante. El paciente es grupo O y el padre es grupo A, por lo que se programa un protocolo de desensibilización pre-trasplante con rituximab y sesiones de IA. Se canaliza un catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis y se realizan un total de 9 sesiones de IA, con buena tolerancia a la técnica, sin complicaciones salvo una coagulación del circuito que se solventó aumentando pauta de heparinización.

Resultados

Previo al tratamiento, el título de IgG Anti-A es de 1/64 y previo al trasplante, descendió hasta 0. Se realizó trasplante renal en noviembre de 2024 sin presentar complicaciones quirúrgicas. El título de IgG Anti-A post trasplante se mantuvo alrededor de 0-1/2 por lo que no fue necesario repetir sesiones de IA. En la actualidad, tras 5 meses de evolución del trasplante, el paciente presenta normofuncionamiento del injerto sin rechazo ni complicaciones significativas con una creatinina de 0,53 mg/dl y FG de 88,9.

Conclusiones

Este caso clínico subraya el papel de la inmunoadsorción en la población pediátrica como estrategia clave para optimizar los resultados del trasplante renal ABO incompatible y mejorar la supervivencia del injerto.

A propósito de un caso: atención integral del trastorno adaptativo durante el tratamiento de diálisis

Miguel Ángel Escudero-López^{1,2}, Carla Olivart-Martínez¹, Alba Capell-Martín¹, Cristina Marqués-Rodríguez¹

¹ Fundación Puigvert I.U.N.A. Barcelona. España

² Escola Superior d'Infermeria Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

A menudo en las unidades de hemodiálisis nos encontramos pacientes con patologías psiquiátricas. Las intervenciones tradicionales están enfocadas en la enfermedad renal sin identificar los cuidados integrales para compatibilizar diálisis y sintomatología activa desadaptativa en la unidad de diálisis. El nuevo plan de cuidados exige cambios que cuestan de integrar y afrontar en los equipos.

Presentación del caso

Paciente cede datos para investigación. Varón, 55 años. Actualmente en hemodiálisis martes, jueves y sábados, 240 min de sesión mediante catéter venoso central yugular tunelizado izquierdo.

Problema de colaboración: Enfermedad Renal Crónica secundaria a Glomerulonefritis membranosa (CIE-10: N18.9-N05.2). Trastorno adaptativo/ Trastorno de hiperactividad por déficit de atención (DSM-V: F43.2/ F90.0 respectivamente). Diagnósticos de enfermería (NANDA):(00069) Afrontamiento ineficaz relacionado con la hiperactividad, suspicacia y miedo al curso de la enfermedad, manifestado por pérdida de control y agresividad con el personal de diálisis. (00148) Temor y (00146) Ansiedad relacionado con miedo durante la diálisis por pensamientos intrusivos y aprehensión manifestado por sudores, inquietud, y demanda disponibilidad inmediata de enfermería. (00125) Impotencia relacionada con falta de control sobre su situación y manifestado por verbalizar abandono por parte del equipo médico y de enfermería. (00071) Afrontamiento defensivo relacionado con situación nueva de salud manifestado por distorsión de hechos, negación de problemas/debilidades e incapacidad de admitir fallos.

Descripción del plan de cuidados: Valoración de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson. Hayamos dificultad en las necesidades de patrones de eliminación, evitar peligros ambientales y hacia otras personas, comunicación y expresar emociones, y practicar religión, creencias o valores.

Objetivos

Se establece:

Objetivos General: Establecer mayor control y mejor afrontamiento de los episodios negativos.

Objetivos específicos: Fomentar espacio flexible y ajustado al tratamiento de diálisis. Controlar discurso para minimizar pensamientos rumiantes de abandono. Anteceder junto con el paciente pródromos o síntomas durante el tratamiento. Proteger estado anímico del staff enfermería.

Resultados esperados (NOC)

- (1302) Mejora del afrontamiento de los problemas con el personal del departamento.
- (1211) Mayor autocontrol de la ansiedad y miedo en diálisis.
- (1702) Creencias y aceptación sobre la salud con percepción de control, rebajar actitud pasiva y delegación de responsabilidades. Intervenciones y actividades (NIC)
- (5250) Apoyo en la toma de decisiones: el equipo establece mensajes comunes de comunicación. Reuniones de equipo para valorar seguimiento.
- (5380) Potenciación de la seguridad: observación de conductas ansiógenas y modificar contexto que fomente relajación.
- (0906) Toma de decisiones ajustada al tratamiento:
 - Delegar afrontamiento activo al paciente.
 - Evaluación del plan de cuidados (indicadores NOC): (130203) Disminución de conductas agresivas <1/semanal.
 - (140402) Verbaliza sensación de confort 2-3 veces/sección.
 - (090601) Número de demandas súbitas al personal de enfermería <2/sesión.
 - (40403) Se reduce valoraciones negativas del personal en intervención grupal con psicología <1/mes.

Conclusiones

La patología psiquiátrica requiere de intervenciones específicas atendiendo a planes de cuidado individualizados. Suponen un tratamiento de diálisis más flexible, trabajo en equipo atendiendo las necesidades específicas del paciente y estilos de afrontamiento del personal.

Actuación de enfermería ante rotura de prolongador de catéter peritoneal

María José González-Lanzuela, Verónica Esperanza Arjona-Prieto, Cristina Atienza-Ferrer, Andrea Villanueva-Mena, María Pilar Navarro-Burriel

Hospital Obispo Polanco. Teruel. España

Introducción

La rotura del catéter peritoneal es una complicación mecánica infrecuente de la diálisis peritoneal. Precisa una actuación inmediata para evitar fuga del dializado y aparición de infección.

Presentación del caso

Varón de 47 años con insuficiencia renal crónica, que opta por el tratamiento de diálisis peritoneal. Se implantó el catéter en agosto del 2023. Sus antecedentes médicos son: hipertensión, hiperuricemia, no antecedentes de cirugía abdominal. 2/5/2024 El paciente se pone en contacto telefónico con la unidad de diálisis peritoneal porque tras procedimiento de drenaje y catéter cerrado, ha observado pérdida de líquido antes de colocar el tapón. Manifiesta que el catéter está íntegro, el orificio de salida de la piel seco y el catéter cerrado. Se sospecha rotura del prolongador. Se le indica que coloque pinza con gasa por encima de la conexión del catéter con el prolongador y que acuda inmediatamente al servicio. A su llegada paciente con signos vitales estables, abdomen blando, no presenta signos/síntomas de peritonitis. A la inspección del prolongador se detecta pinza integrada rota.

Plan de cuidados

Se realiza procedimiento de cambio de prolongador urgente. Se administra antibiótico profiláctico intraperitoneal y se reanuda la diálisis ese mismo día. Se elabora valoración de enfermería usando la taxonomía NANDA-NOC-NIC tras lo cual se detectan los siguientes diagnósticos: Riesgo de infección, déficit de conocimientos y ansiedad.

Objetivos a conseguir

Preservar la integridad tisular de piel y mucosas, evitar signos de infección, adquirir conocimientos sobre el procedimiento terapéutico y el control de la infección y por último autocontrol de la ansiedad. Para ello se programan interven-

ciones de enfermería para protección contra infecciones, enseñanza: mantenimiento del acceso peritoneal y presencia y manejo de técnicas para disminución de la ansiedad.

Evaluación del plan de cuidados

La rápida intervención del personal de enfermería solucionó la pérdida de líquido por el catéter, evitando así la infección. El paciente valoró de forma positiva recibir de nuevo información sobre los cuidados y uso del catéter peritoneal y manifestó mejoría en cuanto a la ansiedad que manifestaba tener por este evento inesperado. A lo largo del 2024 se le realizaron otros dos cambios de prolongador no programados por motivos similares. A estos hechos se le sumaron que el paciente manifestaba no conseguir encontrarse cómodo con la técnica, molestias producidas por el catéter "pinchazos" en abdomen y malestar por hernia abdominal. Se decide realización de una fístula arteriovenosa en noviembre del 2024 y se opta por cambio a la modalidad de hemodiálisis en febrero del 2025.

Conclusiones

La rotura del catéter peritoneal puede deberse a varias causas: cortes accidentales, desgaste por contacto repetido con desinfectantes, deterioro del sulfato de bario de la línea radioopaca del catéter, manipulación inadecuada, acodamiento crónico,... Una intervención rápida y adecuada puede salvar los catéteres rotos sin interrumpir la diálisis peritoneal y puede prevenir la infección. Las complicaciones mecánicas son infrecuentes pero graves. Son motivo de retirada del catéter peritoneal e incluso de cambio de modalidad de terapia renal sustitutiva.

