



ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen 27 | Suplemento I | 2024

www.enfermerianefrologica.com

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

Congreso Nacional
11-13 de noviembre de 2024

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



ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Volumen nº 27 / Suplemento I / 2024

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

Congreso Nacional, 11-13 de noviembre de 2024

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

Dña. Ana Casaux Huertas, PhD, MSc, RN
Fundación Renal. Madrid*

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

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

Dña. M^a Luz Sánchez Tocino, PhD, MSc, RN
Profesora. Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salamanca. Fundación Renal. 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. Rosario Fernández Peña
Universidad de Cantabria. Cantabria*

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

Dña. M^a Jesús Rollán de la Sota
Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Dña. M^a Teresa Alonso Torres
Hospital Fundación Puigvert. Barcelona*

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

Dña. Cristina Moreno Mulet
Universitat de les Illes Balears

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

D. Sergi Aragó Sorrosal
Hospital Clínico. Barcelona*

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

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

Dña. Luisa Seco Lozano
Hospital General Universitario. Valencia*

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

D. David Hernán Gascueña
Fundación Renal. Madrid*

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

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

D. Manuel Ángel Calvo Calvo
Universidad de Sevilla.*

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

Dña. Concepción Pereira Feijoo
Fundación Renal. Orense*

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

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

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

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

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

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

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

Dña. Ana Rebollo Rubio
Hospital Regional Universitario de Málaga*

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

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

Dña. M^a Isabel Catoni Salamanca
Pontificia Universidad Católica. Chile

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

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

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

Dña. Martha Elena Devia Rodríguez
RSS LA Bogota. Colombia

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

Dña. M^a Cristina Rodríguez Zamora

Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. México

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

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

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

Dña. Edita Norušienė
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. María Saraiva
Esc. Sup. María Fernanda Resende Lisboa. Portugal

Dña. Nidia Victoria Bolaños Sotomayor
Universidad Peruana Cayetano Heredia. 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. M^a Teresa Parisotto
Miembro de la Junta de la Organización Europea de Enfermedades Especializadas (ESNO). Alemania

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

Secretaria 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 +34 914 914 937 737
seden@seden.org | www.seden.org

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

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

PUBLICADO: 1 de noviembre de 2024

COLABORACIONES CIENTÍFICAS



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

Esta revista está indizada en:

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

Tarifas de suscripción:

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

Maquetación: Seden

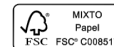
Impresión: Estu-Graf Impresores S.L.

Traducción: Pablo Jesús López Soto

Depósito Legal: M-12824-2012

Esta publicación se imprime en papel no ácido.

This publication is printed in acid-free paper.



© Copyright 2024. SEDEN

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

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

SUMARIO

Editorial	10
------------------------	----

Premios

Análisis de coste-efectividad de un método de recogida de muestras para cultivo microbiológico del orificio de salida del catéter peritoneal	11
Análisis de las prácticas enfermeras en relación a la fijación de las agujas de hemodiálisis a nivel nacional	12
Análisis del grado de satisfacción con la elección de tratamiento renal sustitutivo	13
Utilidad de la realidad virtual para el manejo del dolor y la ansiedad en pacientes de hemodiálisis con fístula arteriovenosa	14

Comunicaciones Orales

Acceso Vascular

Análisis de incidencias de salidas de agujas, desconexiones de líneas del catéter y dializado accidentales en hemodiálisis	15
Análisis de las características del acceso vascular de los pacientes incidentes en un centro hospitalario	16
Análisis de los autocuidados del acceso vascular y nivel de alfabetización en salud de las personas en hemodiálisis	17
Disfunción de catéteres tunelizados, ¿una carrera sin fin para la enfermería?	18
Evaluación de un programa de seguimiento de monitorización de la fístula arteriovenosa por enfermeras	19
Fístulas arteriovenosas nativas: factores de riesgo implicados en el fallo primario de maduración	20
Impacto del equipo de acceso vascular en el manejo quirúrgico de la fístula arteriovenosa	21
Influencia del índice de comorbilidad en la supervivencia del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis	22

Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis Domiciliaria

Competencias de la enfermera de práctica avanzada en hemodiálisis domiciliaria y accesos vasculares	23
Diálisis peritoneal incremental. Dialysix (seis días/semana). Impacto en calidad de vida	24
¿Es imprescindible disponer de cuidador en hemodiálisis domiciliaria?	25
La hemodiálisis domiciliaria corta y frecuente con monitor de bajo flujo physidia® se tolera mejor que la sesión de hemodiafiltración en línea en centro: resultados de un ensayo clínico aleatorizado	26
Perfil de los pacientes exitus en la unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal durante los últimos cinco años	27
Valoración y prevalencia de sarcopenia en una unidad de diálisis domiciliaria	28

Enfermedad Renal Crónica Avanzada

Creación de la consulta cardiorrenal y su impacto en el bienestar de los pacientes: experiencia en nuestro centro	29
Diseño de un Patient-Reported-Experience-Measures (PREM) específico para el proceso de ayuda en la toma de decisiones del tratamiento renal sustitutivo en enfermedad renal crónica avanzada	30
Factores determinantes en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la enfermedad renal crónica avanzada: una guía para el diseño de estrategias	31
Influencia de la calidad de vida percibida en las personas con enfermedad renal crónica avanzada y su relación con la modalidad de la terapia renal sustitutiva	32
Influencia de la educación terapéutica en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada en la selección de terapia renal sustitutiva	33
La fragilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica después de una intervención educativa	34
Resultados acerca de la elección del tratamiento renal sustitutivo. Primer año de consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada	35

Hemodiálisis

Alteración de la imagen corporal en pacientes en diálisis	36
Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis	37
Análisis de la prevalencia del dolor en pacientes en hemodiálisis: una perspectiva de la enfermería nefrológica	38
Análisis de la situación sociosanitaria de los pacientes renales según su lugar de residencia y el papel de enfermería en su abordaje	39
Análisis de los niveles de fósforo y parathormona en relación con el prurito en una unidad de diálisis	40
Análisis del riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis, ¿Lo conocemos?	41
Autopercepción de personas en hemodiálisis sobre el estreñimiento y la calidad de vida. Estudio multicéntrico	42
Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en terapia sustitutiva renal con diálisis	43
Depresión, ansiedad y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis: relación con variables psicológicas	44
Efectividad de una intervención educativa nutricional de enfermería, mediante reunión grupal, para pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis	45
El rol de la enfermería nefrológica en el manejo de la fragilidad en pacientes ancianos con hemodiálisis: un enfoque interdisciplinar	46
¿Es el citrato una alternativa eficaz para evitar coagulaciones del circuito sanguíneo en hemodiálisis?	47
¿Es el sexo la mejor condición a la hora de estimar la dosis de diálisis recomendada?	48
Estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis en una unidad hospitalaria	49
Estudio comparativo de eficacia depurativa entre diferentes técnicas de hemodiálisis	50
Estudio del estado hemodinámico de los pacientes en hemodiálisis mediante la medición del índice de relleno plasmático	51
Evaluación de implantación de un programa de humanización de la estancia hospitalaria y su influencia en la satisfacción del paciente en hemodiálisis crónica	52
Factores y causas relacionados con la mortalidad temprana en hemodiálisis. El papel crucial de la enfermería en la toma de decisiones	53

Fatiga en diálisis: las diferentes caras del prisma	54
Fragilidad y Modelo de Asignación Diagnóstica y Terapéutica en pacientes de hemodiálisis	55
Importancia del uso de diuréticos en el paciente en hemodiálisis	56
Influencia de la dosis y tipo de heparina en el estado de coagulación del circuito sanguíneo durante la hemodiálisis	57
Influencia de los determinantes sociales en la autopercepción de salud de los profesionales enfermeros de nefrología	58
Neoplasias en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una relación bidireccional y multifactorial	59
Percepción del cuidado: ¿Qué piensan los pacientes en hemodiálisis sobre el modelo asistencial?	60
Programa de ejercicio prediálisis/intradiálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica en programa regular de hemodiálisis	61
Realidad virtual: nueva herramienta en la elección de terapia renal sustitutiva	62
Sumergidos en la realidad virtual: la percepción de los pacientes en hemodiálisis	63
Un paso más en la valoración nutricional de un colectivo de pacientes en hemodiálisis. Gasto energético mediante calorimetría	64
Valoración de la disfagia en pacientes en hemodiálisis	65
Valoración del uso de aplicaciones móviles por el personal de enfermería nefrológica	66
Valoración sobre la percepción de la seguridad del paciente por parte de los profesionales sanitarios en la unidad de diálisis	67

Trasplante Renal

Estudio de prevalencia de la incontinencia urinaria en la persona trasplantada	68
Evaluación de la fragilidad en pacientes en lista de espera para trasplante renal	69
Percepción de la información recibida sobre inmunosupresión en mayores de sesenta y cinco años sometidos a trasplante renal: identificación de debilidades en educación sanitaria	70

Comunicaciones Pósters

Acceso vascular

Beneficios de la implantación de una consulta de enfermería de valoración de accesos vasculares	71
Creación de un grupo de referentes vasculares. Marca la diferencia	72
Daño mecánico y hemodinámico en fístula arteriovenosa por punción con agujas tradicionales <i>versus</i> catéter fístula	73
Experiencia con el cambio en el sellado del catéter tunelizado: heparina sódica al 5% <i>versus</i> Taurolock	74
Proyecto de mejora del manejo del catéter venoso central tunelizado en una unidad de hemodiálisis	75

Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis domiciliaria

¿Debemos seguir realizando la primera cura del catéter peritoneal a los siete días de la implantación?	76
Disminuyendo la peritonitis precoz con la visita domiciliaria	77
Impacto en la calidad de vida del cuidador del paciente en diálisis peritoneal	78
¿La calidad de vida del paciente en diálisis peritoneal se ve afectada con la peritonitis?	79

Proyecto de implementación de un programa de reentrenamiento para valorar y detectar errores en el manejo de la técnica de diálisis peritoneal	80
Rol de la automedida domiciliar en el control de la presión arterial	81
Sobrehidratación al inicio de diálisis peritoneal: estudio retrospectivo	82
Uso de la videollamada para el inicio y seguimiento de las técnicas domiciliarias	83

Enfermedad Renal Crónica

Adolescencia y enfermedad renal crónica avanzada. Repercusión psicosocial. A propósito de un caso	84
Evaluación anual de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: resultados y conclusiones	85
Nuevo tratamiento en anemia refractaria a eritropoyetina	86
¿Qué cambios pueden inducir el uso de la herramienta Lexpac en la consulta enfermera de enfermedad renal crónica avanzada?	87
Utilidad de la reunión de acogida dentro del proceso de toma de decisiones en pacientes mayores de setenta y cinco años con enfermedad renal crónica avanzada	88

Hemodiálisis

Análisis Dafo: una herramienta eficaz para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en hemodiálisis	89
Análisis de la percepción de las profesionales de diálisis de la atención a la esfera sexual de las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de nuestra unidad	90
Autopercepción de la imagen personal y su relación con el estigma social de pacientes en diálisis	91
Avances en la educación nutricional enfermera en hemodiálisis: estudio cuasiexperimental	92
Barreras y facilitadores en salud de pacientes en diálisis desde el modelo sociológico	93
Bioimpedancia y ecografía clínica como herramientas para valorar la hidratación del paciente en hemodiálisis	94
Caídas: registro y valoración en enfermos en tratamiento de hemodiálisis	95
Comorbilidad y fragilidad de los pacientes de mayor edad en hemodiálisis domiciliar en un centro	96
Comparación del impacto en la calidad de vida y percepciones de pacientes dializados con citrato <i>versus</i> acetato	97
Conectar para humanizar	98
Creación del “Protocolo enfermero de educación sanitaria para el paciente pediátrico en lista de trasplante renal bajo tratamiento de sustitución renal”	99
Criterios Glim, sarcopenia y desgaste proteico energético en hemodiálisis	100
Diferencia entre el sodio prescrito y el medido en el concentrado de diálisis. Una comparativa entre distintos monitores de hemodiálisis	101
Encuesta sobre la percepción de las personas en diálisis de la esfera sexual. Aspectos no resueltos en la enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis	102
Evaluación del plan enfermera referente en una unidad de nefrología	103
Factores de riesgo asociados a las caídas en los pacientes de una unidad de hemodiálisis	104
Hemodiálisis intraquirófano en trasplante hepático. Análisis retrospectivo	105
Humanización de la asistencia sanitaria con las personas que están en estadio v de la fase de insuficiencia renal crónica: protocolo y proceso de retirada de diálisis	106
Impacto de la hemodiálisis en el tiempo de ocio de los pacientes renales y su entorno	107

Importancia del uso del ecógrafo por la enfermera en una unidad de hemodiálisis	108
¿Influye la vitamina C en la mejoría de la anemia en pacientes en hemodiálisis?	109
La motivación de las enfermeras de hemodiálisis hacia la investigación científica	110
La satisfacción de los estudiantes de enfermería y de las enfermeras aplicando la guía de acogida	111
Más allá de la enfermedad: el proceso de duelo en los pacientes de hemodiálisis frente a la pérdida de sus compañeros	112
“Mi primera diálisis”: proyecto de inicio planificado de hemodiálisis	113
Prueba piloto: recuperación de medicación no citoestática en un centro de hemodiálisis periférico. Caminando juntos hacia la “green dialysis”	114
¿Sabemos cuáles son los problemas de salud de nuestros pacientes? Diagnósticos de enfermería en la insuficiencia renal aguda	115
Sensor en pacientes diabéticos en hemodiálisis: ¿herramienta necesaria?	116
Una navidad más humana en una unidad de hemodiálisis	117

Trasplante

Acogida y acompañamiento de enfermería en la biopsia renal: su efecto en la ansiedad	118
Desarrollo de un documento de <i>faq’s</i> para nuevas enfermeras en la unidad de nefrología con el fin de mejorar los resultados relacionados con el diagnóstico enfermero de ansiedad previos al trasplante renal	119
Estado nutricional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada durante el ingreso tras recibir un trasplante renal	120
Evaluación del proceso de transición en trasplante renal	121
La enfermera gestora: parte del éxito del trasplante	122
Preservación post-extracción renal de donante expandido versus añoso con máquina de perfusión hipotérmica pulsativa	123
Transformando esperanzas en realidades: la alianza multidisciplinaria para potenciar la donación de vivo	124

Casos Clínicos

Actuación de enfermería ante una lesión costrosa y eritematosa en una fistula arteriovenosa	125
Atrapamiento del catéter de diálisis peritoneal por epiplón, a propósito de un caso	126
Caso clínico: creación de button-hole en aneurisma preexistente en paciente con elevada dificultad de punción	127
Caso clínico: el prurito urémico es un síntoma frecuente que puede afectar gravemente la calidad de vida del paciente en hemodiálisis	128
Cuidados de enfermería en el trasplante renal ortotópico con derivación urinaria. A propósito de un caso	129
Dehiscencia aguda de pared abdominal en paciente trasplantada renal. A propósito de un caso	130
Desafíos en la comunicación y confianza en la atención de enfermería: abordando la negación de la enfermedad	131
Detección de perforación de vejiga en implantación de catéter peritoneal mediante tira reactiva	132
Efecto de la hemodiafiltración con reinfusión endógena de ultrafiltrado en el tratamiento del prurito asociado a la enfermedad renal crónica	133
El ktv renal en hemodiálisis domiciliaria, a propósito de un caso	134

Experiencia en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada de enfermería en el manejo conservador	135
Hipercolesterolemia familiar y aféresis terapéutica. Precauciones	136
La enfermera y el cuidado holístico; fundamental en la enfermedad crónica	137
Plan de cuidados de enfermería para pacientes con penfigoide ampoloso: a razón de un caso	138
¿Por qué mi paciente lactante solo se desatura cuando se dializa?	139
Prurito asociado a la enfermedad renal crónica: descripción y caso clínico	140
Rotura de aneurisma complicado en fistula arteriovenosa interna nativa durante la sesión de hemodiálisis	141
Utilidad del point of care ultrasound (POCUS) como herramienta de evaluación para detectar congestión en pacientes en diálisis peritoneal en la consulta de enfermería. A propósito de un caso	142
Proceso de evaluación de los trabajos científicos	143

Editorial

José Luis Cobo-Sánchez

Vocal de Investigación y Publicaciones SEDEN

Como es costumbre, en la antesala de nuestro 49º Congreso anual, hemos editado el suplemento que contiene los resúmenes de los trabajos enviados al Congreso. Este suplemento refleja el esfuerzo considerable realizado en la preparación de nuestro encuentro anual, esfuerzo que es fruto de la estrecha colaboración entre el Comité Organizador, el Comité Científico y la Junta Directiva de la SEDEN. Este compendio de resúmenes es una excelente muestra de la investigación en Enfermería Nefrológica que actualmente se realiza en nuestro país.

Durante el Congreso, las enfermeras nefrológicas tendremos la oportunidad de presentar públicamente nuestras investigaciones, las cuales están reflejadas en este suplemento. Se ha realizado un esfuerzo significativo a través de la evaluación previa de los resúmenes remitidos, para que la mayoría de los grupos investigadores tengan la oportunidad de exponer en el Congreso. Este año hemos recibido 281 trabajos, el mayor número en la historia de la SEDEN, de los cuales se han seleccionado 166 (tasa de rechazo del 41%): 45% se presentarán como “Comunicaciones orales” y 55% como “Pósters”, siendo el 25% de estos últimos casos clínicos. En el programa se especifican los días y horarios en los que un gran número de socios y congresistas podrán exponer los resultados de sus investigaciones, de un alto nivel científico. En este suplemento, también se recogen los resúmenes de las comunicaciones premiadas, que serán publicadas como artículo científico en los sucesivos números de Enfermería Nefrológica. Agradecer desde aquí el excelente trabajo de todos los evaluadores y coordinadores de grupos de evaluación.

Siempre es un desafío, por razones de tiempo y espacio, aceptar todas las comunicaciones enviadas, a pesar de los intentos por acomodar más trabajos. Reconocemos el gran esfuerzo que habéis realizado y esperamos que la lectura detenida de este suplemento sea de vuestro interés.

Solo nos queda desearos un buen viaje y estancia en Valencia, que os acogerá con los brazos abiertos, y donde dispondréis del Palacio de Congresos con todas las facilidades necesarias.

En nombre de la Junta Directiva de la SEDEN y del Comité Organizador, os deseamos unas fructíferas jornadas de trabajo, intercambio científico y momentos para el disfrute cultural y el fortalecimiento de la amistad.

Análisis de coste-efectividad de un método de recogida de muestras para cultivo microbiológico del orificio de salida del catéter peritoneal

Ana Isabel Aguilera-Flórez, Mario Prieto-Velasco, Juan Ramón Guerra-Ordóñez, Lydia Rodríguez-Pérez, Elena María Castrillo-Cineira, Isabel Fernández-Natal

Complejo Asistencial de León. León. España

Introducción

La infección del orificio de salida del catéter peritoneal es una complicación importante en diálisis peritoneal, siendo factor de riesgo de peritonitis, retirada del catéter y fracaso de la técnica. Su vigilancia, permite detectar alteraciones y actuar de forma precoz. Identificar el microorganismo causal de infección y posterior antibiograma, permitirá instaurar tratamiento antibiótico dirigido para evitar complicaciones. La toma de muestras para cultivo habitualmente se realiza con hisopo. Para mejorar el rendimiento del cultivo se ha utilizado otra técnica que incluye inoculación de muestra en botella hemocultivo.

Objetivo

Describir nuevo método empleado en la recogida de muestras para cultivo del orificio de salida, resultados microbiológicos, epidemiológicos y clínicos en pacientes en diálisis peritoneal y estudio de costo-eficacia.

Material y Método

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes portadores de catéter peritoneal que presentaron orificio equivoco/infectado, según clasificación de Twardosky, en un periodo de 18 años (marzo 2006-2024). El método de recogida de muestras consiste en: irrigación con 0,1 ml de suero fisiológico con jeringa estéril, en seno del orificio de salida y posterior aspirado e inoculación en botella de hemocultivo pediátrico aerobio/anaerobio (BACTEC FX, Becton Dickinson), previa limpieza de zona pericater. Los datos microbiológicos se obtuvieron del soporte informático de laboratorio de microbiología clínica (Servolab. Siemens SA) y los epidemiológicos de Versia®. Variables: demográficas, tiempo permanencia catéter, microorganismos, número de episodios y complicaciones, se estimó coste de técnica. Las variables cuantitativas se expresaron en medias y desviación estándar, las cualitativas en frecuencias, su análisis con Excel.

Resultados

Estudiamos 331 pacientes, tiempo medio de catéter $37,44 \pm 107,06$. Se recogió cultivo a 155 pacientes, 6 no habían iniciado diálisis, 385 muestras con cultivo positivo, 83 (1-16) pacientes más de un episodio. 66,5% varones, edad media $60,66 \pm 19,57$ años. Identificados 470 microorganismos, 63 cultivos mixtos. Microorganismos: bacterias Gram-positivas $n=377$, destacando, *S. Epidermidis* (115), *Corynebacterium* (98) (93,6% *C. Amycolatum*), *S. Aureus* (65), bacterias Gramnegativas $n=81$, *P. Aeruginosa* (50), *E. coli* (7),..., levaduras $n=14$, *C. Parapsilosis* (12). Se identificaron 41 peritonitis asociadas al microorganismo aislado en orificio, ocasionando 22 retiradas de catéter. El coste por muestra fue 29,49 € frente 25,93 € hisopo.

Discusión y Conclusiones

El método de recogida de muestras mediante lavado del orificio salida del catéter peritoneal e inoculación posterior en botella de hemocultivo pediátrico, ha demostrado ser efectivo, en identificación de microorganismos. Los más frecuentes: *S. Epidérmidis* y *Corynebacterium SPP*, destacando *C. Amycolatum* con perfil de multiresistencia y tendencia a crear biofilm. La vigilancia y seguimiento del orificio por enfermería, es fundamental para detectar precozmente signos clínicos de infección y la valoración microbiológica para evitar infradiagnosticar infecciones, al considerar como contaminación, microorganismos que, aún presentes en la piel, son reconocidos como auténticos patógenos. Aunque este método es mas caro que el hisopo, mejora el rendimiento y eficacia, ya que, tiene una detección automática cada 10 minutos, favorece la recuperación de microorganismos de crecimiento lento, evita manipulación de muestras y por tanto contaminación, el medio de cultivo de botella pediátrica contiene quelantes de antibióticos para evitar falsos negativos en pacientes en tratamiento antibiótico.

Análisis de las prácticas enfermeras en relación a la fijación de las agujas de hemodiálisis a nivel nacional

María Trinidad Quesada-Armenteros, Beatriz Liébana-Pamos, Carolina Sesmero-Ramos, Antonio Ochando-García
Hospital Universitario de Jaén. Jaén. España

Introducción

La salida accidental de las agujas durante la sesión de hemodiálisis constituye una situación que compromete la seguridad del paciente. Asociaciones científicas han publicado recomendaciones dirigidas a minimizar esta complicación.

Objetivo

Analizar las prácticas enfermeras en hemodiálisis a nivel nacional en relación a la fijación de las agujas y los posibles factores asociados.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal, realizado en abril 2024, mediante cuestionario online, dirigido a enfermeras de hemodiálisis a nivel nacional. El estudio fue aprobado por un comité de Ética de la Investigación. Se recogieron variables sociodemográficas de los profesionales, tipo de centro, experiencia previa y posibles factores relacionados con la salida accidental de agujas según los profesionales, técnicas de fijación utilizadas, conocimiento de recomendaciones y prácticas habituales para prevenir la salida de las agujas. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado (test Chi-cuadrado/Fisher, T-Student, U_Mann-Whitney), error alfa: 0,05.

Resultados

Participaron 344 enfermeras de 18 comunidades/ciudades autónomas, 82,8% mujeres, edad media $44,06 \pm 10,88$ años, experiencia media $15,10 \pm 10,96$ años; el 71,5% trabajaban en centros públicos. El 89,5% de los profesionales habían presenciado alguna salida accidental de agujas, si bien un 74,4% indicaron que esto ocurre dos o menos veces/año, el 98,5% consideraron que esta situación es/podría ser una urgencia vital. Según los encuestados, los factores que más influyen (Bastante+Mucho) en la salida de agujas son: estado de la piel del paciente (96,5%), técnica de fijación (93,6%) y espera al secado de la piel tras desinfección (83,1%); siendo los menos influyentes (Nada+Algo): tipo de dispositivo de punción

(51,7%) y tener un sistema de evaluación del riesgo de salida de agujas (52,9%). El 35,8% de los profesionales empleaban técnicas de fijación Chevron y mariposa, aconsejados por las sociedades científicas como los más resistentes a la tracción; aumentando hasta el 55,6% si consideramos las variantes Chevron-V/U. El material de fijación más utilizado (77,4%) fue el esparadrapo de papel, considerándolo un 57,4% como el más seguro. Un 65,7% de los encuestados respondieron que desconocían la existencia de documentos publicados con recomendaciones para la fijación de las agujas. El 63,7% de los profesionales no disponían en sus unidades de protocolos que recojan técnicas de fijación de agujas. No se encuentran diferencias significativas comparando la edad de los profesionales y/o el tiempo de experiencia con la técnica de fijación empleada. Los profesionales que trabajan en centros privados disponen de protocolos para fijación de agujas ($p < 0,01$), recomendaciones para pacientes y profesionales ($p < 0,01$) y utilizan las técnicas de fijación (mariposa, Chevron-V-U) ($p < 0,01$) en mayor proporción que los profesionales de los centros públicos.

Discusión y Conclusiones

La salida accidental de las agujas durante la sesión constituye un área de mejora entre las enfermeras de hemodiálisis españolas, aunque presenta una baja prevalencia, es considerada como una posible urgencia vital. Casi la mitad de los profesionales utilizan técnicas de fijación diferentes a las recomendadas (mariposa y Chevron/variantes). Existe un desconocimiento de las recomendaciones para evitar la salida accidental de agujas. El desarrollo de protocolos que recojan estas recomendaciones, así como material dirigido a pacientes y profesionales constituyen áreas de mejora, especialmente en los centros públicos.

Análisis del grado de satisfacción con la elección de tratamiento renal sustitutivo

Ana Isabel Aguilera-Flórez, María de los Ángeles Morán-Centeno, Cristina Bandera-Álvarez, María Jesús Cordero-Guerrero, Israel Robles-del Río, Raquel Fernández-Iban

Complejo Asistencial de León. León. España

Introducción

Implicar a las personas con enfermedad renal crónica avanzada, en la toma de decisiones sobre su tratamiento, fomenta su autonomía y garantiza la libre elección de tratamiento. Con lenguaje sencillo, materiales de apoyo y empleando Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisión, el equipo ERCA, facilita información individualizada, ayudando al paciente a considerar cuidadosamente las opciones de tratamiento. Este proceso educativo, culmina con la elección de la modalidad de tratamiento, que debe ser coherente con sus valores, preferencias y estilo de vida. Sin embargo, poco sabemos de su satisfacción con la elección realizada, una vez iniciado el tratamiento elegido. El objetivo que nos planteamos fue conocer el grado de satisfacción con el tratamiento elegido.

Material y Método

Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se incluyeron pacientes crónicos, informados en consulta ERCA, con más de 1 mes en diálisis. Se excluyeron aquellos que no fueron capaces de responder el cuestionario o declinaron participar. Se solicitó consentimiento informado. Los cuestionarios fueron autoadministrados y anónimos, durante el primer trimestre de 2024. El cuestionario forma parte del grupo de documentos de las herramientas de ayuda a la toma de decisión en la ERCA. Consta de 6 preguntas con respuesta dicotómica Si/No:

- 1) Tiene claros los beneficios y los puntos a tener en cuenta de la opción que ha elegido.
- 2) Siente que ha tenido suficiente apoyo y asesoramiento para tomar su decisión.
- 3) Sabe que podrá cambiar de tratamiento cuando lo desee siempre que no existan motivos clínicos que lo impidan.
- 4) Siente que ha elegido la opción mas coherente con sus preferencias y su estilo de vida.
- 5) Se siente seguro con la opción que ha elegido.
- 6) Se siente satisfecho con la opción que ha elegido.

Se recogieron variables demográficas, tiempo en diálisis y cuestionario satisfacción con la elección. La recogida de datos se realizó del soporte informático Versia® y su análisis con

Excel. Las variables cuantitativas se expresaron en medias, desviación estándar, mediana. Las cualitativas en frecuencias y porcentajes. Resultados Se entregaron 52 encuestas, 4 pacientes las entregaron en blanco. 32 hombres, mediana edad 70,5 años (19-92), tiempo medio en tratamiento desde la información 31,39±33,47 meses, en hemodiálisis 45 pacientes y 7 en terapia domiciliaria. Cuestionario, respondieron afirmativamente: 1) 97,1%, 2) 93,75%, 3) 89,6%, 4) 97,91%, 5) 95,8%, 6) 97,9%. 1 paciente no respondió a la pregunta 4 y 6 y 2 a la 5.

Discusión y Conclusiones

El arrepentimiento por una decisión tomada, es una emoción desagradable que se produce cuando los pacientes sienten que una elección alternativa podía haber sido mejor. Es menos frecuente entre los que participan en la toma de decisiones que afectan a su enfermedad. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes manifestaron estar de acuerdo con la decisión tomada. Sin embargo, aunque es un pequeño porcentaje, nos preocupan los que han respondido "No" en las tres primeras preguntas ó no han respondido alguna. Esto nos mueve a realizar este cuestionario a todos los pacientes una vez que inicien diálisis y valorar si es preciso implementar modificaciones en el proceso educativo.

Utilidad de la realidad virtual para el manejo del dolor y la ansiedad en pacientes de hemodiálisis con fístula arteriovenosa

Elena Guerrero-Rodríguez, Yenifer Gómez-Cobo, Iris Rubio-Segovia, María Isabel González-Sánchez, Aurora Monreal-García, María Dolores Arenas-Jiménez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

La aplicación de los avances tecnológicos en la sanidad ha propiciado grandes mejoras. La realidad virtual (RV) podría ser efectiva como método para disminuir el dolor y la ansiedad durante el tratamiento de hemodiálisis (HD) al que deben someterse los pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

Objetivos

Examinar el efecto de la RV sobre la percepción del dolor y la ansiedad durante las punciones de la fístula arterio-venosa (FAV). Analizar si la RV mejora la ansiedad percibida por los pacientes en la parte final del tratamiento de hemodiálisis.

Material y Método

Estudio prospectivo de casos controles. El grupo de intervención lleva 13 sesiones gafas de RV 10 minutos antes y 10 minutos después de las punciones y 30 minutos antes de finalizar el tratamiento y el grupo control realiza 13 sesiones sin gafas de RV (cada paciente es control de sí mismo). Para medir la percepción del dolor se usa la Escala del Dolor con Caras – Revisada (FPS-R), se toma registro 10 minutos post punciones; para medir la percepción de la ansiedad se usa la Escala Visual Analógica de Ansiedad (VASA), se toma registro 10 minutos post punciones y al finalizar el tratamiento de HD, respectivamente. Se utilizan gafas de RV cedidas por una plataforma terapéutica, que se componen de diferentes programas de vídeo pasivo en la que los pacientes observan los vídeos sin interactuar. Los datos se procesan a través del programa Microsoft® Excel® para Microsoft 365 y IBM SPSS Statistics V.22.

Resultados

Muestra de 73 pacientes (edad media $66,2 \pm 13,3$ años, 67% hombres y 33% mujeres). Al inicio del estudio 6 pacientes (8,2%) declina el uso de las gafas (4 por agobio, 1 por miedo y 1 por desinterés). El promedio de sesiones que llevan las ga-

fas de RV es de $6,5 \pm 4,8$ sesiones, completando las 13 sesiones sólo el 23,3% de los participantes. La percepción del dolor durante las punciones mejora significativamente con gafas RV puntuación $1,26$ vs $0,97$ ($p=0,039$), respecto a la ansiedad durante las punciones se observa una disminución, pero no hay diferencias significativas. Tampoco hay significación en la percepción de la ansiedad en la desconexión (aumenta levemente). Los pacientes que parten de niveles más altos de dolor mejoran con la RV ($2,5$ vs $0,77$ $p<0,001$) mientras que los que parten de niveles bajos de dolor empeoran ($1,26$ vs $2,53$ $p<0,001$). De igual manera ocurre con la ansiedad en la conexión, los pacientes con más ansiedad mejoran ($1,8$ vs $0,6$ $p=0,002$) y los que parten de una menor ansiedad empeoran ($0,38$ vs $4,1$ $p<0,001$); y la ansiedad en la desconexión: niveles más altos mejoran ($1,53$ vs $0,59$ $p<0,001$) y niveles más bajos empeoran ($0,11$ vs $4,16$ $p<0,001$).

Conclusiones

El uso de gafas de RV es beneficioso para reducir el dolor que perciben los pacientes de hemodiálisis durante las punciones de FAV. No queda demostrada la utilidad del uso de gafas de RV para disminuir la ansiedad en el total de la muestra, ni durante las punciones ni al finalizar la sesión, sin embargo, los pacientes que parten de niveles superiores de ansiedad sí mejoran con el uso de la mismas.

Análisis de incidencias de salidas de agujas, desconexiones de línea de catéter y dializador accidentales en hemodiálisis

Dolores Piña-Simón, María Luz Sánchez-Tocino, Julia Audije-Gil, Aitana Hernández-Pérez, David Hernández-Gascueña, Alicia González-Horna

Unidad Hospitalaria Fundación Renal del "Hospital Rey Juan Carlos". Móstoles. Madrid. España

Introducción

La seguridad de los pacientes es un tema de interés creciente y un componente importante de la calidad asistencial. Uno de los efectos adversos más graves que puede darse en el transcurso de la sesión de hemodiálisis (HD) es la salida de la aguja (SA), desconexión del catéter (DC) o la desconexión de las líneas al dializador (DL). La consecuente y rápida pérdida hemática es una complicación grave, potencialmente mortal y poco informada.

Objetivos

Describir la incidencia de SA, DC o DL en las sesiones de hemodiálisis en un periodo de 7 años y los factores asociados a estos sucesos.

Material y Método

Estudio observacional transversal en 15 centros de HD periféricos y hospitalarios. Se analizan las sesiones de diálisis en las que se produce SA, DC o DL registrando, tipo de acceso vascular (AV), de qué aguja se trata, visibilidad del AV en el momento de la incidencia, momento de la sesión en la que se produce, causa y pérdida hemática que conlleva la incidencia (clasificándose como graves las pérdidas de más de 300 ml). Estadística: programa IBM SPSS Statistics 29.0, nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se analizan un total de 1.101.387 sesiones, de las cuales, la SA, DC o DL se reportó en 78 (0,0071%) casos, del año 2017-2023. De estos, la SA tuvo lugar en 57 (76%) ocasiones (arterial 9; 12%; y venosa 48; 64%), DC en 12 (16%), DL en 3 (4%) y otros sin especificar en 3 (4%). En el 33,3% (26) de las ocasiones la salida se produce por un tirón brusco de las líneas frente al 66,7% (52) por otras causas. En relación a los factores asociados, se informó en 46 casos sobre si el AV estaba a la vista (34; 73,9%) o tapado (12; 26,1%). De los 55 casos registrados, en 36 (65,5%) la enfermería fue alertada por la alarma

del monitor. Se hallaron diferencias significativas en la manifestación de la alarma entre los casos en los que se produjo un tirón en las líneas frente a los que no (84% sí sonó tras el tirón; el 50% sonó sin tirón; $p=0,008$). El momento de la sesión en el que es más frecuente esta incidencia es durante la primera hora (en el 37,9% de los casos). La pérdida hemática media fue $0,19 \pm 0,20$ siendo leve en 42 (73,7%) ocasiones y grave en 15 (26,3%).

Conclusiones

La pérdida hemática por la SA, DC o DL es poco frecuente, se trata de una situación grave que puede tener consecuencias mortales. SA ocurre con más frecuencia que los otros dos eventos, minoritariamente, por tirones en las líneas. El no visualizar el AV puede ser causa de la no detección precoz del efecto adverso dado que no siempre somos alertados por el monitor. El momento de la sesión es frecuente al principio y final. La enfermería debe concienciarse de que esta situación es grave poniendo los medios a su alcance para prevenirla.

Análisis de las características del acceso vascular de los pacientes incidentes en un centro extrahospitalario

Elena Guerrero-Rodríguez, Iris Rubio-Segovia, Yenifer Gómez-Cobo, Cristina González-Amor, Sandra León-Martínez, María Dolores Arenas-Jiménez

Centro Fundación Renal "Los Llanos II". Getafe. Madrid. España

Introducción

Disponer de un acceso vascular (AV) funcional para poder iniciar el tratamiento de hemodiálisis (HD) en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es imprescindible. El tipo de AV con el que inicien su tratamiento va a determinar la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, por eso es necesario planificar desde las consultas de ERCA cuál es el AV idóneo para cada paciente y realizarlo con la antelación necesaria para evitar así la implantación de un catéter venoso central (CVC), siempre que este no sea el acceso de elección.

Objetivo

Analizar el tipo de acceso vascular con el que inician tratamiento de HD los pacientes provenientes de ERCA y conocer su relación con las distintas variables sociodemográficas. Conocer el tiempo de creación de FAV en pacientes que comienzan HD a través de CVC.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analiza, a través de las historias clínicas electrónicas Nefrosoft, Selene y HCIS, el AV con el que comienzan HD los pacientes incidentes durante los años 2022 y 2023 en una unidad extrahospitalaria. Los datos se procesan con el programa Spss V.22.

Resultados

Muestra de 92 pacientes (65,6% hombres y 34,4% mujeres), con edad media de 65 años (± 15). El 82,8% son de nacionalidad española y 17,2% no española. Inician tratamiento de HD procedentes de la consulta ERCA el 77,4% de ellos. El 100% de los pacientes que no han llevado seguimiento en ERCA comienzan tratamiento de HD a través de un CVC. El AV con el que comienzan los pacientes procedentes de ERCA es: 52,8% CVC, 8,3% CVC+FAV malfuncionante, 4,2% CVC+FAV en maduración y 34,70% FAV funcional. El 63,8% de los pa-

cientes españoles provenientes de ERCA inician HD a través de un catéter frente al 93,8% de los no españoles ($p=0,033$). El estado de la FAV al inicio del tratamiento es dependiente de la procedencia del paciente: españoles 80% FAV funcionantes, 13,3% malfuncionantes y 6,7% en maduración, frente a los extranjeros 20% funcionantes, 40% malfuncionantes y 40% en maduración ($p=0,017$). El sexo, la edad, el hospital de referencia o el tiempo en ERCA no son determinantes a la hora de empezar o no con FAV. El tiempo medio para la realización de la FAV una vez iniciado el tratamiento HD a través de CVC es 4,9 meses ($\pm 3,7$), existiendo diferencias significativas 4,2 meses $\pm 2,5$ Vs 8,8 $\pm 6,8$ ($p=0,022$) entre los distintos hospitales de referencia. Provenir o no de ERCA no influye en el tiempo de creación posterior de la FAV.

Conclusiones

Proceder de la consulta ERCA es decisivo para tener una FAV realizada previa al inicio en HD, pese a esto la nacionalidad del paciente influye tanto en el tipo de AV como en el estado de FAV (en caso de poseerla) con el que comienza el tratamiento de HD. El tiempo de creación posterior de la FAV es elevado y dependiente del hospital de referencia. El porcentaje de pacientes que inician HD a través de FAV es bajo y se encuentra lejos del 80% recomendado por la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis.

Análisis de los autocuidados del acceso vascular y nivel de alfabetización en salud de las personas en hemodiálisis

Gustavo Manuel Contreras-Martos, María Trinidad Quesada-Armenteros, Antonio Ochando-García, Domingo Martínez-Cazalla, Flor Becerra-Maldonado

Hospital Universitario de Jaén. Jaén. España

Introducción

El acceso vascular constituye un punto clave para las personas en hemodiálisis, asociándose la falta de autocuidados de este a una mayor tasa de complicaciones. Niveles bajos de alfabetización en salud se han relacionado con una peor adherencia terapéutica, pudiendo ser un factor determinante de la falta de autocuidados.

Objetivo

Conocer los autocuidados del acceso vascular que realizan las personas en hemodiálisis y analizar su relación con el nivel de alfabetización en salud.

Material y Método

Estudio observacional transversal, realizado entre marzo-abril del 2024 en una unidad de hemodiálisis hospitalaria. A partir del Manual de Acceso Vascular para Personas con Enfermedad Renal, elaborado por el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV), se desarrolló un cuestionario sobre autocuidados, con 12 preguntas sobre fístula arteriovenosa y 12 sobre catéter. Para evaluar la alfabetización en salud se empleó el cuestionario validado en español HLS-EU-Q16. También se recogieron variables sociodemográficas, relativas al acceso vascular, autopercepción de conocimientos y demandas informativas. Análisis de datos: programa SPSS-v20. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y análisis bivalente, (Test Chi-cuadrado/Fisher, T-Student/ANOVA, U-Mann-Whitney/Kruskal-Wallis, correlación Pearson/Spearman), p-valor:0,05. La participación fue voluntaria, solicitándose consentimiento informado y se cumplió con los principios éticos de investigación y la legislación vigente.

Resultados

Se analizaron 39 cuestionarios, 64,1% (n=25) eran hombres, edad media 60,76±18,33 (min:22-max:92) años y un tiempo medio en hemodiálisis: 5,54±7,06 (min:0,25-max:31) años. Un 53,8% (n=21) tenían una fístula arteriovenosa, un 35,9%

(n=14) desconocía el tipo de fístula o catéter que tenían, y un 33,3% referían ser dependientes para el autocuidado del acceso vascular. El 59% de los encuestados manifestaron tener un nivel alto/muy alto de conocimientos sobre los autocuidados del acceso vascular, aunque un 79,5% indicaron querer más información; un 71,9% (n=28) identificaron a la enfermera de hemodiálisis como la principal fuente de información (71,8%). El número medio de respuestas correctas al cuestionario de fístula fue 8,75±2,22 (min:3-max:12), siendo 8,53±2,23 (min:4-max:12) en el cuestionario de catéter. En el cuestionario de catéter, los autocuidados menos seguidos fueron "Evitar manipular el apósito del catéter en casa" y "Evitar objetos punzantes/cortantes alrededor del catéter"; en el cuestionario fístula, "Evitar utilizar las pinzas para la hemostasia de los puntos de punción" y "Colocar una gasa limpia y elevar ligeramente el brazo en caso de sangrado por el punto de punción". El 59% de los participantes presentaban un nivel de alfabetización insuficiente/problemático, no encontrando relación con la edad (p=0,90), sexo (p=0,21), ni el tiempo en hemodiálisis (p=0,31). Tampoco encontramos relación entre el nivel de alfabetización en salud y las respuestas correctas sobre los autocuidados de los cuestionarios fístula o catéter, tanto a nivel global como ítem a ítem.

Conclusiones

Más de la mitad de las personas en hemodiálisis consideran tener altos/muy altos conocimientos sobre los autocuidados del acceso vascular, aunque la mayor parte demandan más información. Se identifican áreas de mejora en relación a los autocuidados del acceso vascular, tanto en fístula como en catéter. Existe un importante porcentaje de personas en hemodiálisis con un nivel de alfabetización en salud insuficiente/problemático, aunque no se ha encontrado relación entre este y los autocuidados del acceso vascular.

Disfunción de catéteres tunelizados, ¿una carrera sin fin para la enfermería?

M^a Concepción Pereira-Feijóo, Susana Yáñez-Martínez, Sara Coello-González, Cristina Otero-Moral, Ana María Sacristán-Román, Marta Isabel San Juan-Miguelsanz

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

La prevalencia de los catéteres tunelizados en las unidades de hemodiálisis suele ser superior a lo que indican las guías de acceso vascular en la actualidad. La disfunción de los catéteres tunelizados en las unidades de hemodiálisis sigue siendo un problema en la práctica asistencial de la enfermería, cuya evaluación, diagnóstico y tratamiento, es primordial para su buen funcionamiento, siendo la terapia trombolítica la primordial. No obstante, en la práctica clínica existe una heterogeneidad en su utilización.

Objetivo

Analizar los protocolos para la fibrinólisis de catéter venoso central tunelizado para hemodiálisis en caso de disfunción de varias unidades de diálisis hospitalarias y extrahospitalarias.

Material y Método

Estudio descriptivo sobre los protocolos usados en caso de disfunciones del catéter venoso central tunelizado. Se solicitó a las supervisoras de 19 unidades de hemodiálisis sus protocolos de fibrinólisis con el tipo de medicamento usado, la dosis, la actuación ante la disfunción aguda y/o la persistente y cualquier otra observación que pudieran reportar. Los datos se han recopilado en Microsoft Excel 2021.

Resultados

Una unidad no tenía protocolo establecido. Se describen 15 protocolos de actuación diferentes para el tratamiento de la disfunción aguda o persistente del catéter venoso central. Principalmente se usa uroquinasa, en concentraciones de 7.500UI (1 centro), 12.000UI (1 centro), 12.500 (1 centro), 15.000UI (1 centro), en 12 centros concentraciones entre 50.000 y/o 100.000 UI de uroquinasa, para la disfunción y/o el sellado entre sesiones. Para el proceso de disfunción aguda se aplican hasta 3 sellados consecutivos de las concentraciones indicadas o superiores dependiendo de la unidad, de

entre 20 y 45 minutos de permanencia según el Centro. En 3 centros usan pautas con taurolock, para la disfunción aguda y persistente. En tres unidades, además, se consideran sellados de uroquinasa persistentes en el tiempo, de 15.000 o 50.000 UI de uroquinasa en función de si la disfunción es aguda o persistente, en periodo largo o incluso en todas las sesiones de hemodiálisis. Solamente en dos unidades están descritas infusiones de uroquinasa y alteplasa en caso de disfunción persistente, no poniéndose en práctica indican, por el riesgo que conlleva, siendo más conveniente en estos casos, la retirada del catéter.

Conclusiones

Se ha evidenciado la existencia de múltiples formas de actuación ante una problemática común en los centros de hemodiálisis, La disfunción del catéter venoso central (fármacos diferentes, dosis diferentes, número de sellados diferentes). Esto pone en evidencia la necesidad de realizar estudios de investigación que aclaren cuál puede ser la mejor actuación ante los problemas de disfunción del catéter, siendo necesaria la estandarización de protocolos de trabajo unificados a nivel nacional, puesto que ni las guías del AV del GEMAV proponen un protocolo común, ya que no encontraron una evidencia lo suficientemente fuerte como para hacer recomendaciones. Importante también destacar el papel que tiene la enfermería en la preparación correcta de dosis, comprobación de la eficacia debido al alto coste de estos productos y la manipulación lo más aséptica posible en el manejo de los mismos.

Evaluación de un programa de seguimiento de monitorización de la fístula arteriovenosa por enfermeras

Verónica Martín-Guerrero, Lucía Cánovas-Riquelme, Gema Palacios-García, Miriam Esquinas-Marta, Noelia Calle-Iraola, Rocío Díez-García

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción

La fístula arteriovenosa (FAV) es el acceso ideal para los pacientes en hemodiálisis. La supervivencia de la FAV puede mejorarse a través de unos cuidados basados en la monitorización y vigilancia que detecten de manera precoz las anomalías. Se recomienda que las unidades de hemodiálisis dispongan de programas protocolizados de seguimiento de la FAV con participación multidisciplinar. Estos programas ayudan a aumentar la supervivencia de la FAV al contemplar el diagnóstico precoz mediante la utilización de métodos, que implican la monitorización periódica de los parámetros. Dentro de estos parámetros tiene mayor poder predictivo un seguimiento de datos que un valor aislado, y se recomienda que la alteración repetida de parámetro se utilice como criterio para efectuar una exploración de imagen. De aquí la importancia del registro de la FAV de cada paciente, liderado por el personal de enfermería con comunicación multidisciplinar, con el fin último de brindar unos cuidados de calidad.

Objetivo

Evaluar un programa de seguimiento de monitorización clínica de la FAV para la identificación precoz de problemas, liderado por enfermeras.

Objetivos específicos: Realizar un seguimiento de las FAV a través de la evaluación de problemas durante la sesión de diálisis. Identificar los parámetros de monitorización alterados durante la sesión de hemodiálisis. Describir las intervenciones realizadas antes los parámetros alterados identificados.

Material y Método

Estudio descriptivo, prospectivo de seis meses de seguimiento. Se diseñó una tabla para la recogida de los datos de estudio y se analizaron en sesiones de enfermería mensuales. Variables de estudio: recirculación, disminución calidad diálisis, prueba de imagen, derivación al especialista y problemas durante la sesión: flujos pautados, aumento presión venosa y arterial, tiempo de hemostasia prolongado, dificultades de punción, coagulación.

Resultados

Se evaluaron un total de 48 pacientes con una media mensual de 38 FAV. Se llevaron a cabo un total de 225 evaluaciones, sin ítems alterados en un 73% de los casos. La distribución de los principales parámetros alterados encontrados en al menos tres sesiones mensuales fueron: 21 paciente no pudo alcanzar los flujos pautados, en 17 las presiones estaban aumentadas, en 17 la recirculación elevada, en 9 problema de coagulación, en 9 dificultad de punción y en 5 coagulación del sistema. Se llevaron a cabo 24 sesiones de enfermería donde se analizaron los datos obtenidos de manera mensual. De los casos analizados se realizaron 51 ecografías, donde el 40% fueron de control para enfermería, un 60% se derivaron al nefrólogo y de estas un 23% acabaron en intervención vascular.

Conclusiones

La monitorización y vigilancia de la FAV de manera continua tienen un papel central en los cuidados del paciente en hemodiálisis. Implantar programas de seguimiento multidisciplinar ayudan a una mejor comunicación e implicación en el cuidado de la FAV, agilizando las actuaciones e intervenciones con el fin último de realizar un diagnóstico precoz de la estenosis, evitando la trombosis. La máxima del personal de enfermería en relación al cuidado del acceso vascular del paciente en hemodiálisis, debe ser buscar la excelencia alargando la supervivencia de la FAV.

Fístulas arteriovenosas nativas: factores de riesgo implicados en el fallo primario de maduración

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

El fallo primario incluye la trombosis precoz (TP) y los fallos de maduración (FM) que se producen en los tres primeros meses de maduración de las fístulas arteriovenosas nativas (FAVn).

Objetivo

Principal: Determinar los factores de riesgo (FR) asociados al fallo primario de FAVn.

Secundarios: Establecer la relación entre los FR asociados al fallo primario y la supervivencia de las FAVn. Analizar las diferencias ecográficas entre FAVn maduras y FAVn con FM en los tres primeros meses de maduración.

Material y Método

Estudio observacional y retrospectivo realizado del 1/1/2023 al 31/1/2024. Se incluyeron FAVn con ≥ 3 meses de maduración a 31/1/2024, y FAVn trombosadas en los tres primeros meses de maduración. Criterios de maduración: Flujo del acceso vascular (QA) ≥ 500 ml/min y diámetro de vena ≥ 4 mm a los tres meses de maduración. El diagnóstico de TP se estableció mediante exploración física y ecográfica. Variables: sociodemográficas, antropométricas, comorbilidades, características de FAVn, analíticas sanguíneas y variables obtenidas por ecografía doppler. Se categorizó edad, índice de masa corporal (IMC), y diámetro de la arteria y vena empleadas para realizar la FAVn. Se realizaron tres controles ecográficos a las FAVn no trombosadas (15,45 y 90 días de maduración). Análisis estadístico: Normalidad: Test de Shapiro-Wilk. Análisis descriptivo. Comparación variables cuantitativas: t-Student (distribución normal) y U de Mann-Whitney (distribución no normal). Comparación variables cualitativas: Chi-cuadrado o test de Fisher. Regresión logística univariante y multivariante para identificar FR de TP y FM. Método de Kaplan-Meier para calcular la supervivencia de las FAVn a los 15,45 y 90 días de maduración, también se calculó supervivencia por sexo, edad, IMC y diámetro arterial. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

Muestra 65 pacientes, 72,3% hombres. Edad 69,7 años. El 60% presentó FAVn maduras, 20% FM y 20% TP. Diámetro arterial significativamente menor en FM vs FAVn maduras ($p=0,036$). Porcentaje de pacientes con diámetros arteriales < 2 mm significativamente mayor en FM vs FAVn maduras ($p=0,003$). Edad ($p=0,048$), porcentaje de pacientes ≥ 65 años ($p=0,01$), peso ($p=0,049$) e IMC ($p=0,047$) significativamente mayores en TP vs FAVn maduras. Monocitos significativamente mayores en TP vs FAVn maduras ($p=0,021$). Análisis univariante: diámetro arterial < 2 mm FR de FM (OR:16,8; $p=0,016$). Edad ≥ 65 años (OR:5,44; $p=0,014$), peso (OR:1,04; $p=0,02$) e IMC (OR:1,17; $p=0,027$) FR de TP. Monocitos factor protector de TP (OR:0,0142; $p=0,029$). Análisis multivariante: diámetro arterial < 2 mm FR independiente de FM (OR:20,12; $p=0,020$). Sobrepeso FR independiente de TP (OR:31,28; $p=0,044$). Supervivencia de las FAVn a los 15,45 y 90 días de maduración: 73,3%, 72,6% y 63,6% respectivamente. Pacientes ≥ 65 años, con diámetros arteriales < 2 mm, y obesidad presentaban menor supervivencia. Seguimiento ecográfico a 52 FAVn. Diámetro de la vena, velocidad pico sistólica (VPS) en arteria humeral y QA significativamente mayores en FAVn maduras vs FAVn con FM en todas las mediciones ($p < 0,001$).

Conclusiones

Emplear diámetros arteriales < 2 mm para realizar FAVn aumenta el riesgo de FM. A mayor edad, peso e IMC mayor riesgo de TP. A menor cantidad de monocitos menor riesgo de TP. La supervivencia de las FAVn es menor en pacientes ≥ 65 años, con diámetros arteriales < 2 mm, y obesos. Las FAVn maduras presentan en todas las mediciones ecográficas mayor VPS en arteria humeral, QA y diámetro de vena que las FAVn con FM.

Impacto del equipo de acceso vascular en el manejo quirúrgico de la fístula arteriovenosa

Valentín Lozano-Moledo, Gloria Manzano-Romero, Nuria Clemente-Juan, Yolanda Amarilla-Tostado, Julia Toro-Melón

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Antecedentes y Objetivo

Un acceso vascular funcional es indispensable para la realización de hemodiálisis (HD) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), permitiendo un abordaje seguro del sistema vascular, que proporcione flujos suficientes para lograr un tratamiento sustitutivo eficaz. Las fístulas arteriovenosas (FAV) representan el acceso vascular con mayor supervivencia y menor tasa de complicaciones, y representan siempre la primera opción. Entre los puntos clave de una consulta externa del equipo de coordinación de acceso vascular (AV), compuesto por un nefrólogo experto en AV y un enfermero de práctica avanzada en AV, se encuentran una adecuada valoración preoperatoria para la implantación o reparación de la FAV, así como una correcta gestión y optimización de las listas de espera quirúrgica. El principal objetivo fue evaluar el grado de concordancia explorador-dependiente entre nefrología y cirugía vascular en una consulta externa respecto al procedimiento quirúrgico finalmente realizado sobre el AV.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo analizando todos los AV creados o reparados quirúrgicamente durante el año 2022. Se compararon las diferencias en las variables preoperatorias entre los grupos en los que las valoraciones entre ambos equipos fueron coincidentes y no coincidentes, la cirugía indicada y la permeabilidad primaria (PP) y secundaria (PS) durante el período de seguimiento (p significativa $\leq 0,05$).

Resultados

Se han analizado un total de 293 creaciones o reparaciones de AV (61% de paciente en hemodiálisis): 42 ligaduras (14,3%), 93 FAVn RC (31,7%), 56 FAVn HC (19,1%), 30 FAVn HB (10,2%), 37 FAVp (12,6%), 16 FAVn HP (5,46%), 9 reducciones de flujo (3,7%) y otros procedimientos (3,41%). Tras un tiempo medio en lista de espera quirúrgica de 15,1,±,11,1

días, se observó una adecuada maduración al mes en el 87,6% de los casos. En el seguimiento postoperatorio se realizaron un total de 77 procedimientos endovasculares y 8 reparaciones quirúrgicas. Las permeabilidades primarias (PP) y secundarias (PS) a 6 y 12 meses, fueron PP: 76,2%, 64,9% y PS: 86,4%, 81,2% respectivamente. De los procedimientos con doble valoración (nefrología y cirugía vascular), el equipo de coordinación de AV obtuvo un adecuado grado de concordancia en el 93,6 % de los casos (índice Kappa: 0,886). Los factores preoperatorios significativos entre los casos coincidentes y no coincidentes fueron la edad ($P=0,022$) y la localización del AV ($p=0,002$). El subgrupo de valoraciones no coincidentes (10 casos) presentaron una similar PP (a 1 años: 59,2% vs 41,3%, $P=0,099$) pero peor PS (a 1 años: 76,6% vs 55,4%, $P=0,005$).

Conclusiones

No se observaron diferencias significativas observador dependiente (nefrología vs. cirugía vascular) en la toma de decisiones en cuanto al acto quirúrgico a realizar (93,6% de coincidencia), y los casos discordantes presentaron peor permeabilidad secundaria. Tras una formación específica, el equipo de coordinación de AV puede realizar una valoración preoperatoria del AV logrando una optimización de los recursos socio sanitario y reservando las derivaciones a cirugía vascular para aquellos casos de mayor complejidad.

Influencia del índice de comorbilidad en la supervivencia del acceso vascular en pacientes en hemodiálisis

María Paz Sorribes-López¹, Cristina Lobato-González², Laura Baragaño-Arias², Antonio Marín-Franco²

¹ Diaverum Servicios Renales. España

² Centro de Diálisis Diaverum Ponferrada. España

Introducción

La supervivencia del acceso vascular (AV) es esencial para la morbimortalidad y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, especialmente aquellos con múltiples patologías, lo que hace necesario investigar la relación entre estas condiciones y la durabilidad del acceso.

Objetivo

Analizar la relación entre las comorbilidades de los pacientes en hemodiálisis y la permeabilidad de las fistulas arteriovenosas (FAV).

Material y Método

Estudio retrospectivo en pacientes de hemodiálisis. Se consideraron variables demográficas y del AV, incluyendo el tiempo de permeabilidad de un periodo de 40 meses. Se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson (IC) para clasificación y la regresión de Cox para examinar el impacto en la permeabilidad del AV.

Resultados

En nuestro estudio, se evaluaron 59 pacientes con una edad media 70,7 (SD 1,4) años, predominando hombres (69,5%) y un 47,5% de diabéticos. El 98,3% tenía FAV (Humero-cefálica: 66,1%). La mediana del IC fueron 7 (5-9) puntos. El 30,5% experimentó complicaciones y requirieron intervención quirúrgica el 27,1%. La permeabilidad primaria y secundaria de las FAV se mantuvo en 26 (11-55) y 29 (11-66) meses, respectivamente. Los pacientes con $IC \leq 7$ tuvieron menor probabilidad de complicaciones ($p < 0,01$) tanto para la permeabilidad primaria (HR: 0,21 IC 95%: 0,07-0,60) como secundaria (HR: 0,22 IC 95%: 0,08-0,62), lo que sugiere una influencia notable de este índice en la supervivencia del acceso vascular.

Conclusiones

Nuestro estudio revela que un $IC \leq 7$ se asocia con una menor incidencia de complicaciones en las FAV, lo que resulta en una mayor supervivencia del AV. En resumen, el IC emerge como un predictor significativo a tener en cuenta para la supervivencia de las FAV en nuestra cohorte de pacientes.

Competencias de la enfermera de práctica avanzada en hemodiálisis domiciliaria y accesos vasculares

Trinidad Luengo-Sánchez-Paniagua, Marta Arévalo-García, Marta González-Martín, M^a del Valle Garrido-López, Carolina Sesmero-Ramos, M^a Dolores Bernal-Molano

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. España

Introducción

“Una enfermera de práctica avanzada (EPA) es una enfermera generalista o especializada que ha adquirido, mediante formación de grado adicional, la base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para la práctica avanzada de la enfermería cuyas características están modeladas por el contexto en el que se acredita para ejercer”. En España no se ha desarrollado la legislación que determine los perfiles competenciales de la EPA. Consideramos que la enfermera que se encarga de planificar y desarrollar los cuidados del acceso vascular del paciente de Hemodiálisis (HD) posee competencias específicas en su ámbito de cuidado, que deberían definirse formalmente y encuadrarse dentro de los perfiles profesionales actuales o futuros de la Enfermería Española como una EPA. Así mismo, la actividad enfermera en Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) está bastante encuadrada en las actuales competencias asignadas a la EPA por los diferentes organismos con autoridad en la descripción de los perfiles competenciales enfermeros, como el CIE. Por tanto, nos planteamos este estudio de investigación para abordar el diseño y la validación de las competencias que debería tener una EPA de Hemodiálisis en estos ámbitos.

Objetivo

Definir las competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada en Hemodiálisis Domiciliaria y accesos vasculares.

Objetivos específicos

- Definir las competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada en Hemodiálisis Domiciliaria.
- Definir las competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada en Accesos Vasculares de Hemodiálisis.

Material y Método

Estudio cualitativo mediante técnica Delphi en tres rondas:

- **Primera ronda Delphi:** Tras la selección de expertos/panelistas, se establecieron dos grupos de panelistas para abordar de forma separada los objetivos específicos: un

grupo para definir las competencias de la EPA en accesos vasculares de HD y otro grupo de panelistas para definir las competencias de la EPA en HDD. Se les realizaron preguntas cerradas que nos permitiesen confirmar su expertía y preguntas abiertas sobre las actividades de las EPA en cada ámbito de estudio.

- **Segunda ronda Delphi:** se tipificaron las respuestas y se solicitó una valoración de las mismas y el encuadre en los diferentes dominios competenciales.
- **Tercera ronda Delphi:** se presentaron las competencias tras el análisis descriptivo de las mismas y se solicitó la validación por los expertos.

Resultados

Los expertos panelistas, tenían una formación académica y trayectoria profesional que da valor a su participación en el estudio. Se han definido 27 competencias para EPA HDD y otras 27 competencias para EPA de acceso vascular en HD distribuidas en 8 dominios. Los resultados provisionales arrojan una validación casi unánime de las competencias por los expertos panelistas de la técnica Delphi.

Conclusiones

Mediante el presente estudio hemos conseguido cubrir los objetivos planteados. Consideramos que constituye un punto de partida para el desarrollo de futuras investigaciones que incluyan otros ámbitos profesionales de la enfermera de HD. El grupo investigador es consciente de la necesidad de validación de estas competencias presentadas por parte de asociaciones profesionales y científicas de enfermería.

Diálisis peritoneal incremental. Dialysix (seis días/semana). Impacto en calidad de vida

Encarnación Bellón-Pérez, Samuel Blas-Gómez, Delfina Calero-García, María Pilar Escribano-Cuerda, Mónica Parra-Jiménez, Francisca Gómez-Escribano

Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España

Introducción

La diálisis peritoneal (DP) supone el 9% del total de las terapias renales sustitutivas (TRS) y el 11% de las terapias dialíticas en todo el mundo, siendo habitualmente elegida por pacientes que mantienen función renal residual (FRR) capaz de eliminar agua y solutos. La dosis estándar de diálisis incluye su realización durante los 7 días de la semana. Sin embargo, surgen algunos estudios que exploran los posibles beneficios de una terapia dialítica menor en pacientes seleccionados, denominada DP incremental y entendida como una pauta inferior a la estándar. En nuestra unidad los pacientes inician DP con la dosis habitual.

Objetivo

Evaluar la variación de la eficacia dialítica y la calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal que reducen su terapia a 6 días/semana.

Material y Método

Inicio de este estudio en Octubre 2022. Estudio observacional prospectivo que evalúa la variación de parámetros analíticos y calidad de vida en pacientes de nuestro centro con $Kt/V > 2$ y diuresis residual $> 1L/día$ que reducen su terapia a 6 días/semana durante la práctica clínica. Se recogen datos analíticos (urea, creatinina, calcio, fósforo, PTH, pH, bicarbonato y hemoglobina) previos al cambio y posteriores con periodicidad de dos meses y diferencias en el tratamiento médico del metabolismo calcio-fósforo, hiperpotasemia, anemia e hipertensión. Evaluamos calidad de vida mediante el cuestionario EuroQoL antes y después del cambio, así como las variaciones en áreas específicas no incluidas en este como la vida social o familiar.

Resultados

Presentamos resultados preliminares de 14 pacientes, 40% mujeres y 60% varones con una edad media de 66,4 años (DS 12,86) con una comorbilidad media de 6,7 puntos (DS 3,43)

según el Índice de Charlson. Realizamos la prueba de Wilcoxon sin evidenciar diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros analíticos evaluados antes y después del cambio de pauta y manteniendo, en la mayoría de los casos, el mismo tratamiento médico evaluado sin variaciones. Ninguno de ellos presentó peritonitis posteriormente ni otras complicaciones o ingresos. Por otro lado, sí se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p=0,007$) en calidad de vida medida por EuroQoL. Además, el 70% de los pacientes mejora su vida social y familiar, el 60% realiza más viajes y el 80% dedica más tiempo a otras actividades como el deporte.

Conclusiones

Con los resultados obtenidos podemos decir que la disminución de un día de tratamiento en pacientes seleccionados no actúa en detrimento de sus variables clínicas y analíticas. Sí impacta de manera significativa en su calidad de vida, además de obtener otros beneficios:

- Preservar durante más tiempo la función renal residual.
- Alargar la vida media de la membrana peritoneal.
- Disminuir la tendencia a la obesidad al reducir el aporte de glucosa.
- Disminuir el riesgo cardiovascular.
- Disminuir el riesgo de peritonitis, al disminuir el número de conexiones.

¿Es imprescindible disponer de cuidador en hemodiálisis domiciliaria?

Sandra Carrasco-Rubio, María José Castro-Notario, María Paz Ruíz-Álvarez, Patricia Moreno-Liébbana, María Elena Cristóbal-García, Gloria del Peso-Gilsanz

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

La Hemodiálisis Domiciliaria (HDD) supone una alternativa de tratamiento sustitutivo renal que permite al paciente más independencia. Tradicionalmente, para realizar HDD se ha exigido la presencia de un cuidador dando lugar a su sobrecarga que se ha definido como un inconveniente para el desarrollo de la técnica. En nuestra unidad creemos que, siempre que sea posible, se debe entrenar sólo a los pacientes eliminando los inconvenientes que supone la presencia de un cuidador, causando que muchos pacientes no elijan la HDD al no querer implicar a su familia en la técnica.

Objetivo

Evaluar los resultados de los pacientes en HDD que se dializan sin ayuda de un cuidador.

Material y Método

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que iniciaron HDD desde 2006 hasta 2023. Se estudiaron datos demográficos, situación socio-laboral, dependencia para las ABVD (según índice de Barthel), dependencia para la técnica y tasa de complicaciones. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15. Todos los pacientes dieron consentimiento informado.

Resultados

Se estudiaron 62 pacientes (Hombres 67,5%), con una edad media de $55,2 \pm 18$ años, su estancia media en HDD fue de $32,9 \pm 26,5$ meses. Eligieron HDD por evitar desplazamientos el 14,5% y el resto ($n=53$) por deseo de independencia y para mantener su estilo de vida habitual. El 51,6% ($n=32$) tenían actividad laboral. Vivían en compañía de su pareja u otros familiares 48 pacientes (77,4%), 13 vivían solos y 1 institucionalizado. Dependencia ABVD: 2 pacientes (3,2%) tenían dependencia moderada, el resto eran independientes. Dependencia para la técnica: independientes 67,8%, necesitaban ayuda 14,5% y eran totalmente dependientes de cuidador 17,7%. Siempre realizaban la HD acompañados 24 pacientes (38,7%) aunque el 17% de ellos era independiente

para la técnica. Realizaban la HD sin compañía 38 pacientes: siempre 22 pacientes (35,5%) y 16 (25,8%) de manera ocasional. El motivo para no estar siempre acompañados era por vivir solos (34%) y por no querer implicar a su familia (66%). Los pacientes que se dializaban solos eran significativamente más jóvenes que los que se dializaban acompañados ($47,4 \pm 15$ vs $67,7 \pm 16$; $p=0,000$) y tenían mayor actividad laboral ($65,8\%$ vs $29,2\%$; $p=0,005$). De manera no significativa el porcentaje de mujeres era mayor en el grupo no acompañado (39,5% vs 21,8%). No hubo diferencia en el tiempo de seguimiento ni el resto de variables analizadas. Hubo 35 casos de complicaciones relacionadas con la técnica de ellas 15 fueron potencialmente graves aunque sólo en 3 ocasiones necesitaron atención hospitalaria. Los pacientes no acompañados sufrieron 13 casos (37%) y ninguno fue grave, todos estuvieron relacionados con el acceso vascular.

Conclusiones

Más de la mitad de nuestros pacientes se dializan sin compañía por deseo de ser independientes y no implicar a su familia. Estos pacientes son más jóvenes, mantienen mayor actividad laboral y sufren menos complicaciones, ninguna potencialmente grave. Según nuestra experiencia no consideramos que sea imprescindible la presencia de un cuidador en todos los casos. Exigir que el paciente esté acompañado puede ser una política demasiado restrictiva y es poco probable que reduzca la tasa de complicaciones.

La hemodiálisis domiciliaria corta y frecuente con monitor de bajo flujo Physidia® se tolera mejor que la sesión de hemodiafiltración en línea en centro: resultados de un ensayo clínico aleatorizado

María Rodrigo-Valero, Celia Domingo-Puig, Victoria Iranzo-Quevedo, Gabriela Pérez-Boix, Manuel Vicente Ruiz-Carratalá, Alicia Santos-Bernia

Fresenius Medical Care Services Andalucía, S.A. Málaga. España

Introducción

Aunque la hemodiálisis domiciliaria (HDD) corta frecuente (2 horas y 30 minutos, 5-6 días a la semana) se tolera mejor que la HD estándar en centro (4 horas, 3 días por semana), se desconoce si los mismos beneficios existen al compararla con la hemodiafiltración en línea (HDF-OL), que también ha demostrado mejor tolerancia que la HD estándar.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue comparar la tolerancia y el tiempo de recuperación de una sesión de HDD de 2 horas 30 minutos respecto a una sesión de HDF-OL de 4 horas, ambos datos relevantes en la percepción sobre la calidad de vida que refieren nuestros pacientes.

Material y Método

Ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado y cruzado, para comparar la tolerancia y el tiempo de recuperación de una sesión de HDD de 2 horas 30 minutos de bajo flujo mediante monitor Physidia® frente a una sesión de 4h de HDF-OL. Al finalizar ambas sesiones a los pacientes se les pasó una escala EVA validada en población en HD y que cuantificó entre 0 (ningún síntoma) y 10 (máxima intensidad) doce síntomas referidos a la sesión de diálisis, incluyendo cansancio, frío, rampas, hipotensión arterial, prurito, mareo, cefalea, dorsalgia, disnea, palpitations, náuseas y dolor abdominal. Para valorar el tiempo de recuperación se le preguntó al paciente en la siguiente sesión de diálisis el tiempo que habían tardado en recuperarse de la sesión previa, mediante la pregunta validada: "¿Cuánto tiempo tarda en recurrarse después de la sesión de hemodiálisis: minutos, al llegar a casa, al acostarse, a la mañana siguiente o en la siguiente sesión?". El orden de asignación de cada tratamiento se realizó al azar. En ambas sesiones se utilizó el mismo filtro de diálisis de alta permeabilidad (NS-18, Toray®). Las variables de tolerancia y de recuperación se compararon mediante test de Wilcoxon y test de Chi-cuadrado, respectivamente.

Resultados

Se incluyeron 40 pacientes (edad media: 62,19 años; mujeres: 42,5%; diabéticos: 20%; mediana de índice de Charlson: 5; acceso vascular: 84% fístula). La sesión de HDD fue mejor tolerada, con significativamente menor grado de cansancio, frío, cefalea y dorsalgia que la HDF-OL. Del mismo modo, el tiempo de recuperación tras la sesión de HDD fue significativamente menor que tras la sesión de HDF-OL, siendo de tan solo unos minutos en el 58% de las sesiones de HDD frente al 30% de las sesiones de HDF-OL ($p=0,007$).

Conclusiones

La HDD corta frecuente de 2 horas 30 minutos con monitor Physidia presenta una mejor tolerancia y menor tiempo de recuperación que la HDF-OL de 4 horas en centro. Reducir los síntomas intradiálisis y recobrar sus actividades cotidianas de forma temprana, va a proporcionar a los pacientes una mejor percepción de su estado de salud. Este dato debería ser facilitado a pacientes y familiares en su toma de decisiones respecto a su elección de la técnica de diálisis.

Perfil de los pacientes exitus en la unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal durante los últimos cinco años

Judit Bou-Folgarolas, Sònia Elvira-Carrascal, Marta Colomer-Codinachs, Rosa Prat-Canal, África Anguita-Cañada, Emma Puigoriol-Juveny

Corporacio Sanitari Vic. Barcelona. España

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERCA) es una patología con elevada prevalencia e incidencia a nivel mundial, supone un grave problema de salud pública que va en aumento. Los pacientes con ERCA en tratamiento substitutivo presentan una mortalidad más elevada que en otras patologías como puede ser el cáncer, diabetes, insuficiencia cardíaca o accidente vascular cerebral. Las curas paliativas en el ámbito de la nefrología pueden mejorar la calidad de vida, preparar la muerte y facilitar el duelo de los enfermos y sus familiares. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera necesaria la atención al enfermo y a su familia en el proceso de final de vida.

Objetivos

El objetivo de este estudio es Describir el perfil de los pacientes exitus en los últimos cinco años en la unidad de nefrología.

Material y Método

Estudio descriptivo de los pacientes exitus con tratamiento substitutivo, durante los últimos cinco años (2019-2023). Las variables de estudio fueron: edad, sexo, técnica, Barthel, riesgo de caídas, etiología de la enfermedad renal, tipo de acceso vascular, valores analíticos, lugar de la muerte, motivo de defunción y voluntades anticipadas.

Resultados

Se incluyeron 94 pacientes, con una media de edad de $75,76 \pm 9,71$ años y el 62,8% eran hombres. El 91,5% estaba en hemodiálisis (HD). La etiología de la enfermedad renal era: diabetes tipo I: 1,1%, diabetes tipo II: 16%, fracaso renal agudo: 5,3%, poliquistosis renal: 3,2%, pielonefritis: 3,2%, glomerulonefritis: 3,2%, amiloidosis: 2,1%, enfermedad de Berger: 2,1%, isquemia renal: 2,1%, hipertensión: 2,1%, mieloma: 1,1%, nefritis hereditaria: 1,1%, y etiología no identificada: 56,4%. El 39,4% tenían fístula, el 53,2% catéter y el 7,4% estaba en diálisis peritoneal (DP). La media de la hemoglobina

era de $11,28 \pm 2,3$, de la albumina sérica $3,13 \pm 0,6$, del fosforo era $4,39 \pm 1,8$ y del potasio de un $4,56 \pm 0,9$. Las causas de la defunción fueron: deterioro funcional: 22,3%, insuficiencia cardíaca: 10,6%, COVID: 9,6%, insuficiencia respiratoria: 9,6%, choque séptico: 9,6%, paro cardio respiratorio: 8,5%, colecistitis: 3,2%, hemorragias: 3,2%, isquemia extremidades inferiores: 3,2%, mieloma: 3,2%, neoplasias: 2,1%, traumatismo craneoencefálico y accidente: 2,1%, cirrosis: 2,1%, isquemia: 2,1%, bronco aspiración: 2,1%, edema agudo: 1,1%, carcinoma: 1,1%, colangitis: 1,1%, intento autolítico: 1,1%, rectorragias: 1,1%, ictus: 1,1%. El 80,3% de los pacientes presentaban dependencia. El 97,9% tenía riesgo de caídas. El 86,2% de nuestros pacientes han sido exitus en un centro hospitalario y el 2,1% tenía las voluntades anticipadas.

Conclusiones

El perfil de nuestros pacientes es mayoritariamente hombres, fallecidos en centros hospitalarios, sin el documento de voluntades anticipadas. Solo 2 personas de las 13 que murieron en el domicilio fue por decisión propia. Los pacientes que permanecen en tratamiento con HD y DP, tienen una elevada mortalidad, y esta se asocia a factores no modificables. Los pacientes con ERCA tienen que tomar decisiones sobre su tratamiento, el final de vida y conocer la existencia del documento de voluntades anticipadas, esto implica discutir con ellos las preferencias y deseos sobre su atención sanitaria al final de vida. Esta información les ayudará tomar decisiones informadas y mejorar su calidad de vida en la etapa final.

Valoración y prevalencia de 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 de Barcelona. Barcelona. España

Introducción

La sarcopenia se reconoce formalmente como una enfermedad muscular afectando tanto a la pérdida de masa como a la fuerza muscular. La atención óptima para las personas con sarcopenia es esencial para la gran carga personal, social y económica cuando no se trata. La sarcopenia aumenta el riesgo de caídas, afecta a las actividades de la vida diaria y se asocia con deterioros cognitivos y de movilidad, en consecuencia, menor calidad de vida y muerte. Los estudios han proporcionado evidencia de que ciertas estrategias de tratamiento pueden ayudar a prevenir o retrasar las consecuencias adversas. La literatura recoge mucha evidencia en pacientes sometidos a hemodiálisis en centro, siendo muy escasa en los que están incluidos en programas domiciliarios.

Objetivos

Valorar la sarcopenia en una unidad de diálisis domiciliaria según un protocolo de diagnóstico específico y comparar si existen diferencias por sexo y modalidad (diálisis peritoneal y la hemodiálisis domiciliaria) respecto a su prevalencia.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal en el que se evalúan pacientes con enfermedad renal crónica en programa de terapia domiciliaria en nuestro hospital. Las herramientas utilizadas fueron: SARC-F, como cuestionario de cribado Fuerza de agarre mediante dinamómetro de mano calibrado Cantidad de músculo, mediante bioimpedancia Rendimiento físico mediante la prueba de batería corta de desempeño físico y velocidad de la marcha. Los puntos de corte fueron los proporcionados por el European Working Group on Sarcopenia in Older People de 2019.

Resultados

Incluimos 33 pacientes, 23 hombre (69,6%) con una edad media de $61,6 \pm 14,6$ años, 17,3% con diabetes y 10 mujeres (30,4%) con una edad media de $50,6 \pm 20$ años, ninguna con diabetes. Según modalidad, 26 (78,7%) en diálisis peritoneal

y 7 (21,3%) en hemodiálisis domiciliaria. De forma global presentaron, 33,3% de sarcopenia probable (fuerza disminuida), 18,1% de sarcopenia confirmada (baja fuerza + masa muscular baja) y 12,1% sarcopenia severa (baja fuerza + masa muscular baja + función muscular disminuida) y 36,5% sin sarcopenia. Los hombres presentaron 43,4% de sarcopenia probable, 21,7% confirmada, 17,5% severa y 17,4% sin sarcopenia. Las mujeres, 30% probable, 3% confirmada, ninguna severa y 67% sin sarcopenia. Analizando las dos modalidades de diálisis domiciliaria, los pacientes hombres de diálisis peritoneal 20 (76,9%) presentaron 50% de sarcopenia probable, 25% confirmada, 20% severa y 5% sin sarcopenia. Las mujeres 6 (23%) únicamente 16% presentaron sarcopenia probable. Con $22,8 \pm 19,7$ meses de media en diálisis. Los pacientes que hacían hemodiálisis domiciliaria: 3 hombres (42,8%) y 4 mujeres (57,1%), únicamente una mujer (25%) presentó sarcopenia confirmada. Con $7 \pm 5,26$ meses de media en diálisis.

Conclusiones

La sarcopenia en las unidades de diálisis domiciliaria está presente en un elevado porcentaje de pacientes en sus diferentes estadios, siendo más prevalente en los hombres y en la técnica de diálisis peritoneal, probablemente relacionado con nuestro reciente inicio del programa de hemodiálisis domiciliaria. Para no progresar a grados de sarcopenia severa es imprescindible intervenir en estadios más iniciales de la enfermedad, estableciendo estrategias dirigidas a prevenir su progresión con programas de ejercicio e intervención a nivel nutricional individualizados.

Creación de la consulta cardiorenal y su impacto en el bienestar de los pacientes: experiencia en nuestro centro

Amanda Hernandis-Latorre, Manuel Vicente Ruiz-Carratalá, Amparo M^a Alba-Manzana, Pilar Pascual-Estellés, Sandra Beltrán-Catalán, Amparo Valls-Serral

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción

En 2008, la definición del “Síndrome Cardiorenal” fue ampliada para incluir trastornos que afectan tanto al corazón como al riñón, donde la disfunción en uno puede desencadenar la disfunción en el otro. Esta comorbilidad se asocia con un pronóstico desfavorable debido al mayor riesgo de hospitalización y mortalidad.

Objetivo

Analizar cómo la creación de la consulta cardiorenal ha afectado el estado de los pacientes, sus hospitalizaciones y su percepción de calidad de vida.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico, recopilando datos de pacientes atendidos entre noviembre de 2020 y marzo de 2024. Se registraron variables como sexo, edad, seguimiento, ingresos hospitalarios y resultados de la Escala Kansas de Insuficiencia Cardíaca.

Resultados

Participaron en el estudio un total de 47 pacientes, de los cuales 37 eran hombres y 10 mujeres, con una edad promedio de 77,9 años. Se observó una reducción significativa en los ingresos hospitalarios, pasando de 4,35 antes del seguimiento a solo 0,31 después del mismo. La duración media del seguimiento fue de 12 meses. Durante este periodo, 7 pacientes fueron derivados a otras consultas especializadas tras recibir el alta, mientras que 40 pacientes continuaron siendo atendidos en la consulta de cardiorenal. Dentro de este grupo, 14 pacientes permanecieron únicamente en seguimiento en consulta, 7 iniciaron diálisis peritoneal (DP), 1 inició hemodiálisis (HD) y 18 fallecieron (2 de ellos después de iniciar DP).

Conclusiones

De acuerdo con el último consenso de los grupos de trabajo cardiorenal de la SEC y la SEN, modelos multidisciplinares de atención como la Consulta Cardiorenal, han demostrado mejorar los resultados cardiovasculares y renales. La atención coordinada por cardiólogos, nefrólogos y enfermeras especializadas ha reducido las hospitalizaciones y mejorado la calidad de vida de los pacientes, justificando así la importancia de este enfoque en la gestión de pacientes con síndrome cardiorenal.

Diseño de un Patient-Reported Experience Measures (PREM) específico para el proceso de ayuda en la toma de decisiones del tratamiento renal sustitutivo en enfermedad renal crónica avanzada

María del Carmen Rodado-Alfonso, Apolonia Margalida Alcover-Sansaloni, Catalina Amengual-Tomás

Hospital Fundación Son Llátzer. Baleares. España

Introducción

En el año 2003 se abrió la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en nuestro hospital. Está formada por 1 enfermera y 3 nefrólogos. En el año 2009 se obtuvo la certificación ISO. En el año 2021, queriendo conocer el nivel de satisfacción de los pacientes, se diseñó un Patient-Reported Experience Measures (PREM) sobre el proceso TRS.

Objetivos

Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del proceso TRS en consulta ERCA.

Material y Método

Se entregaron 41 encuestas al finalizar el proceso de elección de TRS desde 5-2021 hasta 11-2023. Los pacientes respondían de forma totalmente anónima y voluntaria. Consta de 25 preguntas con un apartado final de texto libre para comentarios. Los temas que se abordan son: tiempo, información recibida, Trato recibido, Material didáctico, etc.

Resultados

En referencia al tiempo de espera en la consulta, un 83,1% consideraron que era adecuado y un 12,6% regular. El tiempo dedicado a los pacientes, un 94,3% consideraron que era correcto, un 1,5% regular y un 4,25% de pacientes no contestaron (NC). La información recibida sobre la opción de Hemodiálisis, un 80% contestaron que estaba bien o muy bien, un 3,3% eligieron muy mal o regular. Un 16,65% NC. La información recibida sobre la opción de Diálisis Peritoneal fue satisfactoria para un 84% frente a un 5% regular, mal o muy mal. Un 10,95% NC. La explicación sobre la opción de Hemodiálisis domiciliaria fue satisfactoria para un 82,4 % y para un 3,3% fue muy mal o regular. Un 14,2% NC. La información sobre la lista de espera y la opción de trasplante cadáver, eligieron la opción bien o muy bien un 57,45% y un 6,66% contestaron muy mal o mal. Un 35,8% NC. La opción de Trasplante de donante vivo, un 52,45% consideraron ade-

cuadas, las explicaciones y un 6,63% no. Un 40,4 % NC. El Tratamiento conservador y las consecuencias de elegirlo, un 66,5% contestaron bien o muy bien y un, 3,74% regular. Un 21,68 NC. El tiempo dedicado a informar las técnicas, claridad de la información y material didáctico, fue satisfactorio para un 89,9%, un 5,8% regular y un 4,2% NC. La valoración del personal sanitario sobre el respeto a su intimidad, confianza transmitida, amabilidad y predisposición para solventar las dudas, fue positiva para un 96,5%, un 3,5% no. Sobre si el trato ha sido personalizado, el 95,2% responde afirmativamente y un 4,8% NC. Respecto a quien les ha ofrecido la información más útil sobre su enfermedad y TSR, el 91,6% responden que la enfermera y el médico. Un 100% califica muy positivamente su nivel de satisfacción con la consulta y un 95,8% la recomendaría.

Conclusiones

Nuestros pacientes muestran un nivel de satisfacción alto del proceso TRS. Destacar que 1/3 de las preguntas sobre trasplantes no han sido contestadas y la satisfacción de la información recibida está alrededor del 50%. Sospechamos que son aquellos que lo tenían contraindicado. El seguimiento a largo plazo de este PREM nos ayudará a afinar más el proceso de ayuda en la toma de decisiones.

Factores determinantes en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la enfermedad renal crónica avanzada: una guía para el diseño de estrategias

Antonio López-González, Lorena Díaz-Rodríguez, Teresa Pérez-López, Mercedes Mosteiro-Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. La Coruña. España

Introducción

La adherencia al tratamiento en la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un componente crucial para ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. En este aspecto, el tratamiento farmacológico es pieza clave, pero la adherencia a este resulta ser un desafío. Para garantizar resultados óptimos, las enfermeras han de adquirir un rol activo en la gestión farmacológica de la enfermedad renal avanzada, siendo la comprensión de los factores relacionados con el incumplimiento un elemento fundamental para poder diseñar y desarrollar estrategias efectivas.

Objetivo

Analizar el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente en seguimiento en Consulta ERCA de Enfermería y conocer los factores que se asocian al incumplimiento.

Material y Método

Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo realizado sobre los pacientes que han iniciado seguimiento en consulta ERCA de Enfermería desde julio de 2015 hasta febrero de 2024. Como variable principal se recogieron datos para analizar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico a través del test de Morisky-Green. Como complemento, se ha reunido información relacionada con la edad, género, población, nivel de estudios y estado laboral. Además, se recogieron variables de carácter clínico relacionadas con los antecedentes personales de paciente y datos relacionados con el afrontamiento de la enfermedad renal. Para evaluar la asociación entre variables se utilizó el test de chi-cuadrado.

Resultados

Se han analizado un total de 1087 pacientes, 386 (35%) mujeres y 701 (65%) hombres, con una media de edad de 70,64±0,38 años. El 895 (82%) de los de los pacientes fueron derivados de la Consulta ERCA médica con una filtración glomerular media de 20,49±0,36 ml/min/1,73 m², sien-

do la principal etiología de la enfermedad Renal 326 (30%). El 150 (13%) de los pacientes presentan baja adherencia al tratamiento farmacológico, siendo la toma fuera de horario 53 (34%) y el olvido de tratamiento 106 (70%) las causas más frecuentes. Son factores de baja adherencia al tratamiento farmacológico el disponer de formación académica ($p<0,001$), presencia de ansiedad ($p=0,002$), presencia de temor ($p<0,001$), presencia de dolor ($p=0,006$), presencia de discapacidad visual ($p=0,006$), presencia de discapacidad auditiva ($p=0,009$), presencia de dolor crónico ($p=0,006$) y los antecedentes de tabaquismo ($p<0,001$).

Conclusiones

La adherencia al tratamiento farmacológico es un comportamiento dinámico influenciado por múltiples factores. El conocerlos es un aspecto crucial en la gestión de la salud de los pacientes que inician seguimiento en la Consulta ERCA de Enfermería y clave para el diseño de estrategias orientadas a conseguir un manejo óptimo de tratamiento farmacológico. De este modo, hay que hacer especial hincapié en los pacientes que disponen de formación académica, presentan limitaciones sensoriales y hábitos tóxicos ya que está asociado a un bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico. Así mismo, un afrontamiento ineficaz de la enfermedad manifestado por la presencia de temor y/o ansiedad junto con una inadecuada gestión de dolor son factores que influyen de manera negativa en la adherencia a la pauta farmacológica.