Creación de Buttonhole en fístula endovascular para hemodiálisis domiciliaria: a propósito de un caso

Maite González-Manjon¹, Virginia Fernández-Íñiguez de Heredia¹, Carmen Pérez de Urrutia-Sastre¹, Amaia Pérez-Ramírez de Ocáriz¹, **Aitor López-Arcauz¹**, María Luz Sánchez-Tocino²

¹Hospital Txagorritxu. Álava. España

²Fundación Renal española "Las Encinas". Salamanca. España

Introducción

La morbimortalidad de los pacientes en Hemodiálisis está estrechamente relacionada con el tipo de Acceso Vascular (AV). Las prácticas de canulación juegan un papel crucial en el mantenimiento y cuidado de la fístula arteriovenosa (FAV). La fístula endovascular (EndoAVF) es un AV de reciente desarrollo creado de forma percutánea y sin necesidad de intervención quirúrgica. Sin embargo, la canulación de la EndoAVF plantea retos significativos debido a sus características anatómicas. Actualmente, la evidencia sobre las técnicas de punción en este tipo de acceso es limitada. Las guías clínicas recomiendan la técnica escalonada como método de primera línea en fístulas arteriovenosas nativas. No obstante, los estudios concluyen que el buttonhole es la técnica de elección para pacientes en Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) al facilitar la punción, evitar riesgos, aportar seguridad, disminuir el dolor percibido y reducir el tiempo de hemostasia.

Objetivo

Evaluar la viabilidad del uso de la técnica buttonhole en EndoAVF.

Material y Método

Descripción de un caso clínico complementado con revisión de la literatura tras consentimiento informado del paciente.

Resultados

Varón de 78 años con enfermedad renal crónica estadio 5 secundario a poliquistosis hepatorrenal autosómica dominante en diálisis peritoneal que por fallo de ultrafiltración tipo 4 inicia HDD de manera programada. Tras valoración de comisión de AV se le realizó una EndoAVF en la extremidad superior izquierda el 05/07/2024. –Canulación inicial: 7 semanas después de la creación del AV se comenzó punción ecoguiada con aguja 17G/20mm según protocolo de la unidad. Después de 3 días consiguiendo Qb de 300 ml/min se pasó a puncionar con agujas 16G/20mm. –Creación de buttonhole: Tras 8 días de canulación inicial se seleccionaron dos puntos en la vena cefálica para crear túneles mediante punciones repetidas. A pesar de que la recomendación de las guías es de que se usen las agujas de menor calibre y longitud posible, se decidió el uso de agujas 16G/25 mm biseladas ante la imposibilidad de poder conseguir para las punciones definitivas agujas romas de 20 mm. Se realizaron 9 punciones sin incidencias antes de la creación total del túnel logrando flujos y presiones constantes.

Conclusiones

La EndoAVF puede ser un AV viable para el uso de la técnica de Buttonhole, lo que la posiciona como una opción segura y eficaz en el contexto de HDD. Sería interesante disponer de agujas romas de menor longitud (20 mm) para optimizar la técnica y prevenir complicaciones asociadas a túneles largos.

Cuidados de enfermería en trasplante renal y desensibilización con Imlifidasa

Ana María Sáenz de Miera-Olivera, Rita Fernández de Cuevas-Gilsanz, Tamara Calleja-Hermida, Beatriz Romero-López, Ángela Velázquez-Colomo

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y poliimmunizados se enfrentan a tiempos de espera prolongados para recibir un trasplante renal. Un nuevo tratamiento permite la oportunidad a estos pacientes de eliminar rápidamente los anticuerpos IgG, incluidos los anticuerpos específicos DSA de donantes anti-HLA consiguiendo el trasplante renal en caso de alto riesgo. Se trata de Imlifidasa (proteasa de cisteína, producida por el *staphylococcus pyogenes*), que es capaz de negativizar la prueba cruzada inmunológica. En España fue aprobada en el 2023 para adultos altamente sensibilizados que precisan trasplante renal. Los candidatos a este tratamiento son aquellos con una coincidencia cruzada positiva, con un calculated panel reactive antibody (cPRA) mayor o igual al 99-98% con al menos de 2 a 4 años en PATHI o pacientes que no puedan continuar en diálisis. El caso que se presenta es el primero en el que se ha desensibilizado con este fármaco a nivel nacional. El rol de enfermería en el manejo del trasplante renal consiste en gestionar, comunicar y acompañar durante todo el proceso asistencial valorando el mayor riesgo de infección y presencia de procesos tumorales en este caso.

Presentación y evolución del caso

Mujer caucásica de 51 años, con antecedentes personales de Infección virus hepatitis B (VHB) y ERC secundaria a glomerulonefritis en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis (HD) desde 1997. En 2002 recibió un primer trasplante renal (donante vivo) y en 2011 reinició tratamiento en HD por fracaso del injerto. Durante el estudio para la inclusión en lista de espera, la paciente presentó un calculated panel reactive antibody (cPRA) del 99% y se la incluyó en el programa de pacientes poliimmunizados (PATHI) en 2015. En los años posteriores, no se encontró un donante compatible, por lo que se efectuó una reducción de horquilla terapéutica en 2020, que fue insuficiente para permitir el trasplante, con lo que en enero del 2024 se realizó una segunda exclusión de antígenos, consiguiendo reducir su cPRA al 98% y aumentando las probabilidades de obtener un donante compatible. En junio de 2024 se obtiene un donante, con el que la receptora presenta

cuatro incompatibilidades HLA. Se procedió a la prescripción de Imlifidasa® dadas las características de legitimidad de la paciente: se administró una sola dosis del fármaco y tras dos horas negativizó la prueba cruzada por citometría dando cabida al trasplante renal. En el día 10 se produce un rebote significativo de anticuerpos y descenso de diuresis a menos de 1 litro/24 h. Se trata de manera empírica con plasmaféresis, inmunosupresores e inmunoglobulina I.V. Este hecho hace que enfermería realice una valoración más exhaustiva en cuanto a los riesgos de infección, la vigilancia del balance hídrico, así como la monitorización de los inmunosupresores. A los 9 meses la función renal se mantiene estable con creatininas séricas de 0,8-1,2 mg/dl y los datos del filtrado glomerular son de 8 ml/min/ 1,73m² a 63 ml/min/ 1,73m².

Descripción del plan de cuidados

La valoración de enfermería se realiza durante todo el proceso a través de los patrones funcionales de Marjory Gordo y realización de PAE mediante Nanda-Nic-Noc.

Conclusiones

Este tratamiento es una gran oportunidad y les da una esperanza para mejorar su calidad de vida, disminuyendo el riesgo de mortalidad en relación con sus homónimos en diálisis y les permite estar libre de riesgos también asociados a la misma. Con la aplicación del plan de cuidados la paciente ha conseguido los objetivos propuestos a pesar de su alto riesgo infeccioso e inmunológico con relación a procesos tumorales.

Evolución de terapias renales sustitutivas en paciente con complicaciones del acceso vascular

Diana Carolina Vanegas-Arias, Alicia Peña-García, Sheyla Parejo-Esteban, Tamara de Castro-de la Cruz, Susana Rosa-Senra, Ana María Sal-Sierra

Hospital Universitario de Guadalajara. España

Introducción

Las complicaciones de los accesos vasculares en hemodiálisis afectan a la calidad de vida del paciente, lo que plantea un desafío para la actividad enfermera. El objetivo general del presente trabajo es describir un caso clínico caracterizado por el mal funcionamiento de los accesos vasculares del usuario y el consecuente cambio a una terapia domiciliaria.

Presentación del caso

Versa de un varón de 48 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y anemia. Ingresó por fracaso renal, precisando la colocación de un catéter venoso central (CVC) temporal y fue reemplazado por un CVC tunelizado no funcionante y con infecciones recurrentes. Ante estas complicaciones, se realizó una fístula arteriovenosa (FAV) que presentó trombosis, requiriendo otra FAV, la cual tenía un trayecto tortuoso con necesidad de unipunción y conexión simultánea a CVC. Se valoró de manera interdisciplinar el cambio a diálisis peritoneal, iniciando con máquina cicladora. Posteriormente, en terapia automatizada sin registro de infecciones. Siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, presenta como patrón disfuncional el nutricional-metabólico debido al mal funcionamiento del acceso venoso. Esto deriva a que el patrón de adaptación-tolerancia al estrés sea disfuncional.

Descripción del plan de cuidados

Tras la realización de la valoración enfermera, se desarrolla el plan de cuidados, observándose diagnósticos enfermeros acompañados de NOC y NIC:

NOC: [2302] Eliminación de toxinas sistémicas: diálisis.