Influencia de la calidad de vida percibida en las personas con enfermedad renal crónica avanzada y su relación con la modalidad de la terapia renal sustitutiva

Miguel Ángel Moral-Caballero, Graciela Álvarez-García, Eva Sanjuan-Suria, Begoña García-Traissac, M^a Olga Almería-Gómez, Patricia M^a Ochoa-Pérez

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se ha convertido en un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia, prevalencia y morbimortalidad. El inicio en terapia renal sustitutiva (TRS) conlleva un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Por este motivo, es importante analizar las diferencias entre las diferentes modalidades de TRS y conocer la influencia en la calidad de vida percibida. Con el fin de contribuir a mejorar el proceso de la elección de la TRS y contribuir a incrementar la aceptación y la adhesión del tratamiento, que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de estas personas.

Objetivo

Analizar la influencia de la calidad de vida en las personas con ERCA y su relación con la modalidad de la terapia renal sustitutiva.

Material y Método

Estudio observacional, transversal. La muestra la conforman 80 pacientes, 55 pacientes en hemodiálisis (HD), 19 pacientes en diálisis peritoneal (DP) y 6 pacientes en hemodiálisis domiciliaria (HDD). Se recogieron datos clínicos y sociodemográficos: edad, sexo, presencia de diabetes mellitus (DM), Comorbilidad (Índice de Charlson) y tipo de TRS. Como herramienta utilizamos el cuestionario SF-36 adaptado a ERC. Se utilizó el programa SPSS-v23.

Resultados

La media de edad fue de $71,36 \pm 13,58$ años los pacientes en HD y $65,36 \pm 14,30$ años en DP. De los 80 pacientes que conformaban la muestra, el 58% eran hombres, el 30,3% diabéticos. La valoración media del Índice de Charlson fue de $5,58 \pm 1,23$. En cuanto a su estado de salud actual, ¿Lo limita para hacer ciertas actividades de la vida diaria?. Los pacientes en DP el 100%, opinan que les limita un poco, los pacientes en HD en hospital un 100%, les limita mucho. Cuanto a

cuánto a el dolor si dificulta su trabajo normal (casa, fuera de casa), un 89% de los pacientes en HD y el 74% HDD, refieren que el dolor les afecta bastante, los pacientes en DP un 42% opinan que les afecta un poco. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria a un 96% de los pacientes en HD, les molesta muchísimo la dieta, en cuanto a DP un 22% les molesta poco la dieta ($p < 0,001$).

Conclusiones

Los pacientes en HD en hospital tienen mayor preocupación por la dieta y las actividades sociales, así como mayor percepción de que el dolor afecta a su vida diaria, que los que están en TRS en domicilio. Hemos encontrado una mejor percepción de CV en los pacientes que están en la modalidad de TRS domiciliaria en relación a los que eligieron HD en hospital. El rol de la enfermera de la Unidad de ERCA es muy importante en el proceso de información sobre la libre elección de la TRS, para asegurarnos que el paciente termine en la modalidad de TRS de elección y poder mantener su calidad de vida.

Influencia de la educación terapéutica en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada en la selección de terapia renal sustitutiva

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

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción

La Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es un servicio diseñado para brindar atención integral a pacientes que padecen enfermedad renal crónica avanzada. Esta consulta también ofrece educación terapéutica como parte fundamental de su enfoque de atención. Esta educación terapéutica, centrada en capacitar a los pacientes y sus familias para manejar eficazmente su enfermedad, es liderada principalmente por enfermeras especializadas en nefrología. Estas enfermeras desempeñan un papel crucial al proporcionar información detallada sobre la enfermedad renal crónica, explicar las opciones de tratamiento disponibles y ofrecer orientación sobre cómo adaptar el estilo de vida para promover la salud renal y mejorar la calidad de vida.

Objetivo

Evaluar el impacto de la educación terapéutica en la consulta de ERCA en la elección de la terapia renal sustitutiva (TRS).

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo unicéntrico, recopilando datos de pacientes tratados entre enero de 2021 y marzo de 2024. Se registraron variables como sexo, edad y terapia renal sustitutiva elegida.

Resultados

Participaron 103 pacientes (78 hombres y 25 mujeres) con una edad media de 67,24 años. La elección final de terapia por parte de los pacientes fue: 51 diálisis peritoneal (DP), 8 hemodiálisis domiciliaria (HDD), 34 hemodiálisis en centro (HD), 7 manejo conservador, 1 trasplante renal de donante vivo y 2 trasplantes renales anticipados. A lo largo de los años, se observó un aumento en la elección de técnicas domiciliarias (DP y HDD) en comparación con la HD en centro.

Conclusiones

La educación terapéutica en la consulta de ERCA ha generado un aumento en la elección de terapias renales sustitutivas domiciliarias en comparación con la hemodiálisis en centro. La atención coordinada por nefrólogos y enfermeras especializadas ha influido en la elección de los pacientes hacia técnicas que favorecen la independencia y el autocuidado. Esto destaca la importancia de la enfermería en la educación terapéutica en la consulta de ERCA para el manejo integral de los pacientes renales.

La fragilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica después de una intervención educativa

Judit Bou-Folgarolas, Sònia Elvira-Carascal, Marta Colomer-Codinachs, Miriam La Salle-Botey, Imma Alcaide-Gálvez, Emma Puigoriol-Juventeny

Hospital Universitario de Vic. Barcelona. España

Introducción

La fragilidad ha sido definida como un síndrome o estado de deterioro y aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés que se produce con el envejecimiento. Los factores de riesgo asociados a la fragilidad son las comorbilidades, la baja posición socioeconómica, la mala alimentación y los estilos de vida sedentarios. Existen condiciones y enfermedades que provocan cambios semejantes al envejecimiento y pueden derivar en un estado de fragilidad en edades más jóvenes como la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Objetivos

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa y el grado de fragilidad de los pacientes con tratamiento renal substitutivo con hemodiálisis (HD).

Material y Método

Se realizó un estudio de intervención descriptivo de los pacientes tratados en una Unidad de HD de un Hospital Universitario, de febrero a noviembre de 2023. 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 se categoriza 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).

Intervención

Se realizó una intervención educativa, que consta de un programa de ejercicio físico intradiálisis, con actividades aeróbicas de intensidad moderada. La evaluación de la fragilidad la realizó la enfermera referente de cada paciente y los datos sociodemográficos se recogieron de la historia clínica de los pacientes con su consentimiento. Resultados Se incluyeron un total de 67 pacientes tratados en HD de los cuales 44 (65,7%) pacientes realizaron actividad física. Los pacientes de HD tenían una media de edad de $70,7 \pm 12,7$ años. El 35,8%

eran mujeres y el tiempo en HD fue de una mediana de 2 años (P25=1; P75=5). El IF-VIG de febrero de los pacientes que realizaron ejercicio físico fue: 34,1% no fragilidad, 50,0% fragilidad inicial, 13,6% fragilidad intermedia y 2,3% fragilidad avanzada mientras que los que no realizaron ejercicio físico 34,8% no fragilidad, 39,1% fragilidad inicial, el 17,4% fragilidad intermedia y 8,7% fragilidad avanzada ($p > 0,05$). IF-VIG en el mes de noviembre de los pacientes que realizaron ejercicio físico fue: 27,3% no fragilidad, 45,5% fragilidad inicial, 22,7% fragilidad intermedia y 4,5% fragilidad avanzada mientras que los que no realizaron ejercicio físico 17,4% no fragilidad, 52,2% fragilidad inicial, el 17,4% fragilidad intermedia y 13,0% fragilidad avanzada ($p > 0,05$). Los pacientes que realizaron actividad física la fragilidad fue parecida entre febrero y noviembre, al igual que los pacientes que no hicieron actividad física. Pero destaca que los pacientes que no realizaron la intervención aumentaba el número de fármacos y empeoraba el dolor.

Conclusiones

Las actividades preventivas son un buen instrumento para mejorar la fragilidad de nuestros pacientes. Al no existir tratamiento curativo para esta enfermedad, la prevención desde el ámbito educativo es relevante para mejorar la fragilidad. Una intervención hospitalaria estandarizada educativa y de ejercicios físicos activos mantiene la capacidad funcional de los pacientes en hemodiálisis.

Resultados acerca de la elección del tratamiento renal sustitutivo. Primer año de consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada

Tamara de Castro-de la Cruz, Susana Rosa-Senra

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España

Introducción

La consulta de Enfermería de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) se caracteriza por proporcionar educación y apoyo suficiente para fomentar la participación activa de la persona con ERCA en su autocuidado. Planificar una toma de decisiones conjunta es un aspecto fundamental en la etapa ERCA. Una elección adecuada y anticipada del tratamiento renal sustitutivo (TRS) no solo podrá conseguir adaptar el tratamiento al estilo de vida de la persona, sino que se verá reflejado en un menor coste sanitario y una mayor sostenibilidad del sistema sanitario. El objetivo del trabajo es describir la elección del TRS de los adultos con ERCA que acuden a la consulta de enfermería ERCA.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo en adultos con ERCA atendidos en la consulta de Enfermería ERCA en su primer año de funcionamiento en un Hospital de segundo nivel, siendo el periodo de inclusión desde el 14 diciembre de 2022 a 31 de diciembre de 2023. Los datos se han recogido a través de la historia clínica electrónica de las personas incluidas en el estudio: sexo, edad, causa de enfermedad renal crónica (ERC), número de consultas realizadas, CKD-EPI, signos y síntomas relacionados con la ERC, cumplimentación de test de elegibilidad, opción y fecha de inicio de TRS elegido y acceso vascular. Los datos fueron analizados y procesados por el programa Excel Microsoft 2019.

Resultados

Durante el primer año de instauración de la consulta de Enfermería ERCA se atendieron a 117 personas procedentes de la consulta de nefrología ERCA (edad media 74,13 años, siendo un 63,24% hombres). Fueron derivados de la consulta médica ERCA aportando cumplimentada la parte médica del test de elegibilidad (en el 78,63% de los casos). Se atendió un 39,39% del total de personas con ERCA prevalentes a fecha 31 de diciembre de 2023. Se inició la consulta un día a la semana, aumentando a 3 días en los últimos 4 meses del año.

La media de CKD-EPI fue de 19,39. La media de consultas realizadas fue de 1,65, de los cuales el 87,17% tomó decisión sobre el TRS tras la consulta de enfermería ERCA. El 23,52% diálisis peritoneal (DP), el 1,96% Hemodiálisis Domiciliaria (HDD), el 14,7% tratamiento conservador y el 59,80% hemodiálisis hospitalaria (HDH). Con relación al trasplante renal (Tx), del total de personas atendidas, el 3,41% optó por donación de donante vivo de un familiar y el 17,09% por inclusión en lista de espera de Tx de donante cadáver. Un 26,49% no fue capaz de tomar decisión en relación al Tx.

Conclusiones

La persona con ERCA tras recibir un proceso educativo estructurado en la toma de decisión compartida del TRS, con una mayor disponibilidad de tiempo y herramientas de educación, observamos que, aunque la elección de HDH sigue siendo mayor que el resto (edad media 74, 59 años), la elección de terapias domiciliarias y Tx aumenta en personas con una media de edad menor (70,30 años y 65,29 años respectivamente).

Alteración de la imagen corporal en pacientes en diálisis

Eva Sanjuán-Suría, Graciela Álvarez-García, Begoña García-Traissac, María Olga Almería-Gómez, Concepción Redondo-Polo, Miguel Ángel Moral-Caballero

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) supone un cambio de vida para los pacientes, ya que, requiere un tratamiento renal sustitutivo (TRS); pudiendo ser terapia de reemplazo renal (TRR) o trasplante renal. Dentro de la TRR, se requiere un acceso de diálisis. La diálisis peritoneal (DP) implica la inserción de un catéter permanente en el peritoneo: catéter peritoneal (CP); mientras que la hemodiálisis (HD) precisa de un acceso vascular permanente: fístula arteriovenosa (FAV) o catéter venoso central tunelizado (CVCT). Esto puede ocasionar cambios en la imagen corporal, produciendo alteración de la percepción de la estética corporal, problemas de autoestima y limitaciones psicosociales; influyendo en la vida social, la intimidad, la autoestima y la sexualidad de los pacientes.

Objetivos

Determinar la relación entre el acceso de diálisis y la preocupación por la imagen corporal de los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal (TRR); y detectar en qué técnica de diálisis (HD o DP) existe mayor repercusión.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional transversal. La muestra la conformaban 74 pacientes en HD y DP, en un hospital público. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos; edad, sexo, tipo de TRR, acceso de diálisis actual y tiempo medio estancia en diálisis. Para medir la preocupación de la imagen corporal, en relación al acceso de diálisis; se utilizó como instrumento, el Body Image Concern Inventory Questionnaire de Littleton.

Resultados

Se valoraron 74 pacientes en HD y DP. La media de edad fue de $71,36 \pm 13,58$ años en HD y $65,36 \pm 14,30$ años en DP. De los 74 pacientes que conformaban la muestra; el 58% eran hombres. Siendo la proporción hombre/mujer en ambas técnicas (HD y DP) igual. De los 55 pacientes que conformaban

la muestra en técnica de HD; un 49% tenían FAV, mientras que un 51% portaba CVCT. Y diecinueve pacientes eran portadores de catéter peritoneal. Según el Body Image Concern Inventory Questionnaire:

- Los pacientes en DP: estaban insatisfechos con su apariencia en relación al catéter peritoneal (26,31%), sentían que otros hablan sobre su apariencia (10,52%), que les hacía extremadamente poco atractivos (21%) y que había aspectos que les gustaría cambiar (15,78%). Un (21%) compraban ropa para ocultarlo y ocasionalmente habían perdido actividades sociales (21%).
- Los pacientes en HD: intentaban camuflar los defectos de su acceso vascular (10,90%), compraban ropa para ocultarlo (9,09%) y sentían que les hacía extremadamente poco atractivos (10,90%).

Conclusiones

En base a estos resultados, hemos detectado alteración de la imagen corporal en nuestros pacientes, con repercusión en diversos aspectos psicosociales. Se objetiva mayor impacto en pacientes en DP, que podría correlacionarse con una edad media más joven. El acceso de diálisis (CP, FAV o CVCT) influye en la autoestima y vida social del paciente, pudiendo reflejarse en su autocuidado y afrontamiento de la enfermedad. Una valoración de enfermería integral junto con una buena educación sanitaria y soporte psicológico, ayuda a detectar estos problemas y permite abordar intervenciones adecuadas a las necesidades de nuestros pacientes; con el fin de mejorar su autocuidado.

Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis

Rodolfo Crespo-Montero, Rosa María Merino-Martínez, José Manuel Alcaide-Leiva, Victoria Eugenia Gómez-López, Rafael Casas-Cuesta, Mateo Alcántara-Crespo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Objetivo

Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis (HD). Como objetivo específico identificar las variables más influyentes en la CVRS de estos pacientes.

Material y Método

El estudio ha realizado en 5 centros del área de influencia del servicio de nefrología de un hospital universitario. Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio fueron los pacientes con enfermedad renal en tratamiento con HD periódicas. La muestra final fue de 316 pacientes. Todos ellos, cumpliendo los criterios de inclusión, aceptaron voluntariamente participar en el estudio, previo consentimiento informado. La variable de resultado fue la CVRS. Otras variables analizadas fueron: edad, sexo, tiempo en diálisis, comorbilidad y acceso vascular. Como instrumento de medida de CVRS se empleó el cuestionario Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SF). Se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson (ICC). Aunque el KDQOL-SF es un cuestionario auto-administrado, por una estrategia de optimización de los tiempos se realizó entrevistas a todos los pacientes.

Resultados

Se estudiaron un total de 316 pacientes, con una edad media de $68,47 \pm 13,93$ años; 193 hombres (61,1%). La mediana del tiempo en HD fue de 32 meses (RI=66,75). Como acceso vascular: 73% fístula arteriovenosa (FAV) y el 27% catéter venoso central (CVC) tunelizado. Respecto a las escalas específicas para enfermedades renales los resultados fueron: listado de síntomas/problemas $75,62 \pm 16,73$, efectos de la enfermedad renal $64,78 \pm 21,86$, carga de la enfermedad renal $43,13 \pm 28,59$, situación laboral $27,77 \pm 27,5$, función cognitiva $81,30 \pm 18,92$, calidad de las relaciones sociales $85,73 \pm 18,6$, función sexual $49,84 \pm 34,66$, sueño $64,55 \pm 24,17$, apoyo social $83,03 \pm 25,86$, actitud del personal de diálisis $88,92 \pm 21,15$, satisfacción del paciente

$89,36 \pm 18,13$. En cuanto al cuestionario genérico (SF-36) fueron: función física $42 \pm 32,73$, rol físico $31,64 \pm 41,15$, dolor $62,84 \pm 35,58$, salud general $42,03 \pm 19,84$, bienestar emocional $66,68 \pm 23,68$, rol emocional $62,33 \pm 46,84$, función social $61,83 \pm 37,41$, vitalidad $51,53 \pm 25,65$. Al comparar hombres y mujeres, en general, las mujeres obtienen peores puntuaciones que los hombres en todas las escalas del cuestionario específico para enfermedades renales, con diferencias significativas en listado de síntomas/problemas y función cognitiva. En el cuestionario SF-36, se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones, excepto en rol emocional. La media del ICC fue de $6,46 \pm 2,27$ puntos, relacionándose significativamente con Listado de síntomas/problemas ($r = -0,115$; $p < 0,05$), situación laboral ($r = 0,147$; $p < 0,01$), función sexual ($r = -0,144$; $p < 0,05$), función física ($r = -0,362$; $p < 0,01$), rol físico ($r = -0,125$; $p < 0,05$) y rol emocional ($r = -0,146$; $p < 0,05$). Se relacionó peor calidad de vida con mayor edad y tiempo de HD.

Conclusiones

Podemos concluir que los pacientes que reciben HD de manera periódica presentan una disminución en su CVRS, de manera destacada en carga de la enfermedad renal, sueño, salud general, vitalidad, función física y rol físico. La situación Laboral es la más afectada en este caso, pero no es un dato objetivo, debido a que la mayoría de la muestra eran personas en edad de jubilación. Mientras que las dimensiones mejor valoradas tenían relación al trato recibido por parte del personal sanitario. Los factores más influyentes en la disminución de la CVRS son la edad, el tiempo en HD, el sexo femenino y la comorbilidad asociada.

Análisis de la prevalencia del dolor en pacientes en hemodiálisis: una perspectiva de la enfermería nefrológica

Damián Carneiro-Teijeiro, Eva María Carrera-Rodríguez, María del Carmen Voces-Cuadrado, Cecilia Peña-Rodríguez, María de la Concepción Pereira-Feijóo, Cristina Otero-Moral

Centro Fundación Renal "Os Carballos". Vigo. Pontevedra. España

Introducción

Los pacientes en diálisis presentan una alta carga de síntomas, como el dolor, que, agudo o crónico, perjudica su calidad de vida. La prevalencia del dolor no ha sido descrita y el tratamiento no siempre es eficaz. Reconocer, evaluar y controlar el dolor en estos pacientes es fundamental para la enfermería nefrológica.

Objetivo

Analizar la prevalencia y tratamiento del dolor durante las sesiones de diálisis.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo con datos recopilados durante casi 10 meses de las historias clínicas electrónicas de 15 unidades de diálisis. Los datos incluyen los síntomas de los pacientes, los tipos y la prevalencia del dolor, así como la administración de analgésicos. Los datos se procesaron utilizando Microsoft Excel para Microsoft 365 e IBM SPSS Statistics 29.

Resultados

Se realizaron un total de 132.182 sesiones de hemodiálisis, con 1.566 pacientes. Los síntomas se registraron en 18.451 sesiones (13,96%). El dolor (incluyendo el general, precordial, cefaleas y calambres) se indicó en 9.828 casos, lo que representa el 7,44% de sesiones y el 53,27% de los síntomas reportados. El resto de síntomas representaron 8.623 casos (6,52% sesiones; 46,73% síntomas). De estos, la hipotensión fue el más común (4.399 casos; 3,33% de sesiones; 23,84% de síntomas). En función de la tipología del dolor se describieron:

- El dolor general se presentó en 5.771 sesiones (4,37% de sesiones; 31,28% de síntomas).
- El dolor precordial se presentó en 55 sesiones (0,04% de sesiones; 0,30% de síntomas).

- Los calambres se presentaron en 2.327 sesiones (1,76% de sesiones; 12,61% de síntomas).
- La cefalea se presentó en 1.675 sesiones (1,27% de sesiones; 1,76% de síntomas).
- Los analgésicos se administraron en 4.952 (3,75%) sesiones.

Es importante destacar que la analgesia se aplicó ante la ausencia de dolor de manera significativa y no ante otros síntomas ($p < 0,001$). Sin embargo, el 62,7% (6.162 casos) de los pacientes con dolor no recibieron tratamiento.

Discusión

El estudio describe la prevalencia, gravedad y manejo del dolor en pacientes en hemodiálisis. Aunque la hipotensión es el síntoma más común, el dolor en sus diversas formas es notablemente prevalente, afecta a más de la mitad de los pacientes y requiere atención especial. A pesar de los avances en el tratamiento, el dolor sigue siendo un problema importante para estos pacientes. Las estrategias farmacológicas actuales para el manejo del dolor pueden no ser lo suficientemente efectivas porque una gran proporción de los casos no reciben analgesia. Además, las estrategias no farmacológicas pueden ser una alternativa o un complemento a los tratamientos farmacológicos.

Conclusiones

Este estudio muestra la prevalencia del dolor en pacientes en hemodiálisis. Es posible que las estrategias farmacológicas actuales no sean lo suficientemente efectivas, por lo que es necesario investigar estrategias no farmacológicas y aumentar la conciencia y el conocimiento sobre el manejo del dolor en estos pacientes. Se requiere más investigación para desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas.

Análisis de la situación sociosanitaria de los pacientes renales según su lugar de residencia y el papel de enfermería en su abordaje

Ana María Sacristán-Román, Ana Beatriz Martín-Conde, Marta San Juan-Miguelsanz, José Guerrero-Carrillo, Laura García-Fernández, Rodrigo Martínez-Cafenas

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

En las unidades de hemodiálisis, el trabajo en equipo entre enfermería y trabajadores sociales desempeña un papel crucial en el abordaje de las necesidades sociales de los pacientes, el cual creemos que no es igual en función de la ubicación de las unidades de diálisis que pueden ser de zona rural o urbana, incluso de la comunidad autónoma a la que pertenezca.

Objetivo

Describir y analizar diversas variables socioeconómicas y de bienestar social en esta población para plantear abordajes de enfermería diferentes en función de los distintos perfiles.

Material y Método

Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico. Se analizaron los datos sociodemográficos de la historia clínica electrónica en 11 centros de diálisis, de tres comunidades autónomas, y comparando si vivían en zonas rurales o urbanas. Para la evaluación de la situación social y de dependencia de los pacientes, se utilizaron diversas escalas y herramientas de medición, incluyendo la escala de Gijón, la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel. Se exploraron aspectos como la situación socio-sanitaria, socio-familiar, las relaciones institucionales y las condiciones y tipo de vivienda. Además de la situación laboral y estado civil como indicadores adicionales de su situación social. Los datos se analizaron con IBM SPSS versión 29 con p valor de significación <0,05.

Resultados

Se estudiaron 337 pacientes en hemodiálisis. La edad media fue 66,24 ($\pm 14,7$) años, predominio de varones (63,8%) y un 31,8% diabéticos. Los resultados revelaron que el 67,7% de ellos residían en zonas urbanas, mientras que el 32,3% en rurales. Además, se observó una distribución desigual en las tres comunidades autónomas. Las principales diferencias encontradas entre pacientes de ambas áreas fueron: las áreas

rurales tenían mayor riesgo social (45%) que los de urbanas (28,9%) ($p < 0,001$), aunque el 80,7% no refería necesidades económicas. No existían diferencias significativas en cuanto a dependencia, vivir solos, frecuencia y calidad de las relaciones sociales o conocimiento de los recursos. Un mayor porcentaje estaba institucionalizado en zonas rurales (7%) y las viviendas tenían más limitaciones de accesibilidad (28% vs 11%, $p < 0,001$). En cuanto a las diferencias entre comunidades, los pacientes de una Comunidad autónoma (anónima) presentaron un porcentaje mayor de institucionalizados, riesgo social, dependencia para las ABVD y AIVD, mayores dificultades para defenderse por el entramado público-privado. Se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y calidad de las relaciones sociales según las diferentes CC.AA.

Conclusiones

En conclusión, este estudio proporciona una visión de la situación social de estos pacientes, destacando las diferencias entre pacientes de zonas urbanas y rurales. Los resultados resaltan la importancia de implementar estrategias para abordar sus necesidades sociales con un enfoque individualizado según las dificultades encontradas en zonas rurales o urbanas. La enfermería, al tener un contacto directo y continuo con los pacientes, juega un papel fundamental en la identificación de problemas sociales y en la coordinación de intervenciones efectivas de los trabajadores sociales. Por tanto, la colaboración estrecha entre ambos profesionales es esencial para garantizar una atención integral y centrada en las necesidades individuales de cada paciente.

Análisis de los niveles de fósforo y parathormona en relación con el prurito en una unidad de diálisis

Alba Vicente-Egea, Judith Sánchez-Torres, Rafael Martínez-Calderón, Paula Pérez-González, Vasilena Vasileva Stefanova, Alicia García-Castillo

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción

El prurito es una sensación desagradable y molesta que induce al individuo el deseo de rascarse. En estudios anteriores se relaciona el prurito con niveles analíticos elevados de fósforo y Parathormona Intacta en sangre. Sin embargo, otros estudios más recientes relacionan el prurito con la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), siendo mucho más compleja su etiopatogenia multifactorial, lo que resulta mucho más difícil su diagnóstico, debiéndose descartar otras causas dermatológicas o sistémicas causantes de prurito. Además, tiene un difícil manejo terapéutico, lo que conlleva un importante impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Objetivo

Analizar la prevalencia y el nivel de prurito en paciente en hemodiálisis de nuestra unidad y la correlación de con los niveles de fósforo y parathormona intacta en sangre.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional y descriptivo con una muestra de 94 pacientes activos de nuestra unidad de diálisis. Se realiza una analítica sanguínea de control y se analizan los niveles de fósforo y parathormona intacta. El mismo día, se consulta a los pacientes su nivel de prurito en las últimas 24 horas, utilizando la escala numérica de clasificación de intensidad del picor (WI-NRS) en la que la puntuación 0 es nada de picor y 10 es el máximo picor imaginable.

Resultados

De la muestra de 94 pacientes, el 51% no refirieron prurito, mientras que el 49% sí lo manifestaron. De los pacientes que sí tenían prurito, el 27% presentó prurito leve, el 28% moderado y el 25% intenso. Al comparar el nivel de prurito con los niveles de hiperfosforemia en sangre se reveló que de los pacientes que no presentaron prurito, el 39% presentó hiperfosforemia y entre los que presentaron picor leve, el 31% presentó hiperfosforemia. En cuanto a los pacientes con prurito moderado, el 48% presentó hiperfosforemia y de los pacientes con prurito intenso solo un 25% tenía niveles eleva-

dos de fósforo en la analítica. Al comparar el nivel del prurito con los niveles de parathormona intacta en sangre, se reveló que de los pacientes que no presentaron prurito, el 48% presentó niveles elevados de parathormona intacta y de los pacientes con prurito leve el 31% presentó niveles elevados de parathormona intacta. Los pacientes con prurito moderado, el 52% presentó niveles elevados de parathormona intacta y en los pacientes con prurito intenso los niveles de parathormona intacta estaban elevados en el 50% de los casos.

Conclusiones

No existe una relación clara entre los niveles de fósforo y parathormona intacta con el prurito en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. El prurito es una enfermedad infradiagnosticada por su componente subjetivo y su complejidad etiopatogénica. Los profesionales que atienden a pacientes en hemodiálisis deben adoptar una actitud proactiva e incorporar el uso de escalas para la identificación de pacientes con prurito que favorezcan la detección temprana, identificación de causas y administración del tratamiento más efectivo en cada caso, para lograr una mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

Análisis del riesgo de caídas en pacientes en hemodiálisis, ¿Lo conocemos?

Alicia González-Horna, José Guerrero-Carrillo, María Isabel González-Sánchez, Marina Burgos-Villullas, Cristina Almarcha-Mira, María Luz Sánchez-Tocino

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

Las caídas son una causa importante de morbilidad en los ancianos. Los pacientes en hemodiálisis tienen un mayor riesgo de caídas, que va del 13% al 25%, en comparación con la población general. Las caídas en pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis también se asocian con polifarmacia, fragilidad, edad avanzada y antecedentes de caídas. Sin embargo, todavía hay pocos estudios que aborden este tema con exactitud.

Objetivo

Identificar el riesgo de caídas y la prevalencia de caídas en pacientes en hemodiálisis describiendo los factores asociados a las mismas.

Material y Método

Estudio retrospectivo realizado sobre pacientes hemodiálisis de cuatro centros periféricos durante el período de enero de 2023 a marzo de 2024. Se registraron datos demográficos, de diálisis, la puntuación de la escala Downton (de 0 a 12 puntos, >2 indicativo de riesgo de caídas) y las caídas, ingresos y fallecimientos que se produjeron durante el periodo. Se utilizó t-Student, ANOVA, coeficiente Pearson en el análisis cuantitativo y Chi-cuadrado para asociaciones cualitativas.

Resultados

Se analizaron 559 pacientes, el 352 (62%) eran hombres, edad media de $66,39 \pm 15,14$, principal etiología de enfermedad renal la nefropatía diabética 149 (27%). De los pacientes, 225 (40%) se dializaban a través de catéter. En el periodo se producen 17 caídas, 464 ingresos y fallecen 35 (18%) pacientes. La media de puntuación en la escala Downton fue $1,89 \pm 1,16$, correspondiente a un riesgo bajo. Los pacientes con catéter obtienen una puntuación más alta frente a los que se dializan con FAV ($p < 0,001$), igualmente los pacientes con mayor edad y con más ingresos ($p < 0,001$), existiendo una correlación significativa y positiva en cuanto a la

edad ($r = 0,324$, $p < 0,001$) y el número de ingresos ($r = 0,200$, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias entre las medias en relación al sexo, si los pacientes se cayeron con posterioridad o si la caída fue en la sala de diálisis o en el domicilio. Por último, se observó una tendencia hacia puntuaciones más altas en la Escala Downton en pacientes con un desenlace de exitus, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,054$). En el análisis cualitativo 152 (27%) pacientes tenían riesgo de caídas, encontrando una asociación significativa con las mujeres ($p = 0,04$), con catéter como acceso vascular ($p < 0,001$), con diabetes como etiología de la enfermedad renal ($p = 0,043$). El fallecimiento no se relacionó con tener un riesgo alto ($p = 0,063$).

Conclusiones

Hasta un 27% de los pacientes en diálisis presenta riesgo de caídas, siendo mayoritariamente mujeres con catéter como acceso vascular y diabéticas. Las puntuaciones altas se relacionan con tener más edad y más ingresos hospitalarios, aunque no son los pacientes con riesgo los que más fallecen. La evaluación del riesgo y la frecuencia de caídas plantea un desafío para la enfermería, instándola a mantenerse actualizada cumpliendo estándares de calidad en la atención y prevención de caídas, tanto en las sesiones de hemodiálisis, como en la adopción de programas educativos y preventivos destinados a promover la seguridad en las actividades cotidianas de los pacientes.

Autopercepción de personas en hemodiálisis sobre el estreñimiento y la calidad de vida. Estudio multicéntrico

Vanesa Pardo-Vicastillo¹, Marta Marks-Álvarez², Leticia Sanz-de La Torre³, Tamara de Castro-de La Cruz³, M^a Teresa Andrino-Llorente¹, Filomena Trocoli-González²

¹ Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

² Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

³ Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España

Introducción

En el contexto de la hemodiálisis, el estreñimiento se presenta como una complicación habitual, subestimada y escasamente investigada; intrínsecamente vinculada a factores como la comorbilidad, polifarmacia, y las restricciones hídricas y dietéticas. Se estima que la prevalencia de estreñimiento en personas en tratamiento con hemodiálisis alcanza cifras de hasta un 71,7%. La World Gastroenterology Organisation señala que el estreñimiento presenta tanto componentes físicos como psíquicos afectando a la calidad de vida. En 2023 se realizó un estudio observacional transversal unicentro donde se obtuvo una prevalencia de estreñimiento mayor que la población general con una notable disminución de la calidad de vida percibida, dejando abierta la realización de un estudio multicéntrico.

Objetivos

El objetivo principal fue analizar la autopercepción de personas en hemodiálisis sobre la relación del estreñimiento y su calidad de vida, en tres hospitales diferentes. Como secundarios, determinar la prevalencia del estreñimiento objetivo y subjetivo en la muestra analizada y realizar una comparativa de los resultados entre los distintos hospitales.

Material y Método

Estudio observacional transversal multicéntrico desarrollado en la Unidad de Hemodiálisis de tres hospitales diferentes durante el primer trimestre del 2024. Los criterios de inclusión fueron: pertenecer a la Unidad de Hemodiálisis al menos 3 meses, ser >18 años y firmar consentimiento informado. Se aplicaron los Criterios Diagnósticos Roma IV (2016) para evaluar el estreñimiento objetivo; para el subjetivo se utilizó un cuestionario unificado diseñado ad hoc, y el cuestionario CVE-20 para valorar la calidad de vida. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de la historia clínica electrónica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Los resultados fueron procesados por el programa Excel Microsoft 2019 y SPSS 28.0.

Resultados

Muestra de 131 pacientes de los cuales 60 presentaron estreñimiento objetivo (prevalencia del 45,8%). De los 60 pacientes con estreñimiento (65% hombres, edad media 69,63±15,63 años, tiempo medio en hemodiálisis 52,11±46,91 meses). El 91,66% eran hipertensos, 56,66% diabéticos, 28,33% presentaron patología digestiva y 11,66% hipotiroidismo. Índice de Charlson 6,83±2,70 puntos. Siendo un 45% sedentarios. Diuresis de 358,33±574,61 ml e ingesta hídrica 1253,33±819,92 ml. Tratamiento farmacológico: 20% opioides, 65% quelantes del fósforo y un 45% del potasio, 41,67% laxantes pautados y un 43,33% hierro endovenoso. Además, un 71,66% presentaron estreñimiento subjetivo. Se encontraron diferencias significativas con una p valor <0,05 en el estreñimiento subjetivo y en las variables: hipertensión, diabetes, laxantes pautados y hierro endovenoso. La calidad de vida percibida fue inferior en los pacientes estreñidos (58,55 vs 64,63 puntos); existiendo diferencias significativas en la puntuación global y en las dimensiones física-general y rectal. Al analizar los datos de los hospitales de forma independiente se obtuvieron resultados dispares.

Conclusiones

Al ampliar la muestra, la prevalencia de estreñimiento objetivo y subjetivo sigue siendo elevada, aumentando respecto al estudio previo unicentro. En personas en hemodiálisis existe una afectación de la calidad de vida global percibida relacionada con el estreñimiento. Se propone intervenir con educación sanitaria sobre la prevención y manejo del estreñimiento, para mejorar la calidad de vida de las personas en hemodiálisis.

Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en terapia sustitutiva renal con diálisis

Marta Manzano-Figal, Sara Robles-del Río, Rosa María Carnero-García, María del Rosario Castro-García, María Blanco-Álvarez, Ana Isabel Aguilera-Flórez

Complejo Asistencial de León. León. España

Introducción

La incidencia de enfermedad renal crónica avanzada aumenta a nivel mundial. Cada vez, más personas realizan tratamiento renal sustitutivo. Estar en diálisis, conlleva cambios sustanciales en la vida de estas personas, provocando cambios físicos, psicológicos y sociales, que amenazan su calidad de vida.

Objetivo

Describir las variables de calidad de vida y la relación entre variables en pacientes en diálisis de nuestra Unidad.

Material y Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, mediante la utilización de encuestas autoadministradas y anónimas. Se empleó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) traducido al castellano. Las respuestas se representan en una escala de 0 a 100 donde 0 es la peor condición posible y 100 la mejor. Se entregó en formato papel y se solicitó consentimiento informado. Se incluyeron personas en programa de diálisis en hospital y domicilio. Se excluyeron aquellas que no fueron capaces de responder el cuestionario y los que rehusaron participar. Las variables cuantitativas se describen como medias y desviaciones típicas. La comparación de variables, con t de Student y t de Welch según la homocedasticidad, estableciendo un valor estadísticamente significativo $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con el programa JASP.

Resultados

Sesenta y nueve pacientes recibieron el cuestionario, participaron cincuenta y cinco, siendo válidos treinta y nueve, quedando excluidos dieciséis por incompletos. Seis personas omitieron las preguntas referidas a sexualidad. Los resultados en la parte genérica correspondiente al cuestionario SF-36, en sus ocho dimensiones, fueron:

- Función física $47,95 \pm 40,98$.
- Limitaciones de rol por problemas de salud físicos $32,69 \pm 47,06$.

- Limitaciones de rol por problemas de salud emocionales $70,09 \pm 45,99$.
- La función social $59,74 \pm 30,39$.
- Bienestar psicológico $63,49 \pm 24,80$.
- Dolor $63,01 \pm 32,70$.
- Vitalidad/cansancio $41,28 \pm 28,07$.
- Percepción global de la salud $35,64 \pm 25,99$.

En la parte específica:

- Sintomatología $36,11 \pm 29,55$.
- Repercusión en la vida diaria $57,69 \pm 33,14$.
- Carga que produce la enfermedad renal $36,06 \pm 29,54$.
- Función cognitiva $71,28 \pm 25,78$.
- Condición laboral $24,36 \pm 43,20$.
- Función sexual $60,98 \pm 36,20$.
- Calidad de la interacción social $73,33 \pm 21,54$.
- Sueño $47,38 \pm 34,16$.
- Apoyo social $76,08 \pm 18,95$.
- Apoyo personal sanitario $88,78 \pm 16,44$.
- Satisfacción del paciente $75,77 \pm 19,16$.

Ninguna de las variables muestra diferencias estadísticamente significativas entre grupo tratamiento hospital y domicilio.

Discusión y Conclusiones

Estos resultados nos indican que, la población estudiada presenta peor percepción de salud que la informada en estudios similares, mostrando diferencias con población española mayor de 60 años en todas las dimensiones de escala SF-36. La dimensión donde presentan mayor bienestar, es la salud emocional. En cuanto a la parte específica, también se obtienen resultados más bajos, indicando menor calidad de vida que en otras publicaciones, excepto en la percepción del apoyo recibido del personal sanitario, siendo ligeramente superior. No encontramos diferencias entre pacientes en diálisis hospital y domicilio, aunque la muestra de domicilio es más pequeña. Los datos analizados indican, que tenemos una población con una baja calidad de vida, lo que nos invita a plantear la necesidad de programas de intervención de apoyo social y psicológico a estas personas.

Depresión, ansiedad y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis: relación con variables psicológicas

Sonia Diéguez-Mantecón, Francisco Montesinos-Marín, Eva María García-Sansegundo, Juana Elizabeth Cabrejos-Castillo, Laura González-Koninckox, María Teresa Marín-López

Centro Fundación Renal "Santa Engracia". Madrid. España

Introducción

Los pacientes en hemodiálisis presentan una elevada carga de síntomas emocionales y alteraciones conductuales que afectan negativamente a su calidad de vida. Dada la importancia del estado emocional, el tipo de afrontamiento o la inflexibilidad psicológica y su impacto en la calidad de vida, parece relevante el estudio de dichos factores y su relación en estos pacientes; así como la implicación de la enfermería en su evaluación y análisis.

Objetivo

Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes en hemodiálisis y su relación con la inflexibilidad psicológica, el tipo de afrontamiento, la adherencia terapéutica y la calidad de vida.

Material y Método

Estudio descriptivo con una muestra de 66 pacientes (con un 69,7% varones y un 30,3% mujeres) en tratamiento de hemodiálisis, desde hace más de tres meses, que aceptaron voluntariamente realizar la evaluación. Los instrumentos de evaluación fueron: para el malestar emocional, la Escala de Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HADS), para la inflexibilidad psicológica el Cuestionario de Aceptación y Acción II (CAAH-II), para la adherencia terapéutica el Cuestionario SMAQ, para el afrontamiento el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI-SF) y para la calidad de vida las Láminas COOP/WONCA. Los cuestionarios fueron cumplimentados en Tablet por los pacientes durante la hemodiálisis.

Resultados

De los pacientes evaluados el 39,4% mostraron puntuaciones significativas para la ansiedad y el 34,8% para la depresión en la escala HADS y el 13,6% presentaba baja adherencia al tratamiento según el cuestionario SMAQ. La calidad de vida correlacionó negativa y significativamente con ansiedad, depresión e inflexibilidad psicológica y positivamente con

el estilo de afrontamiento dirigido al problema y el estilo de afrontamiento centrado en la gestión de la emoción. La depresión muestra una correlación positiva y estadísticamente significativa con la inflexibilidad psicológica. En el análisis de regresión lineal los resultados muestran que la inflexibilidad psicológica y la depresión son las variables que mejor predicen una peor calidad de vida.

Conclusiones

Los resultados confirman altos niveles de malestar emocional, así como su impacto negativo, especialmente de la depresión, en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Los datos también muestran la relación de la depresión con variables como la inflexibilidad psicológica y el estilo de afrontamiento; por lo que el estudio y especialmente el abordaje de estas cuestiones en esta población, es una cuestión de enorme importancia de cara a mejorar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

Efectividad de una intervención educativa nutricional de enfermería, mediante reunión grupal, para pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis

Sonia Elvira-Carrascal, Judit Bou-Folgarolas, Isabel Pino-del Rio, Marta Colomer-Codinachs, Alex Sánchez-Doña, Emma Puigoriol-Juventeny

Hospital Universitario de Vic. Barcelona. España

Introducción

Los cuidados dietéticos son un aspecto muy importante en el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC), tanto como medida en la etapa prediálisis, como en hemodiálisis (HD). Como parte de las medidas higiénico-dietéticas, el asesoramiento nutricional debe ser la primera recomendación al paciente. Los pacientes en programa de hemodiálisis a menudo presentan alteraciones en los niveles de potasio en sangre que pueden ser indicadores de hábitos alimentarios inadecuados. El cumplimiento de una dieta apropiada contribuye a una disminución del riesgo de comorbilidades y mortalidad. Hoy en día sabemos que los pacientes, sobre todo si están afectados de una enfermedad crónica, deben ser gestores de su salud y para ello necesitan estar informados, así su tratamiento será más eficaz y la adherencia más elevada. Una cuestión por resolver ha sido diseñar junto al equipo de enfermería, una intervención que fuera útil y eficaz, para mejorar la información. La queja más recurrente en los pacientes que acuden a un centro para realizar HD es la cantidad de horas que invierten en su tratamiento, por lo que citarlos fuera de ese tiempo para ofrecer la información no nos pareció una buena idea. Proporcionarla a todos a la vez, de una manera cómoda, en la sala de espera utilizando los medios audiovisuales que ya tenemos, podía ser más eficaz.

Objetivo

Ante estas evidencias nos planteamos el siguiente estudio, que tiene como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa nutricional de enfermería en el control de los niveles óptimos del potasio, realizando una sesión grupal con los pacientes sometidos a hemodiálisis, mientras están en la sala de espera, antes o después de la sesión.

Material y Método

Estudio transversal prospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica terminal, sometidos a hemodiálisis, durante los meses de enero a abril del 2024. Se recogieron variables sociodemográficas y valores

analíticos. Intervención: Se realizó una intervención educativa de enfermería grupal con refuerzo de un power point en la sala de espera y se reforzó con intervención individual de cada enfermera al paciente que presentó hiperpotasemia mientras el paciente está realizando la sesión. Se recogieron los resultados basales analíticos de los niveles de potasio (enero 2024) y se revisó a los 4 meses (abril 2024).

Resultados

82 pacientes fueron tratados en la unidad de HD con una media de potasio de $5,1 \pm 0,8$ mmol/l. En el mes de enero del 2024, 24 (31,2%) pacientes presentaron un valor de $K > 5,5$. El mes de abril la media fue de $5,2 \pm 0,88$ y el 25,6% presentaron valores $K > 5,5$. De los 24 pacientes que presentaron valores $k > 5,5$ en enero, después de realizar la intervención, el 45,8% presentaron valores $K \leq 5,5$.

Conclusiones

Los niveles de potasio de los pacientes mejoran cuando reciben una intervención educativa. Aunque en nuestro estudio los resultados no son estadísticamente significativos, esta diferencia sí que es clínicamente importante. El porcentaje de pacientes con valores de $K \leq 5,5$ mg/dl aumenta cuando se realiza una intervención educativa y si esta incluye alguna actividad grupal es más enriquecedora porque los pacientes interactúan entre ellos.