NIC:

- [2100] Terapia de hemodiálisis.
- [2150] Terapia de diálisis peritoneal.
- (00400) Ansiedad excesiva relacionado con necesidades no satisfechas manifestado por preocupación por los cambios vitales.

NOC: [1211] Nivel de ansiedad.

NIC:

- [5820] Disminución de la ansiedad.
- [5270] Apoyo emocional.
- (00004) Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea.

NOC: [4240] Integridad del acceso para hemodiálisis.

NIC:

- [4240] Mantenimiento del acceso para diálisis.
- (00499) Disposición para mejorar los conocimientos de salud.

NOC: [1600] Conducta de adherencia.

NIC:

- [5510] Educación para la salud.
- [5606] Enseñanza: individual.

Evaluación del plan de cuidados

Tras realizar la evaluación del plan de cuidados, se observa que los resultados según la escala Likert, mejoran tras el paso a la terapia domiciliaria de diálisis peritoneal. El NOC [2302] eliminación de toxinas sistémicas cambió de un 3 a un 5 en escala Likert. En cuanto al NOC [1211] nivel de ansiedad, se observó mejora, pasando de un 2 a un 4, con nivel de ansiedad leve. Los resultados para el NOC [4240] integridad del acceso para hemodiálisis se redujeron dos puntos, pasando de sustancialmente comprometido a levemente comprometido. Por último, el NOC [1600] conducta de adherencia pasó de a veces demostrado a frecuentemente demostrado.

Conclusiones

Por lo tanto, tras el cambio a la terapia domiciliaria, se observa disminución del número de infecciones, siendo estas menos recurrentes, provocando en el paciente un aumento en la calidad de vida con una adecuada adaptación a la terapia peritoneal nocturna. Además, el cambio supone una reducción en los costes hospitalarios de antibioterapia, material para recogida de muestras, entre otros.

Iodo-131 en hemodiálisis: protocolo enfermero pionero en seguridad radiológica y humanización del aislamiento

Pablo Torrejón-Matías¹, María del Rosario Portillo-Samaniego¹, Manuel Antonio Téllez-Porcuna²

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. España

²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España

Introducción

El manejo de Iodo-131 en pacientes en hemodiálisis (HD), cuya literatura evidencia vacíos en guías de práctica clínica, presenta desafíos únicos para Enfermería. Describimos caso excepcional (4 en España/10 años) que evidencia la necesidad de protocolos que integren seguridad técnica y cuidados humanizados.

Presentación del caso

Paciente con carcinoma tiroideo metastásico en HD que recibió tratamiento ablativo con dosis de 150 mCi de Iodo-131.

Objetivos

- Describir y estandarizar proceso de atención enfermera (Eliminación segura del isótopo sin función renal. Manejo de efectos adversos. Monitoreo radiológico).
- Integrar humanización (Apoyo emocional durante aislamiento. Educación y seguimiento (contexto de teleenfermería)).
- Validar modelo replicable combinando protocolos técnicos estandarizados + seguimiento telefónico post-alta (innovación).

Metodología

- Diseño: Reporte de caso con seguimiento longitudinal (24 días).
- La evolución reveló necesidades no detectadas inicialmente. Se realiza reconstrucción retrospectiva de valoración enfermera donde las necesidades alteradas (modelo de Virginia Henderson) son: Evitar peligros (Exposición radiológica), Sueño/descanso (Alteración potencial por ansiedad), Comunicación (Ansiedad por aislamiento+Temor al rechazo del tratamiento) Aprender (Necesidad de educación sobre radioprotección+Manejo de síntomas).
- 3Realización y registro de protocolo excepcional: 2 sesiones de HD en habitación blindada hospitalaria post-administración de Iodo-131: 1ª HD: A las 48 h, 2ª HD: A las 96 h (acudió desde domicilio). A las 54 h post-administración (6 h post-1ª HD), la tasa de radiación descendió a < 40 µSv/h (Geiger), permitiendo alta hospitalaria con aislamiento domiciliario adicional de 48 h. Telemonitorización y seguimiento por teleenfermería.

Descripción del plan de cuidados

Plan estandarizado a partir de datos históricos, enfoque en seguridad radiológica, apoyo emocional y educación (NANDA, NIC, NOC): (NANDA-00037). **Riesgo de exposición a radiaciones:** NIC (6540 Protección contra radiaciones), (6542 Protección de la radiación). NOC (1910 Control del riesgo radiológico), (2002 Conocimiento: medidas de seguridad) (NANDA-00078). **Riesgo de náuseas:** NIC (1450 Manejo de las náuseas) NOC (2103 Estado de confort: náuseas)(NANDA-00247). **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:** NIC (3590 Cuidado del acceso vascular), (6550 Prevención de infecciones). NOC (1101 Integridad tisular: piel y membranas)(NANDA-00154). **Riesgo de soledad:** NIC (5340 Compañía terapéutica), (5820 Disminución de ansiedad), (4920 Escucha activa). NOC (2004 Bienestar psicológico), (6610 Telemonitoreo), (1302 Adaptación al aislamiento) (NANDA-00148). **Temor relacionado con el tratamiento:** NIC (5270 Apoyo emocional), (5602 Enseñanza: proceso enfermedad). NOC (1404 Control del miedo) (1803 Conocimiento: proceso enfermedad).

Evaluación del plan de cuidados

- Resultados clínicos: Aclaramiento efectivo de Iodo 131 (<40 µSv/h) y control del 100% de los síntomas (náuseas, HTA, fatiga).
- Teleenfermería: Alta segura con seguimiento exitoso, sin ingresos.
- Satisfacción paciente: Reducción de ansiedad y sensación de acompañamiento continuo manifestado.
- Datos de exposición del personal: máxima dosis de radiación 10 mSv/105 segundos/<1 metro. Media 1,4 mSv/151,6 segundos/1-3 metros.

Conclusiones

Protocolo pionero replicable: Estandarización de cuidados seguros y humanizados para Iodo-131 en hemodiálisis, con: Innovación demostrada (Eliminación radiactiva segura+teleenfermería efectiva). Áreas de desarrollo futuro: Refinar tiempos de aislamiento y escalas emocionales validadas. Equilibrio entre tecnología y humanización.

No subestimemos al fósforo... “Cuidados de enfermería en calcinosis tumoral urémica en diálisis peritoneal”

Angélica Moral-Pérez

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España

Introducción

La CTU es una forma de calcificación extraósea asociada a depósitos de calcio y fosfato en los tejidos blandos relacionada con la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Se manifiesta como tumoraciones calcificadas en cualquier localización.

Recomendaciones de tratamiento: reducción calcio-fósforo, aumento de dosis de diálisis, uso de quelantes del fósforo y calcimiméticos y paratiroidectomía.

Presentación del caso

Paciente en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) con tumoración en tercer dedo de la mano derecha de 4 cm x 4 cm, mal control mineralóseo e infradiálizada. Limitación funcional y dolor que impide realizar su vida con normalidad. Se transfirió a DP Automática (DPA) para aumentar dosis de diálisis ya que la paciente no quería hemodiálisis, y se reforzó la educación dietética y farmacológica para mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir las cifras de fósforo. Se observó una remisión prácticamente total de la masa hasta su desaparición y disminución de cifras analíticas mejorando la clínica y su calidad de vida.

Descripción del plan de cuidados y valoración de enfermería

- Mujer de 34 años en Diálisis por enfermedad renal crónica (ERC) por Nefropatía Lúpica. Hipertensa. Fumadora.
- Hiperfosforemia, aumento de PTH con Hiperplasia Paratiroidea. Calcificación válvula tricúspide.
- En lista de Trasplante.
- Síntomas urémicos: náuseas, vómitos, picores, sequedad de piel y mucosas, falta de apetito...
- Olvidos frecuentes en la medicación, no sigue recomendaciones dietéticas.
- Diuresis de 1400 cc.
- 4 intercambios manuales diarios de 1500 cc. Balances negativos.

- Madre de dos niños, la DP le proporciona independencia para cuidarlos.

Diagnóstico de enfermería

- [00276] Autogestión ineficaz de la salud NOC [5510] Educación para la salud NIC [5614] Enseñanza: dieta prescrita [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos-[00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico NOC [0606] Equilibrio electrolítico [0612] Severidad de la hiperfosfatemia NIC [2000] Manejo de electrolitos [2380] Manejo de la medicación [2150] Terapia de diálisis peritoneal-[00026] Exceso de volumen de líquidos NOC [0603] Severidad de la sobrecarga de líquidos NIC [4120] Manejo de líquidos [2150] Terapia de diálisis peritoneal-[00132] Dolor agudo NOC [1608].

Control de síntomas: Se elabora el siguiente plan de cuidados:

- Entrenamiento para transferencia a DPA. Sesiones diarias enseñando cicladora. En 10 días comienza en casa con DPA: 5 intercambios de 2000 cc incluyendo aminoácidos.
- Educación dietética/farmacológica: se incide en dieta baja en Fósforo y tratamiento oral con Calcimimético y Quelantes de Fósforo.
- Seguimiento posterior: monitorización online, telefónica y presencial coincidiendo con analíticas cada dos semanas.

Evaluación del plan de cuidados

Tras las medidas instauradas se logra el control del metabolismo calcio-fósforo y a la remisión completa de la Calcinosis Tumoral Urémica.

Conclusiones

Gracias a las intervenciones enfermeras se mejoró la adherencia al tratamiento y la nueva pauta dialítica favoreció el aclaramiento de solutos. Con la mejoría de los síntomas (dolor, movilidad, uremia...) aumentó la motivación para seguir en esta línea de autocuidados. Se logra evitar la Hemodiálisis y permanecer en DP el máximo tiempo posible, manteniéndose en el domicilio y su calidad de vida. Sumado a las ventajas que la DP aporta de cara al trasplante renal.

Nueva experiencia con accesos vasculares protésicos aXess en pacientes en hemodiálisis

Carolina Palomar-Ceballos, Gemma Giner-Sanfrancisco, Lida María Rodas-Marín, Valentín Lozano-Moledo, María del Tránsito Suárez-Plata, Marta del Vas-García

Hospital Clinic. Barcelona. España

Introducción

Los accesos vasculares protésicos son una alternativa para pacientes con agotamiento del árbol vascular o vasos de calibre insuficiente. La prótesis aXess, reemplaza gradualmente el trayecto protésico por tejido autólogo mediante Restauración de Tejido Endógeno (ETR). Nuestro centro forma parte de un ensayo clínico multicéntrico europeo, actualmente con 120 pacientes en 9 países, de los cuales 11 están en España, diseñado para evaluar la seguridad y el rendimiento del injerto aXess.

Objetivo

Describir las características especiales de la técnica de punción relacionada con el nuevo acceso aXess. Describir las ventajas relacionadas con la punción y uso durante la hemodiálisis cuando se utiliza prótesis aXess.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo en dos pacientes prevalentes en programa de hemodiálisis. Los datos se recopilaron del curso clínico.

Criterios de inclusión: Accesos vasculares trombosados. Portadores de catéter debido al agotamiento de red vascular. **Paciente 1:** Hombre de 61 años, en hemodiálisis desde 2003. Tras múltiples accesos fallidos (FAV nativa radio-cefálica derecha, izquierda y húmero-cefálica izquierda) y el uso de un catéter tunelizado yugular izquierdo tres años, se implantó una prótesis aXess húmero-axilar derecha en octubre de 2024, iniciando punciones en diciembre. Alcanzó flujos de 400 mL/min, Kt medio de 56,3L y recirculación del 15,4%, sin complicaciones. **Paciente 2:** Hombre de 58 años, en hemodiálisis desde 2021, FAV nativa húmero-cefálica derecha fallida, seguido de PTFE húmero-axilar en julio de 2024, con trombectomías en septiembre y octubre, requiriendo posteriormente catéter tunelizado yugular derecho. En diciembre de 2024 se implantó prótesis aXess húmero-axilar izquierda, comenzando punciones en enero de 2025. Alcanzó flujos de 400 mL/min, Kt medio de 68,9L y recirculación de 7,5 %,

sin complicaciones. En ambos casos se siguió el protocolo de primera punción, así como, las recomendaciones de punción por ser parte del ensayo clínico. Se analizaron diferentes variables clínicas de adecuación de hemodiálisis (Kt, recirculación, QB y presiones) relacionadas con la punción (dolor percibido y tiempo de hemostasia).

Resultados

Tras 4 y 6 meses respectivamente desde la implantación de aXess no se observó ninguna complicación del acceso vascular (trombosis, infección, etc.), las dosis de diálisis alcanzadas han sido las prescritas, los tiempos de hemostasia se han reducido con respecto a accesos vasculares anteriores y cabe destacar, una menor percepción del grado de dolor a las punciones. Un aspecto percibido como ventajoso por los pacientes es la facilidad para notar el thrill o soplo de la prótesis aXess. Tras la implantación de la prótesis aXess se observó que es necesario un buen conocimiento de la técnica de punción en escalera para evitar debilitar el endotelio hasta su total transformación y por tanto las posibles complicaciones de un mal manejo. La integración de NANDA, NIC y NOC estructuró un cuidado efectivo, minimizando complicaciones y asegurando un mejor pronóstico en hemodiálisis.

Conclusiones

El abordaje interdisciplinar y la participación activa de enfermería son la clave del éxito del acceso vascular tipo aXess, mostrándolo como una opción segura y eficaz en pacientes con agotamiento de acceso vascular, aumentando la supervivencia y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Quiloperitoneo: una perspectiva enfermera

Ana Belén Hernández-Ruiz, Zoila Stany Albines-Fiestas, Nieves López-Ibort, Ana Cristina Serrano-Gracia, Laura Rojo-Gómez, Daniel Pérez-Royo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

Introducción

El líquido peritoneal turbio acelular es una complicación poco habitual en pacientes en diálisis peritoneal, que puede confundirse inicialmente con una peritonitis infecciosa. Se caracteriza por una apariencia quillosa, rica en linfa y triglicéridos (TG), sin presencia significativa de leucocitos. Entre las causas no infecciosas destacan patologías como neoplasias (especialmente linfomas), obstrucción linfática, pancreatitis y ciertos fármacos, especialmente los calcioantagonistas dihidropiridínicos como lecanidipino, manidipino y nifedipino (1,2,3).

Presentación del caso

Varón de 85 años con enfermedad renal crónica no filiada en programa de diálisis peritoneal desde 2019. Entre sus antecedentes, hipertensión arterial de difícil control, tratada con ARAII y alfabloqueantes, a los que se añadió manidipino en diciembre de 2023. En febrero de 2024, acude a consulta de seguimiento donde se detecta líquido peritoneal lechoso, sin ninguna otra sintomatología asociada. Se evidencia que el paciente duplicó por cuenta propia la dosis habitual de manidipino, lo cual generó sospecha de LPTA inducido por fármacos.

Descripción del plan de cuidados

Se llevó a cabo una valoración siguiendo el modelo de Marjory Gordon, identificando las siguientes alteraciones:

Dominio 1 (Percepción/manejo de la salud): conocimiento deficiente sobre la medicación, relacionado con manejo inadecuado del tratamiento antihipertensivo.

Dominio 11 (Seguridad/protección): riesgo de infección relacionado con diálisis peritoneal. Se formularon los siguientes diagnósticos enfermeros (NANDA)(4):

1. (00435) Conocimientos de salud inadecuados relacionado con el seguimiento inadecuado de las instrucciones
2. (00004) Riesgo de infección relacionado con manipulación del catéter peritoneal y posible confusión de peritonitis.
3. (00276) Autogestión de la salud ineficaz relacionada con toma de decisiones autónomas no informadas.

Resultados esperados (NOC):

- Conocimiento: régimen terapéutico (1813).
- Posibles efectos secundarios del régimen (181317).
- Conocimiento: manejo de la hipertensión (1837).
- Uso correcto de la medicación prescrita (183708).
- Efectos secundarios de la medicación (183711).
- Importancia de informar al profesional de toda la medicación actual (183714).
- Detección del riesgo (1908)

Intervenciones (NIC):

- Enseñanza: Medicamentos prescritos (5616) o instruir acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento o educación sanitaria sobre adherencia terapéutica.
- Identificación de riesgos (6610) o ejecutar las actividades de reducción de riesgo o observar signos de alarma en el líquido peritoneal.

Evaluación del plan de cuidados

Tras la retirada del manidipino, el aspecto del líquido peritoneal se normalizó, confirmando la etiología farmacológica del cuadro. El paciente recibió educación específica sobre la importancia de no modificar su medicación sin supervisión médica, mostrándose colaborador en revisiones sucesivas. Se reforzaron los controles domiciliarios y se ajustó su plan de seguimiento enfermero.