El rol de la enfermería nefrológica en el manejo de la fragilidad en pacientes ancianos con hemodiálisis: un enfoque interdisciplinar

Mónica Pereira-García, María Luz Sánchez-Tocino, Belén Sanz-Fernández, Alicia González-Horna, Cristina Ledesma-Torre, Sebastián Mas-Fontao

Unidad hospitalaria Fundación Renal del Hospital "Fundación Jiménez Díaz". Madrid. España

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en ancianos acelera el envejecimiento, lo que resulta en una mayor fragilidad y dependencia. Esto tiene un impacto significativo en la calidad de vida y aumenta los costes de atención. Como personal de enfermería nefrológica, conocemos lo que es la fragilidad y somos parte integral de un equipo interdisciplinar que establece pautas de diálisis para minimizar la fragilidad y preservar la función renal. Además, la enfermería sabe que la fragilidad es progresiva y se incrementa con el tiempo en diálisis.

Objetivo

Evaluar la fragilidad en pacientes ancianos en hemodiálisis y su impacto en la dependencia y calidad de vida. Valorar la asociación de las pautas de diálisis con fragilidad para la intervención enfermera.

Material y Método

Llevamos a cabo un estudio observacional descriptivo durante un año en cinco centros de hemodiálisis. Incluimos pacientes mayores de 75 años, con más de 3 meses en el programa y que firmaron el consentimiento informado. Recogimos datos clínicos, bioquímicos y de la pauta de hemodiálisis. Utilizamos la escala de fragilidad de FRIED (No frágil= 0 pts., prefrágil=1 ó 2 pts., Frágil >2 pts.), la de dependencia de Barthel y la de calidad de vida SF12. Estadística: SPSS20. Se utilizó t-Student, ANOVA, en el análisis cuantitativo y Chi-cuadrado para asociaciones cualitativas. Significación $p \leq 0,05$.

Resultados

De 107 pacientes en hemodiálisis, el 57% eran hombres. El 49 (46%) eran frágiles, 49 (46%) prefrágiles y sólo 9 (8.4%) no presentaron fragilidad. La edad media fue $81,3 \pm 4,53$ años y el tiempo de estancia en HD $51,71 \pm 51,04$ meses. Los pacientes más frágiles no presentaban mayor comorbilidad ($p=0,079$),

pero estaban más desnutridos y dependientes ($p < 0,001$). Tenían dificultades para caminar ($p=0,001$), vivían en instituciones ($p=0,006$) y se sentían muy cansados después del tratamiento ($p=0,001$). La calidad de vida (SF12) era inferior en los pacientes frágiles tanto en el componente físico como mental ($p=0,001$). No encontramos diferencias en los parámetros de diálisis entre las tres categorías de fragilidad.

Discusión y Conclusiones

La mitad de los pacientes ancianos en hemodiálisis son frágiles. Presentan alta dependencia y desnutrición, necesitan mucho apoyo y viven en residencias. El régimen de diálisis no difiere entre ellos. La calidad de vida es baja y experimentan fatiga intensa post diálisis. Es necesario individualizar las terapias de diálisis para reducir la fragilidad. Jugamos un papel crucial en mejorar la calidad de vida de estos pacientes y retrasar la progresión de la fragilidad. Este trabajo destaca la importancia del conocimiento de la enfermería nefrológica en el manejo de la fragilidad en pacientes ancianos con hemodiálisis dentro de un enfoque de atención interdisciplinar, así como la importancia del uso de herramientas como el FRIED para su medición. Gracias a nuestra cercanía diaria con el paciente, podemos detectar precozmente la fragilidad. Observamos signos de dificultad para hacer vida normal, riesgo de caídas y necesidad de ayuda para actividades mínimas. Evitamos hipotensiones, fomentamos el ejercicio, aseguramos una dieta correcta y el seguimiento del tratamiento. Trabajamos en equipo para proporcionar una diálisis óptima. Este estudio resalta la importancia de la enfermería en el conocimiento, medición y manejo de la fragilidad en pacientes ancianos con hemodiálisis.

¿Es el citrato una alternativa eficaz para evitar coagulaciones del circuito sanguíneo en hemodiálisis?

Marina Burgos-Villullas, Olga Castillo-Martín, Fátima Ramos-Lozano, Micaela Flores-Ortega, Carlos Casas-Manso, Patricia Martín-Carnerero-Lara

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

En las sesiones de hemodiálisis, uno de los objetivos primordiales es prevenir las pérdidas hemáticas ocasionadas por la trombosis del circuito sanguíneo extracorpóreo. Para lograrlo, la administración de heparina en el circuito se vuelve crucial, ya que contribuye a mantener limpios tanto el dializador como las cámaras, garantizando así una óptima calidad dialítica en cada sesión. Por otro lado, el citrato, al actuar como un quelante del calcio, tiene propiedades anticoagulantes al disminuir el nivel de calcio iónico. El equipo de enfermería desempeña un papel fundamental al observar, registrar y reportar el estado del circuito en cada sesión de hemodiálisis, con la misión de preservar la salud integral del paciente.

Objetivos

Analizar el efecto del citrato sobre la coagulación del circuito extracorpóreo frente al uso de acetato como líquido de diálisis en las sesiones de hemodiálisis.

Material y Método

Estudio observacional y retrospectivo en el que se analiza y valora el estado de coagulación del circuito sanguíneo de hemodiálisis de un grupo de 46 pacientes que pasan de dializarse con acetato a citrato. Se lleva a cabo la recogida de datos epidemiológicos y de registros diarios del equipo de enfermería, siguiendo una escala protocolizada (todo limpio, pocos capilares, muchos capilares, coagulación del sistema) durante 90 días antes y después del cambio. Cabe destacar que durante ambos periodos analizados no se realizó cambios en la pauta de heparina. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics 29.0 y se consideró una $p < 0,005$ como estadísticamente significativa.

Resultados

Se analizan los registros de 46 pacientes prevalentes con una edad media de 67,2 años. Del total de la muestra, el 59,6% son hombres y el 71% realizan tratamiento de hemodiafiltración.

Tras el cambio de ácido, los datos analizados revelaron que, con la misma pauta de heparina, en el 1,94% de las sesiones con acetato el sistema sanguíneo presentaba muchos capilares en el circuito, frente al 1,2% de las sesiones con citrato. El análisis de las sesiones en las que el sistema se había coagulado por completo resultó estadísticamente significativo (0,001) ya que, del total de las sesiones con acetato, 2,8% presentaban coagulación total del circuito, mientras que cuando se dializa con citrato solo un 0,54% presentaban coagulación del sistema.

Conclusiones

En nuestro centro, la sustitución de acetato por citrato tuvo un impacto beneficioso sobre nuestros pacientes. Se concluye que, con la misma dosis de heparina, los circuitos de nuestros pacientes se coagulan menos cuando se usa el citrato como ácido para hemodiálisis. Cabe destacar que hemos contado con un corto periodo para estudiar dichos datos, por lo que sería apropiado llevar a cabo una investigación a más largo plazo para lograr un análisis más completo de los mismos. Para finalizar, queremos destacar el papel fundamental de la enfermería en la observación diaria del estado de coagulación del circuito de sus pacientes ya que en cada sesión valoran el circuito extracorpóreo y llevan a cabo registro de ello, con el fin de evitar pérdidas hemáticas innecesarias, contribuyendo así al tratamiento integral de nuestros pacientes.

¿Es el sexo la mejor condición a la hora de estimar la dosis de diálisis recomendada?

María Luz Sánchez-Tocino, Lorena Iglesias-González, Silvia Villoria-González, Alicia González-Horna, Antonio López-González, Dolores Arenas-Jiménez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

En la actualidad el Kt determinado por biosensores a tiempo real es reconocido como el mejor marcador de eficacia dialítica. Lowrie et al. propusieron alcanzar un Kt mínimo de 40L para mujeres y 45 L para hombres, siendo indicativo de mortalidad. Años más tarde se propuso individualizar el Kt según área de superficie corporal.

Objetivos

Comparar la repercusión en la supervivencia de ambos objetivos de Kt, según sexo (Kt-SX) o individualizado por superficie corporal (Kt-ASC) y analizar los factores que impiden alcanzarlos.

Material y Método

Estudio retrospectivo realizado sobre pacientes en hemodiálisis de 15 centros de enero 2022 a diciembre 2023. Se registraron variables sociodemográficas, comorbilidad, antropométricas y exitus. Se incluyeron datos relacionados con las sesiones (tiempo, dializador, flujos baño y bomba y Kt). Kt-ASC se calculó mediante la fórmula $1/[0,0069+(0,0237/ASC)]$, siendo ASC la superficie corporal calculada según Dubois y Dubois. Se utilizó t-Student, ANOVA, coeficiente Pearson, el Chi-cuadrado y el análisis de supervivencia se realizó mediante método Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados

Se analizaron 1.432 pacientes y 296.262 sesiones. El 930 (65%) 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%). El 943/1432 (65,9%) alcanzaron ambos Kt definidos, 184/1432(13%) no alcanza ninguno y 303/1432 (21%) alcanza el Kt-SX y no Kt-ASC. Se evidenció diferencias de supervivencia favoreciendo a los pacientes que alcanzan el Kt-SX y Kt-ASC, frente a los que solo alcanzan Kt-SX o los que no alcanzan ninguno ($p < 0,001$).

Así, durante el período de estudio sobrevivieron el 86% de los que alcanzan ambas dosis de Kt, frente al 80% de los que solo alcanza Kt-SX y 69% de los que ninguno. En el modelo multivariante se incluyeron las variables edad, comorbilidad, permanencia en hemodiálisis y superficie corporal observándose que el riesgo de mortalidad disminuye si se alcanzan los dos objetivos de Kt (HR:0,587; IC 95% 0,345-0,998) ($p=0,049$), no evidenciándose ese efecto si solo se alcanza Kt-SX (HR:1,33; IC 95% 0,749-2,38)($p=0,326$) Por otra parte, el no alcanzar el Kt-ASC (a pesar de alcanzar la dosis Kt-SX) se asoció a una menor permanencia en programa ($p < 0,001$), presencia de alta comorbilidad ($p=0,015$) y mayor índice de masa y superficie corporal ($p < 0,001$). En cuanto a las sesiones, aquellas que alcanzan ambos Kt objetivo se asociaron a diálisis de tipo HDF ($p < 0,001$), mayor duración ($p < 0,001$), mayor tamaño dializador ($p < 0,001$), realizadas sin autoflujo ($p < 0,001$), Qb superiores a 350 ml/min ($p < 0,001$) y realizadas a través fístula ($p < 0,001$).

Conclusiones

Es fundamental la monitorización del Kt como indicador de eficacia dialítica dado su impacto en la mortalidad del paciente, siendo la enfermera una figura clave. En el análisis de supervivencia se observó que el alcanzar la dosis Kt-SX no es suficiente, siendo necesario individualizar la dosis de kt por superficie corporal ya que esto se comporta como un factor protector. Alcanzar este Kt-ASC es más complejo en los pacientes obesos y con mayor superficie corporal. Del mismo modo, la HDF online, mayor tiempo, mayor superficie dializador, programar un Qd fijo y la fistula favorece a cumplir todos los objetivos de Kt.

Estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis en una unidad hospitalaria

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La nutrición en pacientes en hemodiálisis hospitalaria (HDH) es crucial en el manejo integral de la insuficiencia renal crónica. La desnutrición en HD incluye mayor mortalidad y morbilidad. La relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad resalta la importancia de abordar las necesidades nutricionales de los pacientes. La desnutrición es un factor de riesgo significativo, su detección temprana y tratamiento son fundamentales para mejorar resultados clínicos y calidad de vida. Es imperativo explorar el estado nutricional de pacientes en HDH y desarrollar estrategias para su evaluación y manejo.

Objetivo

Este estudio busca evaluar el estado nutricional de pacientes en hemodiálisis en una unidad hospitalaria, identificando factores de riesgo asociados y la necesidad de implementar intervenciones nutricionales adecuadas y precoces.

Material y Método

Se realizó un estudio transversal, para evaluar el estado nutricional de pacientes en una unidad HDH. Se utilizaron como variables los datos demográficos, el tiempo en diálisis, el índice de masa corporal (IMC), colesterol, albumina, transferrina, PCR, hemoglobina, hierro, creatinina y bioimpedancia (BCM) y con diabetes. Como herramientas para el cribaje nutricional se utilizaron: MUST para detectar desnutrición y obesidad, y MST para valorar apetito y pérdida de peso involuntaria. Además, se analizaron intervenciones nutricionales como valoración especialista, suplementos o nutriciones parenterales. Los datos se obtuvieron a través de registros clínicos, análisis de sangre y BCM, datos redactados por el personal médico y de enfermería. El estudio estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados

La muestra analizada es de 43 pacientes; 60,5% hombres y 39,5% mujeres, 62% eran diabéticos, el 16% tenían prescritos suplementos y NPT, el 46,5% utilizan FAVI y 53,5% catéter. El 86% llevan > de 3 meses en HD. Un 28,1% ha presentado pérdida de >5% del peso en los últimos 3 meses y un 83,7% recibió educación dietética enfermera. Según cribaje nutricional MUST un 32,5% de pacientes tienen riesgo de desnutrición. Los factores asociados a este riesgo son: pérdida de masa muscular (LTI) ($p=0,001$) e IMC ($p=0,029$). Según MST un 41,9% tienen riesgo de desnutrición por pérdida de apetito. En el screening nutricional, se encontraron desnutridos (albúmina $< 3,5$ g/dl) el 34,14% ($p=0,038$). Solo un 41,4% tiene un IMC en rangos normales. Están con suplementos y NTP ($p=0,002$), han recibido educación sanitaria ($p=0,008$), son diabéticos ($p=0,007$) y llevan >3 meses en HD ($p=0,018$).

Conclusiones

La desnutrición en pacientes en HDH plantea un desafío complejo. La detección temprana es crucial para la evaluación nutricional y la intervención oportuna. Destaca una proporción significativa de pacientes con desnutrición y riesgo de ello, resaltando la necesidad de cribajes regulares para una detección y tratamiento efectivos. Sin embargo, muchos carecen de evaluación y atención nutricional especializada. Es esencial derivar a servicios especializados y proporcionar intervenciones específicas, reconociendo el papel de la consulta de enfermería. Se recomienda cribaje nutricional para monitorear el estado nutricional continuamente. La educación y evaluación nutricional adecuadas, junto con la detección temprana, pueden prevenir o mitigar la desnutrición. Una intervención nutricional dirigida puede mejorar el estado nutricional y promover una atención integral y continua.

Estudio comparativo de eficacia depurativa entre diferentes técnicas de hemodiálisis

Virginia Fernández-Íñiguez de Heredia¹, Roberto Gorospe-Urrutxi¹, Iñaki Estévez-Hernández¹, Laura Ortega-Hernández¹, Maite González-Manjón², Haizea Rodríguez-Bruña²

Hospital Universitario Araba. Álava. España

(¹ Hospital Universitario Txagiritxu- ² Hospital Santiago)

Introducción

En las últimas décadas, con el fin de aumentar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, han ido apareciendo nuevas técnicas de hemodiálisis que a través de la difusión, convección y adsorción regulan la eliminación de toxinas urémicas. En teoría, la hemodiálisis (HD) de alto flujo mejora el espectro depurativo, presentando limitaciones a partir de 15.000 Daltons (Da), y la técnica de hemodiafiltración on-line postdilucional (HDFOL-POST) con altos volúmenes de reinfusión es una de las más eficaces en la depuración de toxinas urémicas tanto pequeñas, como medianas y grandes moléculas. En los últimos años se han desarrollado un nuevo tipo de membranas, llamadas de medio cut-off (MCO), que permiten eliminar un mayor número de moléculas de mediano tamaño en HD convencional denominada hemodiálisis extendida (HDx). Por último, la hemodiafiltración con reinfusión endógena del ultrafiltrado (HFR), añade a la técnica de difusión-convección un proceso de adsorción capaz de retener moléculas unidas a proteínas.

Objetivo

Determinar qué técnica de hemodiálisis produce mayor eliminación de moléculas de pequeño y mediano tamaño de entre las 4 técnicas de hemodiálisis más utilizadas en nuestra unidad asistencial.

Material y Método

Estudio comparativo en una población de 11 pacientes de hemodiálisis de nuestra organización sanitaria integrada que cumplieron los criterios de inclusión. Se sometieron durante 4 semanas, el primer día de sesión semanal, a cada una de las 4 técnicas de hemodiálisis: HD de alto flujo, HDFOL-POST, HDx y HFR. Se recogieron datos de laboratorio: perfil hematológico, nivel de PCR, coagulación, B2 microglobulina y urea pre y post hemodiálisis. Además, se registró la adecuación de diálisis, el Kt/V Daurgidas de 2ª generación y el porcentaje de reducción de urea (PRU). Posteriormente se compararon las diferencias entre los parámetros estudiados en cada técnica.

Resultados

Se han encontrado diferencias significativas, con una $p < 0,05$, en los siguientes parámetros analizados, como la B2 microglobulina, el Kt/V y el Antifactor X dentro de los parámetros de coagulación. Con respecto a la primera, es la HD-FOL-POST la mejor técnica para eliminarla, siendo la HFR la de peor resultado. La HFR es la técnica con la que menor Kt/V se logra con respecto al resto de técnicas. En cuanto al Antifactor X, muestra valores más elevados postsesión en HFR y HD de alto flujo.

Conclusiones

Tanto los solutos de peso molecular bajos como las moléculas de mediano tamaño son eliminadas en menor cantidad mediante la técnica HFR. Los resultados obtenidos a través de la medición del Antifactor X muestran que la heparina de bajo peso molecular (8000 Da) se mantiene al final de las sesiones con niveles más elevados en las técnicas de HD de alto flujo y en HFR.

Estudio del estado hemodinámico de los pacientes en hemodiálisis mediante la medición del índice de relleno plasmático

María Virginia de la Cruz-Díaz, Amelia González-Carral, Carmen Fernández-Marcial, Lidia Sendino-Monzón, Rosario Ayuso-Picado, Beatriz Benito-González

Hospital Río Carrión. Palencia. España

Introducción

La hemodiálisis es un tratamiento sustitutivo renal que no está exento de complicaciones, siendo la hipotensión la más habitual. Esta se produce como consecuencia del “disbalance” entre la hipovolemia provocada por la tasa de ultrafiltración y la capacidad de relleno vascular. En la actualidad los monitores de Hemodiálisis llevan incorporados sistemas que buscan mejorar la tolerancia hemodinámica, llamados biosensores/biocontroles. El descenso del volumen sanguíneo debido a la ultrafiltración se compensa con el relleno vascular. Si la velocidad de ultrafiltración es mayor a la del relleno vascular se produce hipotensión. Otros mecanismos se activan para compensar la hipovolemia como el aumento del gasto cardíaco y de las resistencias periféricas. Hay pacientes que toleran tasas muy altas de UF; otros en cambio desarrollan hipotensión desde el inicio de la sesión, que es cuando se activa el relleno vascular, y otros al final, cuando se reduce el relleno. Los biosensores que miden el aumento de la hemoconcentración, inversamente proporcional a la disminución del volumen de sangre circulante, predicen la hipotensión en la mayoría de los enfermos. Existen diferentes ratios de IRP para cada paciente, que suele ser similar en todas las sesiones en función de la ultrafiltración programada. Este estudio es la primera fase de la búsqueda por conocer la situación del estado hemodinámico de nuestros pacientes, teniendo en cuenta otras patologías asociadas que influyen en la tasa de relleno plasmático, como la diabetes.

Objetivo

Objetivo principal: Conocer la utilidad del IRP en la prevención de la hipotensión intradiálisis para saber el estado hemodinámico de los pacientes.

Objetivo secundario: Comprobar las variaciones del IRP en función de otras patologías como la diabetes.

Material y Método

Estudio observacional de 10 pacientes durante 13 sesiones de hemodiálisis cada uno, monitorizando la ultrafiltración (UF), caída del volumen sanguíneo (DVS), índice de relleno plasmático (IRP) cada 30 minutos. Así mismo se anotaron otras variables, como presencia o no de hipotensión, diabetes, ingesta, tipo de diálisis, infección... Este estudio se realizó gracias al biosensor IRP en el monitor Nikkiso-EXA, que no necesita de ningún cálculo ni prueba adicional pues está integrado en el mismo.

Resultados

Se observa que las medias de los rellenos plasmáticos a los 30 y 120 minutos de tratamiento en los pacientes con hipotensión, son inferiores a la media en aquellos pacientes sin hipotensión; lo que puede justificar la aparición de hipotensiones al inicio y a partir de la mitad del tratamiento. Los pacientes diabéticos presentan una media en la tasa de IRP superior a los no diabéticos.

Conclusiones

- Se demuestra la utilidad del dato del IRP para conocer la relación entre el relleno plasmático y la tasa de UF, con el propósito de conocer el riesgo de hipotensión y anticiparse a la misma.
- En contraposición a lo esperado, los diabéticos tienen tasas de relleno superiores a los no diabéticos.
- Futuros estudios permitirán resolver dudas sobre los datos encontrados.

Evaluación de la implantación de un programa de humanización de la estancia hospitalaria y su influencia en la satisfacción del paciente en hemodiálisis crónica

María del Valle Garrido López, Aydaly Izasa Mosquera, Silvia Muñoz Morís, Cristina Moure Vázquez, Carolina Sesmero Ramos

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. España

Introducción

En proyectos de Humanización, es imprescindible conocer y evaluar el punto de vista del paciente, para hacer coincidir sus prioridades y decisiones con las nuestras como gestores.

Objetivo

- Analizar el impacto de las intervenciones realizadas dentro de un programa de humanización, sobre la escala de convivencia con un proceso crónico (EC-PC) adaptado a paciente renal crónico (EC-PC(r)).
- Identificar áreas de mejora percibidas por pacientes.

Material y Método

Estudio de intervención pre-post septiembre 2022-enero 2024.

Población: pacientes en programa de hemodiálisis crónica activos en periodos de evaluación. La EC-PC(r) analiza 5 dominios: aceptación, afrontamiento, automanejo, integración, y adaptación. Se incluyó un cuestionario ad hoc de satisfacción con preguntas abiertas (tipo Likert) sobre diferentes áreas: transporte sanitario, personal sanitario, información recibida, actividades lúdico relajantes desarrolladas, actividades prevención secundaria y terciaria desarrolladas.

- **Fase 1:** medición de situación basal con EC-PC(r), cuestionario satisfacción, septiembre 2022.
- **Fase 2:** introducción de actividades lúdico relajantes (reflexología podal, musicoterapia, arteterapia). Medición EC-PC(r) y satisfacción, diciembre 2022.
- **Fase 3:** introducción de actividades de prevención secundarias y terciarias por personal sanitario (talleres nutricionales), mantenimiento de actividades lúdico relajantes (reflexología podal y musicoterapia). Medición EC-PC(r) y satisfacción, junio 2023.
- **Fase 4:** mantenimiento de actividades de prevención secundarias y terciarias por personal sanitario (taller nutricional y cuidados de acceso vascular), mantenimiento de actividades lúdico relajantes (reflexología podal). Medición EC-PC(r) y satisfacción, enero 2024.

Resultados

- Tras la intervención de actividades lúdico relajantes e intervenciones de enfermería, las puntuaciones medias en los dominios de EC-PC(r) fueron: afrontamiento, de 16,23 a 21,01, integración, de 14,19 a 16,57, automanejo, de 10,96 a 15,21, adaptación, de 14,82 a 18,25.
- El transporte sanitario se define como el área de mejora que más pacientes identifican, seguida de ampliación de sala de espera, confortabilidad y alimentación.

Conclusiones

Las actividades de prevención secundaria y terciarias desarrolladas por el personal sanitario, mejoran significativamente los dominios Afrontamiento, Automanejo y Adaptación estudiadas. Las actividades lúdico relajantes mejoran significativamente los dominios Afrontamiento e Integración estudiados. Las dos intervenciones propuestas no han conseguido influir significativamente en el dominio aceptación. El transporte sanitario se define como área de mayor necesidad de mejora percibida por el paciente.

Factores y causas relacionados con la mortalidad temprana en hemodiálisis. El papel crucial de la enfermería en la toma de decisiones

Mónica Pereira García, Paula Manso del Real, Damián Carneiro Teijeiro, Cristina Ledesma Torre, María Dolores Piña Simón, [María Luz Sánchez Tocino](#)

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

La mayoría de los estudios que evalúan la mortalidad anual de los pacientes con ERC en hemodiálisis no incluye los primeros 90 días de iniciada la terapia. Conocer los factores que favorecen la mortalidad precoz en hemodiálisis puede ser de utilidad en la toma de decisiones, en la que el papel del profesional de enfermería es fundamental.

Objetivo

Estimar la mortalidad precoz (<90 días) de pacientes que se incluyen en programa de hemodiálisis de crónicos e identificar los causas y factores asociados.

Material y Método

Se estudió una cohorte retrospectiva mediante la evaluación de las historias clínicas de los pacientes que fueron dializados en 15 centros de hemodiálisis a lo largo de los últimos 10 años (enero 2012- diciembre 2022). Se registró la edad, sexo, fecha de ingreso a hemodiálisis, etiología de la ERC, presencia de comorbilidades, tipo de acceso vascular, causa de fallecimiento. Estadística: Programa SPSSV20. Se utilizó t-student para análisis comparativo entre variables cuantitativas. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas a través del test chi-cuadrado. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron los 3.426 pacientes. Un total de 1.102 pacientes (32,2%) fallecieron a lo largo del periodo estudiado, 98 de ellos (2,9%) antes de los 90 días. Los pacientes que fallecieron antes de los 90 días habían recibido una media de $12,13 \pm 12,2$ sesiones de diálisis (entre 1 y 63 sesiones). La edad media fue significativamente superior en los que fallecieron antes de los 90 días ($73,6$ vs $69,1$ años, $p = 0,003$) al igual que el IC Charlson ($9,7 \pm 1,7$ vs $7,9 \pm 3,1$); $p < 0,001$). De los pacientes fa-

llecidos precozmente 67 (68,4%) eran varones. La utilización del catéter como acceso vascular fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con mortalidad precoz (86,7% vs 44,5%; $p < 0,001$). Las causas de muerte por orden de frecuencia fueron: cardiaca (35,7%), cese de tratamiento (23,5%), infecciosa (17,3%), de las cuales 5 fueron por COVID, no determinada (9,2%), neoplasia (6,1%), deterioro cognitivo/demencia (4,1%), hepatopatía severa (2%) y otros más (2%). Especialmente relevante es que en 23,5% de los pacientes se cesó el tratamiento antes en una media de $16,7 \pm 19,5$ días. Los factores implicados en el cese de tratamiento fueron mala tolerancia a la HD (18 pacientes, 78,3%; $p < 0,001$) y dolor que no responde a la medicación (11 pacientes, 47,8%; $p = 0,003$). El cese de tratamiento antes de 90 días ocurrió más frecuentemente en centros de diálisis hospitalarios (22; 95,7%). La patología subyacente más importante en los pacientes que cesaron el tratamiento fue: cardiaca (25,5%), y neoplásica (21,7%). Un 17,4% procedía de ERCA. La mortalidad precoz se ha mantenido estable a lo largo de los años.

Conclusiones

El 3% de los pacientes en hemodiálisis fallecen precozmente. El hecho de que el cese de tratamiento sea una de las causas más frecuentes de mortalidad precoz debe hacernos reflexionar sobre la indicación de la técnica en determinados pacientes con patologías severas. La enfermería tiene mucho que aportar en la toma de decisiones acerca del inicio del tratamiento en estos pacientes.

Fatiga en diálisis: las diferentes caras del prisma

María Paz Sorribes-López¹, Mónica Fons-Álvarez², Rosa M^a Álvarez-Pedrouso³, María Otero-Cupeiro⁴, Shaira Martínez-Vaquera¹

¹ Centro de Diálisis Nephros. Barcelona. España

² Centro de Diálisis de Villagarcía. Pontevedra. España

³ Centro de Diálisis de Pontevedra. Pontevedra. España

⁴ Centro de Dialisis Diaverum Pontevedra. Pontevedra. España

Antecedentes

La fatiga sigue siendo un síntoma cardinal en pacientes prevalentes en hemodiálisis (HD), es un predictor de mortalidad y se asocia a una peor calidad de vida.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue comparar la percepción de fatiga reportada por los pacientes y por el personal de enfermería que los atiende.

Material y Método

Estudio piloto, transversal y observacional de concordancia realizado en España por un proveedor internacional de hemodiálisis. Se incluyeron a todos los pacientes elegibles de una muestra de las tres clínicas incluidas en el estudio (n=116). La fatiga del paciente fue evaluada mediante el cuestionario "Standardized Outcomes in Nephrology (SONG)", que incluye 3 preguntas a la que se añadió una cuarta: "¿cuánto tiempo le cuesta recuperarse después de una sesión de diálisis?" (puntuación de 0 a 3). La puntuación total osciló entre 0 y 12. Se desarrolló un algoritmo de intervención en el seguimiento si la puntuación era ≥ 6 . El mismo cuestionario fue respondido por el personal de enfermería a cargo de los pacientes. La puntuación total osciló entre 0 y 12. Los pacientes se clasificaron como: ausencia de fatiga o fatiga leve (0-4), fatiga moderada (5-8) y fatiga grave (9-12).

Resultados

El porcentaje de distribución del grado de fatiga fue: ausencia de fatiga en el 19,1% vs. el 10,3%; leve en 39,5% vs. 21,5%, moderada en 20,4% vs. 50% y grave en 20,9% vs. 4,2%, (Pacientes vs Enfermería, respectivamente). Esto se debe principalmente a una mayor estimación de las puntuaciones 5 y 6 por parte de enfermería y a una subestimación de la fatiga leve y severa con respecto a los pacientes. Respecto a la cuarta pregunta existe una sobreestimación del tiempo de recuperación como moderado por parte de enfermería (9,9% vs 48%, pacientes vs enfermería, respectivamente). La sobreestimación del tiempo de recuperación y la subestimación de la puntuación de fatiga grave por parte de enfermería sugiere que las enfermeras no reconocen el tiempo de recuperación como parte de los síntomas de fatiga.

Conclusiones

Existen inconsistencias entre las puntuaciones de fatiga reportadas por los pacientes y su personal responsable de enfermería. El personal de enfermería tiende a subestimar las puntuaciones leves y altas mientras sobreestiman el tiempo de recuperación, lo que sugiere la necesidad de formación y de encuestas de medición de resultados reportados por los pacientes y su conocimiento entre el personal para poder realizar intervenciones adecuadas.

Fragilidad y Modelo de Asignación Diagnóstica y Terapéutica en pacientes de hemodiálisis

Anabel Ramírez-García, David Seoane-Represas, Isabel López-Moreno, Carola Arcal-Cunillera, María Isabel Prado-Carpintero

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

Introducción

Los pacientes en hemodiálisis son propensos a presentar fragilidad debido a la carga de la enfermedad renal crónica. Esto conlleva un mayor riesgo de resultados adversos como discapacidad, hospitalización, caídas y muerte. El Modelo de Asignación Diagnóstica y Terapéutica (MADIT) es una escala basada en la aplicación de la herramienta «Índice de fragilidad y valoración integral geriátrica» (IF-VIG) como aproximación al diagnóstico situacional basal individual, por tanto mide la fragilidad; juntamente con una modificación del NIT, que calcula un pronóstico aproximado al año. Una vez establecido el resultado, es clasificado en 4 grupos por colores, según la curva Core de supervivencia y preferencias del paciente, siendo el Rojo supervivencia <1 año y el verde paciente robusto. Esta investigación tiene como objetivo describir el grado de fragilidad mediante MADIT de los pacientes en hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron 76 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Se analizó la fragilidad con la escala IF-VIG, escala Barthel, KDQOL-36 e índice de masa corporal además de variables sociodemográficas. Los datos se analizaron mediante SPSS.

Resultados

La edad media de la población fue de 71,47 años (Rango 44-88); el 71% eran hombres. El tiempo en hemodiálisis medio fue de 2,55 años (Rango 0- 17). La prevalencia de pacientes frágiles fue del 56,8%, con una fragilidad leve (amarillo) un 44,6% y una fragilidad moderada (naranja) un 12,2%. Ningún paciente resultó con fragilidad avanzada (rojo). La calidad de vida la valoran como pasable en un 52% del cuestionario KDQOL_36 (tasa de respuesta del 80,2%). La media de edad en pacientes robustos fue de 68,2 años, MADIT amarillo 74 años y MADIT naranja 74,6 años. Ningún paciente con MADIT naranja vive solo mientras que los pacientes con una MADIT amarillo representan un 35,7%. Analizando el sexo, nues-

tra población masculina presentó una fragilidad leve 48% y moderada 13%. Los datos de la población femenina fue 38 y 10%. Respecto a la masa muscular, analizada con valores de referencia en función del sexo, se mostró que 17,3% de los hombres estaban por debajo de índice de masa muscular de 35% y el 5% de las mujeres por debajo de 25%. La distribución entre pacientes robustos y frágiles fue homogénea.

Conclusiones

En este estudio encontramos que los pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento de hemodiálisis presentan una fragilidad considerable, teniendo en cuenta que se identificó un 56,8% de pacientes frágiles. El índice de fragilidad muestra una capacidad predictiva del 100% de mortalidad a los 20 meses en pacientes con un valor superior al 0,5. Al ser una población con pluripatología y en muchas ocasiones una larga evolución de la enfermedad crónica existe una fragilidad también a tener en consideración en edades previas a los 65 años. Esta herramienta nos permite realizar un diagnóstico situacional, punto de partida imprescindible para conciliar la intensidad terapéutica y diseñar intervenciones con el equipo multidisciplinar adecuadas al grado de vulnerabilidad. Con estos resultados nos permitirá diferenciar a los pacientes que se puedan beneficiar de medidas preventivas (IF-VIG <0,3) y aquellos que es preferible realizar un enfoque conservador (IF-VIG >0,6).

Importancia del uso de diuréticos en el paciente en hemodiálisis

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

Unidad hospitalaria Fundación Renal del "Hospital Fundación Jiménez Díaz". Madrid. España

Introducción

Muchos de los pacientes en hemodiálisis están tratados con diuréticos (principalmente furosemida). Su importancia se cuestiona muy frecuentemente, pues al estaren diálisis su indicación es dudosa. También conocemos la importancia de que estos pacientes tengan función renal residual como mecanismo de eliminar toxinas, y requerir unas diálisis más cortas y con menor ultrafiltración. Uno de los aspectos que tiene que conocer la enfermera de diálisis es si su paciente orina o no, y una cantidad aproximada, pues influye en la pauta de diálisis.

Objetivo

1. Determinar en un grupo de pacientes de nuestra unidad si usan o no diuréticos.
2. Si el grupo que los tiene presentan mayor diuresis.
3. Saber si el tener diuresis influye sobre el peso que trae el paciente y si influye en la pauta de diálisis.

Material y Método

En 30 pacientes, estables de nuestra unidad, mayores de 18 años, sin ninguna comorbilidad que haga pensar en una supervivencia menor a un año. Se analizó el estar con furosemida más de 6 meses. Se analizó la pauta de diálisis, diuresis definida como mayor de 500 ml/día, ganancia interdialisis, peso seco, peso calculado con BIA.

Resultados

30 pacientes (14 mujeres), 11 con diuresis >500 (36,6%), y 19 sin diuresis (63,3%). 20 del total con diuréticos (66,66%). De los que orinan 10 están con diuréticos (99,9%) y 1 no. Los pacientes con diuréticos tienen mayor diuresis ($p:0,032$). Sin embargo los pacientes con diuresis residual se dializan el mismo número de sesiones/semana ($p:0,5$). Pero la UF media en cada sesión es significativamente menor (0,016). La UF sesión media en un mes en el grupo de SIN diuréticos es de

2.266 vs 1.484 ml/sesión en los pacientes con diuréticos. Los que NO usan diuréticos la diferencia entre el peso calculado por BIA- Peso real es de 0,4 kg, mientras que los que están sin diurético es de -1,03 kg. Es decir, los que están con diuréticos, pese a estos, están sobrehidratados al ser mayor el peso que lo calculado por BIA. El estar sobrehidratado puede ser la razón de que orinen de la diuresis.

Conclusiones

1. Los pacientes con diuréticos tienen mayor diuresis.
2. El número de sesiones independiente de la diuresis.
3. Los pacientes con diuréticos precisan menos ultrafiltración cada sesión.
4. Los que están con diuréticos, están sobrehidratados al ser mayor el peso seco que lo calculado por BIA. El estar sobrehidratado puede ser en parte, junto los diuréticos la razón de que tengan diuresis.

Influencia de la dosis y tipo de heparina en el estado de coagulación del circuito sanguíneo durante la hemodiálisis

David Hernán-Gascuña, Julia Audije-Gil, Paula Manso-del Real, M^a Luz Sánchez-Tocino, M^a Isabel González-Sánchez, M^a Dolores Arenas-Jiménez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

La administración de heparina es una práctica común para prevenir la coagulación del circuito extracorpóreo durante la hemodiálisis (HD), pero su uso ha de ajustarse para permitir una adecuada hemostasia de las punciones y minimizar riesgos.

Objetivos

Describir el tipo y dosis de anticoagulación administrada en pacientes en hemodiálisis y sus resultados sobre el estado de coagulación del circuito extracorpóreo y eficacia dialítica.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo durante 14 meses en 15 unidades de HD. Se recopilaron datos de la historia clínica electrónica: dosis y tipo de heparina, tiempo de diálisis, tipo de terapia y dializador, acceso vascular y anotaciones al finalizar la sesión por parte de Enfermería en cuanto al estado de coagulación del dializador y resto del circuito según escala visual diseñada ad-hoc. Se utilizó t-Student, ANOVA para cuantitativo y Chi-cuadrado para cualitativo. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron 186.637 sesiones, de las cuales 179.709 (96,3%) no presentaron ningún tipo de resto hemático, 3.650 (2%) coágulos en cámaras y 3.278 (1,8%) muchos capilares coagulados. En cuanto al tipo de anticoagulación empleada 147.591 sesiones (79,1%) usaron heparina sódica, 34.082 (18,3%) fueron sin heparina y 4.964 (2,7%) con heparina de bajo peso molecular (HBPM). El uso de HBPM se asoció a una mayor coagulación, y fue menor con heparina sódica ($p < 0,001$). Encontramos mayor probabilidad de coagulación que no coagulación en las HDF predilucionales (0,9% vs 0,5%) y HD convencional (29,7% vs 29,3%) e inversamente en HDFpost dilucional (60,4% vs 70,2%) ($p < 0,001$). Esto puede ser debi-

do probablemente por el cambio a HDFpredilucional cuando se empieza a coagular el sistema, avisando la presión transmembrana. Respecto a tipo de acceso vascular, tuvieron más probabilidad de coagularse que de no coagularse si portaban catéter (44,5% vs 38,8%), e inversamente portando prótesis (4,6% vs 5,3%) y FAV (50,9% vs 55,9%) ($p < 0,001$). En cuanto a la dosis de heparina se administró menos de 2.500 UI en un 61,4% de las sesiones, entre 2.500 y 5.000 UI en un 33,4% y superó las 5.000 UI en un 5,2%. La mayor probabilidad de coagulación se vio en los pacientes que usaban la menor dosis de heparina (coágulos 64,5% vs no coágulos 61,2%), seguido de los que usaban más de 5.000 UI (6% vs 5,2%), e inversamente en los que usaban 2.500-5.000 UI (29,5% vs 33,5%) ($p < 0,001$). Por último, las sesiones cuya dosis de KT no llega a los 45 litros se asociaron con mayor coagulación tanto del dializador como del circuito ($p < 0,001$).

Conclusiones

Es más común el uso de heparina sódica y esta obtiene mejores resultados frente a la HBPM en relación a los restos hemáticos del dializador y circuito y la dosis de diálisis. Las sesiones con dosis más altas de heparina son las que más coagulaciones presentan, por lo que parece que es necesaria a pesar del riesgo que supone para los pacientes una anticoagulación alta. Destacamos la importancia de una cuidadosa vigilancia y gestión de la anticoagulación durante la hemodiálisis por parte de Enfermería precisando una comunicación constante y fluida con el nefrólogo de la unidad. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para determinar la dosis óptima de heparina que equilibre la anticoagulación efectiva con el tiempo de sangrado, costes u otros efectos adversos sobre los pacientes ante la sobredosificación.

Influencia de los determinantes sociales en la autopercepción de salud de los profesionales enfermeros de nefrología

Antonio David Caparros-Flórida¹, Carmen Solís-Domínguez², Raquel Abon-Campos¹, Inmaculada Moreno-González¹, Alicia Pino-García¹, Carmen Nuria Navas-Ruiz¹

¹ Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España

² Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa el Sol. Málaga. España

Introducción

El estrés laboral aumenta el riesgo de enfermedades. La organización del trabajo, el estilo de gestión y las relaciones sociales son clave para la salud.

Objetivo

El objetivo del estudio sería conocer qué fenómenos sociales influyen en la autopercepción de salud del profesional de enfermería.

Material y Método

Es un estudio descriptivo, analítico, transversal, multicéntrico, se realiza un cuestionario con respuestas cerradas con dos partes: dirigida a variables sociales y a la autopercepción de salud. Se hace prueba piloto para mejorar validez y confiabilidad, obteniéndose una muestra de 139 encuestas. Se usa un programa estadístico de datos y la prueba de chi cuadrado para la estadística inferencial. La edad más frecuente de los profesionales son entre 35-45 años con un 35,3%. Las mujeres ocupan el 84,2% y el 59% están casados/as. El 65,5% tienen familiares a su cargo. La mayoría de los votos provienen de Andalucía con un 57,55%. La mayoría tiene más de 15 años trabajados con un 46,8%, trabajan en el área de hemodiálisis 74,8% y trabajan en el sector público con 72,7%. El 44,7% llevan 4 pacientes, tienen un turno rotatorio 65,5% y un 51,1% realizan turnos rotatorios. El 51,8% reciben su planilla con una anterioridad de 15 días, el 98,6% tienen grupo de trabajo en apps de mensajería y el 57,6% consiguen desconectar. Las actividades más frecuentes fueron: labores del hogar, ver series y películas; cuidados del hogar y actividades físicas. En el apartado de Autopercepción al enunciado "Considero que puedo conciliar mi trabajo con mi vida personal" "Me siento realizado/a con mi trabajo" coinciden entre los valores 2 y 3 con el 32,4% y con los puntos 3 y 4 con 38,8%. "En mi trabajo me siento agotado/a físicamente y emocionalmente". El 38,8% puntúan con un 2 igual "El trabajo está afectando desfavorablemente a mi salud" con 39,6%. El 32,4% puntúan

con 3 puntos "Siento sobrecarga laboral debido a la escasez de personal" y "Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes" con 32,4% en ambos casos. "Me supone un incordio implantar nuevos procedimientos" y "El trabajo me influye negativamente en la esfera sexoafectiva" con 1 punto con el 37,4 en ambos casos. "Me siento motivado/a para continuar formándome profesionalmente" fue votada con 4 puntos con 40,3%.

Resultados

Existen diferencias significativas al relacionar las siguientes variables: desconexión laboral vs sobrecarga; tipos de centros vs conciliación y tipos de centros vs realización personal con P:0,001; P:0,059; y P:0,058 respectivamente. Así como autopercepción de salud vs conciliación, conciliación vs sobrecarga y conciliación vs desconexión con p:0,039, p:<0,01 y p:<0,009 cada una.

Conclusiones

Aunque se sientan sobrecargadas (66%) y desconectadas emocionalmente, la mayoría se sienten realizadas y motivadas. La conciliación, la sobrecarga y la desconexión son claves para seguir estudiando sus relaciones. Crear estructuras de cuidado y organizaciones saludables puede mejorar el trabajo y atención con profesionales sanos física y mentalmente.

Neoplasias en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una relación bidireccional y multifactorial

Vanesa Pardo-Vicastillo¹, Marta Marks-Álvarez², M^a Teresa Andrino-Llorente¹, Borja Quiroga-Gili¹

¹ Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España

² Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción

La enfermedad renal crónica se sitúa entre las diez primeras causas de muerte en España, afectando al 15% de la población, siendo una patología infradiagnosticada. La enfermedad renal y el cáncer tienen una asociación multifactorial y bidireccional. El cáncer puede afectar al riñón como consecuencia de efectos tóxicos de medicación-radiación y del propio tumor. Asimismo, las personas en terapia renal sustitutiva, presentan mayor riesgo de desarrollar un tumor debido a su inherente inmunosupresión. Según la *Kidney Disease Improving Global Outcomes*, se estima una incidencia de neoplasias del 12-25%. Dado que los pacientes con cáncer y enfermedad renal presentan un difícil manejo, la Sociedad Española de Nefrología ha puesto en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar denominado *Onconefrología* con el objetivo de dar mejor respuesta a las necesidades de estas personas. Sin embargo, existe una necesidad de generar evidencia en las personas que se encuentran en terapia renal sustitutiva.

Objetivos

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la incidencia y prevalencia de neoplasias en personas en hemodiálisis. Como secundarios: determinar los tipos de cáncer más comúnmente diagnosticados y las variables más influyentes.

Material y Método

Estudio de cohortes retrospectivo y unicéntrico desarrollado entre enero 2021 y diciembre 2023, en una Unidad de Hemodiálisis. Los criterios de inclusión fueron: pertenecer a la Unidad de Hemodiálisis, ser >18 años y firmar consentimiento informado. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos procedentes de una base de datos específica de hemodiálisis e historia clínica electrónica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Los resultados fueron procesados por el programa Excel Microsoft 2019 y SPSS 28.0.

Resultados

Se incluyó a 97 pacientes, de los que 30 presentaron algún tipo de neoplasia (prevalencia del 31%). La incidencia de cáncer tras el inicio de hemodiálisis fue del 17%. De los 30 pacientes con cáncer (83% hombres, edad media 73±11 años), el 73% dislipémicos, 50% diabéticos, 93% hipertensos, 77% tenían enfermedad cardiovascular y el Índice de Charlson medio fue de 9,9±2,6 puntos. El 30% obesos y 50% fumadores. Tiempo medio en hemodiálisis de 38±28 meses. La etiología de enfermedad renal más frecuente fue la derivada del proceso tumoral (27%) y nefropatía diabética (17%). Un 7% tuvo un trasplante previo. Las neoplasias con mayor frecuencia diagnosticadas fueron: 40% genitourinarias y 20% hematológicas. Un 27% presentó más de un tumor. En cuanto al tratamiento oncológico: 33% médico-quirúrgico y 33% quimioterapia-inmunoterapia. La mortalidad fue superior en los oncológicos frente a los no oncológicos (40% vs 31%); siendo el 100% hombres. Los pacientes con cáncer eran con más frecuencia varones (p:0,042), fumadores (p:0,056) y presentaron mayor comorbilidad (p:0,006).

Conclusiones

En nuestros resultados encontramos una incidencia y prevalencia mayor de neoplasias que la literatura revisada; además de una elevada mortalidad. Los resultados deben ser confirmados en estudios de mayor potencia; a ser posible, prospectivos. La implantación de consultas monográficas de *Onconefrología* son una necesidad ante la demanda asistencial de un manejo específico para estas personas.

Percepción del cuidado: ¿Qué piensan los pacientes en hemodiálisis sobre el modelo asistencial?

María Paz Sorribes-López¹, Antonio Marín-Franco², Shaira Martínez-Vaquera¹

¹ Diaverum Servicios Renales. España

² Centro de Diálisis. Diaverum Ponferrada. España

Introducción

La hemodiálisis (HD) es segura y efectiva para la enfermedad renal crónica avanzada, sin embargo puede afectar la calidad de vida al modificar rutinas y añadir factores logísticos. Esta combinación de factores crea una carga considerable que puede afectar no solo la salud física del paciente, sino también su bienestar emocional y social.

Objetivo

Evaluar la percepción de pacientes en hemodiálisis sobre la atención sanitaria y su logística.

Material y Método

Estudio transversal observacional multicéntrico en pacientes prevalentes de HD, utilizando el cuestionario "PERCEPCIÓN DE CUIDADO" para evaluar 12 aspectos de calidad de vida relacionados con la atención y logística médica. Encuesta compuesta conformado por 39 preguntas, con respuesta en escala de valoración de tipo NET PROMOTER SCORE. Los aspectos evaluados: acceso vascular, comunicación con el centro, restricciones de ingestas, información recibida desde el centro, punciones en pacientes con FAV, privacidad y dignidad, programación y planificación del tratamiento, toma de decisiones compartidas, apoyo, extracción de analíticas, transporte y ambiente del centro.

Resultados

La encuesta fue aplicada en 47 clínicas de hemodiálisis extrahospitalarias a 4337 pacientes (63,7% hombres, edad media $69,9 \pm 13,8$ años, 45,9% diabéticos, 93,4% hipertensos), utilizando la escala Net Promoter Score (1-7). Se recibieron 4175 respuestas, con una valoración global media de $6,28 \pm 0,13$. Las valoraciones más bajas se observaron en el transporte, especialmente en los tiempos de salida pos-tratamiento (5,03) y traslado (5,03), mientras que las más altas correspondieron a la claridad (6,49) y minuciosidad de la información recibida sobre su condición y tratamiento (6,44).

Conclusiones

Los resultados indican insatisfacción entre los pacientes respecto a los aspectos logísticos, enfocados en tiempos de espera por el traslado sanitario. Además, se identifica una necesidad de mejora en el manejo del dolor asociado al acceso vascular. Se valora muy positivamente la comunicación efectiva y comprensible de su enfermedad y tratamiento con el personal sanitario.

Programa de ejercicio prediálisis/intradiálisis para pacientes con insuficiencia renal crónica en programa regular de hemodiálisis

Andrea Navarrete-Muro, Jon Urretavizcaya-Elizalde, Vanessa Gómez-Azcárate, Miren Edurne Arregui-Suquía, Mayte Chocarro-Haro, Cristina Labiano-Pérez-Seoane

Clínica Universidad de Navarra. Navarra. España

Introducción

La incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica en España está aumentando en la última década. Los pacientes que reciben hemodiálisis son cada vez de edad más avanzada y en un porcentaje muy elevado es pluripatológica y con una elevada inactividad física y comportamiento sedentario. Por ello, estos pacientes tienden a tener unos niveles de actividad física más bajos, un menor índice de tejido magro, un mayor índice de tejido graso, y una mayor prevalencia de fragilidad. Se ha evidenciado que el ejercicio puede mejorar su condición física y calidad de vida y, hacerlo de manera protocolizada mejora la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes.

Objetivos

Implantar y evaluar un programa de ejercicio prediálisis/intradiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica, en programa regular de hemodiálisis, y determinar su impacto en la fragilidad, parámetros antropométricos y calidad de vida. Hipótesis: se prevé que el ejercicio físico prediálisis/intradiálisis asignado de una manera protocolizada y personalizada según las características de cada individuo impide el empeoramiento del desgaste proteico-energético, mejora la fuerza muscular, las medidas antropométricas, la capacidad cardiovascular y la calidad de vida.

Material y Método

El estudio tuvo dos fases. En la primera fase, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura y se desarrolló un protocolo de ejercicio para los pacientes con insuficiencia renal crónica, en programa regular de hemodiálisis, con un comité de expertos (enfermeras y fisioterapeutas). Posteriormente, se realizó un estudio cuasiexperimental pre-post prospectivo unicéntrico durante 6 meses. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes susceptibles de recibir el programa de ejercicio que accedieron a participar de manera voluntaria y según la valoración inicial de los pacientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital.

Resultados

Aquí se muestran los resultados del protocolo a los 3 primeros meses. Veinticuatro pacientes participaron en el estudio, de los cuales el 70,8% eran hombres y el 29,2% mujeres. La mediana de edad fue de 72 ± 51 años. La mediana de tiempo en hemodiálisis fue de 2 ± 15 años. Se encontró una diferencia significativa en la medición indirecta del pliegue tricípital ($p=0,02$). Y aunque no se encontraron diferencias significativas al comparar los datos preintervención y a los 3 meses del resto de variables, se observó una mejoría en todas y en la calidad de vida.

Conclusiones

Mediante la implantación de un protocolo de ejercicio intradiálisis centrado en el paciente se obtienen mejoras tanto en la condición física como en la calidad de vida del paciente en tratamiento de hemodiálisis. Es fundamental el trabajo multidisciplinar y basado en la evidencia para implementar este tipo de programa, proporcionar un cuidado de calidad, favorecer la seguridad de los pacientes y conseguir una mayor adherencia al tratamiento.

Realidad virtual: nueva herramienta en la elección de terapia renal sustitutiva

Mar Blázquez-Rodríguez, Anna Luque-Hernández, Álex Andújar-Asensio, Pablo Mora-Giménez, Emma Caballero-Martín, Marblava Buades-Sabater

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

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%. Aparte de la hemodiálisis ambulatoria, la diálisis peritoneal 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 es 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 tanto, buscamos 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.

Objetivo

- Describir el proceso de información mediante una herramienta de realidad virtual en pacientes candidatos a Tratamiento Renal Sustitutivo.
- Analizar la elección de terapias renales sustitutivas de marzo de 2023 a marzo de 2024.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la unidad de ERCA de nuestro hospital. Además, se detalla el proceso de creación de una herramienta de realidad virtual para informar a pacientes candidatos de TRS.

Actualmente la unidad ERCA dispone de 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 elec-

ción de su tratamiento. Se trata de unas gafas virtuales (Oculus) que utiliza el paciente y que le permiten entrar en una realidad virtual llamada "La Casa del Riñón". La denominada "Casa del Riñón" se ha diseñado y adaptado al centro, creando cuatro entornos virtuales donde se muestran las diferentes TRS. Además, esta información la podrán revisualizar en su domicilio a través de un sitio web.

Resultados

Para valorar esta herramienta se realizó una prueba piloto a 12 pacientes: 7 hombres y 5 mujeres con una media de edad de 56 años. Se les citó y colocó las gafas virtuales, ayudándoles durante la visita a entrar en las diferentes "habitaciones" que correspondían a las diferentes TRS y posteriormente resolviendo dudas que pudieran tener. Posteriormente se les proporcionaba la web para poder visualizar el mismo contenido en casa y con su familia y entorno. Durante el período de seguimiento de estos 12 pacientes: 6 pacientes se decantaron por diálisis peritoneal, 2 por hemodiálisis domiciliaria y 4 por hemodiálisis hospitalaria 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 compartidas. 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.

Sumergidos en la realidad virtual: la percepción de los pacientes en hemodiálisis

María Isabel González-Sánchez, Elena Guerrero-Rodríguez, Aurora Monreal-García, Fabiola Dapena-Vielba, Julia Audije-Gil, Lola Arenas-Jiménez

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

Se ha sugerido que la realidad virtual (RV) puede ser útil para mejorar la percepción del dolor y la ansiedad en pacientes crónicos durante procedimientos habituales. Sin embargo, existe desconocimiento sobre la aceptación de esta tecnología entre los pacientes hemodiálisis.

Objetivos

Evaluar el uso y la satisfacción de las gafas de RV en pacientes durante las sesiones de tratamiento.

Material y Método

Estudio cuasiexperimental, en el que se utiliza la plataforma WakeUp & Smile, proyectando videos aleatorios mediante gafas de RV en las sesiones de HD durante el momento de la conexión y la última media hora antes de finalizar el tratamiento. Tras un máximo de 13 sesiones de uso, los pacientes opinaron sobre su usabilidad y satisfacción siendo ellos mismos grupo control e intervención. Los datos han sido procesados con Microsoft® Excel® para Microsoft 365, y IBM SPSS Statistics 29.0.1.0.

Resultados

Se incluyeron 73 pacientes (edad media 66,2±13,3 años; 49 (67%) hombres). Al inicio, 6 (8,2%) pacientes rechazaron las gafas (4 por agobio, 1 por miedo, 1 por desinterés). Sólo 17 (23,3%) completaron las 13 sesiones (promedio general de 6,5±4,8 sesiones). Las principales razones de abandono fueron aburrimiento (24; 47,1%), agobio (22; 43,1%), indiferencia (3; 5,9%) y trasplante (1; 3,9%). No se observaron diferencias significativas relacionadas con edad ($p=0,537$), sexo ($p=0,288$), años en diálisis ($p=0,403$) o duración de la sesión de HD ($p=0,339$). Respecto a la usabilidad y satisfacción, la mayoría de los pacientes (45; 77,6%) encontraron la aplicación fácil de usar, aunque no percibieron mejoras en su bienestar (50; 86,2%) ni en el afrontamiento de problemas (40; 69,0%). El 62,1% (36) de los pacientes no estaban satisfechos con el contenido.

Discusión

Los resultados del estudio muestran que es indispensable individualizar el uso de la RV para mejorar la percepción del dolor y la ansiedad durante procedimientos habituales según las necesidades del paciente. El agobio de los pacientes se asociaría a no poder visualizar la técnica de punción por tener puestas las gafas. El aburrimiento a que el tiempo de uso era limitado y siempre visualizaban el mismo tramo audiovisual. No hemos detectado diferencias en el abandono en función de la edad o del sexo, por lo que la brecha digital en este caso no parece relevante. Se sugiere usar la RV durante el tramo intermedio de las sesiones en aquellos pacientes que quieran ver su conexión y desconexión; y en el momento inicial en aquellos pacientes que experimentan más dolor/miedo a las punciones. Esto ayudaría en ambos casos a que se sientan cómodos durante el procedimiento, aumentando su nivel de confort. Asimismo, ayudaría a la adhesión a la RV que el contenido audiovisual pudieran seleccionarlo ellos mismos según sus gustos personales.

Conclusiones

El uso de la realidad virtual (RV) se percibe como muy accesible en términos de usabilidad, pero no se experimenta como satisfactorio en el grupo estudiado al no percibir mejoras en su bienestar durante las sesiones.

Un paso más en la valoración nutricional de un colectivo de pacientes en hemodiálisis. Gasto energético mediante calorimetría

Paula Marugán-Fernández, Nancy Stella Piedrahita-Linares, María del Pilar Bueno-Martínez, Maite Loyola-Arrieta, Miriam Calvo-Bascones, Filo Trocoli-González

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción

El número de paciente malnutridos en diálisis es elevado. Siendo el soporte nutricional una de las principales medidas de tratamiento, para lo cual es imprescindible el conocimiento del gasto energético en este colectivo de pacientes, así como la oxidación metabólica predominante.

Objetivos

Describir el gasto energético en reposo (GER) mediante calorimetría indirecta en un colectivo de pacientes sometidos a hemodiálisis.

Pacientes y Método

Estudio piloto transversal realizado dentro de la práctica clínica habitual en una cohorte de 25 pacientes (60% hombres) sometidos a hemodiálisis hospitalaria. Se realizó valoración nutricional mediante: parámetros bioquímicos, antropométricos, y realización de calorimetría indirecta previa a la sesión de hemodiálisis.

Resultados

Edad media $59,9 \pm 19,3$ años. Etiología de la enfermedad renal fue 48% glomerular, y el 100% de los pacientes estaban en diálisis on-line postdilucional. El gasto energético en reposo medido mediante calorimetría fue $1.558,96 \pm 358,48$ kcal ($24,83 \pm 4,52$ kcal/peso/día). Siendo en mujeres de $1.383,20 \pm 296,21$ kcal ($24,17 \pm 4,55$ kcal/peso/día) y en hombres $1.673,13 \pm 356,50$ kcal ($25,27 \pm 4,60$ kcal/peso/día). La oxidación metabólica fue lipídica en el 52% y mixta-proteica en el 48%. En relación al estado nutricional la albúmina fue de $3,91 \pm 0,4$ g/dl, la prealbúmina, de $29,58 \pm 7,05$, PCR $6,63 \pm 6,87$ mg/L. No se encontraron diferencias en ninguno de los parámetros estudiados.

Conclusiones

El gasto energético de los pacientes estudiados se encontraba por debajo de las 30 kcal/kg peso/día, recomendado por las principales guías clínicas. Los pacientes estudiados utilizaban en un elevado porcentaje la oxidación metabólica mixta-proteica.

Valoración de la disfagia en pacientes en hemodiálisis

Eva García-Gazulla, Elena Liset Cahuancama-Solano, Bárbara Romano-Andrioni, Núria Clemente-Juan, María Pilar Cardona-Blasco

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción

La disfagia orofaríngea (DOF) se define como la imposibilidad para tragar alimentos líquidos y/o sólidos. Se produce por una afectación estructural o funcional de una o más fases de la deglución con riesgo de que el contenido pase a la vía aérea y derive en infección respiratoria. La DOF es un trastorno infradiagnosticado. Según la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, la prevalencia se sitúa aproximadamente en el 3% de la población general sin diferencias entre sexos. La incidencia aumenta con la edad, llegando a ser entre el 10% y 30% en los mayores de 65 años. Cada vez, nuestros pacientes en hemodiálisis (HD) tienen una edad más avanzada, con un elevado índice de fragilidad y riesgo de tener déficits nutricionales. Durante la sesión de HD realizan una ingesta alimentaria.

Objetivos

Identificar el riesgo de disfagia de nuestros pacientes en HD para aumentar la seguridad durante la ingesta.

Material y Método

Se realizó un estudio prospectivo observacional con 115 pacientes en programa de HD, los cuales firmaron el consentimiento informado. Se incluyeron a todos los pacientes en HD de un hospital de tercer nivel y su centro periférico en turno de mañana y tarde. Se excluyeron dos pacientes, uno por demencia y otro por barrera idiomática. Para valorar el riesgo de disfagia se realizó el test Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10) por parte del personal de enfermería durante la sesión de HD entre junio y septiembre de 2023.

Resultados

De 115 pacientes (37,1% mujeres y 62,8% hombres), 19 dieron positivo en el test (16,5% con una media de edad de 76,7 años). Tres pacientes fueron éxitos durante el estudio. A los 16 pacientes restantes se les solicitó una interconsulta con la nutricionista para valorarlos individualmente, y se realizó

el test de Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) a los casos necesarios. Se han detectado casos de disfagia en diferentes grados tanto a sólidos como a líquidos. Activamos el plan de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) para proporcionar espesantes. Hemos mejorado las condiciones de seguridad durante la ingesta verificando que el paciente esté consciente y orientado, una correcta posición de la cama, una textura de los alimentos adecuada a cada paciente y omitido, en la medida de lo posible, el uso de pajitas que aumentan el riesgo de broncoaspiración.

Conclusiones

A nuestros pacientes en HD que han dado positivo en el test, se les ha dado pautas y recomendaciones por parte de la nutricionista. El test EAT-10 es una escala validada y fácil de usar que nos ha permitido realizar un abordaje holístico e individualizado. Se incorpora el test EAT-10 al Check-list inicial en nuestro centro, realizando nuevas valoraciones cuando sea necesario.

Valoración del uso de aplicaciones móviles por el personal de enfermería nefrológica

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

¹ Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

² Hospital San Agustín. Asturias. España

Introducción

La OMS confirmaba en 2017 que las tecnologías digitales se estaban convirtiendo en un importante recurso para la prestación de servicios de salud y la salud pública. Así, definen la mHealth o salud móvil, al uso de dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales personales (PDAs) y dispositivos inalámbricos para la práctica médica y de salud pública. También incluyen aplicaciones de estilo de vida y bienestar. El Instituto Nacional de Estadística publicaba en 2023, que el teléfono móvil estaba presente en el 99,5% de los hogares y el 96,4% accedían a internet, pudiendo descargarse aplicaciones entre las más de 5 millones que existían en todo el mundo (350.000 de salud).

Objetivo

Analizar el nivel de uso de las aplicaciones móviles por el personal de enfermería de los servicios de nefrología en su desarrollo profesional.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal mediante la cumplimentación de una encuesta anónima auto-administrada utilizando Google Forms que incluyó variables socio-demográficas, profesionales y relacionadas con frecuencias de uso y de opinión acerca de las aplicaciones móviles. La N fueron 245 enfermeras del campo nefrológico nacional que utilizaban el móvil para el desarrollo profesional y que en el momento del estudio se encontraban en activo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.24.

Resultados

245 encuestas recibidas: 82,4% mujeres, 81,2% con edades comprendidas entre 35-64 años, 24,5% residían en Castilla-León, 75,9% trabajaban en centros públicos, 77,6% desempeñaban labores de enfermera asistencial y el 51,4% tenían >20 años de experiencia profesional. El 59,6% tenían

más de 20 aplicaciones instaladas en su móvil, de las cuales de 1-4 se consideraban aplicaciones de salud y empleaban, en el 66,5% de la muestra, <1 hora para el desarrollo de su labor profesional. El 80,4% utilizaban las aplicaciones de su móvil tanto fuera como en horario laboral. En cuanto a la frecuencia de uso de las aplicaciones del móvil para su desarrollo profesional, encontramos:

- Altos porcentajes en la frecuencia de uso de aplicaciones relacionadas con actividades gestoras y de comunicación.
- Bajos porcentajes en la frecuencia de uso de aplicaciones relacionadas con actividades asistenciales y actividades docentes-investigadoras.

Se obtuvo correlación estadísticamente significativa entre la edad de la muestra (jóvenes) y el uso de aplicaciones para actividades comunicativas y formativas. El 62-86% de la muestra estaba algo o muy de acuerdo en que las aplicaciones móviles: permiten un acceso rápido a la información, favorecen la comunicación entre profesionales, optimizan el proceso asistencial y las usan en su relación con los pacientes.

Conclusiones

Los encuestados manifiestan altos porcentajes de acuerdo en relación a las posibles mejoras que las aplicaciones de sus móviles podrían tener en su desarrollo profesional, algo que contrasta con el bajo número de aplicaciones en salud que poseen o el tiempo empleado en su uso. Sería interesante fomentar el uso eficiente del móvil y proveerles de herramientas que les ayuden a identificar las aplicaciones más útiles y de mayor calidad científica para su desarrollo profesional a través de la formación sanitaria.

Valoración sobre la percepción de la seguridad del paciente por parte de los profesionales sanitarios en la unidad de diálisis

Araceli Mercedes Montero-Ruiz, Noelia Calle-Iraola, Verónica Martín-Guerrero, Nerea Cosano-Lorenzo, Araceli Sánchez-Gómez, Patricia Martín-Sánchez

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción

En el año 2004 la Organización Mundial para la Salud, pone en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en respuesta a una necesidad global de mejorar la seguridad de la atención sanitaria. En 2005 España, desarrolla la Estrategia en Seguridad del Paciente, con el fin de realizar un análisis de situación de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios, detectar puntos críticos y proponer estrategias de intervención. La población en hemodiálisis es de alto riesgo en lo que a seguridad se refiere: es un entorno con alta tecnología y gran interacción del factor humano, un error puede tener graves consecuencias, por lo que son necesarios sistemas que garanticen su seguridad. Conocer la percepción de los profesionales que trabajan en estas unidades, ayuda a analizar la cultura de seguridad, pilar fundamental para implementar y arraigar el valor de seguridad del paciente entre los profesionales.

Objetivos

Objetivo general: Conocer las percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente, del personal de enfermería de una unidad de diálisis.

Objetivos específicos: Evaluar el clima de seguridad en nuestra unidad de trabajo. Identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la seguridad del paciente. Conocer el nivel de conocimiento y utilización de la herramienta CISE, así como la demanda de formación al respecto.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal donde participaron 40 profesionales de enfermería. Se utiliza la encuesta validada de seguridad del paciente: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Se seleccionaron 31 ítems para evaluar el objeto de estudio y se añadieron cuatro preguntas sobre la herramienta CISE de notificación de eventos adversos (EA).

Resultados

De los 40 encuestados: 29 fueron enfermeras y 11 TCAE. Las preguntas del cuestionario se agrupan en 12 dimensiones destacando: Las dimensiones percibidas como fortaleza fueron el aprendizaje organizacional y mejora continua, el trabajo en equipo, la franqueza en la comunicación y las respuestas no punitivas a los errores. Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua fueron: frecuencia de eventos notificados, feed back de comunicación de errores, dotación de personal y problemas en los cambios de turnos. De los resultados se percibe un clima de seguridad elevado donde se obtienen ítems positivo en las dimensiones analizadas. En relación a la herramienta de comunicación de EA, el 90% de los encuestados nunca ha notificado un error a través de ella y un 42,5% refiere no conocerla. Existe una demanda del 100% de formación en seguridad del paciente.

Conclusiones

El cuestionario utilizado permitió identificar la percepción global del personal de enfermería hacia una seguridad en la atención del paciente en diálisis, identificándose cuatro áreas de oportunidad de mejora y cuatro de dimensión fuerte dentro de la cultura de seguridad. El clima de Seguridad percibido por el personal sanitario es elevado; pero se observa una necesidad de formación en temas de seguridad y en la herramienta para la notificación de eventos adversos.

Estudio de prevalencia de la incontinencia urinaria en la persona trasplantada

Yolanda Castillo-Piña, Gloria García-Gallardo, María Teresa Baz-Rodríguez, María Elena Riera-Corominas, Aida Martínez-Sáez, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

El trasplante renal (TR) es la mejor opción terapéutica para las personas con enfermedad renal crónica (ERC) en términos de supervivencia y calidad de vida. El perfil de las personas candidatas a un trasplante ha cambiado, siendo cada vez más mayores y con más comorbilidades. Teniendo en cuenta el cambio en el perfil de la persona TR, en nuestro centro en 2015 se creó la consulta de la enfermera referente en el trasplante renal, dónde la enfermera realiza el seguimiento y control de las personas TR respondiendo a sus necesidades, fomentando su autocuidado e identificando precozmente posibles complicaciones como la incontinencia urinaria (IU). Se define la IU como la pérdida involuntaria de orina y caracterizada por la incapacidad de retenerla en la vejiga. Se conocen varios tipos y puede llegar a afectar negativamente a la calidad de vida limitando la autonomía de las personas TR.

Objetivos

Describir la prevalencia y los factores de riesgo asociados de incontinencia urinaria en las personas trasplantadas que realizan seguimiento en la consulta enfermera.

Material y Método

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. El estudio se llevó a cabo entre noviembre de 2023 y marzo 2024. Se incluyeron a todas las personas trasplantadas en nuestro servicio. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidades y antecedentes relacionados con la enfermedad renal crónica. Además, se administró el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) en el día más cercano y a los treinta y cinco días post TR de los mismos pacientes; así como una encuesta ad-hoc para conocer la calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria.

Resultados

Se incluyeron a 50 personas, de ellas 38 (72%) eran hombres y 12 (24 %) mujeres, con una edad media de 62,86 años. De éstas 36 (72%) llevaban más de un año en diálisis antes del TR y 34 (68%) tenía una diuresis residual de más de 300 mL. De las 50 personas incluidas, 5 (10%) presentaban IU en el pre-TR y 14 (28%) en el pos-TR tras retirada de pigtail, siendo 11 (22%) de ellas IU de nueva aparición. El 13 (34%) de los hombres presentaba IU post-TR, mientras que en las mujeres sólo estaba presente en 1 (8%). El tipo de IU más común fue la de urgencia, estando presente en 6 (46,1%) personas, seguida por la mixta 4 (30,7%) personas y finalmente la de esfuerzo presente en 3 (23%) personas. El 8 (61,5%) de los hombres reportaban una peor calidad de vida debido a la presencia de la IU.

Conclusiones

El 22% de las personas trasplantadas tiene IU de nueva aparición post-TR impactando de forma negativa en su calidad de vida percibida. Existen factores predisponentes que son no modificables (estar en diálisis, no tener diuresis residual, etc.) pero hay otros que se pueden llegar a modificar; motivo por el que desde la consulta de enfermería post-TR se plantea diseñar intervenciones específicas y multidisciplinarias para prevenir la aparición de la IU en el post-TR inmediato.

Evaluación de la fragilidad en pacientes en lista de espera para trasplante renal

Irene Sánchez-Márquez, María Adela Amat-Huerta, Sergio Capilla-Tomás

Hospital Vall D'Hebrón. Barcelona. España

Introducción/Justificación

El estudio de la fragilidad en candidatos a trasplante renal es un área de investigación que se centra en evaluar la vulnerabilidad de los pacientes antes de someterse a la intervención quirúrgica. La fragilidad se refiere a la disminución de la reserva fisiológica y la capacidad de adaptación del organismo a situaciones de estrés, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones perioperatorias y afectar los resultados a largo plazo del trasplante. El porcentaje de pacientes frágiles o prefrágiles en lista de espera de trasplante renal se sitúa en torno a un 20-30% y se ha demostrado que estos pacientes tienen peores resultados tras el trasplante renal, que constituye un evento estresante.

Objetivos

Objetivo principal: Detectar los pacientes frágiles en lista de espera para trasplante renal.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes en lista de espera de trasplante renal entre enero de 2022 y diciembre de 2023.
- Analizar los factores que influyen en la fragilidad del paciente en lista de espera de trasplante renal.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. La muestra obtenida estaba compuesta por pacientes en estudio y los ya incluidos en la Lista de Espera para trasplante renal. Durante la primera visita de enfermería de Lista de espera se realizó una valoración donde se recogieron las distintas variables. Se registraron 8 variables directamente relacionadas con la fragilidad (MUST, IMC, Alteración de la marcha, debilidad muscular, Tiempo de levantarse y andar,

BARTHEL, TIRS, STRATIFY y FRAIL). El resto de datos se extrajeron directamente de la historia clínica (sexo, edad, lugar de residencia, modalidad de diálisis, tiempo en diálisis, número de trasplantes).

Resultados

Se analizó una muestra de 207 pacientes, de los cuales el 63% eran hombres (130). Un 39% del total de la muestra presentaba fragilidad. La edad media fue de 59 años. 102 pacientes tenían entre 60 y 80 años, de los cuales 54 tenían algún grado de fragilidad. Había 8 pacientes de más de 80 años de los cuales 5 presentaban fragilidad. El 54,55% de las mujeres presentaban algún grado de fragilidad frente al 30% de los hombres. Un 9,6% tenían dependencia leve. Un 32% de los pacientes presentaron riesgo social. La media del IMC fue de 26,5, solo un 35% tenían un peso normal y el 36% presentaron un IMC superior a 30 kg/m². El 18% contaban con un riesgo nutricional intermedio o alto. Respecto a la modalidad de diálisis, el 66% estaban en Hemodiálisis, el 14% en diálisis peritoneal y el 20% en situación de prediálisis.

Discusión

Los pacientes que presentaban más fragilidad eran las mujeres y los que tenían una edad más avanzada. La información recopilada a través de la evaluación de la fragilidad puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de intervenciones preoperatorias, como programas de ejercicio, manejo nutricional o intervenciones psicosociales. Además, puede ser útil para personalizar la atención perioperatoria y mejorar la toma de decisiones en la selección de candidatos para trasplante renal.

Percepción de la información recibida sobre inmunosupresión en mayores de sesenta y cinco años sometidos a trasplante renal: identificación de debilidades en educación sanitaria

Raquel Alba-Romero, Beatriz Conde-Muñoz, Pilar González-Peñalver, María de los Ángeles de Austria-de Luque, Isabel María Pantoja-Díez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción

La educación sanitaria durante el ingreso hospitalario juega un papel crucial en el manejo efectivo de la medicación post-trasplante, especialmente en pacientes de edad avanzada. Una comprensión adecuada de la medicación inmunosupresora es fundamental para garantizar la adherencia al tratamiento, prevenir el rechazo del órgano trasplantado y mejorar los resultados a largo plazo. Una buena educación sanitaria proporciona a los pacientes las herramientas y el conocimiento necesarios para administrar su medicación de manera segura y eficaz, lo que puede contribuir significativamente a una mejor calidad de vida y a una reducción de las complicaciones asociadas con el trasplante de órganos.

Objetivos

Analizar la percepción, sobre la educación sanitaria proporcionada por los profesionales sanitarios, acerca de la inmunosupresión durante el ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años trasplantados de riñón. Analizar el nivel de conocimiento actual y manejo del tratamiento.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal a los pacientes mayores de 65 años que habían recibido trasplante de riñón en el año 2023. El cuestionario se diseñó para evaluar la comprensión y la percepción de los pacientes sobre la información recibida durante su ingreso hospitalario, incluyendo aspectos como nombre de la medicación, dosis, horarios de administración y posibles efectos secundarios.

Resultados

Indican una variabilidad en la percepción de la información entre los pacientes encuestados. Si bien la mayoría de los pacientes se sintieron bien informados sobre la inmunosupresión durante su ingreso, hubo diferencias en la información sobre efectos secundarios y circunstancias especiales. La

mayoría no presentaron una ansiedad elevada al alta relacionada con el tratamiento, ya que contaban con apoyo familiar. Un número elevado de pacientes sigue precisando ayuda con su medicación inmunosupresora. Algunos pacientes expresaron una comprensión sólida y una sensación de estar bien informados, mientras que otros manifestaron confusión o falta de claridad en cuanto a los detalles de su medicación.

Conclusiones

Las conclusiones del estudio reflejan una percepción variada entre los pacientes mayores de 65 años trasplantados de riñón respecto a la educación sanitaria recibida durante su ingreso hospitalario. Si bien la mayoría se sintió bien informada sobre la inmunosupresión, hubo disparidades en la comprensión de los efectos secundarios y circunstancias especiales. Estos hallazgos resaltan la necesidad de una comunicación clara y efectiva por parte de los profesionales sanitarios, especialmente en esta población. Se requieren estrategias educativas adaptadas para mejorar la comprensión y la adherencia a la medicación post-trasplante, con el potencial de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida. Las conclusiones obtenidas proporcionan una base sólida para futuras intervenciones educativas dirigidas específicamente a mejorar la información y la comprensión de los pacientes trasplantados de riñón mayores de 65 años sobre la inmunosupresión durante su ingreso hospitalario, con el objetivo final de optimizar la adherencia a la medicación y mejorar los resultados a largo plazo del trasplante.

Beneficios de la implantación de una consulta de enfermería de valoración de accesos vasculares

María Jesús García Castillejo, Alicia Garijo Hornillos, Iván García Enériz, Sara Franco Cano, Estela Mateo González
Hospital Reina Sofía. Navarra. España

Introducción

Desde el personal de enfermería, se observa la necesidad de realizar una revisión y seguimiento ecográfico de las Fistula arterio venosa interna (FAVs) con la finalidad de minimizar los riesgos, detectar precozmente posibles complicaciones, conseguir un mantenimiento óptimo del acceso y facilitar las canulaciones.

Material y Método

- Ecógrafo.
- Programa informático.
- Cámara de fotos.

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Inicialmente, se realiza un mapa de procesos para identificar el circuito a seguir. Se realiza una revisión bibliográfica para conocer los puntos clave a valorar en la revisión del acceso y poder marcar unos criterios estandarizados de derivación. Se desarrolla una plantilla de registro de enfermería para la valoración de acceso vascular de todas nuestras FAVs donde consta: datos del paciente y acceso, foto del mapeo del acceso indicando zonas reseñables con una pequeña descripción del acceso y de los puntos a destacar. Esta plantilla es incorporada a la ficha del paciente para que las enfermeras puedan acceder antes de la canalización facilitando la localización de posibles puntos de punción. Una vez definidos estos parámetros se establece un cronograma para la revisión de los accesos:

- A los 8-10 días: Valoración enfermera de la FAV (retirar puntos).
- A los 15 días tras la realización: Valoración nefrólogo-enfermera.
- A los 30 días: valoración por nefrólogo.
- A los 3 meses: valoración por nefrólogo.
- Luego, revisiones cada 3 meses por enfermería o si precisa antes.

Objetivos

- Valorar el estado y desarrollo de FAV.
- Detectar precozmente de los problemas en FAVs.
- Desarrollar un mapeo de las zonas de punción que ayuden a disminuir las complicaciones en las canalizaciones.
- Aumentar calidad de vida del paciente y supervivencia del acceso.
- Favorecer el autocuidado y mantenimiento de los accesos vasculares.

Resultados

- Se ha establecido una plantilla de registro de enfermería para la valoración de acceso vascular teniendo una evidente mejora en la punción de las FAV.
- En 4 meses, tras la implantación de la consulta de enfermería de accesos vascular, se han realizado 32 revisiones de 21 accesos.

Detectándose anomalías en las FAVs de 9 pacientes, de los cuales 2 pacientes han decidido no actuar, 2 pacientes se han resueltos dejando sin puncionar unos días, 3 pacientes han sido derivados a Cirugías vascular y resuelto el problema y 2 están pendientes de valoración por Vascular. Se ha colaborado con el resto del equipo de enfermería para punciones en FAVs nuevas y complicadas

Conclusiones

- El desarrollo de un mapa del proceso ayuda a comprender, agilizar y visualizar el flujo de trabajo.
- El trabajo enfermero es fundamental para el cuidado, desarrollo y mantenimiento de las FAVs.
- El registro y conocimiento del estado de nuestras FAVs es fundamental para garantizar unos cuidados de calidad y mejorar la confianza de nuestros pacientes.
- La revisión sistemática de las FAVs ayuda a detectar precozmente posibles complicaciones minimizando los daños al paciente.

Creación de un grupo de referentes vasculares. Marca la diferencia

Cristina Cuevas-Palacios, Ángela Atochero-Ballesteros, Sara Garrido-del Pino, Lucía López-Rodríguez, Paula Martínez-Figueras, Tania Alvarez-Kwolsky

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. España

Introducción

Tras años de asistencia a seminarios y congresos, revisión de guías y a partir de nuestra propia experiencia, fuimos conscientes de la importancia de monitorizar el estado de las FAVs y PTFE con una serie de técnicas y registros que nos daban información objetiva del estado de las mismas.

Objetivos

1. Crear un grupo multidisciplinar para control de FAV y PTFE.
2. Establecer reuniones mensuales.
3. Revisar flujos fistulares cuatrimestrales.
4. Unificar criterios de control ecográfico.
5. Planificar huecos en agenda de enfermería de ERCA para control ecográfico.
6. Formar y actualizar al personal de enfermería del grupo de accesos vasculares.
7. Planificar actuaciones en las reuniones de nefrología-vascular derivadas de la revisión de los accesos vasculares.

Material y Método

Se creó un grupo multidisciplinar que comenzó a reunirse en febrero del 2023 integrado por una nefróloga de referencia, el enfermero de consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que es referente en ecografía, tres enfermeros de sala referentes en punciones y la supervisora de la unidad de diálisis. Se ha creado una tabla para registrar cuatrimestralmente el control de flujos fistulares valorando el descenso mayor del 25% sobre previo, valor por debajo de rango y valores no evaluables por estar fuera de rango. En las reuniones mensuales se evalúan los resultados de los flujos fistulares, los pacientes con mal desarrollo o incidentes en el acceso y fistulas de nueva creación. Tras valorar que pacientes precisan control ecográfico se citan en consulta ERCA 2 días a la semana con un hueco de 30 minutos. Se unifican criterios de control ecográfico mediante una tabla (anastomosis, desa-

rrollo, diámetro, profundidad y flujo fistular) y se actualiza el protocolo de primeras punciones y los dosieres de cuidados de acceso vascular previo a la intervención, ejercicios para el desarrollo y cuidados de herida quirúrgica. Se derivan a la unidad de vascular los pacientes que precisen revisión del acceso vascular. El personal asiste a formación específica en ecografía y punción ecoguiada en jornadas y congresos.

Resultados

Al crear el grupo de accesos vascular se consigue monitorizar el estado de los accesos de la unidad, prevenir complicaciones y actuar en caso de disminución de la efectividad consiguiendo mayor durabilidad de los mismos. Se han planificado 6 reuniones mensuales, se han planificado y realizado 20 ecografías por enfermería en ERCA. Se ha conseguido que toda la unidad realice las punciones y siga los mismos cuidados y recomendaciones según la nueva actualización de protocolos y dosieres. La unidad cuenta con 2/4 enfermeros del grupo accesos vascular cualificados y formados específicamente en ecografía y punción ecoguiada.

Conclusiones

1. Mejora de la comunicación multidisciplinar (enfermería, medicina (nefrología y vascular) y supervisión) gracias a las reuniones mensuales.
2. Mejor vigilancia de accesos vasculares.
3. Control, prevención y reparación de eventos adversos en los accesos.
4. Mayor supervivencia en el acceso vascular.
5. Profesionales cualificados que formarán al resto de enfermeros de la unidad.
6. Servicio de hemodiálisis con dinámica de trabajo y protocolos unificados.

Daño mecánico y hemodinámico en fístula arteriovenosa por punción con agujas tradicionales *versus* catéter-fístula

Manuel Luque-Santiago

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

Introducción

En Europa, la punción de la FAV se realiza tradicionalmente con agujas metálicas. La utilización de estas agujas se ha asociado con un mayor riesgo de infiltración vascular y daño mecánico y hemodinámico durante la canulación para las sesiones de hemodiálisis. En los últimos años, se ha introducido un nuevo dispositivo para la punción de la FAV conocido como catéter-fístula.

Objetivos

Objetivo General: Analizar y revisar la evidencia científica acerca del trauma mecánico y hemodinámico producido por catéter-fístula frente a la aguja convencional en la fístula arteriovenosa interna.

Objetivos Específicos: Conocer el daño mecánico y hemodinámico producido por las agujas metálicas en comparación con el catéter-fístula.

Material y Método

Se eligió un diseño basado en una revisión sistemática, realizada de noviembre de 2021 a enero de 2024, con el fin de analizar y actualizar la evidencia científica existente sobre el daño mecánico y hemodinámico en el uso del catéter-fístula frente a las agujas tradicionales.

Resultados y discusión

Se incluyeron 6 artículos en esta revisión. El riesgo de sesgo y la evaluación metodológica de los artículos utilizados se midieron mediante CASPe Respecto al daño mecánico, un estudio realizado por Marticorena M et al. concluyó que la posibilidad de trauma mecánico e infiltración durante la sesión es 2,3 veces mayor en la utilización de agujas metálicas en comparación con el catéter-fístula. Asimismo, un estudio realizado por Letachowicz K et al. mostró que la incidencia de hematoma fue de 48 por 1.000 sesiones con las agujas metálicas en com-

paración con un 16,7 por cada 1.000 sesiones con catéter-fístula. En cuanto al trauma hemodinámico, el flujo laminar de la circulación sistémica se altera en el lugar de canulación de la aguja durante el tratamiento, lo que puede producir el desarrollo de la hiperplasia neointimal. Un estudio realizado por Fulker D et al. concluyó que ambos dispositivos producen chorros de alta velocidad que resultan en flujos sanguíneos perturbados bajo la zona de impacto. Los estudios refieren que las agujas metálicas parecen tener un impacto ligeramente más negativo debido a que presentan zonas más pequeñas con alta tensión tangencial, que se define como la tensión que ejerce la columna de sangre sobre la superficie del endotelio y que genera una deformación del mismo. En este sentido, la cánula de plástico presenta una mayor ventaja gracias a su estructura y diseño. En comparación con las agujas metálicas en las que su orificio trasero es altamente ineficaz, el catéter-fístula presenta cuatro orificios laterales que produce una distribución del flujo que reduce la velocidad del torrente de sangre. La reducción de esta velocidad ayuda a reducir la tensión tangencial en la zona de impacto.

Conclusiones

Según la evidencia científica analizada, el catéter-fístula produce un menor daño tanto mecánico como hemodinámico ya que debido a las características de su estructura y diseño, produce menores tasas tanto de infiltración y hematoma, además de reducir la tensión tangencial en el endotelio.

Experiencia con el cambio en el sellado del catéter tunelizado: heparina sódica al 5% versus Taurolock

María Vera-Casanova, Olga Sobrado-Sobrado, Olga Campoy-Mora, Guillermo Romero-Ubeda, Marta Parella-Lázaro, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

En los últimos años debido al cambio del perfil de pacientes que entran en programa crónico de hemodiálisis, se ha observado un cambio en la elección de acceso vascular. Aumentando así el uso de catéteres venosos centrales tunelizados. El uso de este tipo de acceso está relacionado en un aumento de la morbi-mortalidad, por la disfunción del catéter, mayor riesgo de infección y aumento de mortalidad. Actualmente, existen varios tipos de sellados para estos accesos, pero no se ha demostrado mayor eficiencia de unos entre otros. Históricamente, el uso de heparina sódica suele ser el sellado de elección. Esta pertenece al grupo de medicamentos denominados antitrombóticos. Existen en el mercado nuevas opciones como es el Taurolock, solución bactericida y fungicida, que previene la formación de biofilm.

Objetivo

Determinar si el cambio de sellado en los catéteres tunelizados afecta significativamente los parámetros de eficacia de la hemodiálisis en pacientes programa crónico.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todos los pacientes con catéter tunelizado que realizaron hemodiálisis entre noviembre del 2023 hasta marzo de 2024. Los datos fueron obtenidos a partir de los registros clínicos redactados por el personal de enfermería y de los datos numéricos proporcionados por las máquinas de hemodiálisis. Se utilizaron como variables los datos demográficos, antecedentes patológicos, flujo, presiones sanguíneas, recirculación, Kt/V, heparinización durante la sesión, sellado post sesión, colapsos intra-sesión, lavados con suero fisiológico o Urokinasa y conexión de la línea del circuito correspondiente a la luz del catéter. Como programa para el estudio estadístico se utilizó el SPSS.