Conclusiones

Enfermería desempeña un papel fundamental en la detección precoz y manejo del líquido peritoneal turbio acelular no infeccioso en pacientes en diálisis peritoneal. La observación clínica, la valoración del líquido peritoneal y la educación sobre adherencia y automedicación son claves para prevenir complicaciones. Ante estos casos, es esencial considerar los calcioantagonistas como posible causa y actuar en coordinación con el equipo multidisciplinar para optimizar el tratamiento y garantizar la seguridad del paciente.

Reparación y protección del catéter peritoneal con silicona tras la extrusión quirúrgica del cuff externo

María José Gordo-García, M^a Carmen Grau-Pueyo, Concepción Blasco-Cabañas, Loreley Betancourt-Castellanos, Esther Ponz-Clemente, Carolina Rubiella-Rubio

Corporació Sanitari Parc Taulí. Barcelona. España

Introducción

Una de las principales complicaciones en Diálisis Peritoneal (DP) son las infecciones; la del orificio y/o túnel subcutáneo pueden ser motivo de retirada del catéter peritoneal y transferencia a Hemodiálisis (HD).

Presentación del caso

Paciente en programa de DP que, tras traumatismo accidental en abdomen, desarrolla hematoma y posterior infección del trayecto subcutáneo del catéter. Tras dos meses de curas y tratamiento antibiótico, la infección no se resuelve y se decide extrusión quirúrgica del cuff externo. En la cura posterior se observa retroceso del cuff hacia el túnel. Se fija el catéter realizando ligera tracción y se intenta pelado del cuff con pinzas de disección y bisturí, provocando una pequeña muesca en el catéter, aunque sin perforarlo. Para intentar preservar la integridad del catéter, evitar el roce del cuff, prevenir la aparición de nuevas infecciones y mantener la técnica dialítica, se decide sellado de la zona dañada con silicona médica adhesiva. La técnica, realizada de forma estéril, consiste en colocar un molde alrededor del catéter y rellenarlo con silicona. El molde se retira a las 48-72 h. Se puede continuar realizando DP sin problema, aunque optamos por descansar 24 h para no mover el catéter.

Valoración necesidades alteradas (Virginia Henderson):

- Movimiento: limitado por dolor.
- Dormir y descansar: alterado por molestias y preocupación.
- Evitar peligros: complicación de la infección y pérdida del catéter.

Descripción del plan de cuidados. Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Riesgo de infección peritoneal relacionado con infección previa y manipulación del catéter. Deterioro de la integridad cutánea relacionada con infección y procedimiento quirúrgico, manifestado por eritema y exudado. Dolor agudo relacionado con la infección del túnel subcutáneo y la intervención y mani-

festado por el paciente. Ansiedad y temor relacionados con la posibilidad de perder el catéter y transferencia a hemodiálisis, manifestado por el paciente. Riesgo de alteración del tratamiento de DP relacionado con complicaciones del catéter.

Resultados esperados (NOC):

- Prevención de la peritonitis: ausencia de dolor abdominal, fiebre y líquido turbio.
- Mejorar el estado de la herida quirúrgica y restablecer la integridad del catéter.
- Control del dolor: disminución del dolor.
- Nivel de ansiedad: disminución de la preocupación.
- Conocimiento del tratamiento: comprensión de las curas y signos de alarma.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Control de infección: medidas de higiene y observar signos y síntomas de alerta.
- Curas de la herida: cura estéril. Apósito siempre limpio y seco.
- Administración de analgesia: valorando efectividad y posibles efectos adversos.
- Reducción de ansiedad: informar sobre el proceso y acompañamiento emocional.
- Educación para el autocuidado: normas de higiene y medidas de protección del catéter.

Evaluación del plan de cuidados

La herida muestra buena cicatrización y se ha mantenido la integridad y funcionalidad del catéter. El proceso infeccioso está resuelto y la ansiedad del paciente ha desaparecido al poder permanecer en DP (temía ser transferido a HD).

Conclusiones

La reparación del catéter con silicona es una buena opción para recuperar la integridad del catéter, evitar el pelado del cuff externo, prevenir infecciones y mantener la viabilidad de la DP. El personal de enfermería está capacitado para realizar este procedimiento.

Síndrome cardio renal tipo II tratado con diálisis peritoneal

María Azahara de la Poza-Rodríguez, Verónica Milagros Ramos-Parra

Hospital Torrecárdenas. Almería. España

Introducción

Paciente con ICC refractaria, al que se le propone iniciar tratamiento coadyuvante de diálisis peritoneal, al no tener más opciones de tratamiento por parte de cardiología. Su cuidador principal es su mujer.

Presentación del caso

Antecedentes:

- NAMC.
- IC con fevl del 37% (refractoriedad al tratamiento).
- IM severa, con implante de Mitraclip.
- ERC probablemente de etiología vascular+SCR TFG 25-30ml/min.
- Linfoma no Hodgkin T con afectación abdominal (actualmente en remisión).
- Biopsia de páncreas laparoscópica en 2013.
- Diuresis residual de 2500 ml.

Tras la realización de la valoración enfermera según los patrones funcionales de Marjory Gordon detectamos alteración en los patrones:

- Percepción.
- Manejo de salud.
- Nutricional.
- Metabólico.
- Actividad.
- Ejercicio.
- Cognitivo.
- Perceptivo.

Descripción del plan de cuidados

Los diagnósticos resultantes de nuestra valoración son los siguientes:

- DE (00004) Riesgo de infección relacionado con la cirugía y la inserción del catéter peritoneal. Se realiza educación sanitaria al paciente y su cuidador principal sobre higiene de manos y medidas de asepsia.
- DE (00026) Exceso de volumen de líquidos relacionado con IC manifestado por edemas en MMII. Se realiza educación sanitaria al paciente y su cuidador sobre la ingesta

hídrica y control de la alimentación, así como del balance de UF de la diálisis peritoneal.

- DE: (00092) Intolerancia a la actividad (nivel 1) r/c exceso de volumen de líquidos m/p disnea de esfuerzo. Se realiza educación sanitaria para vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad y ayudar al paciente y a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas.
- DE (00161) Disposición para mejorar los conocimientos de diálisis peritoneal r/c interés en hacer el tratamiento en casa m/p interés en aprender. Se realiza educación sanitaria sobre la técnica de diálisis peritoneal y sus complicaciones.

Evaluación del plan de cuidados

Tras realizar las actividades programadas con el paciente y su mujer se consigue lo siguiente:

- Se evita infección en la herida quirúrgica, a lo largo del tratamiento se detecta infección en el orificio de salida del catéter por lo que precisa reeducación sanitaria insistiendo en el uso de mascarilla e higiene de manos.
- Al inicio comenzamos tratamiento con un solo intercambio de Icodextrina nocturno mejorando su sobrecarga hídrica. Con el paso del tiempo el paciente sufre pérdida de diuresis residual debido a su deterioro orgánico por lo que se necesita incrementar la pauta de diálisis peritoneal a dos intercambios al día.
- Los primeros meses de tratamiento el paciente recupera fuerza, disminuye la disnea y la intolerancia a la actividad, al final debido al deterioro físico se realizan cuidados paliativos.
- El paciente y su mujer son totalmente autónomos en la realización de la técnica y solo acuden para sus revisiones pertinentes.

Conclusiones

Desde la elección de la técnica de la diálisis peritoneal el paciente tuvo varios meses en los que ganó calidad de vida, realizando actividades con sus seres queridos que antes le eran imposibles. Debido al estado terminal de su enfermedad cardiaca acabo en cuidados paliativos domiciliarios continuando la técnica de diálisis peritoneal hasta el final.

Trasplantectomía tras hematoma postquirúrgico con complicaciones

Pilar González-Peñalver, Raquel Alba-Romero, Beatriz Conde-Muñoz, Isabel Pantoja-Díez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción

El postoperatorio de un trasplante renal puede verse complicado por eventos como hemorragias y reintervenciones, que condicionan la recuperación y aumentan la vulnerabilidad del paciente.

Presentación del caso

Varón de 42 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo activo (1 paquete/día), hepatitis B positiva, hidradenitis supurativa crónica, enfermedad renal crónica estadio IV, necesidad de ayuda para actividades básicas (IAVD). Procede de otro país, con escasa red de apoyo y dificultad en la comunicación oral en castellano. Ingresa para trasplante renal de donante cadáver. En las primeras 24 horas desarrolla sangrado activo con hematoma retroperitoneal que requiere reintervención quirúrgica. Al sexto día, durante la retirada drenaje, se detecta que parte del mismo queda dentro del abdomen, precisando nueva reintervención. Alta domiciliaria el día 13 postrasplante con curas diarias. Reingresa cinco días después por sangrado en herida quirúrgica, precisando una trasplantectomía. Posteriormente presenta desnutrición secundaria a ayunos prolongados, y septicemia tras la última cirugía. Valoración enfermera (modelo de Virginia Henderson): alteración en necesidades de oxigenación, nutrición/hidratación, eliminación, comunicación, reposo/sueño, seguridad, y afrontamiento. Se observa ansiedad, aislamiento, riesgo de complicaciones infecciosas, y desequilibrio nutricional.