Resultados

La muestra es de 33 pacientes, un 61% hombres, con una edad media de 58 años ($\pm 24,74$). El 42% eran diabéticos tipo 2, un 88% hipertensos, un 60% sufría de alguna cardiopatía (42% cardiopatía isquémica), el 52% con una vasculopatía periférica y el 24% presentó un accidente cardiovascular, el 73% tomaban anticoagulación en domicilio. Los pacientes seleccionados llevaban una mediana de 19 meses [8-35] en hemodiálisis y los catéteres tunelizados llevaban colocados una mediana de 10 meses [6,5-29]. Los resultados similares para flujos, presiones arteriales y recirculación. En cuanto a presiones venosas y Kt/V existe una tendencia a la mejoría utilizando el Taurolock y presenta cambios significativos estadísticamente sobretudo el primer día de la semana en las presiones venosas 175/163 (p 0,004) y el último día en el Kt/V 1,55/1,62 (p 0,05). También se han requerido menos intercambios de líneas con el Taurolock (29%) frente heparina (31%).

Conclusiones

Observamos resultados similares para ambos tipos de sellados en lo que se refiere a flujos sanguíneo, presiones arteriales y recirculación. Se puede detectar una tendencia a la mejoría con el uso de Taurolock respecto a la presión venosa, al Kt/V y menor necesidad de conexión invertida. Es necesario seguir valorando el uso de Taurolock a largo plazo y confirmar si las tendencias de estas primeras semanas se consolidan.

Proyecto de mejora del manejo del catéter venoso central tunelizado en una unidad de hemodiálisis

María Izal-Luis, Silvia Remírez-García, María Begoña del Villar-Torrent, María Milagros Berástegui-Balda, Laura Marcos-Gómez, Raquel Sola-Freire

Clínica Universidad de Navarra. Navarra. España

Introducción

El catéter venoso central tunelizado (CVCT) en las unidades de hemodiálisis es cada vez más prevalente y se asocia a una alta incidencia de complicaciones, entre ellas la disfunción del CVCT. Esto constituye una de las principales causas de morbimortalidad y de aumento del coste sanitario. Las guías Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) 2019 de prácticas clínicas para el acceso vascular destacan que prevenirla, detectarla y tratarla precozmente es fundamental para preservar el acceso y mejorar la morbimortalidad de los pacientes. Puesto que la enfermera es el profesional más cercano al paciente, su papel en el manejo de la disfunción del catéter se hace esencial. Por ello, se planteó diseñar e implementar un protocolo para la detección y tratamiento precoz de la disfunción de los catéteres, llevado a cabo por las enfermeras.

Objetivo

Determinar el impacto que tiene en la práctica clínica de los equipos de enfermería la implementación de un algoritmo para la detección precoz y tratamiento de la disfunción de los CVCT.

Material y Método

Se llevó a cabo un proyecto de mejora a través del ciclo "PDCA", en un hospital privado de nivel terciario, en el periodo comprendido entre agosto de 2023 y abril de 2024.

- PLAN: se identificaron los catéteres disfuncionantes y se analizó la situación.
- DO: se llevó a cabo una revisión de la literatura exhaustiva y se elaboró un algoritmo de actuación. En diciembre de 2023 se comenzó a implantar el algoritmo. Se formó a todo el personal de la unidad.
- CHECK: a los cuatro meses posteriores se analizó el impacto de la implementación del protocolo.
- ACT: se observaron resultados y se establecieron nuevas acciones de mejora.

Resultados

El 60% de los catéteres eran disfuncionantes y se trataban sin un criterio uniforme establecido. DO: Se diseñó un algoritmo, basado en la evidencia y en colaboración con el equipo médico de Nefrología y la Comisión de Enfermedades Infecciosas. Se impartió una sesión de formación y se implantó el protocolo. CHECK: El análisis del impacto del protocolo mostró una detección de la disfunción del catéter precoz y más rigurosa. Un mayor porcentaje de catéteres se recuperaron aplicando el algoritmo (45% frente al 16% previo) y se detectó una mayor eficacia dialítica, sin aumentar el tiempo de tratamiento prescrito. ACT: la implantación del algoritmo es eficaz. No obstante, a pesar de los resultados satisfactorios, se sigue trabajando para afianzar el cumplimiento del protocolo en la unidad.

Conclusiones

En base a los resultados de este trabajo se han identificado aspectos clave para garantizar un cuidado de calidad, basado en evidencia, en pacientes portadores de CVCT. Estos aspectos son:

- Uniformidad de criterios en la definición de la disfunción del catéter.
- Mayor autonomía del equipo de enfermería: capacitación de las enfermeras para la detección precoz y tratamiento de la disfunción.
- Mejora en el registro informático y monitorización de los indicadores de resultado.

¿Debemos seguir realizando la primera cura del catéter peritoneal a los siete días de su implantación?

Clara Castillo-Tudela, María Cruz Sánchez-García, Elisabeth Marcos-Ballesteros

Hospital Germans Universitar Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción

La International Society of Peritoneal Dialysis define las infecciones relacionadas con la inserción del catéter peritoneal como aquella infección que se produce en los 30 días posteriores a la implantación del mismo. Las nuevas actualizaciones de la ISPD del 2023 indican que la primera cura post colocación del catéter peritoneal debe realizarse a los 7 días de inserción del catéter peritoneal. Tras detectar un aumento de infecciones de orificio relacionadas con la inserción del catéter se propone dentro de nuestra unidad una modificación del protocolo tradicional y se reduce a 3 días la realización de la primera cura post colocación.

Objetivo

Evaluar la implementación de un nuevo protocolo de curas post quirúrgicas.

Material y Método

Estudio piloto de implementación de un nuevo protocolo de curas post quirúrgicas. Se incluyeron un total de 28 pacientes que se les implantó el catéter peritoneal durante el año 2023. Donde 14 se les aplicó el protocolo tradicional y 14 el nuevo protocolo. Se analizaron variables como el motivo de inicio de DP (ERC o ICC), el lugar de colocación del catéter, la presentación de fuga y si eran portadores de Staphylococcus Aureus nasal. Se realizó un modelo de regresión logística para evaluar si el nuevo protocolo y las diferentes variables pueden ser consideradas factores preventivos o predisponentes.

Resultados

La implementación del nuevo protocolo (realización de la primera cura a los 3 días de la colocación del catéter) mostró una disminución de las infecciones de orificio post colocación ($p=0,02$). El lugar de implantación, el motivo de inicio de DP y la presencia de fugas no se relacionaron con la incidencia de infección ni son factores predisponentes a ella. Aunque con la muestra obtenida el modelo indicó que la aplicación del nuevo protocolo no es factor estadísticamente significativo para la prevención de las infecciones postcolocación, sí que estima que este reduce el 83% (OR 0,17 IC 95% 0,02-1,16) la aparición infección de orificio dentro de los 30 días posteriores a la implantación. No obstante, el modelo confirmó que la presencia de portador de S.Aureus es un factor predisponente a la infección periorificio post colocación (OR 14,31 y IC95% 1,10-186,04).

Conclusiones

El nuevo protocolo, basado en la realización de la primera cura a los 3 días de la implantación del catéter, reduce la incidencia de infecciones relacionadas con la inserción del catéter peritoneal. Así mismo, se confirma que ser portador de S. Aureus es un factor predisponente a las infecciones post colocación.

Disminuyendo la peritonitis precoz con la visita domiciliaria

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

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. España

Introducción

La visita domiciliaria en diálisis peritoneal engloba el conjunto de actividades que realiza la enfermera en el domicilio del paciente con el fin de detectar, valorar, dar soporte y seguir los problemas de salud del paciente y su familia, fomentando su autonomía y calidad de vida. El conocimiento del entorno del paciente es imprescindible, tanto para el aprendizaje como en la instauración del tratamiento. La visita domiciliaria permite adecuar la técnica a las condiciones particulares de cada paciente y el control de las infecciones relacionadas con la técnica, en especial las peritonitis precoces (durante los tres primeros meses de tratamiento).

Objetivo

Evaluar el impacto de la visita domiciliaria enfermera a pacientes en diálisis peritoneal en la incidencia de peritonitis en el inicio precoz de la técnica.

Material y Método

Estudio cuantitativo cuasi-experimental de todos los pacientes afectos de Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que empezaron programa de DP desde enero de 2017 hasta enero 2024. Las variables principales de estudio fueron: número de pacientes en diálisis peritoneal y complicación por peritonitis. Además se recogieron otras variables secundarias como: el sexo, edad, procedencia de los gérmenes implicados en la infección, parámetros relacionados con la técnica (lavado de manos, cura de orificio, conexión y desconexión) y parámetros relacionados con el domicilio del paciente (Higiene de habitación y lavabo, ventilación y animales).

Resultados

Durante todo el período de estudio se realizaron 156 visitas domiciliarias de inicio de terapia en Diálisis peritoneal: 37 mujeres y 119 hombres. En los domicilios observamos: Cura de orificio correcta de los 156 pacientes, aunque precisan ayuda de familiar 96 de ellos. 5 domicilios sucios, desorde-

nados o con mala ventilación. 43 domicilios con animales domésticos. Conexión y desconexión correcta de los 156 pacientes, aunque 52 precisan ayuda familiar en los primeros días de tratamiento en domicilio. En este periodo 6 pacientes padecieron peritonitis precoz, el 3,8%. Los gérmenes implicados fueron el 83,3% Gram+ y el 17,7% Gram-. En todos los casos la evolución fue favorable. La edad media fue de 62 años. No se realizó visita domiciliaria de inicio a 19 pacientes por diversos motivos (confinamiento por COVID, problemática intrafamiliar, otros): 2 mujeres y 17 hombres. De los cuales 4 padecieron peritonitis precoz el 21%. La evolución fue favorable en 3 de los pacientes, precisando retirada de catéter en 1 de ellos. Los gérmenes implicados fueron en el 86,7% Gram+ y 13,3% Gram-. La edad media fue de 69 años.

Conclusiones

En nuestra experiencia constatamos que la visita enfermera domiciliaria es una herramienta indispensable en la disminución de la peritonitis precoz, una de las complicaciones más grave en el tratamiento con diálisis peritoneal y para poder adecuar de forma individualizada la terapia al conocer el entorno del paciente. Futuros estudios deben evaluar el impacto de esta visita en otras complicaciones tardías además de la satisfacción de los pacientes.

Impacto en la calidad de vida del cuidador del paciente en diálisis peritoneal

M^a Pilar Escribano-Cuerda, Delfina Calero-García, Encarnación Bellón-Pérez, Francisca Gómez-Escribano, M^a Pilar Martínez-Heras, Mónica Parra-Jiménez

Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España

Introducción

En el campo de la diálisis peritoneal (DP) existen pocos estudios que analicen la sobrecarga del cuidador principal. Dado que muchos pacientes de DP precisan de ayuda, bien por dependencia en tareas cotidianas o por necesidad de ayuda en el tratamiento dialítico, debemos analizar esta sobrecarga para identificar precozmente problemas relacionados y ofrecer apoyos necesarios.

Material y Método

Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado mediante encuestas telefónicas a los cuidadores principales de los pacientes de nuestra unidad de DP. Se utilizó el conocido cuestionario de Zarit, que con 22 preguntas cuantifica el grado de sobrecarga de los cuidadores de pacientes dependientes (en este estudio, definido como un índice de Barthel menor de 90) o que necesitaban ayuda en el tratamiento dialítico. También se les realizó el Cuestionario de Sobrecarga de Cuidadores de Diálisis Peritoneal (CSCDP), específico para cuidadores de DP, con 30 preguntas.

Resultados

Se encuestan a los cuidadores principales, 10 de los 39 pacientes que conforman nuestra unidad de DP, al ser considerados el resto independiente por tener un índice de Barthel mayor de 90. El 80% de los pacientes son hombres y el 20% mujeres. En el grupo de cuidadores el 70% son mujeres (6 de ellas esposas) y el 30% hombres (padre, hijo, hermano). El test de Zarit mostró una sobrecarga promedio "leve" (>20 puntos), con un nivel de sobrecarga "grave" (>60 puntos) en un cuidador. En el CSCDP se objetivó una media de 33 de un total de 120 puntos, con una importante percepción de dependencia del paciente para el cuidador y unos mayores niveles del ítem "repercusión" que de "sobrecarga" en términos relativos.

Conclusiones

Existe un porcentaje considerablemente mayor de pacientes hombres que de mujeres en nuestra unidad, estos datos exponen como el papel del cuidador suele estar representado por una mujer. La sobrecarga de sus cuidadores es un gran problema en la vida de nuestros pacientes, que puede llegar a repercutir enormemente en su salud global y condicionar la evolución de su enfermedad. Investigar sobre ella resulta imprescindible para identificar precozmente problemas relacionados y ofrecer apoyos necesarios. Resulta interesante utilizar escalas específicas para el análisis como el CSCDP, ya que los pacientes en DP tienen características muy diferentes al del resto de población de enfermos crónicos. Existe baja correlación entre las mediciones de sobrecarga del cuidador y la dependencia del paciente, lo que sugiere que las tareas de la DP no tienen relación con la sobrecarga del cuidador sino que ésta deriva de la dependencia del paciente y de cómo viven cuidador y paciente la responsabilidad del tratamiento sustitutivo renal. La principal limitación de nuestro análisis es el escaso tamaño muestral: debemos tener en cuenta que los pacientes en DP frecuentemente son más independientes y con menos comorbilidad en comparación con otras técnicas de tratamiento renal sustitutivo.

¿La calidad de vida del paciente en diálisis peritoneal se ve afectada con la peritonitis?

Elena Fernández Labadía, Olga Masot, Xènia Moliné-Fustà, Carme Torres-Torradeplot, Carolina Sorolla-Villas, Ana Usón-Nuño

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lérida. España

Introducción

La peritonitis constituye la principal causa de morbilidad y de fracaso de la técnica en el paciente en diálisis peritoneal (DP). La peritonitis se asocia con una reducción de la calidad de vida, un aumento de la ansiedad y la depresión y de los síntomas somáticos. Los pacientes con peritonitis a menudo se excluyen de los estudios de calidad de vida, posiblemente porque su experiencia en ese momento no es representativa, o se considera que están demasiado enfermos para participar.

Objetivo

Analizar la influencia de la peritonitis sobre la calidad de vida del paciente y su capacidad funcional en DP.

Material y Método

Estudio descriptivo y transversal. Se ha analizado de manera retrospectiva 19 casos de peritonitis de pacientes que iniciaron DP con conexión manual. La variable dependiente fue la calidad de vida (EuroQoL-5D-3L), la cual incluye depresión y ansiedad. Las otras variables analizadas estuvieron relacionadas con características sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios) y características de la DP (p. ej.: número de sesiones de entrenamiento totales, a quien fue dirigido el entrenamiento, tiempo hasta la primera peritonitis, e infecciones por año). A nivel sanguíneo se analizaron parámetros bioquímicos y a nivel funcional se aplicaron el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Los análisis estadísticos fueron descriptivos y bivariados con pruebas no paramétricas y con un nivel de significación aceptado del 95%. Se dispone del informe favorable del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos.

Resultados

La mayoría de los pacientes fueron hombres (52,6%) y la media de edad de la muestra fue de 62,74 años (DE $\pm 16,59$). La mitad no estuvo escolarizado o solo realizó los estudios primarios (56,6%). Cuanto a la calidad de vida, el total del EuroQoL-5D-3L fue de 6,26 puntos (DE $\pm 1,73$). En referencia a la capacidad funcional, el 16,7% presentaba algún tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y el 23,5% en las actividades instrumentales. Los factores que se correlacionaron con una mayor puntuación en el EuroQoL-5D-3L, traduciéndose en una peor calidad de vida, fueron: que el entrenamiento de la DP no fuese dirigido al paciente ($p=0,05$), peores puntuaciones en el Índice de Barthel y en el Lawton y Brody. Además, se analizaron las asociaciones entre el total del EuroQoL-5D-3L y los ítems de las dos escalas de evaluación funcional y se obtuvo una significación en tener algún tipo de dependencia en comer y vestirse de 0,044, en hacer la compra y preparar la comida de 0,037 y en lavar la ropa por sí solo de 0,009.

roQoL-5D-3L fue de 6,26 puntos (DE $\pm 1,73$). En referencia a la capacidad funcional, el 16,7% presentaba algún tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y el 23,5% en las actividades instrumentales. Los factores que se correlacionaron con una mayor puntuación en el EuroQoL-5D-3L, traduciéndose en una peor calidad de vida, fueron: que el entrenamiento de la DP no fuese dirigido al paciente ($p=0,05$), peores puntuaciones en el Índice de Barthel y en el Lawton y Brody. Además, se analizaron las asociaciones entre el total del EuroQoL-5D-3L y los ítems de las dos escalas de evaluación funcional y se obtuvo una significación en tener algún tipo de dependencia en comer y vestirse de 0,044, en hacer la compra y preparar la comida de 0,037 y en lavar la ropa por sí solo de 0,009.

Conclusiones

Los resultados obtenidos reflejan que tener alteraciones en la capacidad funcional afecta a la percepción sobre su calidad de vida de los pacientes que han padecido una peritonitis. Por lo tanto, será imprescindible realizar un cribado funcional en las personas que presenten dichas alteraciones para poder cubrir sus necesidades y dirigir los cuidados para mejorar su calidad de vida.

Proyecto de implementación de un programa de reentrenamiento para valorar y detectar errores en el manejo de la técnica de diálisis peritoneal

Raquel López-González, Laia Martínez-Segura, Ana Sánchez-Escuredo, Ariel Tango-Barrera, Meritxell Ibernón-Vilaro, Isabel Bueno-López

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona. España

Introducción

La peritonitis asociada a la diálisis peritoneal (DP) continúa siendo la primera causa de fracaso de la técnica de DP y de necesidad de transferencia a hemodiálisis a pesar de las mejoras implementadas en las técnicas de conexión y desconexión. Las guías recomiendan hacer un reentrenamiento de la técnica después de una peritonitis.

Objetivo

Implementación de un programa de reentrenamiento de DP en el paciente estable para disminuir la incidencia de complicaciones como la peritonitis.

Material y Método

Estudio prospectivo de enero 2023 hasta actualidad. Realización de reentrenamiento para los pacientes prevalentes en DP, a los 3 meses del inicio de la técnica y 2 veces al año. Consta de 2 fases:

Fase virtual-domicilio: el paciente envía un vídeo de la técnica realizada en domicilio (al no poder hacer visitas domiciliarias en nuestro centro).

Fase presencial: el paciente realiza la técnica en consulta presencial.

En 2024 se añade un cuestionario clínico objetivo-estructurado (OSCE) para valorar la técnica y conocimiento teórico del paciente. Este consta de dos partes: manejo de la técnica y conocimientos básicos de la DP de pregunta cerrada. También se crea contenido multimedia (vídeos) como herramienta adicional para el paciente que se entrega al acabar la fase presencial.

Resultados

Se reentrenan 34 pacientes. Edad media del paciente: 69 años. 14 pacientes no enviaron el vídeo correspondiente a la fase virtual. En la fase virtual-domicilio el 70% no usaba la mascarilla en la conexión y el 60% no realizaba el lavado

de manos antes de conectarse, usaban el desinfectante. En la fase presencial, los resultados del OSCE muestran que el 60% abrían el tapón de desconexión antes de tiempo y el 55% no desinfectaban la superficie de trabajo o la cicladora antes de realizar su montaje. A diferencia de la fase virtual, el 80% usaba mascarilla y el 90% realiza el lavado de manos antes de la conexión. El 40% de los pacientes tiene conocimiento acerca de que es una peritonitis y sólo el 30% conoce que es la membrana peritoneal. La tasa de incidencia anual de peritonitis en el año 2022 fue de 0,31 episodios/paciente y en el 2023 fue de 0,11.

Conclusiones

El programa estructurado de reentrenamientos de DP es una herramienta necesaria para ayudar a detectar errores en el manejo de la técnica y prevenir así casos de peritonitis. En la fase virtual-domicilio el paciente no colabora enviando vídeos, esta fase tendría que ser sustituida por una visita presencial a domicilio. La fase presencial continúa siendo imprescindible. La implementación del cuestionario OSCE nos permite evaluar de manera metódica para individualizar los reentrenamientos. El aporte de contenido multimedia al finalizar el reentrenamiento tiene un feedback positivo por parte de la mayoría de los pacientes. La tasa de incidencia de peritonitis en nuestro programa de DP ha disminuido después de la implementación del programa de reentrenamientos.

Rol de la automedida domiciliaria en el control de la presión arterial

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

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. La medición de la presión arterial (PA) clínica en la consulta determina su grado de control y las guías refrendan la auto medición ambulatoria de la presión arterial (AMPA) como técnica complementaria por mejor reproducibilidad, bajo coste, facilidad de manejo y evitar el fenómeno de bata blanca. La instrucción en metodología AMPA implica a las personas en el conocimiento y control de su HTA mejorando el cumplimiento en su realización y el seguimiento de las medidas terapéuticas prescritas.

Objetivos

Analizar comparativamente los resultados obtenidos en el control de la PA clínica en la consulta enfermera de HTA en relación con la realización de la AMPA. En términos de: conocimientos, adherencia terapéutica y dificultad idiomática.

Material y Método

Estudio descriptivo comparativo retrospectivo. Muestra: personas derivadas a la consulta de HTA de enero-2021 a diciembre-2023 y que disponían de tensiómetro en domicilio. La enfermera realizó las mediciones de PA en la consulta, primera y última visita de seguimiento según las guías vigentes. Se obtuvo la media de PA sistólica y PA diastólica de tres medidas consecutivas. Se utilizó la entrevista motivacional en las recomendaciones y formación en AMPA, conocimientos en HTA y fármacos prescritos. La adherencia terapéutica se determinó con el test de Morisky Green. Se diseñó una base de datos con las variables: sexo, edad, barrera idiomática, realización AMPA, conocimientos en HTA y adherencia terapéutica. Análisis de datos con SPSS v22.

Resultados

n=383 (100%). Media de edad 56,9 años. 214 (55,9%) Hombres. Realizan controles AMPA al inicio/final del seguimiento: (40,5% vs 75,2%). Los resultados mostraron al final del seguimiento un descenso significativo de la presión arterial en

ambos grupos: los que realizan AMPA Media de PA sistólica inicial/final: 136 ± 17 vs $126\pm 14,3$ respectivamente ($p<0,001$); Media de PA diastólica inicial/final: $78,6\pm 12,5$ vs $72,9\pm 10,9$ respectivamente ($p<0,001$) y los que no realizan AMPA Media de PA sistólica inicial/final: $137,9\pm 18,2$ vs $130\pm 16,4$ respectivamente ($p<0,001$); Media de PA diastólica inicial/final: $80,4\pm 13,5$ vs $76,8\pm 13,9$ respectivamente ($p<0,001$) siendo en los primeros el descenso mayor PA sistólica $10\pm 16,6$ vs $7,8\pm 18,1$ y PA diastólica $5,7\pm 10,8$ vs $3,5\pm 11$. Se observaron diferencias significativas entre los que realizaron controles respecto a los que no lo hicieron en función de los siguientes factores: Conocimientos sobre la hipertensión si/no: (82,6% vs 17,4%, $p<0,001$); Adherencia farmacológica si/no (85,2% vs 14,8%, $p<0,001$) y dificultad idiomática si/no (10,8% vs 89,2%, $p=0,002$).

Conclusiones

Las estrategias utilizadas en la instrucción en AMPA mejoraron su cumplimiento y resultaron en un descenso significativo mayor de la PA sistólica y diastólica en los que aportaron controles domiciliarios de la PA. Las personas que realizaron AMPA mostraron de forma significativa tener más conocimientos en HTA, mayor adherencia farmacológica y comprensión del idioma. Consideramos importante la realización de la AMPA para un mayor control de la PA. Favorecer la adquisición de conocimientos y la adherencia farmacológica es importante en el seguimiento realizado en la consulta. Establecer acciones formativas personalizadas gráficas o visuales ante la dificultad idiomática son objetivos de mejora en la atención enfermera a las personas con HTA.

Sobrehidratación al inicio de diálisis peritoneal: estudio retrospectivo

Julia García-Fernández, Begoña Aguado-Navarro, Inmaculada Tapia-Herrera, Beatriz Fernández-Muñoz de Morales, Tamara Calleja-Hermida

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

Uno de los indicadores más importantes de las personas en diálisis peritoneal (DP) es el estado de hidratación. La sobrecarga hídrica es una complicación frecuente de la enfermedad renal crónica, siendo además un importante factor de riesgo de morbimortalidad, por lo que es fundamental su control. Una de las herramientas para determinar el estado de sobrehidratación (OH) es la bioimpedancia eléctrica (BIA). Se trata de un método sencillo y accesible que permite estimar la composición corporal y el estado de hidratación de nuestros pacientes según los datos de peso, presión arterial, altura, edad y sexo. Por ello en la práctica clínica habitual se utiliza desde su entrada en diálisis peritoneal y a lo largo del seguimiento.

Objetivos

Analizar la hidratación de los pacientes incidentes en DP en nuestro centro y evaluar si existen diferencias según su procedencia o la presencia de diuresis residual, para poder desarrollar estrategias de mejora en el futuro.

Material y Método

Estudio retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes incidentes en DP entre febrero de 2018 y marzo de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se analizaron los datos de BIA (monitor de composición corporal BCM de Fresenius Medical Care) en el momento de inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) en domicilio, la función renal residual, y variables como la procedencia del paciente: consulta de nefrología/unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), ingreso hospitalario, consulta de trasplante renal, transferencia desde hemodiálisis. Se consideró normohidratación (NH) resultados dentro de ± 1 kg sobre el peso que proporciona la BIA.

Resultados

Se incluyeron 78 pacientes (54 hombres, 24 mujeres, edad media de 57,32 años). 26 pacientes (32,92%) se encontraban NH en el momento del inicio de DP, y 52 (65,83%) OH. Todos los pacientes sobrehidratados, independientemente de la procedencia, llegan con una OH media de $3,55 \pm 1,68$ l. Tuvimos 20 pacientes derivados desde la consulta de enfermería de ERCA, donde habían tenido una media de seguimiento de $8,9 \pm 6,82$ meses, de los cuales un 75% (N=15) estaban con OH de $3,6 \pm 1,65$ l de media. El 94% de los pacientes sobrehidratados (N=49) mantenían diuresis residual (OH $3,7 \pm 1,7$ l con diuresis de $1.500 \text{ ml}/24\text{h} \pm 680$ ml de media). Tan sólo tuvimos 3 pacientes anúricos, todos ellos sobrehidratados.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes que inician DP tienen una sobrehidratación al empezar la técnica, independientemente de dónde vengán derivados. Los pacientes, aún teniendo diuresis residual al inicio de terapia, presentan sobrehidratación. Es fundamental que los pacientes reciban una valoración integral junto con una educación sanitaria adecuada para crear hábitos saludables y conseguir un mejor manejo del volumen en DP, aumentando así su calidad de vida.

Uso de la videollamada para el inicio y seguimiento de las técnicas domiciliarias

Mercedes María Moreno-Salinas, Judith Sánchez-Torres, Dolores Rizo-Martínez, Elisabeth Castillo-Jabalera, Rafael Martínez-Calderón, María Dolores Rodríguez-Almarcha

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción

Las nuevas tecnologías nos mantienen actualizados y en contacto en estos días, en los que gran parte de la población cuenta con un Smartphone con conexión a internet. El uso de estos dispositivos puede ser un soporte sencillo y accesible al inicio y como mantenimiento en las técnicas de diálisis domiciliarias.

Objetivos

Proporcionar un soporte útil al paciente que inicia técnicas domiciliarias para garantizar la seguridad y el acompañamiento adecuados.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional y descriptivo de los pacientes que inician técnicas domiciliarias en su domicilio en el período de mayo de 2021 hasta marzo de 2024 y que han hecho uso de las videollamadas. El día inicio de la técnica de diálisis peritoneal y hemodiálisis en el domicilio se programa una primera visita domiciliaria presencial por parte de la enfermera referente. Los días posteriores de tratamiento, a los pacientes que inician hemodiálisis domiciliaria se les programa una visita telefónica mediante videollamada en el momento de la punción en caso de ser portadores de fístula arterio-venosa y durante la conexión y desconexión. Se realiza esta videollamada durante al menos 3 días o en función de necesidades del paciente. En los pacientes que inician diálisis peritoneal se programa también una visita telefónica mediante videollamada durante al menos los primeros 3 días de los intercambios, verificando conexión, drenaje, infusión y desconexión, en al menos uno o dos intercambios diarios.

Resultados

En el período observado, un total de 15 pacientes, 9 de diálisis peritoneal y 6 de hemodiálisis domiciliaria, han hecho uso de las videollamadas como soporte domiciliario de su tratamiento renal sustitutivo. El 100% de los pacientes a los que se les ha incluido en el seguimiento a través de videollamada han sido para iniciar la técnica en domicilio, tras la visita domiciliaria. El 60% de los pacientes ha resuelto las complicaciones identificadas con ayuda de este soporte, sin necesidad de desplazamiento al hospital.

Conclusiones

El añadir la consulta telefónica a través de videollamada a la cartera de servicios de la unidad de técnicas domiciliarias ha demostrado ser una herramienta útil para que el paciente y su familia adquieran mayor seguridad en la realización de la técnica escogida. Se ha comprobado que reduce y ayuda a reducir las complicaciones y, además, evita el desplazamiento al hospital para su resolución. Se trata además de una herramienta económica para pacientes e instituciones con resultados costo-eficientes positivos.

Adolescencia y enfermedad renal crónica avanzada. Recepción psicosocial. A propósito de un caso

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

Hospital Clínico Universitario de Santiago. La Coruña. España

Valoración del caso

Varón de 14 años que, en 2016 llegó a España tras debutar con Síndrome Nefrótico en su país de origen (Sahara). Debido a su enfermedad renal crónica permanece en nuestro país en régimen de acogida, dónde fue diagnosticado de Glomerulonefritis Focal y Segmentaria. Entre los años 2020 y 2021, se le realizó nefrectomía bilateral en dos tiempos, período en el que se combinó la hemodiálisis con la diálisis peritoneal. En febrero del 2021, tras disfunción del peritoneo, entró en programa de hemodiálisis. En abril del 2021 fue trasplantado de donante cadáver. Presentó recidiva de la enfermedad de base a las 24 horas del trasplante. Se realizó plasmaféresis y administró corticoterapia según protocolo de Mendoza hasta noviembre de 2021. Presentó disfunción aguda del injerto en octubre de 2022, que evolucionó a Enfermedad Renal Crónica Avanzada y entró nuevamente en programa de hemodiálisis en enero de 2023. Se realizó una valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se encontraron alterados los siguientes patrones: patrón 7 autopercepción-autoconcepto; patrón 8 rol-relaciones y patrón 10 adaptación-tolerancia al estrés.

Enunciado de problemas

Después de la revisión siguiendo la metodología enfermera NANDA-NOC-NIC, se encontraron varios diagnósticos de enfermería. Los más relevantes fueron: "Aislamiento social" (00053), relacionado con el aislamiento impuesto por el tratamiento; manifestado por tristeza, hostilidad, humor triste y manifestación de sentirse distinto a los demás. "Riesgo de baja autoestima situacional" (00153), relacionado con la alteración de la imagen corporal, como el crecimiento excesivo de vello y retardo en el desarrollo físico; manifestado por verbalizar no querer tomar el tratamiento que le produce estos síntomas y no aceptar su imagen corporal.

Intervención y resultados

"Aislamiento social":

NOC:

- Identificar y aceptar las características personales que contribuyen al aislamiento social.
- Identificar los recursos comunitarios que le ayudarán a reducir el aislamiento social.
- Desarrollar habilidades sociales que disminuyan el aislamiento.

NIC:

- Fomentar la socialización y el desarrollo, y mejorar la autoconciencia, animando al paciente a entrenar al fútbol con sus compañeros de clase, proporcionándole una protección adecuada para su acceso vascular, y así poder jugar con seguridad.

"Riesgo de baja autoestima situacional":

NOC:

- Control de la depresión.
- Autoestima.

NIC:

- Escucha activa.
- Fomento de conductas de salud.
- Educación en salud mediante el trabajo de un equipo multidisciplinar.
- Fomento de la implicación familiar.

Conclusiones

Trabajar con la metodología enfermera NANDA-NOC-NIC, y el papel de enfermería como apoyo a nivel emocional en el paciente adolescente, fueron claves para detectar las necesidades y realizar los diagnósticos de enfermería. Ofrecer alternativas en lugar de prohibiciones, como el uso de una protección pectoral de látex para el catéter venoso central, facilitó la realización de actividades de ocio con sus iguales. También ayudó a crear una relación equipo de salud-paciente de confianza que ha sido clave para mejorar su adhesión al tratamiento, disminuir actitudes negativas hacia la conducta de salud y mejorar su autoestima.

Evaluación anual de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: resultados y conclusiones

Vanessa Cazorla-Rodríguez, Alicia Rovira-Algara, Marta Gallardo-Vico

Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona. España

Introducción

La consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) desempeña un papel crucial en la atención integral de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en etapas avanzadas. Su objetivo principal es proporcionar atención especializada y coordinada para mejorar la calidad de vida de los pacientes, retrasar la progresión de la enfermedad y ayudar en la toma de decisiones informadas sobre su atención sanitaria. En este contexto, la evaluación anual de la consulta ERCA es fundamental para comprender su efectividad y identificar áreas de mejora.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivos principales: Evaluar el funcionamiento y la eficacia de la consulta de ERCA en nuestro hospital. Analizar la participación y el impacto de las enfermeras especializadas en la consulta de ERCA. Identificar los factores determinantes en la elección de tratamiento renal sustitutivo (TRS) o tratamiento conservador (TRC) por parte de los pacientes. Cuantificar la distribución de pacientes entre las diferentes opciones de tratamiento renal sustitutivo y tratamiento conservador.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo transversal que incluyó a 202 pacientes diagnosticados con ERC y atendidos en la consulta de ERCA durante el período de enero a diciembre de 2023. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de tratamiento de los pacientes a partir de registros médicos electrónicos y se analizaron estadísticamente para cumplir con los objetivos del estudio.

Resultados

Los resultados del estudio muestran que el 65% de los pacientes atendidos en la consulta de ERCA eran hombres, con una media de edad de 72 años. La causa más común de la ER fue la nefropatía diabética (34,6%). Como antecedentes los más frecuentes fueron la hipertensión arterial (35,14%) y la diabetes mellitus (43,56%). En cuanto a la elección de tratamiento, se observó una tendencia hacia el aumento de las terapias domiciliarias, con un 18,81% de los pacientes optando por esta modalidad. Dentro de las terapias domiciliarias, la diálisis peritoneal fue la opción preferida por el 12,37% de los pacientes, seguida de la hemodiálisis domiciliaria (6,43%). Por otro lado, el 23,2% de los pacientes optó por la hemodiálisis en centro, mientras que un 9,9% eligió el tratamiento conservador. Además, se encontró que más del 70% de los pacientes que eligieron hemodiálisis (tanto en centro como domiciliaria) ya tenían acceso vascular preparado antes de iniciar el tratamiento. En cuanto a la participación de las enfermeras especializadas, se realizó visita de enfermería en la consulta de ERCA al 56,9% de los pacientes, mientras que el 32,67% no tuvo visita de enfermería en dicho contexto.

Conclusiones

La evaluación anual de la consulta de ERCA revela una tendencia hacia un mayor uso de las terapias domiciliarias, especialmente entre pacientes más jóvenes y autónomos. Además, se observa una adecuada preparación previa al tratamiento, con la mayoría de los pacientes que eligen hemodiálisis ya teniendo acceso vascular preparado. Sin embargo, se identificó una oportunidad de mejora en la cobertura de visita de enfermería en la consulta de ERCA, con el objetivo de proporcionar un mejor acompañamiento y educación para la salud de los pacientes.

Nuevo tratamiento en anemia refractaria eritropoyetina

María del Carmen Coca-García, Lucía Carmen Rodríguez-Gayo, Irene Martín-Capón

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

La anemia es una complicación común en pacientes en Enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Existe un déficit de producción de eritropoyetina (EPO), una hormona clave en producción de glóbulos rojos, lo que en la médula ósea. La anemia en ERCA puede empeorar la progresión de la enfermedad renal y se asocia con una mayor carga de síntomas y complicaciones cardiovasculares. EL tratamiento de la anemia se realiza con agentes estimuladores de la eritropoyesis como los análogos de la EPO. El tratamiento debe de ser individualizado y supervisado para optimizar los resultados y mejorar la calidad de vida. El roxadustat es un fármaco inhibidor de la enzima HIF proлил hidroxilasa del factor inducible) por hipoxia), para el tratamiento de la anemia en ERCA. Estimula la producción de eritropoyetina natural y su receptor, y facilita la absorción y transporte de hierro reduciendo los niveles de hepcidina, lo que mejora la utilización de hierro en el cuerpo.

Objetivos

Aumentar la respuesta al tratamiento y mejorar los resultados en los cuestionarios de calidad de vida KDQOL 36 en los aspectos que se refieren a la sintomatología causada por la anemia en enfermedad renal crónica. Así como mejorar la adherencia puesto que es un medicamento vía oral.

Material y Método

Desde enero de 2024 se ha incorporado en la farmacia hospitalaria la disposición de este tratamiento para la enfermedad renal crónica. Desde la consulta ERCA se ha iniciado el tratamiento con roxadustat en pacientes con anemia resistente a dosis elevadas de EPO. Hemos realizado un estudio observacional para analizar los parámetros tras el inicio de roxadustat, y además comparando la adherencia y mejora de síntomas.

Resultados

Se incluyeron un total de 9 pacientes, 4 varones y 5 mujeres. La prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 en el grupo fue del 100% y 55% respectivamente. Todos los pacientes se encontraban en bajo tratamiento con darbepoetina alfa con una media de dosis de 48 mg/semanal y de 0,74mg/semanal/Kg ajustado a peso corporal. La mediana de dosis de roxadustat al inicio de tratamiento fue de 150 mg/48h. La creatinina y filtrado glomerular al momento del cambio de tratamiento fue de 4,2 mg/dl y 12,33 ml/min respectivamente. Los niveles de hemoglobina, índice de saturación de transferrina y ferritina al inicio fueron de 9,61 mg/dl, 28,47% y 306,44 mg/dl. LA media de hemoglobina a las dos semanas de inicio de tratamiento fue de 10,16g/dl ($p=0,12$) y de 11,4 mg/dl a las seis semanas de inicio de tratamiento ($p=0,04$)

Conclusiones

El tratamiento con roxadustat permite la corrección de la anemia de forma precoz en pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento crónico con agentes estimulantes de la eritropoyesis.

¿Qué cambios pueden inducir el uso de la herramienta IEXPAC en la consulta enfermera de enfermedad renal crónica avanzada?

Sergi Aragó, Lida Rodas, Julia Olle, Nuria Clemente

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción

La atención centrada en el paciente se compone de educación terapéutica, participación, información y experiencia de paciente (XPA). Entendiendo como XPA, las interacciones de las personas atendidas a lo largo del proceso de enfermedad por diferentes dispositivos asistenciales de salud y que influyen en su percepción. Enriquece la atención al paciente mejorando la gestión de su autocuidado y fomentando la participación activa del mismo en el continuo de su proceso asistencial. Para cuantificar la XPA, se cuenta con distintas herramientas entre las que destaca en nuestro ámbito, el instrumento de evaluación de experiencia del paciente crónico –IEXPAC-. En la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y la toma de decisiones compartidas en terapias renales sustitutivas (TRS), es importante conocer la XPA dejando atrás conceptos “obsoletos” como la satisfacción.

Objetivos

Describir los resultados obtenidos con el uso del cuestionario IEXPAC en una unidad de ERCA. Definir las acciones a implementar en una consulta ERCA tras la valoración de la XPA mediante la herramienta IEXPAC.

Material y Método

Estudio descriptivo de la XPA en un hospital de 3º nivel, llevado a cabo entre los meses de enero/febrero de 2024. La muestra de estudio fueron todos los pacientes que finalizaron el seguimiento en la consulta conjunta ERCA en el 2023 e iniciaron TRS el mismo año. Los criterios de exclusión fueron la negativa a participar y la imposibilidad de realizar el cuestionario. Se utilizó el instrumento –IEXPAC-, disponible en línea y en su versión telefónica. Explora 3 dimensiones: interacciones productivas, nuevo modelo relacional y autogestión del pacien-

te. Es un cuestionario de 11+4 preguntas tipo lickert. Dichos cuestionarios fueron llevados a cabo por una entrevistadora independiente a la consulta ERCA. El estudio fue aprobado por el comité de ética del centro. Todos los pacientes fueron informados verbalmente.

Resultados

La muestra fue de 66 pacientes, 60,6% hombres. Edad media: 67,4±15,7 años. Fragilidad: 44% prefrágiles y 33% frágiles. 28% precisaban de cuidador. La modalidad de TRS: 65% hemodiálisis, 3% hemodiálisis domiciliaria, 12% diálisis peritoneal, 19% trasplante renal donante vivo/cadáver. El 92% de los cuestionarios fueron respondidos por pacientes: 6 cuestionarios fueron realizados online. La puntuación global para la XPA fue de 7,13±0,86. Los resultados en interacciones productivas: 7,87±4,2; nuevo modelo relacional: 4,7±2,2 y autogestión del paciente: 8,19±1,37.

Conclusion

La puntuación global de la XPA de los pacientes con ERCA en global fue adecuada; destacando que la dimensión nuevo modelo relacional fue la que obtuvo una valoración más baja. Hecho que destaca la necesidad de impulsar los programas de paciente mentor y acercar las nuevas tecnologías a la XPA en ERCA. Por ello, es importante implementar estos programas en las actividades de las consultas ERCA dando respuesta a las necesidades de las personas en seguimiento –inicio de las clases grupales con pacientes expertos y la inclusión del acceso a nuevas herramientas tecnológicas–.

Utilidad de la reunión de acogida dentro del proceso de toma de decisiones en pacientes mayores de setenta y cinco años con enfermedad renal crónica avanzada

Ana Isabel Castillo Plaza¹, M^a Elena Cristóbal García¹, María José Santana¹, M^a Isabel de la Torre Cañaveras², Helena García Llana¹, Marta Ossorio González¹

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

² Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción

Dada la creciente edad y fragilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), es imprescindible la toma de decisiones compartidas para la elección del tratamiento renal sustitutivo (incluyendo el abordaje conservador) centrado en la persona, sus valores y su situación clínica. Para ello hemos incorporado, en los mayores de 75 años, una reunión de acogida interdisciplinar (enfermera y nefrólogo ERCA, médico paliativista, psicólogo) realizada junto con el paciente y su entorno más cercano.

Objetivos

Valorar la utilidad de la Reunión de acogida dentro del proceso de toma de decisiones en pacientes con ERCA mayores de 75 años.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo de una muestra de 103 pacientes con insuficiencia renal estadio 5 (CKD-EPI < 12 ml/min o CKD-EPI < 15 ml/min en diabéticos). La toma de decisiones entre diálisis (D) o tratamiento conservador (TC) se realizó tras un proceso de información individualizada y una reunión de acogida. Las variables valoradas fueron edad, género y la funcionalidad del paciente medida por el índice de Barthel y el score PPS. Se analizó el número de pacientes que eligieron tratamiento conservador y diálisis. En cuanto a la comorbilidad medida a través del Índice de comorbilidad de Charlson en todos los pacientes fue mayor de 5.

Resultados

El 95% de los pacientes eran mayores de 75 años. De los 103 pacientes, 57 eran varones y 46 mujeres. El 72% (n=74) eligieron TC y el 28% (n=29) escogieron D 20 hemodiálisis (HD) y 9 diálisis peritoneal (DP). Sólo cuatro pacientes del grupo conservador cambiaron su decisión y recibieron diálisis (HD), en todos los casos cambiaron sus circunstancias familiares.

La edad media fue de 83,4±5,5 años, significativamente mayor en los que eligieron TC frente a D (84,5±5,9 vs 80, 8±3,1 años; p=0,033) sin diferencias en el índice de Charlson. En el grupo TC frente a D el índice de Barthel (77,3±20,3 vs 94,48±10,8; p<0,001) y el score PPS (64,26±15,5 vs 84,1±1,7; p<0,001) fueron significativamente menores.

El 92% de los pacientes estuvieron bastante satisfechos o muy satisfechos con la reunión de acogida, el 79% cambió su autopercepción de la enfermedad. La mayoría de los pacientes consideró que se tuvieron en cuenta sus circunstancias personales a la hora de orientar la toma de decisiones compartidas (8,84/10) valorando la utilidad de esta herramienta con 8,2/10.

Conclusiones

La Reunión de Acogida es una herramienta muy útil dentro de la toma de decisiones compartidas en pacientes mayores de 75 años. Tras un proceso de información en consulta ERCA, la reunión de acogida está estructurada como un proceso de comunicación que requiere tiempo para resolver dudas, informar de las ventajas e inconvenientes de cada técnica y del tratamiento conservador, así como para escuchar la decisión del paciente y su familia en base a sus valores.