Descripción del plan de cuidados

Tras la valoración inicial y revaloraciones continuas durante el ingreso, se establecen los siguientes diagnósticos enfermeros (NANDA-I):

- 00146 Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud y situación de aislamiento.
- 00004 Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y heridas quirúrgicas e inmunosupresión.
- 00002 Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con ayuno prolongado y estado inflamatorio.

- 00132 Dolor agudo relacionado con procedimientos quirúrgicos recientes.

Problemas de colaboración: control del dolor, nutrición parenteral/enteral, control de infecciones, cuidados de heridas quirúrgicas.

Objetivos (NOC)

- 1402 Nivel de ansiedad: reducir manifestaciones de ansiedad.
- 1605 Control del dolor: mantener nivel de dolor tolerable.
- 1004 Estado nutricional: alcanzar equilibrio nutricional.
- 0709 Curación de la herida: evolución favorable sin complicaciones.

Intervenciones (NIC):

- 5820 Disminución de la ansiedad: apoyo emocional, escucha activa, presencia terapéutica.
- 3660 Cuidados de heridas: vigilancia signos infección, cura con técnica aséptica.
- 1100 Manejo de la nutrición: registro de ingestas, colaboración con nutrición.
- 2210 Administración de analgesia: coordinación con equipo médico, evaluación continua del dolor.

Evaluación del plan de cuidados

Se realiza seguimiento de la evolución clínica y respuesta a intervenciones enfermeras: control adecuado del dolor, mejora progresiva del estado nutricional, estabilización emocional y buena evolución de heridas quirúrgicas. Se evalúan periódicamente las escalas de nutrición y ansiedad. Se detecta necesidad de continuidad asistencial al alta por complejidad del caso.

Conclusiones

Este caso pone de manifiesto la importancia de las revaloraciones enfermeras durante ingresos complicados y la necesidad de adaptar continuamente el plan de cuidados. La coordinación multidisciplinar resulta esencial para garantizar una atención integral, especialmente en pacientes vulnerables sin red de apoyo ni habilidades de comunicación efectivas.

Trasplantes ABO incompatibles: innovación en cuidados y la paradoja de la “enfermera invisible”

María del Rosario Portillo-Samaniego, Pablo Torrejón-Matías, Ainara García-Blanco

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. España

Introducción

Los trasplantes renales ABO incompatibles (2% en nuestro centro, 2023) representan un reto clínico y asistencial por complejidad inmunológica. Sin embargo, existe una brecha científica en el análisis del rol enfermero. Esta comunicación presenta 4 casos para estandarizar cuidados y cuantificar intervenciones no registradas.

Presentación del caso

Serie de 4 casos adultos con trasplante ABOi (2023), protocolo completo de desensibilización (rituximab+plasmaféresis+gamaglobulina) y seguimiento ≥ 21 días. Sin criterios de exclusión.

Objetivos

- Describir proceso enfermero.
- Reducir variabilidad clínica.
- Cuantificar impacto de “Enfermería invisible”.

Material y Método

Análisis retrospectivo de serie de casos con triple enfoque:

- Revisión de registros clínicos y planes de cuidados.
- Encuesta semiestructurada ad hoc a 4 enfermeros referentes (8 ítems): Actividades no registradas+Tiempo en intervenciones “invisibles”.
- Triangulación con valoración (Virginia Henderson) identificando necesidades no documentadas: aprendizaje, seguridad, comunicación.

Descripción del plan de cuidados

Propuesta: Plan de cuidados estandarizado estructurado en 4 ejes:

- RIESGO INMUNOLÓGICO. NANDA-00204 (Riesgo de respuesta adversa a agente inmune): NIC: 5602 (Educación en enfermedad), 5510 (Educación para la salud), 4220 (Manejo de respuesta alérgica). NOC: 2202 (Equilibrio electrolítico).
- PREVENCIÓN DE RECHAZO. NANDA-00206 (Riesgo de rechazo agudo): NIC: 6410 (Manejo de inmunoterapia), 5604 (Enseñanza: medicamentos), 6540 (Asistencia en procedimientos terapéuticos), 6680 (Monitorización de signos vitales), 2300 (Manejo de líquidos). NOC: 0412 (Estado inmunológico), 1902 (Control del riesgo), 0404 (Función del injerto), 2603 (Conocimiento: régimen terapéutico).

- CONTROL INFECCIOSO. NANDA-00004 (Riesgo de infección relacionado con inmunosupresión intensa y exposición a procedimientos invasivos). NIC: 6550 (Protección contra infecciones), 6490 (Prevención de infecciones), 7120 (Manejo de dispositivos vasculares). NOC: 1100 (Estado de infección), 1802 (Cumplimiento del tratamiento), 0702 (Conducta de prevención de infecciones).
- SOPORTE EMOCIONAL. NANDA-00148 (Temor relacionado con el trasplante). NIC: 5270 (Apoyo emocional), 5230 (Escucha activa), 5820 (Disminución de ansiedad). NOC: 1210 (Nivel de ansiedad), 1404 (Control del miedo).

Evaluación del plan de cuidados

- Eficacia del plan: 0% rechazo agudo/infecciones graves. 100% adherencia terapéutica.
- Detección temprana (complicaciones identificadas): 50% picos febriles. 25% sangrado de CVC. 25% sangrado de herida quirúrgica. 100% temor/inquietud.
- Brecha documental: 37,5% actividades no registradas (“Enfermería invisible”).
- Hallazgo retrospectivo: Necesidades no documentadas inicialmente (que redefinen plan de cuidados): aprendizaje (100%), seguridad (100%), comunicación (100%).
- Inferencia: efectividad clínica (0% complicaciones mayores) vs 37,5% intervenciones no registradas: paradoja de una Enfermería técnicamente eficaz pero documentalmente invisible.

Conclusiones

- Evidencia: cuidados/actividades realizadas (plan retrospectivo estandarizado) demostraron eficacia (seguridad +adherencia).
- Impacto: “Enfermería invisible” clave en resultados psicosociales y detección precoz.
- Acciones propuestas: registros clínicos (indicadores de humanización)+valoraciones sistemáticas+Formalizar primer plan de cuidados estandarizado (uso real mediante plantilla electrónica), basado en evidencia, con revisión periódica anual.
- Balance: la excelencia en trasplantes ABOi articula precisión técnica de cuidados estandarizados+Humanización de una enfermería visible, cuantificable y sistematizada.

Uso de diálisis peritoneal automática con seguimiento de telemonitorización como terapia paliativa

Maite González-Manjón, Virginia Fernández-Íñiguez de Heredia, Amaia Pérez-Ramírez de Ocariz, Carmen Pérez de Urrutia-Sastre, Aitor López-Arcuaz, Roberto Gorospe-Urrutxi

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. España

Introducción

La diálisis paliativa prioriza el control de síntomas sobre la eficiencia dialítica para mejorar la calidad de vida. Aunque generalmente se asocia con hemodiálisis, algunos pacientes en diálisis peritoneal desean permanecer en su hogar hasta el final de su vida. Este caso describe la viabilidad de la diálisis peritoneal automatizada con telemonitorización como medida paliativa en un paciente con enfermedad renal.

Presentación del caso

Varón de 82 años, pluripatológico, con elevada comorbilidad (Charlson 11) y deterioro funcional severo (Barthel 25) en diálisis peritoneal automatizada asistida con telemonitorización desde julio de 2023. En diciembre de 2023, ingresa para intervención de prótesis total de rodilla, presentando pérdida de diuresis residual y fallo de ultrafiltración. Se le propone paso a hemodiálisis hospitalaria, expresando su rechazo y manifestando deseo de fallecer en domicilio. Se acuerda diálisis peritoneal automatizada paliativa personalizada, priorizando control de sobrecarga hídrica y calidad de vida sobre preservación de la membrana peritoneal. Reside a 37 kilómetros, en un quinto piso sin ascensor, junto a su esposa, principal cuidadora. Cuenta con fuerte apoyo familiar. Mantiene apetito y requiere suplementos proteicos. Presenta anuria y estreñimiento ocasional, que dificulta los drenajes. Su movilidad está reducida, necesitando silla de ruedas y permaneciendo en casa sin posibilidad de salir. Las alarmas nocturnas de la cicladora afectan su descanso.