Tras los resultados del estudio, hemos incluido la reunión de acogida en el protocolo de toma de decisiones por considerarla una herramienta de gran utilidad clínica para los pacientes de la consulta ERCA, en su elección del tratamiento.

Análisis DAFO: una herramienta eficaz para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en hemodiálisis

Esperanza Macarena Reina Neyra, María Teresa Coca-Yevenes, Cristina Mendías-Benítez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

La generación de estrategias se convierte en un esfuerzo a realizar por quienes ocupan puestos de responsabilidad al frente de equipos en organizaciones sanitarias para lograr determinar y prever situaciones futuras. Por ello nos parece importante diseñar un plan estratégico que incluya la identificación sistemática de oportunidades y riesgos de nuestro trabajo diario para alcanzar las metas propuestas en nuestra unidad de diálisis.

Objetivos

- Registrar la percepción de los sanitarios para realizar un diagnóstico de la situación actual.
- Identificar factores internos y externos que influyen en el funcionamiento óptimo de nuestra unidad, conociendo el impacto en la toma de decisiones de un plan estratégico que mejore la calidad asistencial.

Material y Método

Realizamos un estudio prospectivo cualitativo sobre un análisis DAFO auto-administrado al equipo multidisciplinar de nuestro servicio, para establecer las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que encontraban en el último trimestre del 2023, identificando los factores internos y externos que afectan al funcionamiento del servicio. Para la comprensión del Diagrama DAFO, se realizaron videos tutoriales e indicaciones básicas para rellenarlo. Los datos fueron analizados mediante SPSS-20.

Resultados

Participaron 18 profesionales (médico 1, enfermeras 12, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES) 4, celadora 1), edad media 44 años (28-64); años en el servicio 11 (0,3-42).

Debilidades: 50% necesidad de actualizar protocolos; 44,4% necesidad de formación continuada del personal. Amenazas: Todas las categorías coinciden en un 66,6% falta de recursos. **Fortaleza:** 61,1% equipo cualificado y el 55,5% ganas de mejorar y buen ambiente.

Trabajar en un hospital docente, el fomento de la investigación y el gran número de pacientes que amplían nuestra experiencia, lo identifican como "Oportunidad" (33,3%).

Conclusiones/Discusión

Podemos afirmar que la herramienta DAFO es eficaz para evaluar la situación actual de nuestra unidad. Analizados los resultados, concluimos que tenemos un equipo de trabajo con ganas de mejorar y autoevaluarse, aunque el índice de participación no haya sido del 100%. Todas las categorías interpretan como amenaza la falta de recursos y en concreto las TCAE añaden la necesidad de mejorar la organización de sus funciones. Todo el equipo considera que la gran fortaleza es la profesionalidad que existe en esta unidad, pero evidencian la necesidad de mejora en la comunicación, la actualización de protocolos y cambios en la dinámica de trabajo. Todas estas mejoras se podrían impulsar ejerciendo un buen liderazgo desde los cargos de responsabilidad desarrollando una gestión, no sólo basada en objetivos sino también en la confianza. Es de resaltar que la llegada de personal nuevo en los periodos vacacionales y el gran número de pacientes que atendemos, lo consideran una amenaza pero a su vez una oportunidad para aprender y aumentar conocimientos nefrológicos. Conviene señalar que el planteamiento de este análisis no plasma una realidad absoluta, sino una previsión de escenarios. Por tanto después de identificar el contexto actual lo ideal sería desarrollar estrategias de mejora mediante un análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar).

Análisis de la percepción de los profesionales de diálisis de la atención a la esfera sexual de las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de nuestra unidad

Sonia Mendoza-Mendoza, Esther García-García, José Luis Merino-Rivas, Laura Baena-Ruiz, Maite López-Pascual, Francisca Villanueva-González

Hospital del Henares. Madrid. España

Introducción

Las personas con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) presentan complicaciones en distintos aspectos, tanto físicos como psíquicos, así como sociales. La disfunción sexual o las complicaciones en la vida sexual en TRS están bien descritas, si bien no se suelen explorar y es un área a la que se presta una atención limitada, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales que se dedican al TRS.

Material y Método

Planteamos una valoración de la situación y percepción de esta área de interés en nuestra Unidad de hemodiálisis (HD) mediante una encuesta con 8 cuestiones, tipo Likert, con 6 posibles respuestas, a todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente en HD. Se analizaron los resultados y se evaluaron.

Resultados

En el momento del estudio en la unidad de HD se realizaron 22 encuestas a profesionales sanitarios. La edad media de los encuestados fue de 42 ± 9 años, rango 28-65, 17 mujeres y 5 varones, con un tiempo medio en HD de 109 ± 107 meses, rango 2-450. Dieciocho enfermeras, 5 médicos y 4 auxiliares de enfermería. Un 77% de los encuestados consideraban que eran conveniente tratar estos aspectos en las personas en diálisis. Un 68% consideraban que estarían interesados en poder atender estos aspectos en el paciente renal. Cuando se interrogaba sobre si alguna vez se habían tratado estos aspectos en HD, el 81% consideraban que poco o nunca. Casi un 90% estaba de acuerdo en tratar estos aspectos, pero ese mismo 90% consideraba que nunca o casi nunca se trataban en su unidad de HD. Tan solo un 18% consideraba que no debería mejorarse esa área de atención en nuestra Unidad.

Conclusiones

Aunque la esfera sexual es un aspecto relevante en la condición humana, ésta se aborda escasamente. Los profesionales sanitarios muestran interés por poder dedicarle atención, pero no hay atención específica para ello. Dada la complejidad de la persona con enfermedad renal esta área vital no se aborda mínimamente, por diversos motivos, tal como se refleja en nuestra Unidad.

Autopercepción de la imagen personal y su relación con el estigma social de pacientes en diálisis

Miguel Ángel Escudero-López, María Martínez-Andrés, Raquel Bartolomé-Gutiérrez, Irene Toribio-Macilla

Fundació Puigvert I.U.N.A. Barcelona. España, Facultad de Enfermería de Albacete. Albacete. España

Introducción

Un elemento de relevancia que se observan en los cuidados hacia la persona con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y que precisa de Terapia Renal Sustitutiva (TRS) es la imagen personal. Este punto, está relacionado con el modo de afrontamiento y autocontrol de la enfermedad, los tratamientos y a veces no se le da la importancia requerida. Tras los cambios vividos por el transcurso de la enfermedad, las personas en diálisis se enfrentan a diferentes cambios; rol e imagen personal, laboral y social en relación con la etiqueta diagnóstica (Rodríguez-Zamora MC, et. al, 2022). En este sentido, es de interés valorar cuanto significa para los pacientes los cambios, entre otros, de su imagen personal. Cabe destacar entre otros, los cambios significativos que supone ser portadores de catéter para diálisis peritoneal (o de Tenckhoff), fistula arteriovenosa o catéter venoso central como accesos vasculares principales. No identificar y anteceder posibles situaciones de autoestigma personal puede conllevar a repercusiones sociales negativas. En palabras de Goffman (1992), “una idea de obtener un estigma particular” en un momento tardío puede conllevar a ser víctima de un estigma social (Goffman, E., 2008).

Objetivo

Identificar la percepción sobre cambios de roles vividos y la percepción sobre la imagen personal en pacientes con ERC tras comenzar diálisis y su relación con el estigma social.

Material y Método

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico a través de entrevista semiestructurada a pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia hasta la saturación de los datos siguiendo el método de comparación constante. La información resultante se obtiene mediante transcripción textual y análisis temático inductivo iterativo con el software Atlas.ti V.24.

Resultados

Un total de 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%). Los temas resultantes son los siguientes: a) autopercepción de la imagen personal, b) autopercepción de la imagen social, c) autoestigma y estigma social y, d) estrategias en el manejo de la imagen personal.

Conclusiones

Parece evidenciarse que la imagen personal en el paciente en diálisis sufre cambios. Según los resultados expuestos, hay personas en diálisis que perciben un deterioro de la imagen personal repercutiendo en su estado anímico y su participación social. Por ello, es necesario valorar junto con el paciente qué supone este proceso de cambio y buscar herramientas que faciliten la adaptación. Los cambios en el proceso de la enfermedad o la exigente necesidad de portar el acceso vascular para hemodiálisis o catéter de diálisis peritoneal conllevan una percepción del deterioro de la imagen personal. Valorar las consecuencias del cambio y las necesidades personales, laborales y sociales de la persona en diálisis supone un punto clave para tener en cuenta desde los inicios de la ERC.

Avances en la educación nutricional enfermera en hemodiálisis: estudio cuasiexperimental

Elena Gutiérrez-García, Leyre Martínez-Lara

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España

Introducción

En el tratamiento del paciente de hemodiálisis (HD) la dieta constituye un pilar fundamental, y su incumplimiento se asocia con un aumento de la morbimortalidad. Las intervenciones son insuficientes y no tienen en cuenta su entorno habitual.

Objetivo

El objetivo principal es analizar si la intervención nutricional enfermera al paciente y a su referente (la persona más implicada en la dieta en el domicilio), se relaciona con una mejora en salud. Los objetivos específicos son: determinar los conocimientos de ambos sobre la dieta recomendada; medir el estado nutricional del paciente antes y después de la intervención; y conocer su grado de satisfacción.

Material y Método

Estudio piloto analítico cuasiexperimental pre-post, realizado entre febrero y septiembre de 2023. La muestra, 14 pacientes, fue seleccionada entre los pacientes que acuden a terapia de HD hospitalaria. Las variables sociodemográficas fueron: sexo, edad, convivencia y ayuda para cocinar. Las variables clínicas: grado de conocimientos del paciente y su referente (cuestionario ECONU-HD); composición corporal (bioimpedancia); fuerza muscular (dinamometría); parámetros analíticos sanguíneos; y riesgo de desnutrición (escala CONUT). La intervención consistió en proporcionar información nutricional al paciente y a su referente mediante entrevista motivacional mensual, identificando hábitos, dificultades y ofreciendo alternativas. Los procedimientos estadísticos fueron desarrollados por el departamento de estadística del hospital. Se asumió significación estadística cuando $p < 0,05$. También se entregó un formulario anónimo de satisfacción.

Resultados

La edad media de los 14 pacientes, 10 hombres y 4 mujeres, fue 59 años. Sólo uno de ellos vivía solo. El 71,4% de los pacientes disponía de ayuda para cocinar y planificar la dieta.

Los resultados no han sido estadísticamente significativos, pero coinciden con la evolución clínica esperada, mostrando mejoría en varios parámetros. El grado de conocimientos sobre la dieta aumentó tanto en los pacientes como en sus referentes. En la bioimpedancia se observó una reducción de 1,2 litros entre las medianas de febrero y septiembre. La masa magra aumentó una media de 590 gramos (g), mientras que el tejido adiposo disminuyó 740g. La dinamometría medida en la extremidad superior derecha (ESD) aumentó en 1700g de media; en la extremidad superior izquierda (ESI) disminuyó 700g. La curva evolutiva mensual del CONUT fue cóncava, mostrando una reducción progresiva hasta mitad del periodo y un aumento al final, igualándose con el inicio. Los valores de sodio, potasio, fósforo y LDL tienden a descender. El HDL y triglicéridos muestran una tendencia ascendente. Los encuestados manifestaron satisfacción elevada y 14 pacientes ajenos a la muestra verbalizaron interés.

Conclusiones

El estudio se ve limitado por el tamaño muestral y el período de tiempo. La principal novedad de este estudio es la inclusión de la persona referente. Además, una comunicación bidireccional proporciona al paciente la oportunidad de expresar sus dificultades y preferencias, empoderándolo en la toma de decisiones. Con este estudio piloto se espera abrir una vía para implantar un protocolo de intervención nutricional enfermera en HD. También, se dejan nuevas líneas de investigación abiertas para determinar otros beneficios (reducción de diálisis urgentes y extras, medicamentos y/o hospitalizaciones).

Barreras y facilitadores en salud de pacientes en diálisis desde el modelo socioecológico

Miguel Ángel Escudero-López, María Martínez-Andrés, Raquel Bartolomé-Gutiérrez, Irene Marcilla-Toribio

Fundació Puigvert I.U.N.A. Barcelona. España, Facultad de Enfermería de Albacete. Albacete. España

Introducción

Entendemos como facilitadores en salud para personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y que precisa de Terapia Renal Sustitutiva (TRS) las circunstancias positivas en el manejo de la enfermedad. Entre ellas, la experiencia, habilidades del paciente o especialización de los profesionales (Nobahar & Tamadon, 2016). En cambio, las barreras se refieren al manejo con dificultad de la enfermedad por situaciones emocionales (Nobahar & Tamadon, 2016), dificultad de adaptación a los tratamientos de diálisis (Walker et al., 2019) o los obstáculos del sistema sanitario entre otros. Los modelos socioecológicos nos permiten describir gráficamente los diferentes factores interpersonales, individuales, comunitarios, sociales y cómo se interrelacionan entre ellos. Estos modelos son referentes para describir comportamiento en salud de pacientes (McLeroy et al., 1988) e implica intervenciones en múltiples niveles a la vez. Así han sido utilizados para describir barreras y facilitadores de otros estudios similares que estudiaron experiencias vividas de pacientes con ERC (Hwang et al., 2020).

Objetivos

Identificar las barreras y facilitadores en salud de pacientes con ERC en relación con su adaptación a la enfermedad y a las diferentes TRS.

Material y Método

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico a través de entrevista semiestructurada a pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia hasta la saturación de los datos siguiendo el método de comparación constante. La información resultante se obtiene mediante transcripción textual y el cuaderno de campo.

Resultados

Un total de 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%). Los temas resultantes son los siguientes: a) individuales; a.a) barreras: rol enfermo institucionalizado, pérdida de autocontrol, actitud pasiva ante la enfermedad y tratamientos, el cambio físico, a.b) facilitadores: técnicas de autocontrol, creencias, activación cuerpo-mente, autorrefuerzo, b) interpersonales; b.a) barreras: falta de empatía médica, rotación profesional, transporte sanitario, b.b) facilitadores: soporte familiar, apoyo mutuo entre pacientes, fomentar alianza con el paciente sobre decisiones en la intervención y c) social/comunitario; c.a) barreras; dificultad laboral o formativa, contexto hospitalario de HD, clima, bajo conocimiento en organizaciones de ERC, estigma social, c.b) facilitadores: adaptación a la vida social y ocio, hablar de la enfermedad, flexibilidad en restricciones, y técnicas domiciliarias.

Conclusiones

Conocer las dificultades para afrontar una enfermedad renal crónica y su inminente paso a hemodiálisis o diálisis peritoneal conlleva cambios que se instauran de forma abrupta en la vida de las personas. Conocer la percepción y las experiencias de los pacientes a través de teorías socioecológicas nos aporta información relevante y de forma gráfica. Con todo ello, podemos tener al alcance profesional una imagen global de los aspectos individuales, interpersonales y sociales del paciente en diálisis.

Bioimpedancia y ecografía clínica como herramientas para valorar la hidratación del paciente en hemodiálisis

Raquel Pérez, Paula Juárez, Mireia Pujol, Zoila Stany Albines, M^a del Carmen Criado, Adolfo Benito

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

Introducción

Conocer el grado de hidratación es fundamental para estimar el peso seco del paciente y calcular el volumen de ultrafiltración (UF) durante la sesión de hemodiálisis (HD). Investigamos la relación existente entre los datos obtenidos mediante ecografía clínica y bioimpedancia (BIA) en los pacientes de HD.

Objetivo

Conocer si existe correlación entre los datos obtenidos mediante la BIA y ecografía a pie de cama en los pacientes de HD de nuestro centro.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo incluyendo pacientes con un tiempo en HD \geq 3 meses y estables clínicamente. Antes de una sesión de HD realizamos BIA con monitor multifrecuencia portátil BCM (Fresenius Medical Care DGmbH) y ecografía clínica con valoración de vena cava inferior (VCI) pre-HD. Se consideró sobrehidratación significativa si el diámetro de la VCI $>$ de 2cm y ausencia de colapso de VCI $>$ 50% con la inspiración profunda. Paquete informático IBM® SPSS Statistics. Se consideró una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados

Nuestra muestra se compone de 57 pacientes (75,4% H, 24,6% M), con edad $67,2 \pm 13,95$ años, tiempo en HD $31,53 \pm 26,34$ meses. El 29,8% de los pacientes eran cardiopatas y un 42,1% diabéticos. El 84,2% de los pacientes tomaban tratamiento anti-hipertensivo. El índice de Charlson fue de $6,58 \pm 2,725$ puntos. Un 50,9% de los pacientes eran portadores de catéter venoso central, un 49,1% de fístula arteriovenosa.

Resultados de la BIA:

- Sobrehidratación absoluta: $1,311 \pm 1,63$ (-1,8-7,5L).
- Sobrehidratación relativa: $6,386 \pm 7,03$ (-9,09%-24,35%).

Resultados de la ecografía clínica: 8 pacientes (14%) presentaron VCI $>$ 2cm, otros 20 pacientes (35,1%) presentaron ausencia de colapso de VCI $>$ 50%. Subdividimos a los pacientes en función del grado de sobrehidratación absoluta en 3 grupos: $<$ 1L, 1-2,5L y $>$ 2,5L. Un total de 24 pacientes presentaron una sobrehidratación menor a 1L, de los que ninguno presentó una VCI $>$ 2cm, 21 presentaban colapso de la VCI $>$ 50%. De 24 pacientes con sobrehidratación entre 1-2,5L, 6 presentaron VCI $>$ 2cm y 10 presentaron colapso de VCI $>$ 50%. 8 pacientes que presentaron sobrehidratación mayor a 2,5L de los que 2 tenían VCI $>$ 2cm, y 3 presentaron ausencia de colapso de VCI $>$ 50%. Encontramos diferencias estadísticas significativas entre el diámetro y el colapso de la VCI entre los tres grupos de pacientes ($p = 0,03$). Hallamos correlación significativa entre el diámetro de VCI y el grado de sobrehidratación absoluta dentro de nuestra muestra ($r = 0,31$; $p = 0,019$).

Conclusiones

La utilización de herramientas como la BIA y estimación de VCI mediante ecografía clínica son de utilidad para determinar el grado de hidratación del paciente y estimar su peso seco. En nuestros pacientes en HD encontramos que la sobrehidratación absoluta valorada mediante BIA se asocia con la medida y el colapso de VCI estimada mediante ecografía a pie de cama.

Caídas: registro y valoración en enfermos en tratamiento de hemodiálisis

Anabel Ramírez-García, Isabel López Moreno, David Seoane Represas

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

Introducción

Se estima que un gran número de pacientes en hemodiálisis experimentan una o múltiples caídas debido a su pluripatología. A menudo existe cierta tendencia a minusvalorar al paciente que cae repetidamente, tanto en el entorno familiar como en ámbitos profesionales, implicando serias complicaciones.

Objetivo

Esta investigación tiene como objetivo describir la incidencia de caídas en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo longitudinal de seis meses (septiembre 2023-febrero 2024). Se incluyeron 80 pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Se registraron datos sociodemográficos, para la valoración holística del paciente se realizó Barthel, Downton, Gijón, Pfeiffer. Se registraron las caídas sucedidas, los posibles factores desencadenantes y sus repercusiones físicas y psicológicas. Los datos se analizaron mediante SPSS. El estudio fue aprobado por el CEIm de referencia.

Resultados

Durante el periodo de estudio se cayeron 23 pacientes de los cuales el 74% eran hombres con una media de 72,4 años. La población de estudio tenía una antigüedad máxima de 17 años en hemodiálisis, concentrándose el 43% de las caídas dentro de los primeros tres años de terapia. De los pacientes que sufrieron una o más caídas el 55% tenían riesgo social sin llegar a ser problemática. No se detectó afectación cognitiva en ningún paciente con caídas y el 26% de éstos eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria. Fueron 9 pacientes los que cayeron en más de una ocasión, contabilizando un total de 34 eventos. Éstos se produjeron el mismo día antes de la sesión en un 41,7%, después de la sesión el 19,4% y el día de descanso el 38,9%. El 72,2% se produjeron dentro de domicilio, mayoritariamente entre el baño y el dormitorio. Como

consecuencias inmediatas se registraron; sin lesión (34%), contusiones o hematomas (62,2%), Heridas superficiales (29,7%) y traumatismo craneoencefálico (2,7%). Los pacientes expresaron miedo a volver a caer en un 51,4% de los casos. El 63,2% han disminuido su actividad para evitar futuras caídas. Durante el periodo de investigación 14 pacientes salieron del programa de hemodiálisis por trasplante, defunción o traslado a otro centro. De los pacientes que habían caído en al menos una ocasión, cinco fueron defunción durante este periodo. Ninguna estuvo relacionada con la caída.

Discusión

Tras analizar los datos se pone de relevancia la importancia de la inclusión de un registro de caídas dentro del plan de cuidados tanto para evitar minusvalorar este efecto adverso tanto por parte del paciente como por el profesional sanitario. Conocer los factores contribuyentes a las caídas permitirá planificación de acciones de prevención.

Comorbilidad y fragilidad de los pacientes de mayor edad en hemodiálisis domiciliaria en un centro

María José Castro-Notario, María Paz Ruiz-Álvarez, Sandra Carrasco-Rubio, Patricia Moreno-Liébana, María Elena Cristóbal-García, Gloria del Peso-Gilsanz

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción

Se han descrito múltiples beneficios para los pacientes que reciben hemodiálisis domiciliaria (HDD). Sin embargo, la falta de apoyo del cuidador, el deterioro cognitivo y físico, los problemas del acceso vascular y la capacitación para iniciar HDD, pueden presentarse como barreras para la implementación exitosa de esta técnica en la población de edad avanzada. La fragilidad es un síndrome que predice discapacidad, morbilidad y mortalidad. Se define como un estado clínico, asociado a la edad, que disminuye la capacidad para enfrentarse a factores estresantes crónicos o agudos. La evaluación del estado de fragilidad de un paciente de edad avanzada puede ayudar al equipo de ERCA en la elección consensuada de HDD como terapia sustitutiva. En nuestro hospital no cuantificamos la fragilidad del paciente para elegir HDD como terapia sustitutiva.

Objetivo

Evaluar la comorbilidad y el estado de fragilidad inicial y su relación con la evolución de los pacientes de mayor edad que realizaron HDD en nuestra unidad.

Material y Método

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años que iniciaron HDD con monitor portátil desde enero de 2015 a Diciembre de 2023. Se estudiaron datos demográficos, dependencia para la técnica, situación socio-laboral y su evolución. Se valoró comorbilidad (índice Charlson), dependencia (índice Barthel, escala Lawton y Brody) y fragilidad (escala FRAIL). Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15. Todos los pacientes dieron el consentimiento informado.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes (33,3% de los tratados con HDD), 86,4% hombres, edad media $75,15 \pm 7,3$ años (65-90,1), tiempo de seguimiento $26 \pm 18,6$ meses (7,13-60,9). Índice de Charlson ajustado para la edad: $8,85 \pm 1,7$. El 10% eran dependientes para las ABVD, 25% para actividades instrumentales y 60% tenían algún grado de fragilidad. El 55% eligió la HDD por motivos sociales y el resto por evitar desplazamientos. Seis pacientes eran independientes para la técnica, 4 necesitaban ayuda y 10 eran dependientes de cuidador. El 85% vivía con su familia y el 10% solos. El 35% tenían actividad profesional y el 50% actividades de ocio. Ha viajado con el monitor un 55%. Salieron del programa 14 pacientes: 5% por trasplante, 25% fallecieron, 40% pasaron a HD-centro. El 30% siguen en HDD (tiempo de seguimiento: $25,7 \pm 18,1$ meses). La comorbilidad sólo se relacionó significativamente con mayor mortalidad ($10,8 \pm 1,3$ vs $8,7 \pm 1,2$, $p=0,021$). La dependencia y fragilidad no se correlacionaron con ninguna variable. La suma de comorbilidad y fragilidad se asoció con mayor dependencia para la técnica ($11,4 \pm 1,4$ vs $8,4 \pm 1,2$, $p=0,001$), menor capacidad para realizar la técnica sin acompañamiento ($10,5 \pm 1,8$ vs $8 \pm 1,4$, $p=0,012$) y con menor posibilidad de viajar con el monitor ($10,9 \pm 9,1$ vs $9,1 \pm 1,7$, $p=0,046$).

Conclusiones

Un tercio de nuestros pacientes en HDD son mayores de 65 años. Una elevada comorbilidad se relacionó con mayor mortalidad. Cuando ésta se asoció con la fragilidad, los pacientes eran más dependientes para realizar la técnica, tenían menos capacidad para realizarla sin compañía y viajar con el monitor. La valoración de comorbilidad, dependencia y fragilidad es fundamental en la toma de decisiones compartida previa al inicio de HDD y debiera realizarse de forma habitual.

Comparación del impacto en la calidad de vida y percepciones de pacientes dializados con citrato *versus* acetato

Paula Manso del Real, Carlos Casas-Manso, Cristina Almarcha-Mira, Noelia Sanz-García, Sandra Collado-Moris, Jorge Gómez-Placer

Grupo de trabajo científico Fundación Renal. España

Introducción

El paciente en tratamiento de hemodiálisis se expone al líquido de diálisis durante una media de dieciséis horas semanales. Por ello, su composición es un factor clave para optimizar el balance hidroelectrolítico con el fin de mejorar la tolerancia que tienen nuestros pacientes durante las sesiones de hemodiálisis. Aunque, actualmente el ácido más utilizado es el acetato, el citrato ha demostrado perfeccionar la biocompatibilidad de la diálisis, mejorando la tolerancia de la misma y, por tanto, la calidad de vida de nuestros pacientes.

Objetivo

Comparar los resultados reportados por los pacientes (PROMS), la sintomatología y la calidad de vida relacionada con la salud, tras cuatro meses del cambio de acetato a citrato.

Material y Método

Estudio observación y prospectivo en el que se analiza y valora la calidad de vida y la tolerancia a hemodiálisis de un grupo de 46 pacientes que pasan de dializarse con acetato a citrato. Se recogen datos epidemiológicos, sintomatología durante 90 días antes y después del cambio y se realizan evaluaciones de calidad de vida (PROMS y láminas Coop-Wonca). La correlación de datos se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 29.0; con un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se evalúan 46 pacientes prevalente de un centro de hemodiálisis con una media de edad de 67,2 años. Del total de la muestra, el 59,6% son hombres y el 30% son diabéticos. Cabe destacar que el 71% tienen tratamiento de HDF OL. Tras el cambio de ácido, los PROMS no mostraron cambios en la capacidad para realizar actividad física o mantener actividades sociales, pero revelaron una disminución significativa en el cansancio ($p < 0,000$) y en la percepción de sintomatología durante y posterior a la sesión de hemodiálisis. Esta última concordó con una disminución objetiva de la sintomatología

durante las sesiones, destacando una disminución significativa de los calambres y las cefaleas. Sin embargo, no hubo diferencia en el número de hipotensiones. La calidad de vida respecto a la salud mejoró en todas las dimensiones excepto en el apoyo social.

Conclusion

El cambio de diálisis con acetato a citrato tuvo un impacto beneficioso para nuestros pacientes. Los resultados obtenidos a través de las evaluaciones de calidad de vida y los datos obtenidos a través de los registros de sintomatología fueron positivos para nuestros pacientes. Destacamos que se ha tenido un corto plazo de tiempo para valorar dichos resultados por lo que sería conveniente realizar un análisis a más largo plazo de los mismos, a fin de obtener una comprensión más completa de los efectos del cambio en la calidad de vida de nuestros pacientes. Como equipo de enfermería, es importante que pongamos en valor la calidad de vida de nuestros pacientes y que podamos analizar la sintomatología de los mismos con el fin de aliviarla.

Conectar para humanizar

Tania Álvarez-Kowolsky, Cristina Cuevas-Palacios, Sara Garrido-Del Pino, Lucía López-Rodríguez, Ángela Atochero Ballesteros, Melissa Andrea-Shields

Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. España

Introducción

La sinergia entre ciencia y humanidad es la clave para una diálisis empática y respetuosa, procurando escuchar siempre lo que los pacientes necesitan y no lo que creemos que necesitan. La integración en la rutina diaria de elementos sencillos y triviales que aporten alegría y dinamismo, hará más agradable y llevadera la estancia de nuestros pacientes crónicos junto al monitor de diálisis.

Objetivos

- Establecer referentes de humanización dentro del equipo multidisciplinar.
- Realizar encuesta de humanización a los pacientes en Hemodiálisis.
- Identificar necesidades reales de los pacientes.
- Planificar estrategias de actuación.
- Implantar planes de acción en el servicio.
- Realizar encuesta de satisfacción tras las acciones de mejora.

Material y Método

En febrero 2023 se inició un estudio mixto en la unidad de Hemodiálisis. Para ello se utilizó una encuesta descriptiva con cinco preguntas de respuesta cerrada, y una pregunta final de respuesta abierta. La unidad cuenta con una totalidad de 74 pacientes, de los cuales, participaron voluntariamente 48, manteniéndose al margen los restantes. Se creó un equipo de referentes multidisciplinar, donde se analizaron los datos obtenidos en las encuestas y se plantearon diversas actividades y mejoras que todo el personal de la unidad se encargó de llevar a cabo, haciendo partícipes a los pacientes en todo momento. Tras realizar las acciones pertinentes para aumentar el bienestar de los pacientes y favorecer una estancia cómoda en la unidad de diálisis, se les realizó una encuesta para valorar su grado de satisfacción.

Resultados

Se han clasificado en dos grupos:

Actividades realizadas:

- Navidad: decoración de la unidad, sesiones educativas en días previos a la festividad sobre alimentación y medicación con entrega de recetas, actuaciones en días festivos por voluntarios: villancicos y música según gustos de pacientes, pasapalabra con rosco, adivinanzas y bingo por personal de unidad disfrazado, entrega de obsequios.
- Carnavales: decoración de la unidad
- Feria de abril: decoración de la unidad y baile por voluntarios.
- Campaña cumpleaños: entrega de tarjeta de felicitación.
- Rincón de lectura: libros y revistas.
- Retomar "Escuela de pacientes": sesiones educativas con familiares y/o cuidador principal impartidas por el personal de la unidad, invitando como ponentes a pacientes crónicos y/o trasplantados.
- Propuestas pendientes de instauración en la unidad:
 - 】 Más televisores, dispositivos digitales y auriculares individuales.
 - 】 Taquillas en los vestuarios.
 - 】 Mesa/tablero para adaptar a los sillones.

Conclusiones

Antes de la realización de las encuestas de humanización se desarrollaban actividades en días puntuales, como el día del riñón o Navidad. Tras el análisis de las mismas se han integrado las peticiones de los pacientes en su día a día, añadiendo acciones concretas que han mejorado su bienestar, su confort y hecho más agradable sus tratamientos.

- Tras valorar las encuestas de satisfacción, los pacientes priorizan la incorporación a la unidad de más televisiones.
- El rincón de lectura no ha tenido mucha relevancia, prefiriendo los pacientes traer su material de entretenimiento.

Creación del “Protocolo enfermero de educación sanitaria para el paciente pediátrico en lista de trasplante renal bajo tratamiento de sustitución renal”

Anna Sánchez-Quiles, Carmen Martínez-Rubio, Alejandro Cruz-Gual, Teresa Eixarch-Lanaspa, Laura Nuñez-Rodrigo, Carmen López-Queizán

Hospital Vall D’Hebrón. Barcelona. España

Introducción

En el paciente pediátrico con insuficiencia renal, las técnicas de depuración renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal) son un puente hacia el trasplante renal. El paciente es derivado al servicio de diálisis pediátrica desde la consulta enfermera de ERCA cuando se decide que debe iniciar una de éstas técnicas. Desde el servicio de diálisis pediátrica se inicia un proceso de capacitación del paciente y de la familia para afrontar el trasplante renal con toda la información necesaria, proceso que hasta la actualidad no está estandarizado.

Objetivo

Crear el “Protocolo enfermero de educación sanitaria para el paciente en lista de trasplante renal bajo tratamiento de sustitución renal”.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica de las metodologías de educación sanitaria existentes en otros hospitales. Se crearon flyers y trípticos sobre los diferentes aspectos de educación sanitaria a dar, adaptados a pediatría y en diferentes idiomas. Se consensuó entre el equipo de diálisis el protocolo. Y, por último, se redactó y presentó el protocolo ante supervisión del hospital.

Resultados y Conclusiones

Se estandarizó un protocolo que consiste en 4 visitas durante la técnica de depuración renal o visitas hospitalarias para realizar educación sanitaria pre trasplante. Consta de una primera visita conjunta de personal de enfermería de ERCA, del de enfermería de diálisis y del paciente y su familia donde se les presenta la unidad y se les dan trípticos informativos del funcionamiento de la unidad y cuidados de los diferentes accesos venosos o catéter de diálisis peritoneal. Una segunda visita del personal de enfermería de diálisis y del paciente y su

familia donde se habla del circuito a seguir el día del trasplante y el postoperatorio inmediato en UCIP. Una tercera visita en la UCIP para conocer la unidad con el personal de enfermería de diálisis, el de UCIP y el paciente y su familia. Una cuarta visita entre el personal de enfermería de diálisis y el paciente y la familia donde se les explica la medicación post trasplante con flyers informativos. Una quinta visita entre el personal de enfermería de diálisis, el paciente y su familia para explicar todos los cuidados postoperatorios tardíos y los signos de alarma con flyers informativos. Y, por último, visitas mensuales de refuerzo de la educación sanitaria hechas hasta el trasplante. La información se facilita y adapta a la edad del paciente y los conocimientos previos tanto de él como de su familia. Se utiliza material interactivo como trípticos, flyers, muñecos maniqués... para reforzar la información dada. Se adapta al idioma de origen del paciente. Se implementará el protocolo desde inicios del 2024.

Criterios Glim, sarcopenia y desgaste proteico energético en hemodiálisis

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Introducción

La desnutrición en enfermedad renal crónica (ERC), incrementa la morbimortalidad. En 2016 la Iniciativa de Liderazgo Global en Malnutrición (GLIM) definió los criterios GLIM de desnutrición fenotípicos (bajo IMC, pérdida peso y disminución masa muscular) y etiológicos (inflamación o disminución de la ingesta), requiriendo al menos uno de cada para diagnosticarla.

Objetivos

Analizar la prevalencia de desnutrición en un hospital aplicando los criterios GLIM, el Mini Nutritional Assessment (MNA) y Malnutrition Inflammation Score (MIS) así como la presencia de sarcopenia según los criterios de la EWGSOP 2 (Grupo Europeo de Trabajo sobre la Sarcopenia en Personas de Edad Avanzada) y el desgaste proteico energético.

Material y Método

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo entre marzo de 2023 y diciembre de 2023 en pacientes de una unidad de hemodiálisis en un hospital de tercer nivel.

Resultados

Estudiamos a 92 pacientes en HD, 70 hombres 76.1%, media edad 64,34 años, 39% diabéticos, 93% con HTA, y 44% con enfermedad cardiovascular, acceso mediante fistula arteriovenosa y tiempo de HD 31.45 meses. Fallecieron 9 pacientes, 5 fueron trasplante y 4 cambiaron de centro al finalizar el estudio. Según GLIM una media del 22% tenía desnutrición (3,3%-31,5%) según 12 puntos de corte valorando los criterios etiológicos y fenotípicos. Según la composición corporal respecto al IMC 19% obesos, 25% con sobrepeso y 3% con bajo peso. Disminución de circunferencia de pantorrilla 29%

<31cm, circunferencia de brazo 24% en riesgo o bajo <20cm y fuerza palmar por handgrip (dinamopenia o sarcopenia probable) 41% <26kg hombre y <16kg mujeres. Según el MNA-SF el 22% está en riesgo de desnutrición (8-11 puntos) y el 5% con desnutrición (0-7 puntos) y la versión completa el 30% tenía riesgo (17-23,5 puntos) y el 10% con desnutrición (<17 puntos). El 14% había perdido peso y el 18% tenía un apetito menor. Según la escala MIS el 46% estaba con desnutrición (+6 puntos). El 15% (>4 puntos) tiene sospecha de sarcopenia según SARC-F, el 13% era frágil según FRAIL y dependencia 22% moderado y 2% moderado según BARTHEL. Según criterios de desgaste proteico energético 57% tenían albúmina <3,8, 16% <100 colesterol, 72% <30 prealbúmina, 37% <23 IMC. El valor bioquímico de CONUT era grave/moderado en 45%.

Conclusiones

La prevalencia de desnutrición por GLIM, sarcopenia y desgaste proteico energético en nuestra población es similar a las descritas aplicando otros criterios.

Diferencia entre el sodio prescrito y el medido en el concentrado de diálisis. Una comparativa entre distintos monitores de hemodiálisis

Cristiam Martínez-Gil, María Escutia-Cilleruelo, Nemesio Manzano-Guerrero, Marta Fernández-Sampedro, Ana Carmen Casado-Morente, Concepción Espliguero-Santos

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

El sodio (Na) es el ion más representativo del líquido de diálisis (LD) y su concentración influye en la tolerancia a la sesión y ganancia interdialisis. Para llegar a la concentración de Na pautada (mmol/l), el monitor de hemodiálisis realiza un cálculo basado en la medición de la conductividad de LD (mS/cm). Entre diferentes fabricantes, en la práctica clínica se han observado variaciones de conductividad para un mismo objetivo de sodio y diferencias entre sodio prescrito y sodio real del LD, pero ninguno comparando los monitores de nuestra unidad ni en nuestro país.

Objetivos

Analizar si existen diferencias significativas en la concentración de Na en LD con respecto al Na prescrito, para así poder adecuar la práctica clínica.

Material y Método

Medimos el Na en LD de los diferentes tipos de monitores de nuestra unidad. La muestra se distribuye de la siguiente manera: 20 Fresenius 6008, 10 Baxter ARTIS, 13 Nikkiso DBB-EXA y 20 Nipro Surdial prediálisis. La extracción de la muestra de LD se realizó una vez terminado el test de de estabilización de cada monitor. Hemos utilizado concentraciones fijas de líquido de diálisis (211-50), temperatura (36°C), prescripción de Na (138 mmol/l), bicarbonato (34 mmol/l) y flujo de baño (500 ml/min). Además, se recogieron las variables: Na prescrito (mmol/L), conductividad prescrita (mS/cm) y conductividad real (mS/cm). Para el análisis Na del LD se utilizó el método indirecto de Electrodo Selectivo de Iones.

Resultados

Tras analizar los resultados de laboratorio, vemos que el sodio prescrito no se correlaciona con ninguna variable. La media del sodio en el LD fue de $133,3 \pm 3,2$ mmol/L, la media de conductividad objetivo de $13,73 \pm 0,12$ mS/cm, y la conductividad real de $13,81 \pm 0,24$ mS/cm. Se realizó una regresión lineal entre la conductividad objetivo y real que fue estadísticamente significativa ($p=0,012$). El coeficiente de correlación de Pearson para la conductividad objetivo y la real fue de 0,412 ($p=0,012$). La correlación entre el sodio en el LD y la conductividad real fue 0,29 ($p=0,024$). La regresión lineal no mostró una asociación estadísticamente significativa. La correlación entre el sodio en el LD y la conductividad objetivo fue -0,3102 ($p=0,024$). La regresión lineal entre la conductividad objetivo y el sodio en el LD fue estadísticamente significativa ($p=0,02$). Con respecto a los distintos monitores, existen pequeñas diferencias entre unos y otros, observando que uno de los monitores da mejor correlación entre el Na en el LD y la conductividad renal, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,59, y otro, una mejor correlación entre el Na en el LD y la conductividad objetivo con un Pearson de 0,4298. Ninguna de estas diferencias resulta estadísticamente significativa.

Conclusiones

El líquido de diálisis presenta un sodio similar al sodio prescrito, con pequeñas diferencias entre monitores. En ninguno de ellos, se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre Na pautado y medido. La conductividad objetivo y real tiene una correlación media. Se requiere un mayor número de muestras para confirmar estos resultados.

Encuesta sobre la percepción de las personas en diálisis de la esfera sexual. Aspectos no resueltos en la enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis

Esther García-García, Sonia Mendoza-Mendoza, José Luis Merino-Rivas, María Teresa López-Pascual, Raquel del Pozo-Gondín, Laura Baena-Ruiz

Hospital del Henares. Madrid. España

Introducción

Las personas con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) presentan complicaciones en distintos aspectos, tanto físicos como psíquicos, así como sociales. La disfunción sexual o las complicaciones en la vida sexual en TRS están bien descritas, si bien no se suelen explorar y es un área a la que se presta una atención limitada, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales que se dedican al TRS.

Material y Método

Planteamos una valoración de la situación y percepción de esta área de interés en nuestra Unidad de hemodiálisis (HD) mediante una encuesta con 8 cuestiones, tipo Likert, con 6 posibles respuestas. Se analizaron los resultados y se evaluaron los motivos de la realización o no de la encuesta.

Resultados

En el momento del estudio la unidad de HD contaba con 61 pacientes, 24 pacientes se consideraron por parte de los evaluadores no aptos para el estudio (3 pacientes por sufrir demencia, 2 por barrera idiomática, 9 por edad avanzada y deterioro físico y 10 por situación personal particular). Cinco pacientes declinaron realizar la encuesta. Veinte pacientes no fueron encuestados por diferentes motivos puntuales. Finalmente 22 pacientes fueron encuestados mediante el formulario indicado. La edad media de los encuestados fue de 63 ± 13 años, 18 varones y 4 mujeres, con un tiempo medio en HD de 35 ± 27 meses. El 54% de los encuestados consultaba los problemas de salud con nefrología, pero solo un 23% consultaban al nefrólogo por temas de disfunción sexual, siendo un familiar (63%) a quien consultaban preferentemente. Aproximadamente la mitad de los encuestados (49%) no consideraba ni presentaba interés en los aspectos de la vida sexual. Un 73% de los encuestados nunca había recibido atención al respecto

ni en AP ni en su centro de HD. La mitad de los encuestados no consideraba necesario que se mejorase ese aspecto en su unidad de HD.

Conclusiones

La esfera sexual es un aspecto relevante humano, la enfermedad renal asocia complicaciones en este sentido por diversos motivos, no obstante, es complejo abordarlo tal como se refleja en nuestra Unidad. Tan solo un tercio de los pacientes fue analizado y de estos, la mitad mostraron poco interés en mejorar dicho aspecto.

Evaluación del plan enfermera referente en una unidad de nefrología

Rocío Jiménez-Vázquez, Carmen María González-Galán

Hospital Punta Europa. Cádiz. España

Introducción

Para garantizar atención personalizada e integral a los pacientes, se implantó el Plan “Enfermera referente para pacientes en hemodiálisis”, aplicando competencias de Práctica Avanzada y generando el rol Enfermera Referente (ER). La evaluación del Plan postimplantación, resultará beneficioso para mejorar y adaptarnos a las necesidades locales.

Objetivos

Evaluar la satisfacción de los pacientes con el Plan ER. Analizar la autopercepción de cada ER en base a su experiencia en su primer año con este rol.

Material y Método

Diseño Mixto: fase cuantitativa descriptivo transversal y Fase cualitativa con enfoque fenomenológico. La población son 16 pacientes en tratamiento HD y 8 ER. No se realiza muestreo. Excluyéndose 2 pacientes por barrera lingüística y deterioro cognitivo. La recogida de datos cuantitativos a pacientes se realizó por una persona mediante el cuestionario SERV-QHOS-E. La recogida de datos cualitativos a ER, fue mediante entrevista estructurada ad hoc, con 4 preguntas sobre: experiencia, adecuación del plan, valor de la ER y mejoras o sugerencias. Análisis descriptivo para la fase cuantitativa y Análisis narrativo de contenido inductivo para la fase cualitativa.

Resultados

Participaron 14 pacientes, con edad media 72,7 años. 64% hombres y 36% mujeres. Jubilados, con tiempo medio en HD de 3,5 años. El 50% poseían estudios primarios, el resto con estudios secundarios o sin estudios. El 72% conocían a su ER. Un 78% hablaban semanalmente con ella y el resto mensualmente. 57,14% prefería recibir información en soporte oral. El 100% están muy satisfechos o satisfechos con su ER, encontrando el 57% útil esta figura. Un 90% se muestra de acuerdo o completamente de acuerdo con que la ER muestra interés, resuelve dudas, informa del problema de salud y trasmite confianza y seguridad. Respecto a los consejos sobre su dieta el

72% estaba completamente de acuerdo y de acuerdo, frente al 28% en desacuerdo. Todos estuvieron de acuerdo que en el caso necesario su ER se ponía en contacto con su familia. Participaron 8 enfermeras, 75% mujeres, con edad media 42 años y una media de 10,61 años de experiencia. Sobre su experiencia, se definieron 6 categorías:

- 1. ER= Ser enfermera. Definido el rol como el ser de la profesión enfermera, conocer al paciente y personalizar cuidados.
- 2. Carga asistencial. Sin connotación negativa, un participante dijo que reducía la carga asistencial y varios buscaban trucos para poder responder al plan.
- 3. Satisfacción. Categoría común en 5 discursos.