Descripción del plan de cuidados

Se identificaron los siguientes diagnósticos NANDA y problemas de colaboración:

- Exceso de volumen de líquidos (00026), relacionado con anuria y estreñimiento.· NOC: Equilibrio hídrico mantenido (0601) y bienestar respiratorio (0410).· NIC.
- Manejo de líquidos (4120), individualización pauta de diálisis, aumentando carga de glucosa y ciclos y reduciendo tiempo de permanencia.

- Deterioro del patrón del sueño (00095), relacionado con alarmas nocturnas.
 - NOC: Sueño (0004).
 - NIC: Mejora del sueño (1850), paso a DPA diurna.
- Riesgo de infección (00004).
 - NOC: Control del riesgo de infección (1924).
 - NIC: Cuidados del catéter peritoneal (6540).
- Riesgo de cansancio del cuidador (00062).
 - NOC: Bienestar del cuidador principal (2508).
 - NIC: Apoyo al cuidador (7040).

Problemas de colaboración

- Malnutrición: Se estableció soporte nutricional con suplementos proteicos.
- Disnea: Manejo sintomático con optimización de la ultrafiltración.
- Estreñimiento: Control con laxantes y ajustes en la pauta de líquidos y fibra dietética.

Evaluación del plan de cuidados

El paciente permaneció en domicilio hasta junio de 2024 que falleció, con control aceptable de la sobrecarga hídrica, sin complicaciones infecciosas y sin necesidad de hospitalizaciones. Se logró control nutricional, así como manejo adecuado del estreñimiento. La telemonitorización facilitó el seguimiento y los ajustes de la pauta dialítica. El equipo de Atención Primaria realizó las extracciones analíticas, evitándole desplazamientos. La terapia DPA diurna favoreció su descanso y su mujer, gestionó adecuadamente la situación. El paciente mantuvo sus rutinas acompañado por su entorno familiar, respetando plenamente su voluntad.

Conclusiones

Una diálisis peritoneal automatizada paliativa personalizada, con telemonitorización y soporte familiar, puede ser una opción viable y segura para pacientes en cuidados paliativos renales que desean permanecer en casa hasta el final de su vida.

PROCESO DE EVALUACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

El proceso de evaluación constará de dos fases:

FASE I. Evaluación ciega por trios

Una vez recibidos todos los trabajos en tiempos y forma establecidos, serán enviados a través de un sistema informatizado a los miembros del Comité Científico. Se realizará una evaluación por trios cegada (los resúmenes serán evaluados de forma anonimizada).

FASE II. Decisión colegiada y selección de finalistas

Una vez completadas las evaluaciones individuales, los coordinadores de cada grupo de evaluadores se reunirán para deliberar y emitir un dictamen colegiado sobre la aceptación o rechazo de los resúmenes, así como sobre el formato de presentación asignado (comunicación oral o póster). Durante esta reunión, el Comité Científico seleccionará los tres resúmenes con las puntuaciones más altas para su consideración como candidatos a los premios establecidos, en función de las bases definidas para cada premio. Los autores de los resúmenes finalistas deberán remitir el trabajo completo conforme a las indicaciones proporcionadas en la notificación de su selección como finalistas. La evaluación de los trabajos completos servirá como base para la adjudicación de los premios, cuyos resultados serán comunicados a los autores a principios de octubre.

Comité Científico

Se encargará de la revisión y aceptación de las comunicaciones.

El Comité Científico podrá cambiar el formato de presentación propuesto por el autor, si así lo considera. Si el autor no acepta el cambio, el trabajo será desestimado.

Criterios de evaluación para resúmenes de investigaciones con metodología cualitativa y cuantitativa (Anexo 1)

- **Título.** Adecuación y correspondencia del título con el contenido del trabajo.
- **Introducción y justificación.** Expone el contexto del estudio, presenta el problema investigado y argumenta la relevancia científica, social o práctica del trabajo.

- **Objetivos.** Claridad y pertinencia de los objetivos.
- **Metodología (diseño).** Diseño del estudio, incluyendo tipo de estudio y su justificación científica.
- **Metodología (procedimiento).** Detalle y claridad en los procedimientos utilizados, incluyendo muestreo, población, variables y herramientas.
- **Resultados (presentación).** Organización y claridad en la representación de los resultados, incluyendo gráficos y tablas cuando sea pertinente.
- **Resultados (relevancia).** Pertinencia y coherencia de los resultados en relación con los objetivos del estudio.
- **Conclusiones.** Grado en que las conclusiones se derivan de los resultados y responden a los objetivos planteados.
- **Originalidad y relevancia del estudio para la práctica enfermera.** Tema novedoso o enfoque innovador sobre un tema relevante a estudio.

Criterios de evaluación de resúmenes sobre casos clínicos (Anexo 2)

- **Interés para la práctica.** Relevancia del contenido para la práctica enfermera.
- **Estructura y redacción.** Claridad y rigor científico en la redacción.
- **Presentación del caso.** Incluye valoración enfermera siguiendo algún modelo o sistema de valoración e identifica alteraciones.
- **Intervención y resultados.** Coherencia entre intervenciones realizadas y resultados obtenidos. Uso de taxonomías enfermeras (NANDA, NIC, NOC).
- **Conclusiones.** Pertinencia y derivación directa de los resultados.
- **Originalidad y relevancia del caso o del abordaje enfermero.** Tema novedoso o enfoque innovador sobre el caso clínico, que sea relevante para la práctica clínica.

Anexo 1. Criterios de evaluación de resúmenes investigaciones con metodología cualitativa y cuantitativa

Criterio	0 puntos (Malo)	2,5 puntos (Regular)	5 puntos (Bueno)	7,5 puntos (Muy Bueno)	10 puntos (Excelente)
1) Título. Adecuación y correspondencia del título con el contenido del trabajo.	Título inadecuado que no refleja el contenido del trabajo y/o con un abuso del estilo literario, que no científico.	Título parcialmente adecuado, pero con relación débil al contenido del trabajo o sus objetivos. Usa figuras literarias, no apropiadas en comunicación científica.	Título adecuado que refleja en términos generales el contenido del trabajo y el objetivo de éste.	Título bien formulado que representa claramente el contenido y objetivos del trabajo. No refleja la metodología propuesta.	Título excelente y altamente representativo del contenido y objetivos del trabajo. Refleja la metodología utilizada en el trabajo.
2) Introducción y justificación. Expone el contexto del estudio, presenta el problema investigado y argumenta la relevancia científica, social o práctica del trabajo.	Introducción y justificación ausentes, confusas o sin conexión con el tema del estudio.	Introducción y justificación superficiales, con información limitada o poco relevante que no permite un contexto al lector.	Introducción y justificación adecuadas, aunque faltan detalles o profundidad en la conexión con el problema y que permita claramente identificar los objetivos de estudio.	Introducción y justificación claras, bien desarrolladas y con una sólida conexión con el problema investigado y los objetivos propuestos.	Introducción y justificación excelentes, perfectamente articuladas, con un contexto robusto y una relevancia convincente del estudio, que permiten establecer un vacío en la literatura interesante para estudiar, a través de los objetivos que se definen a continuación.
3) Objetivos. Claridad y pertinencia de los objetivos.	Objetivos poco claros o ausentes, sin relación con los resultados y las conclusiones. No hay una formulación correcta de los mismos (verbo de acción en infinitivo + Objeto de estudio + Contexto o alcance).	Objetivos parciales o vagos, con relación débil respecto a los demás puntos del resumen. No sigue una formulación totalmente adecuada (verbo de acción en infinitivo + Objeto de estudio + Contexto o alcance).	Objetivos claros, aunque no todos totalmente pertinentes, bien formulados o abordados en las demás partes del resumen.	Objetivos bien definidos y formulados. En su mayoría pertinentes y abordados en el cuerpo del resumen y en las conclusiones, de manera vinculada y clara.	Objetivos totalmente claros, bien formulados, pertinentes y abordados completamente en el cuerpo del trabajo y en las conclusiones.
4) Metodología (diseño). Diseño del estudio, incluyendo tipo de estudio y su justificación científica.	Diseño del estudio ausente o no justificado, con carencias metodológicas graves.	Diseño vago o mal definido, con justificación insuficiente en relación con el resto de las partes del resumen.	Diseño adecuado, pero con información metodológica incompleta.	Diseño sólido, bien definido y adecuadamente justificado para con las variables utilizadas y el resto de las partes del resumen.	Diseño excelente, altamente justificado, claro y científicamente sólido para con el resto de las partes del resumen, permitiendo un desarrollo de este entendible y sólido.

Criterio	0 puntos (Malo)	2,5 puntos (Regular)	5 puntos (Bueno)	7,5 puntos (Muy Bueno)	10 puntos (Excelente)
5) Metodología (procedimiento). Detalle y claridad en los procedimientos utilizados, incluyendo muestreo, población, variables y herramientas.	Procedimiento poco claro, con detalles insuficientes para replicar el estudio en otro contexto.	Procedimiento limitado, algunos detalles metodológicos importantes no están presentes, no permitiendo generar la idea del protocolo seguido en su totalidad.	Procedimiento adecuado pero con carencias menores en claridad o detalles de los pasos seguidos.	Procedimiento claro y suficientemente detallado para replicar el estudio en otro contexto. Incluye cálculo tamaño muestral o consideraciones éticas.	Procedimiento altamente detallado, claro y bien fundamentado para su replicabilidad. Incluye el muestreo, la población, las variables analizadas y las herramientas utilizadas para lograr los objetivos planteados. Incluye cálculo tamaño muestral y consideraciones éticas
6) Resultados (presentación). Organización y claridad en la representación de los resultados, incluyendo gráficos y tablas cuando sea pertinente.	Resultados desorganizados, confusos o mal presentados. No se entienden o son insuficientes para explicar las partes del cuerpo del resumen.	Resultados presentados con limitaciones en claridad o estructura. Parece que no son suficientes para saber si los objetivos de estudio se han alcanzado.	Resultados organizados, aunque con algunos problemas de claridad o presentación. Por ejemplo: no hay unidades de medida, o aparecen datos sin contexto.	Resultados bien organizados, claros y estructurados lógicamente como para entender a qué hacen referencia.	Resultados excepcionalmente claros, organizados y bien presentados, incluyendo el contexto y el significado de este.
7) Resultados (relevancia). Pertinencia y coherencia de los resultados en relación con los objetivos del estudio.	Resultados irrelevantes o no relacionados con los objetivos del estudio. Ya se han explorado previamente los mismos de manera reiterada.	Resultados poco coherentes con los objetivos planteados o sin valor o significado.	Resultados relevantes, aunque no todos claramente relacionados con los objetivos.	Resultados relevantes y coherentes con los objetivos del estudio, que permiten establecer un contexto importante, a pesar de haber alcanzado una muestra poco representativa.	Resultados completamente relevantes, coherentes y fundamentales para abordar los objetivos del estudio y alcanzando una muestra representativa de la población estudiada.
8) Conclusiones. Grado en que las conclusiones se derivan de los resultados y responden a los objetivos planteados.	Conclusiones ausentes, vagas o no relacionadas con los resultados ni con los objetivos planteados. Hace afirmaciones generalistas que no se sabe de donde salen.	Conclusiones poco claras o con débil relación con los resultados obtenidos y los objetivos planteados. Hay afirmaciones que se desconoce de donde aparecen.	Conclusiones pertinentes, aunque no completamente derivadas de los resultados. No hay ninguna afirmación sin justificación en el resto del cuerpo del resumen.	Conclusiones bien desarrolladas, claras y directamente relacionadas con los resultados y con los objetivos planteados.	Conclusiones sólidas, relevantes y perfectamente derivadas de los resultados, respondiendo a los objetivos del estudio de manera clara y concisa.

Criterio	0 puntos (Malo)	2,5 puntos (Regular)	5 puntos (Bueno)	7,5 puntos (Muy Bueno)	10 puntos (Excelente)
9) Originalidad y relevancia del estudio para la práctica enfermera. Tema novedoso o enfoque innovador sobre un tema relevante a estudio.	Título inadecuado que no refleja el contenido del trabajo y/o con un abuso del estilo literario, que no científico.	Título parcialmente adecuado, pero con relación débil al contenido del trabajo o sus objetivos. Usa figuras literarias, no apropiadas en comunicación científica.	Título adecuado que refleja en términos generales el contenido del trabajo y el objetivo de éste.	Título bien formulado que representa claramente el contenido y objetivos del trabajo. No refleja la metodología propuesta.	Título excelente y altamente representativo del contenido y objetivos del trabajo. Refleja la metodología utilizada en el trabajo.

Anexo 2. Criterios de evaluación de evaluación de resúmenes de casos clínicos

Criterios	0 puntos (Malo)	2,5 puntos (Regular)	5 puntos (Bueno)	7,5 puntos (Muy Bueno)	10 puntos (Excelente)
1) Interés para la práctica <i>Relevancia del contenido para la práctica enfermera</i>	No tiene relevancia para la práctica enfermera. No aporta información útil ni aplicable.	Presenta algún interés, pero su aplicabilidad en la práctica es limitada.	Contenido relevante para la práctica enfermera con cierta aplicabilidad.	Caso de interés con implicaciones claras para la práctica enfermera. Aporta información útil.	Caso altamente relevante con impacto directo en la práctica clínica y aplicabilidad evidente.
2) Estructura y redacción <i>Claridad y rigor científico en la redacción</i>	Estructura deficiente o incompleta. Redacción confusa, con numerosos errores gramaticales y ortográficos.	Presenta estructura básica pero desordenada o con deficiencias. Redacción poco clara, con errores que dificultan la comprensión.	Estructura adecuada y organizada. Redacción clara con pocos errores. Uso aceptable del lenguaje científico.	Estructura bien definida. Redacción precisa, clara y rigurosa. Uso correcto del lenguaje científico.	Excelente estructura y organización. Redacción impecable, clara, concisa y científicamente rigurosa.
3) Presentación del caso <i>Incluye valoración enfermera siguiendo algún modelo o sistema de valoración e identifica alteraciones</i>	No se incluye una valoración enfermera estructurada ni se identifican alteraciones.	Valoración enfermera poco desarrollada o con errores en la identificación de alteraciones.	Presenta una valoración estructurada con identificación de alteraciones, aunque con carencias en su desarrollo.	Valoración completa y bien estructurada siguiendo un modelo reconocido. Identificación clara y fundamentada de alteraciones.	Valoración detallada, rigurosa y basada en un modelo enfermero sólido. Identificación clara y precisa de alteraciones con justificación científica.

Crterios	0 puntos (Malo)	2,5 puntos (Regular)	5 puntos (Bueno)	7,5 puntos (Muy Bueno)	10 puntos (Excelente)
4) Intervención y resultados <i>Coherencia entre intervenciones realizadas y resultados obtenidos. Uso de taxonomías enfermeras (NANDA, NIC, NOC)</i>	No se describen intervenciones enfermeras o no tienen relación con el caso. No se utilizan taxonomías.	Intervenciones poco justificadas o con escasa relación con los resultados. Uso inadecuado o nulo de taxonomías enfermeras.	Intervenciones bien planteadas y con cierta coherencia con los resultados. Uso correcto pero básico de taxonomías enfermeras.	Intervenciones fundamentadas y alineadas con los resultados obtenidos. Uso adecuado de taxonomías enfermeras.	Intervenciones bien justificadas, fundamentadas en la evidencia y con coherencia total con los resultados. Uso riguroso y preciso de taxonomías enfermeras.
5) Conclusiones <i>Pertinencia y derivación directa de los resultados</i>	Conclusiones ausentes, irrelevantes o sin relación con los resultados obtenidos.	Conclusiones débiles o poco fundamentadas en los resultados expuestos.	Conclusiones adecuadas y relacionadas con los resultados, aunque con alguna imprecisión en la argumentación.	Conclusiones bien elaboradas, derivadas directamente de los resultados y con implicaciones clínicas claras.	Conclusiones sólidas, precisas y bien fundamentadas, con aportes significativos para la práctica enfermera.
6) Originalidad y relevancia del caso o del abordaje enfermero <i>Tema novedoso o enfoque innovador sobre el caso clínico que sea relevante para la práctica clínica</i>	Caso sin novedad ni relevancia. No aporta nada nuevo para la práctica clínica.	Tema de interés, pero sin innovación o con un abordaje convencional.	Caso clínico con algún aspecto novedoso o poco abordado en la literatura.	Caso relevante con un abordaje innovador que aporta valor a la práctica enfermera.	Caso altamente novedoso y relevante, con un enfoque innovador que representa una contribución significativa para la enfermería clínica.



SEDEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

**Palacio de Exposiciones y
Congresos Ciudad de Oviedo
27-29 OCTUBRE 2025**

**CONGRESO
NACIONAL
SEDEN**

“50 años por el cuidado renal”



SEDEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA



www.congresoseden.org