Resultan interesantes otras: motivación, frustración y valoración compleja. La adecuación del Plan a las necesidades de los pacientes, se definió en todos los discursos la categoría valoración completa/adecuada, detectando necesidades: paciente cuidador, comunicación interprofesional, comunicación familiares e informatización. Respecto a cómo se sentían valorados, unánimemente valor positivo, aunque surgen categorías como desconocimiento del rol o valor al facultativo. Las sugerencias han sido: registro común, versión simplificada, cartelería y formación.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes se encuentran satisfechos con este Plan, valoran positivamente la atención y cuidados de su ER. Los enfermeros se empoderan y acercan más al ser de la profesión, detectando necesidades que faciliten la coordinación con la práctica asistencial.

Factores de riesgo asociados a las caídas en los pacientes de una unidad de hemodiálisis

Julia Hernando-García, Mónica Brazález-Tejerina, Ángela Valer-Pelarda, Julia Calderón-Mohino, Pablo González-Pereira, Cristina Franco-Valdivieso

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España

Introducción

Según la comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, el sexto evento adverso más notificado en la base de datos de sucesos centinela a nivel internacional son las caídas. La Organización Mundial de la Salud crea en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el objetivo de desarrollar estrategias que reduzcan la morbi-mortalidad por daños asociados a eventos no deseados de la asistencia sanitaria. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) recoge el diagnóstico enfermero "Riesgo de caída del adulto", definiéndolo como la susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud. Según el Registro de la Organización Nacional de Trasplantes/Sociedad Española de Nefrología (ONT/SEN) 2021, la tasa de prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) se situaba en 1387,4 pmp y 40,6% recibían un tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis (HD). Entre sus características se encontraron edades superiores a 65 años y altas comorbilidades asociadas a la enfermedad renal.

Objetivo

Evaluar los factores de riesgo de caídas de los pacientes crónicos de nuestra unidad de HD.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal. Muestra de 44 pacientes con ERC y tratamiento de HD. Se recogieron las siguientes variables clínicas y sociodemográficas: edad, género, tiempo en diálisis y tratamiento farmacológico. Se aplicó la Escala Downton para valorar el riesgo de caídas, registrando datos de: caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y deambulación. Se recogieron los factores de riesgo asociados al diagnóstico "Riesgo de caídas": dolor musculoesquelético crónico, dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), personas que viven solas, deterioro cognitivo, enfermedades vasculares y del sistema endocrino e hipotensión ortostática.

Resultados

Obtuvimos una muestra de 44 pacientes, siendo el 77,27% hombres, con una media de edad de 71,8 años y tiempo medio en HD de 46,8 meses. Resultados Escala Downton: 27,7% tuvieron caídas previas, 95,4% tomaban medicamentos asociados a posibles caídas, 75% poseían deficiencias sensoriales, 90,9% tenían un estado mental adecuado y 72,7% deambulaba sin ayuda. 68,18% obtuvieron puntuaciones ≥ 3 , teniendo un alto riesgo de sufrir una caída. Valoración enfermera-Diagnóstico riesgo de caídas: 36,4% padecían dolor musculoesquelético crónico, 4,5% sufrían algún tipo de disfunción cognitiva, 31,8% tenían dificultad para realizar ABVD, 9,1% pacientes vivían solos, 34% tenían enfermedades del sistema endocrino, 11,4% padecían hipotensión ortostática y 54,5% enfermedades vasculares.

Conclusiones

Las características de nuestra población son acordes a los datos de la SEN. Nos encontramos ante una muestra envejecida, con alta comorbilidad asociada a su enfermedad de base y un alto porcentaje podrían sufrir una caída. Creemos necesario implementar en nuestra unidad una Guía de prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas que mejoren su seguridad, identificando los pacientes con riesgo de caídas, creando entornos seguros tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario, realizando registro de las caídas de los pacientes en HD e implicando al paciente/cuidador de la importancia de los cuidados para la prevención de las caídas.

Hemodiálisis intraquirófono en trasplante hepático. Análisis retrospectivo

Tamara Calleja-Hermida, Inmaculada Enciso-Machado, Ana Saenz de Miera-Olivera

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

La hemodialisis puede ser empleada durante la cirugía del trasplante hepático o combinado hepatorenal para evitar la hiperkalemia asociada al desclampaje y reperfusión hepática, siendo una técnica implementada desde principios de los años 90.

Objetivo

Nuestro objetivo de estudio es conocer las características y complicaciones de la hemodialisis durante el trasplante hepático y hepatorenal en un centro hospitalario de tercer nivel.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en pacientes sometidos a trasplante hepático o hepatorenal en el período comprendido entre el 1 de enero 2016 y el 31 de marzo 2024. Se recopilaron datos clínicos y sociodemográficos a partir de historias clínicas electrónicas y de gráficas de tratamiento de sesiones de hemodiálisis.

Resultados

De los 447 trasplantes hepáticos/hepatorenales realizados en el centro, 37 precisaron hemodiálisis en el quirófono. El 56,8% de pacientes fueron cirugías de trasplante hepático simple frente a un 40,5% que fue combinado y un 2,7% multivisceral. El 100% de pacientes se dializaron a través de catéter venoso central. Las patologías más prevalentes que han requerido hemodiasis en el quirófono son las poliquistosis hepatorenal y la hiperoxaluria. Las patologías hereditarias alcanzan el 27% seguidas de las cirrosis enólicas en un 18,9%. En cuanto a la prescripción de las sesiones, las membranas más utilizadas fueron de poliamix en un 48,6% (revascular -300), etilen-vinil-alcohol en un 21,6% (kf 201) y tan sólo se precisaron membranas de acetato de celulosa en un 2,7% (sureflux). La duración media de las sesiones fue de 336,75 minutos (5,6 horas). La velocidad de bomba de sangre (Qb)

estuvo entre 200 ml/mn y 365 ml/mn. El Qb fue, de media, 301,48 ml/mn. Dentro de las complicaciones técnicas (35,1%), la coagulación del circuito sanguíneo representó el 23,1% y la necesidad de cambio de líneas alcanzó el 76,9%. La reanudación de la sesión en ocasiones fue compleja dependiendo del momento del acto quirúrgico en el que se produjo. En cuanto a la ultrafiltración se realizó con similar porcentaje (10 y 11%) a razón de 100 y 200 cc/h.

Conclusiones

El papel de enfermería de diálisis en quirófono es fundamental para asegurar la calidad asistencial. El número de pacientes que precisaron hemodialisis durante el trasplante en quirófono presentan escasas complicaciones relacionadas con la sesión. Éstas están relacionadas principalmente con la duración de la técnica y la contraindicación de anticoagulación. Por ello se eleva el porcentaje de complicaciones técnicas siendo la coagulación del circuito sanguíneo con recambio del sistema la más relevante a pesar de que los accesos vasculares ofrecieron flujos de sangre óptimos. Asimismo, el estudio nos sugiere la creación de un registro de complicaciones como la ausencia o disminución del flujo sanguíneo relacionada con el acto quirúrgico que podrían influir en la coagulación de los circuitos sanguíneos.

Humanización de la asistencia sanitaria con las personas que están en estadio V de la fase de insuficiencia renal crónica: protocolo y proceso de retirada de diálisis

Laura Román-García, Jordi Calls-Ginesta, Sara Pons-Pallares, Alicia Rovira-Algara

Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona. España

Introducción

La situación de las personas que están con insuficiencia renal crónica en estadio V suele ser compleja, ya no solo en lo que refiere a la esfera más física, social o emocional, sino y también en la espiritual. Desde un modelo Antropológico de mirada pluridimensional y de Atención centrada en la persona y entendiendo la espiritualidad como una dimensión innata del ser humano, más allá de las creencias religiosas. Desde la unidad de Nefrología y con la colaboración del servicio de Salud espiritual se desarrolla un protocolo de identificación y retirada del tratamiento sustitutivo renal, para atender preventivamente a personas candidatas a la retirada del programa de diálisis, que habitualmente presentan sufrimiento espiritual por dependencia hacia el tratamiento y pronóstico de vida inferior a una semana después de la retirada.

Objetivo

Objetivo general: Generar ambiente de confianza, serenidad y calidez que facilite a pacientes, familiares y profesionales un acompañamiento delicado y respetuoso en procesos de retirada del programa de hemodiálisis.

Objetivos específicos:

- Ahorrar el sufrimiento a la persona atendida y a sus familiares.
- Evitar la futilidad terapéutica.
- Evitar que la persona candidata a retirada muera durante el tratamiento dialítico.
- Evitar que la persona candidata a retirada ingrese en el hospital de agudos.

Material y Método

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por personas expertas en acompañamiento espiritual, personas versadas en procesos paliativos, personas expertas en insuficiencia renal crónica y personas que formen parte del comité de ética del hospital. A partir del grupo de trabajo especializado, se desarrolla un protocolo de retirada para la

persona en tratamiento sustitutivo renal. Bajo un criterio de valoración como es el “Sufrimiento emocional y espiritual”: crónico e incapacitante, deseo reiterado de muerte, voluntad anticipada de morir, deseo reiterado de claudicación. Este servicio es activado para generar clima de confianza, paz y calidez al paciente, familia, y profesionales, para decidir serena y conjuntamente antes de posibles complicaciones agudas. Factores como dependencia al tratamiento, pacto de silencio, obstinación y corto pronóstico son tratados con delicadeza en sesiones. Posteriormente, se realizan visitas para acompañar el final de vida y ofrecer pautas de acompañamiento en sedación paliativa.

Resultados

De 2020 a febrero 2024, el Servicio de Salud Espiritual ha realizado 120 visitas a petición de Nefrología. El 51%, 61 visitas, para valorar la retirada del programa de hemodiálisis antes de complicaciones agudas. En todos estos casos se ha identificado y tratado el sufrimiento espiritual, facilitando un clima de confianza y calidez para decidir la retirada de forma consensuada y serena. Especialmente cuando los familiares que eran reacios a la retirada en un 44% de los casos tratados. Después de la retirada, en el 100% de las situaciones, los familiares recibieron pautas para acompañar el final de vida. Durante este periodo, el servicio de atención espiritual ha acompañado en seis casos de fallecimiento súbito durante la sesión de hemodiálisis y en personas sin criterios para retirada de programa de Hemodiálisis. En los últimos dos años se han incrementado las visitas pre-retirada de un 20% en 2022 a un 64% en 2023) coincidiendo con publicación del Protocolo de Retirada de Diálisis y la difusión de este con los profesionales que forman el equipo multidisciplinar del servicio de atención nefrológica. Consecuentemente se han duplicado las interconsultas a Salud Espiritual por causas diversas: aceptación, cronicidad, situación paliativa, exitus repentino, sedación paliativa, casos complejos pluripatológicos, mediaciones y comunicación de malas noticias.

Impacto de la hemodiálisis en el tiempo de ocio de los pacientes renales y su entorno

Miriam Silva-Noa, Juana María Carrasco-Caballero, Francisco José Granado-Romero

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Introducción

La calidad de vida del paciente renal y su entorno se ve disminuida en muchas áreas al iniciar tratamiento renal sustitutivo, siendo una de las más afectadas la social. Frecuentemente el paciente y su entorno se ven obligados, por miedo o desconocimiento, a disminuir salidas y actividades de ocio, repercutiendo negativamente sobre ellos, aumentando su ansiedad y la sensación de pérdida de control sobre sus vidas. En muchas ocasiones se debe al desconocimiento de los programas vacacionales específicos para pacientes renales o la posibilidad de modificar temporalmente su centro de hemodiálisis.

Objetivo

Conocer y analizar cómo afecta las sesiones de hemodiálisis a las vacaciones y tiempo libre de los pacientes renales y su entorno.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo transversal de 69 pacientes prevalentes en hemodiálisis en nuestro Hospital y su Centro Periférico, durante el primer trimestre de 2024. Analizamos todos los resultados de una encuesta heteroadministrada anónima.

Resultados

En nuestro estudio el 68,1% de la muestra son hombres y el 31,9% mujeres, destacando que el 44,9% tienen más de 71 años, 27,5% entre 61 y 70 años, y solo 24,4% tiene menos de 60 años. El 63,2% lleva en tratamiento con HD menos de 5 años. Sólo el 27,5% refiere tener buena calidad de vida. El 73,9% vive acompañado, estando casados el 37,7% frente al 56,4% que están solteros o viudos. Sólo el 5% trabaja, siendo 71% jubilados o pensionistas. El 69,5% realiza su actividad de ocio dentro de casa o directamente no hacen nada, refiriendo el 71,2% que viajaban antes de empezar HD, de los cuales sólo el 30,4% ha continuado con sus planes vacacionales, siendo el

miedo y motivos económicos los principales condicionantes de ello. El 70% encontró la información en su centro de HD. Podemos destacar que el 100% de los pacientes que han disfrutado de vacaciones y han llevado a cabo sesiones de HD durante sus desplazamientos están satisfechos y repetirían la experiencia.

Conclusión

El cuestionario reveló que la enfermedad renal y realizar hemodiálisis alteran la vida social y el tiempo de ocio en los pacientes renales y su entorno desde el inicio del tratamiento. En muchos casos desaparecen totalmente, provocando cambios importantes en su estilo de vida y en el de sus familiares. La edad, el apoyo social y la información sobre la continuidad de su tratamiento y cuidados necesarios, suponen una gran diferencia en la adaptación a sus momentos de ocio y vacaciones, ya sean en compañía o en solitario. La atención prestada a las personas dependientes de un tratamiento renal sustitutivo debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional por parte del personal sanitario.

Importancia del uso del ecógrafo por la enfermera en una unidad de hemodiálisis

Noelia Calle-Irola, Verónica Martín-Guerrero, Miriam Esquinas-Marta, Gema Palacios-García, Lucía Cánovas-Riquelme, Ruth Ros-Nogales

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España

Introducción

La monitorización multidisciplinar de la fístula arteriovenosa (FAV) permite detectar su disfunción de manera precoz para así, aumentar su supervivencia y disminuir la morbimortalidad del paciente. Es imprescindible la incorporación de la ecografía como herramienta complementaria a las técnicas de primera generación, para localizar hallazgos anatómicos que dificultan el abordaje de la FAV y disminuyen la eficacia de las sesiones, mejorando de esta manera la calidad en los cuidados enfermeros.

Objetivo

Objetivo general: Evaluar los beneficios de la ecografía por parte del personal de enfermería en una sala de hemodiálisis.

Objetivos específicos:

- Conocer el motivo por el que el personal de enfermería realiza controles ecográficos.
- Cuantificar el número de punciones ecoguiadas que realiza la enfermera.
- Describir los hallazgos identificados en las ecografías realizadas por el personal de enfermería.
- Detectar precozmente anomalías de la FAV para su derivación al especialista.
- Identificar mediante ecografía zonas de nueva punción y punciones dificultosas.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal. Se autodiseña un registro ecográfico de la FAV con 3 variables de estudio: motivo, hallazgo e intervención. Durante seis meses el equipo de enfermería ha cumplimentado la hoja diseñada tras la realización de una ecografía.

Resultados

Se realizaron 90 ecografías a un total de 32 pacientes, donde los motivos detectados fueron: 48,8% por punción dificultosa, 16,6% por parámetros alterados (recirculación, presiones y flujos), 13,3% para el control de FAV con alteraciones anatómicas, 12,2% por primera punción, 3,3% por coagulación del sistema en sesiones previas, 3,3% por tiempo de hemostasia elevado y 2,2% por mapeo de FAV. Los hallazgos encontrados fueron: 53,3% localización de zonas de punción, 12,2% estenosis, 8,8% hematoma, 6,6% trombo, 6,6% calibre de la vena insuficiente para punción, 4,4% presencia de colaterales y finalmente 7,7% sin hallazgos significativos. Dentro de las intervenciones llevadas a cabo: 53,3% punciones ecoguiadas, 18,8% se derivan al especialista, 15,5% punciones en nueva zona, 6,6% sin intervención significativa y 5,5% vigilancia de hallazgos encontrados.

Conclusiones

Los resultados revelan la importancia del uso del ecógrafo por parte del personal de enfermería en una unidad de hemodiálisis, como instrumento de fácil acceso y de carácter no invasivo para así, proporcionar información sobre el estado de la FAV y, por consiguiente, aumentar la calidad asistencial. Con este estudio se analiza el beneficio de realizar punciones ecoguiadas para disminuir las posibles complicaciones de la FAV, aumentar su supervivencia y la seguridad tanto por parte del paciente como del profesional. Así como la importancia del mapeo de la FAV previo a la primera punción en la búsqueda de zonas de abordaje. Con la ayuda de esta herramienta se ha conseguido una detección precoz de hallazgos significativos en la FAV de los pacientes.

¿Influye la vitamina C en la mejoría de la anemia en pacientes en hemodiálisis?

Ana Carmen Casado-Morente, Cristiam Martínez-Gil, Marta Fernández-Sampedro, María Escutia-Cilleruelo, Alicia Gonzalez-Moreno, Virginia Palacios-Navarro

Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España

Introducción

La anemia es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) siendo un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y de mortalidad; y una disminución en la calidad de vida de los pacientes. La anemia según la OMS se define como el descenso del nivel de hemoglobina (Hb) en sangre, que se encuentra dos desviaciones estándar por debajo de la concentración media de Hb de la población general, corregida por edad y sexo. En términos prácticos podemos adoptar las cifras de 13 gr/dl en el hombre, 12 gr/dl en las mujeres. En los pacientes de hemodiálisis existen factores que influyen en el déficit de vitamina C como son: la disminución en la ingesta diaria y su pérdida a través del dializador. Este déficit se ha relacionado con hiporrespuesta a los estimulantes eritropoyéticos. Con todo ello nos preguntamos, ¿influye la vitamina C en la mejoría de la anemia de nuestros pacientes?

Objetivo

- Determinar si la utilización de la vitamina C aumenta la concentración de hemoglobina y el índice de saturación de la transferrina (IST).
- Observar si la vitamina C disminuye los niveles de ferritina y los requisitos de eritropoyetina (EPO).

Material y Método

Estudio retrospectivo de 14 pacientes en nuestra unidad de Hemodiálisis, que presentan una estabilidad clínica, a los cuales se le han administrado ácido ascórbico durante sus sesiones. La dosis de ácido ascórbico (Vitamina C Roche) no se modificó con respecto a su pauta previa al estudio: 0,33 gramos, tres días por semana. A todos los pacientes se le administró eritropoyetina (EPO), y a 7 pacientes hierro intravenoso. Tiempo de seguimiento fue de 120 días.

Resultados

- En todos los pacientes los niveles de hemoglobina subieron, y no así el IST. Los valores medios de hemoglobina al inicio fueron significativamente inferiores respecto al final del seguimiento ($p < 0,003$). Al realizar el estudio obtuvimos una Hemoglobina de 10.527 gr/dl ($\pm 0,914$) y al finalizar: 11.973 gr/dl ($\pm 1,322$). No así el IST ($p < 0,600$) que fue inferior al finalizar el seguimiento.
- Se observó un descenso significativo de los niveles de ferritina. Al inicio fueron de 815.50 $\mu\text{g/l}$ ($\pm 260,252$) y al finalizar el estudio el resultado fue de 514.33 $\mu\text{g/l}$ ($\pm 160,316$).
- Relacionado con el tratamiento, la dosis media de eritropoyetina (EPO) durante el seguimiento disminuyó, pero no fue estadísticamente significativo ($p = 0,400$). Al inicio del estudio la dosis media de EPO utilizada era de 10.000 UI y finalizamos con 8.909,09 UI. La vitamina C intravenosa fue bien tolerada y no produjo efectos adversos durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones

La administración intravenosa de ácido ascórbico mejora la anemia en pacientes en hemodiálisis con depósitos de hierro elevados, optimizando la biodisponibilidad del mismo, a través de su papel como agente reductor. Por lo tanto, la utilización de la vitamina C aumenta la concentración de la hemoglobina, desciende el índice de saturación de transferrina, disminuye los niveles de ferritina y la necesidad de Eritropoyetina.

La motivación de las enfermeras de hemodiálisis hacia la investigación científica

Carla Palacios-Viladés

Althaia Centre Hospitalari. Barcelona. España

Objetivo

Esta investigación pretende explorar la motivación hacia la investigación científica que presentan las enfermeras asistenciales de la Unidad de Hemodiálisis.

Material y Método

Se aplicó un diseño cualitativo de tipo fenomenológico con perspectiva constructivista, mediante un análisis interpretativo de contenido. Se realizó triangulación de métodos a partir de la observación participante y el grupo focal con las enfermeras de la unidad de estudio. Se recogieron los datos en un diario de campo, se transcribieron, se codificaron y se agruparon en categorías utilizando el software Atlas Ti. Previo al inicio del estudio se solicitó la autorización al Comité de Ética en Investigación con Medicamentos (CEIm) de referencia del centro participante. El estudio fue aprobado por el CEIm después de revisar las aclaraciones solicitadas.

Resultados

En referencia a los factores internos que influyen en la motivación para investigar se destaca la necesidad de dedicar tiempo personal, la falta de formación y conocimientos y la curiosidad hacia la investigación. Como factores externos prevalecen los relacionados con la falta de tiempo para investigar dentro del horario laboral, la necesidad de investigar para la carrera profesional y la necesidad de la investigación científica para mejorar la atención a los pacientes. Como barreras más importantes para las participantes son la falta de facilidades institucionales y de horas laborales para investigar. También dan importancia a visibilizar la figura de la enfermera investigadora.

Conclusiones

El presente proyecto pretende ser la base para analizar la motivación para investigar que presentan las enfermeras de todo el hospital, empezando por conocer la Unidad de Hemodiálisis. Por otro lado, también permitirán establecer una priorización de las intervenciones para el fomento de la cultura investigadora en el hospital donde trabajo, empleando los recursos disponibles y valorando las necesidades percibidas por las enfermeras.

La satisfacción de los estudiantes de enfermería y de las enfermeras aplicando la guía de acogida

Gemma Novell-Asensio, Montserrat Gómez-Rivero

Althaia Xarxa Assitencial Universitaria de Manresa. Barcelona. España

Introducción

Existente una gran importancia en la formación práctica y teórica en el ámbito de la salud. La creación de un currículum óptimo y el impacto educativo que tiene esta formación a diario en los estudiantes, influye directamente en su práctica clínica, la cual es primordial para poder desarrollar una seguridad en el nuevo profesional. Al igual que es importante empoderar a las enfermeras docentes quienes transfieren esas habilidades a los nuevos profesionales.

Objetivo

La presente investigación pretende identificar la satisfacción de los estudiantes y las enfermeras docentes aplicando una Guía de Acogida.

Material y Método

Se plantea un estudio cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo. Se ha utilizado un muestreo de conveniencia y se ha planteado la realización de grupos focales, tanto a las enfermeras docentes como a los estudiantes de enfermería de la unidad de hemodiálisis, al mismo tiempo se ha realizado observación participante recogiendo en un diario de campo todas las observaciones propias de los procesos de recogida de datos, hasta llegar a la saturación de datos. Los datos se han transcritos de forma textual. Seguidamente, se ha utilizado el programa Atlas Ti para poder codificar y agrupar la información obtenida. La presente investigación representa un modelo de Guía de Acogida con la que se podría realizar investigaciones prospectivas para valorar su eficacia en otras unidades asistenciales. Puede contribuir en generar modificaciones en aspectos de organización y estructurales de la Unidad i/o la Universidad, para conducir a una mejora del bienestar de los profesionales docentes y los estudiantes de prácticas.

Resultados

El análisis de los resultados obtenidos revela la implementación de una guía de acogida en una unidad de hemodiálisis, con participación de estudiantes y enfermeras docentes. Por un lado, las enfermeras docentes destacan la facilidad de impartir una enseñanza uniforme. Y por el otro lado, los estudiantes valoran la claridad de las metas semanales marcadas y la tranquilidad que proporciona la guía.

Conclusiones

La implementación de una guía de acogida ha demostrado ser un recurso satisfactorio y valioso para mejorar la formación de estudiantes de enfermería. Proporciona un marco común de enseñanza entre todos los estudiantes en prácticas.

Más allá de la enfermedad: el proceso de duelo en los pacientes de hemodiálisis frente a la pérdida de sus compañeros

Melany Cabo-Jiménez

Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España

Introducción

La muerte de los compañeros de hemodiálisis puede tener un impacto significativo en la vida de los pacientes, generando una variedad de respuestas emocionales y cognitivas. El proceso de duelo puede incluir sentimientos de tristeza, dolor, confusión, ira y ansiedad. La pérdida de un compañero puede recordarles su propia vulnerabilidad y proximidad a la muerte, pudiendo generar preocupaciones y miedos adicionales relacionados con su propia salud y supervivencia.

Objetivo

El objetivo principal de este trabajo consiste en investigar y comprender la experiencia de los pacientes de hemodiálisis ante la muerte de sus compañeros, con el fin de mejorar su atención y apoyo emocional durante este proceso.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional, de corte transversal, en una unidad de hemodiálisis en noviembre de 2023. Los pacientes completaron el cuestionario Inventario Texas Revisado de Duelo, recogiendo los datos en un Excel diseñada para tal fin. Los datos fueron posteriormente analizados utilizando el programa estadístico R (R Development Core Team). El cuestionario consta de dos partes, por un lado una primera que evaluó el duelo agudo o en el pasado con 8 ítems, y por otro lado, una segunda parte que evaluó el duelo en el momento actual con 21 ítems. La población estudiada estuvo compuesta por pacientes mayores de 18 años que estaban en el programa de hemodiálisis durante el mes de noviembre de 2023. Se utilizó un muestreo por conveniencia, resultando en una muestra total de 25 personas, de acuerdo con ciertos criterios de inclusión y exclusión.

Resultados

Los resultados del estudio mostraron que el 24% de los pacientes experimentaron un duelo prolongado y el 32% experimentaron un duelo retrasado. Se observó que los pacientes experimentaron diversas emociones y reacciones frente a la muerte de sus compañeros. Contrario a lo esperado, el duelo por la muerte de compañeros no tuvo una elevada repercusión emocional en general. Sin embargo, se encontró un nivel significativamente alto de duelo en un subgrupo de pacientes.

Conclusiones

El apoyo emocional y psicológico, tanto médico como del resto del personal, así como de otros pacientes y sus familias, desempeña un papel crucial en el manejo de esta experiencia y en el bienestar emocional de los pacientes. El estudio subraya la importancia de implementar estrategias de apoyo adecuadas para ayudar a los pacientes de hemodiálisis a enfrentar el duelo por la muerte de sus compañeros, mejorando así su calidad de vida y su capacidad para lidiar con las emociones asociadas a esta experiencia.

“Mi primera diálisis”: proyecto de inicio planificado de hemodiálisis

Judith Sánchez-Torres, Dolores Rizo-Martínez, Elisabet Castillo-Jabalera, María Dolores Rodríguez-Almarcha, Alba Vicente-Egea, Mercedes María Moreno-Salinas

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción

Los profesionales de las unidades ERCA son quienes lideran el proceso de información y formación de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y sus familiares, implicándolos en su enfermedad y en la elección del tratamiento renal sustitutivo. El momento óptimo para comenzar la diálisis no está claramente definido y depende no solo de valores analíticos, sino del estado del paciente y su sintomatología urémica. En todos los casos, se debe luchar por un inicio de diálisis planificado. Los pacientes que deben iniciar hemodiálisis hospitalaria manifiestan inquietudes sobre la evolución y miedos relacionados con el inicio y mantenimiento de la técnica: traslados, profesionales sanitarios y espacios desconocidos, punciones repetidas... Todas estas cuestiones crean ansiedad que repercute negativamente en su estado físico y psicológico. Involucrar a la familia y a sus profesionales referentes en ERCA también en este momento resulta positivo, al percibir el paciente apoyo ante una situación que debe afrontar en soledad y que no solo le afectará durante el tratamiento, sino que continuará en su domicilio por los cambios dietéticos, restricción hídrica, adecuación a la nueva situación, etc.

Objetivos

Objetivo General: Mejorar el circuito de inicio de la técnica, individualizándolo, adaptándolo y personalizándolo para cada paciente.

Objetivos específicos: Establecer una relación de confianza y soporte mutuo entre profesionales, familia y pacientes que inician su tratamiento en diálisis desde la consulta ERCA. Involucrar a la familia durante el proceso de inicio de tratamiento y durante el proceso de enfermedad del paciente.

Material y Método

Una vez detectada la necesidad de inicio de hemodiálisis, desde ERCA se consensua con el paciente la fecha de inicio. Con la puesta en marcha del proyecto “Primera diálisis”, el primer día se dializa en una sala individual e independiente, atendida por la enfermera y el nefrólogo de ERCA y ofreciendo la posibilidad de estar acompañado de un familiar, si el paciente lo desea. Durante el transcurso de la sesión, se le recuerdan aspectos básicos a tener en cuenta una vez iniciado el tratamiento y se le entrega un kit de bienvenida con información y enseres para hacer el tratamiento más confortable. Una vez finalizada la primera sesión, son los propios profesionales ERCA quienes acompañan al paciente a la sala donde se ubicará en las siguientes sesiones y le presentan al personal responsable del paciente en hemodiálisis.

Resultados y Conclusiones

El acompañamiento del paciente por parte de los profesionales ERCA y de sus familiares es fundamental al inicio de hemodiálisis para mantener un clima de confianza y tranquilidad, minimizando los miedos y la sensación de soledad. Desde la puesta en marcha del proyecto en agosto de 2023, han iniciado hemodiálisis 12 pacientes, de los cuales 4 comenzaron de forma aguda sin planificación previa. Los 8 restantes provenían de ERCA, comenzaron de manera planificada y se sumaron al proyecto “Primera diálisis”. El 100% de los pacientes y sus familiares valoraron positivamente la transferencia desde ERCA a hemodiálisis acompañados por su personal sanitario habitual, por lo que incorporamos esta iniciativa a nuestra práctica habitual como estrategia para minimizar la ansiedad de nuestros pacientes ante este proceso.

Prueba piloto: recuperación de medicación no citoestática en un centro de hemodiálisis periférico: caminando juntos hacia la “green dialysis”

Núria Clemente-Juan, Carolina Palomar-Ceballos, Eva Elías-Sanz, Mar Martínez-Nebreda, Marta Quintela-Martínez, Gerard Pereda-Hinojosa

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción

Todas las organizaciones sanitarias son grandes productoras de residuos, muy especiales y específicos, que están sujetos a un control y monitorización por parte de las administraciones. Entre las terapias médicas, el impacto ambiental de la diálisis parece ser muy alto, lo que sugiere que la comunidad de nefrología tiene un papel importante en la exploración de prácticas de atención ambientalmente responsables. Es necesario un mayor seguimiento del uso de recursos y la generación de desechos por parte de los centros que ofrecen atención renal.

Objetivo

Realizar la correcta gestión de los residuos de medicación en un centro de hemodiálisis periférico.

Material y Método

Fuimos la primera unidad asistencial perteneciente a un hospital de tercer nivel en aplicarlo. Se inició la prueba piloto en marzo de 2023, en esta fecha recibimos 2 contenedores rojos de 60 litros y etiquetas específicas para este residuo. Uno se dejó en el control de enfermería y el otro lo teníamos como reserva. Dentro del contenedor tirábamos medicación, siempre que no fuese citostática, medicación caducada en general, restos (por ejemplo, medio comprimido de paracetamol, ibuprofeno, diazepam, etc.) viales de inyectables vacíos o con restos de medicación. Otros envases de medicación vacíos o con restos (tubos de pomadas, cremas, cápsulas, jarabes, lociones, et.). Para optimizarlo, dentro no se podía tirar cajas de cartón o papel, guantes, ni otros residuos que no fuese medicación. Cuando este contenedor estaba al 75%, lo cerrábamos correctamente, poníamos la etiqueta, lo llevábamos al almacén de residuos de nuestro centro, y enviamos mail a la empresa responsable de la recogida indicando el residuo a gestionar y el lugar de recogida. Los contenedores iban a un CTR (Centro

de transferencia de residuos) situado en las instalaciones de una empresa, la cual los trasladaban a otra población, donde los residuos, se estabilizan, se inertizan y se preparan para utilizarlos como combustible sólido en instalaciones de co-incineración.

Resultados

Iniciamos el proyecto en marzo de 2023 y en tan solo 6 meses se habían recuperado 40,6kg de fármacos o sus viales con restos. En octubre de 2023, llevábamos 65,65kg de medicación recuperada.

Conclusiones

Hasta octubre de 2023, no solo logramos valorar 66 kg de medicación, si no, que se evitó que estos 66 kg de restos de medicación terminen en nuestro medio ambiente. Seguimos con el proyecto, junto con otras unidades, aportando nuestro grano de arena al medio ambiente. Es urgente adoptar medidas de «green dialysis» desarrollando soluciones medioambientales sostenibles para la prevención y el tratamiento de la enfermedad renal.

¿Sabemos cuáles son los problemas de salud de nuestros pacientes? Diagnósticos de enfermería en la insuficiencia renal aguda

Rubén Sierra-Díaz, Francisco Javier Barcia-García, Antonia María Ruiz-Jiménez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico secundario a diversas causas y caracterizado por un deterioro repentino de la función renal. Su manifestación común es un aumento de la concentración de productos nitrogenados en sangre, con o sin disminución de la diuresis. Su etiología se divide en pre-renal, post-renal e insuficiencia renal aguda intrínseca. El tratamiento de la IRA tiene 2 componentes: el tratamiento conservador y la terapia dialítica. En nuestra unidad de diálisis se atendieron en el año 2023 un total de 36 pacientes que presentaban FRA y que necesitaron entrar en programa de hemodiálisis. Por ello debido a la alta incidencia de pacientes atendidos en esta situación, nos planteamos realizar un estudio sobre aquellos diagnósticos de enfermería más frecuentes en este tipo de pacientes, de tal forma que pudiéramos planificar intervenciones de enfermería apropiadas en situaciones futuras. Con el fin de mejorar la calidad de cuidados de enfermería a estos usuarios, las/los enfermeras/os utilizamos el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como un método de trabajo para hacer partícipe al paciente de su cuidado. El uso de PAE junto con la clasificación diagnóstica NANDA proporciona una base para conseguir las intervenciones de enfermería más efectivas para lograr resultados de enfermería de alta calidad en el cuidado de pacientes con insuficiencia renal en hemodiálisis.

Objetivo

Determinar los diagnósticos de enfermería más comunes según taxonomía NANDA en los pacientes atendidos en el 2023, que inician hemodiálisis tras sufrir un fracaso renal agudo.

Material y Método

Se seleccionaron a aquellos pacientes que se dializaron en nuestra unidad un mínimo de dos semanas tras un fracaso renal agudo. Para determinar los diagnósticos de enfermería de estos pacientes, primero se evaluó su estado de salud a través de los once patrones funcionales de salud de M. Gordon y se denominaron mediante la clasificación NANDA.

Resultados

Alteración de patrón percepción/manejo de la salud (85% de los pacientes), con los siguientes diagnósticos:

1. Negación ineficaz.
2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
3. Conocimientos deficientes.

Alteración de patrón nutrición/metabolismo (100% de los pacientes), con los siguientes diagnósticos:

1. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
2. Riesgo de infección.

Alteración del patrón reposo/sueño (75% de los pacientes), con el siguiente diagnóstico:

1. Deterioro del patrón de sueño.

Alteración del patrón Autoceptivo/Autoconcepto (100% de los pacientes), con los siguientes diagnósticos:

1. Ansiedad-temor.
2. Baja autoestima situacional.

Alteración del patrón adaptación/tolerancia al estrés (86% de los pacientes), con el diagnóstico:

1. Afrontamiento inefectivo.

Conclusiones

Un alto porcentaje de nuestros pacientes con FRA presentaban similitudes en la identificación de sus problemas de salud según la nomenclatura NANDA. El uso de diagnósticos de enfermería facilita un lenguaje común que permite la atención integral del paciente y la continuidad de los cuidados pudiendo aplicar intervenciones de enfermería estandarizadas (NIC), basadas en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza el profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.

Sensor en pacientes diabéticos en hemodiálisis: ¿herramienta necesaria?

Cristina Mendías-Benítez, Juan Luis Chaín-de la Bastida, Esperanza Macarena Reina-Neyra, María Teresa Coca-Yevenes

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

Actualmente a nivel mundial, una de las causas principales de la enfermedad renal es la nefropatía diabética. En 2023 el 44,5 % de los pacientes en hemodiálisis en nuestra Comunidad Autónoma, sufrían Diabetes Mellitus como comorbilidad, el doble que hace 20 años. El Plan Integral de Diabetes, tiene como objetivo principal reducir el impacto en morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes. Para ello, se establecen una serie de líneas de actuación, entre las que se encuentra la incorporación de tecnologías avanzadas en el control de la diabetes, dispositivos que permiten la medición de la glucosa intersticial a través de sensores mínimamente invasivos y estiman con alto grado de exactitud los niveles de glucemia. Los sistemas de monitorización flash de la glucosa (MFG) han demostrado una reducción importante en el número de glucemias capilares y buenos resultados en términos de control metabólico y seguridad, lo que se traduce en una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes y de las personas que les cuidan, impactando positivamente en la reducción de tasas de ingresos hospitalarios por descompensaciones agudas de la diabetes (hipoglucemias graves, descompensación hiperglucémica y coma).

Objetivo

Valorar pacientes con nefropatía diabética con sensor de monitorización flash de la Glucosa (MFG) en programa de terapia renal sustitutiva en Hemodiálisis.

Material y Método

Estudio descriptivo prospectivo en el primer cuatrimestre del 2024, donde se valoran a 5 pacientes, de los 12 pacientes diabéticos que tenemos durante ese periodo, y que están en el programa de atención primaria de monitorización flash de la Glucosa (MFG). La intervención se realiza con un control de glucemia, desde el botón arterial del circuito sanguíneo de pacientes portadores de catéter venoso central en programa de hemodiálisis y la medida simultánea de la glucemia intersticial, por parte del paciente, desde su sensor durante la te-

rapia. Obteniendo medidas Pre, Intra y Post-hemodiálisis. Y valorando la tendencia del sensor. Para el análisis de datos se utiliza el sistema SPSS-20, correlaciones de Rho de Spearman, siendo significativa $p < 0,05$; $p < 0,01$.

Resultados

Participan 5 pacientes: 3 hombres, 2 mujeres, edad media $65 \pm 9,33$ años, 80% Diabetes Mellitus tipo 2; Media años con Diabetes $33 \pm 15,52$ años. Obtuvimos correlación Rho Spearman con significancia $p < 0,01$: las glucemias pre-sensor vs pre-capilar; y las glucemias intra-sensor vs intra-capilar. La correlación con significancia $p < 0,05$: glucemia intra-sensor vs post-sensor. Cabe destacar que todos los valores analizados en el 100% de los pacientes con el sensor, nos dio la flecha de tendencia estable.

Conclusión-Discusión

La hemodiálisis como tratamiento renal sustitutivo hace que nuestros pacientes diabéticos mantengan una estabilidad de las glucemias intra-diálisis, debido a la pauta indicada durante la sesión. El control mediante sistemas de monitorización flash de la glucosa (MFG) hacen que aumente la seguridad y calidad de vida de nuestros pacientes, siendo una herramienta necesaria para la prevención de posibles complicaciones. El 100% de los pacientes refieren sentir esa seguridad con el dispositivo MFG. Debería ser una prioridad el uso de estos dispositivos en etapas iniciales de la enfermedad renal, más aún en pacientes en hemodiálisis, para no contribuir al deterioro asociado a su enfermedad renal crónica. Aunque este dispositivo supone un gran avance, no debemos olvidar la educación para la salud a nivel nutricional (dieta renal), al igual que el ejercicio físico. Así conseguiremos un mejor control del paciente con Nefropatía diabética.

Una navidad más humana en una unidad de hemodiálisis

M^a Begoña García-González, Inés Alonso García-Santamarina, Sheila Suárez-Iglesias, Margarita Tejón-Morán, Carlos Pañeda-Torre, Yolanda Artos-Montes

Hospital Valle del Nalón. Asturias. España

Introducción

Humanizar la salud debe ser un principio ético básico que esté incluido en todos los aspectos de la atención sanitaria. Las tecnologías utilizadas actualmente tienden a automatizar los cuidados. Los pacientes de hemodiálisis son altamente vulnerables y necesitan sentirse apoyados. Pasan mucho tiempo en los centros sanitarios y es fundamental que el trato sea cercano. Se deben brindar unos cuidados lo más humanizados posibles. En nuestro servicio de salud hay un Plan de Humanización desarrollado desde 2018 “Estrategia de mejora de la confianza y seguridad de los profesionales”. Basándonos en el plan, se han llevado a cabo por primera vez, una serie de actividades durante la época navideña para intentar hacer más amena la estancia en nuestra unidad.

Objetivos

Objetivo General: Humanizar la estancia de los pacientes en una unidad de hemodiálisis durante el periodo navideño 2023/2024.

Objetivos Específicos: Conocer la percepción de los pacientes sobre la época navideña. Amenizar la estancia de los pacientes durante las sesiones de hemodiálisis mediante la realización de actividades lúdicas. Determinar el grado de satisfacción de los pacientes sobre dichas actividades. Conocer la opinión de los profesionales participantes en la intervención.

Material y Método

Realizamos un estudio descriptivo cuali-cuantitativo donde realizamos una intervención con 32 pacientes de hemodiálisis durante dos semanas del periodo navideño de 2023-2024. Criterios de inclusión: quienes acepten participar, excluyendo a pacientes con situación clínica comprometida. Se desarrolló en 3 etapas:

1ª Etapa, pre-intervención: identificación de los participantes en las posibles intervenciones, a través de un cuestionario sobre sus emociones y expectativas sobre la Navidad.

2ª Etapa, -intervención: desarrollo de acciones propuestas dentro de las líneas de actuación del Plan de Humanización, trabajando sobre tres líneas de actuación.

3ª Etapa, -post-intervención: evaluamos la satisfacción de los participantes a través de una encuesta de satisfacción.

Resultados

1ª Etapa: se entregaron 29 encuestas y fueron devueltas 25. Las actividades mejor valoradas fueron los sorteos, musicoterapia y bingo, descartando las manualidades.

2ª Etapa: se realizaron actividades durante 6 días. De los 31 pacientes que acudieron a hemodiálisis, participaron 25. Las actividades que se desarrollaron fueron musicoterapia, sorteos y bingo.

3ª Etapa: la actividad más valorada fue el sorteo regalo. Según el registro de agradecimiento de pacientes en el cuestionario post-intervención, el 28% (7 pacientes) aportan agradecimiento en el texto libre y un 8% (2 pacientes) agradecimiento concreto. El 88% puntúan 4 o más de 4 en la escala Likert de satisfacción. Un 88% repetiría la actividad. En las encuestas pre-intervención los profesionales participantes fueron 14 (12 enfermeras/TCAES y dos facultativos), en las encuestas post-intervención 14 profesionales (13 enfermeras/TCAE y 1 facultativo). El 70% están satisfechos con su participación, puntuando 4 o más de 4 en la escala Likert. Un 50% se sienten más integrados en el equipo tras realizar la actividad.

Conclusiones

Alta participación de profesionales y pacientes en las actividades propuestas. La mayoría de los pacientes están muy satisfechos y repetirían la actividad.

Acogida y acompañamiento de enfermería en la biopsia renal: su efecto en la ansiedad

Beatriz Arriero-López, Judith García-Hernández, María Elena Esteban-Gutiérrez, María del Carmen López-López, María Henar Sanz-Frutos, Verónica Ruth Mercado-Valdivia

Hospital Infanta Sofía. Madrid. España

Introducción

La biopsia renal es un procedimiento necesario para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades renales que se realiza, en algunos hospitales, por el servicio de Nefrología. En nuestro hospital ha existido un incremento progresivo y exponencial desde su apertura, con 12 biopsias por año a más de medio centenar en 2023. Previamente a la realización de la biopsia renal, detectamos un fuerte nivel de ansiedad en los pacientes. Enfermería, al encontrarse en primera línea en la acogida y el cuidado del paciente, es capaz de detectar manifestaciones clínicas en relación a la biopsia que pueden dificultar el procedimiento. La información en cada momento, de los cuidados posteriores, junto con el acompañamiento son fuente de tranquilidad y bienestar del paciente.

Objetivos

Conocer el porcentaje de los pacientes que manifiestan ansiedad durante la Biopsia Renal.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de 54 biopsias realizadas en el año 2023. Mediante checklist se evaluaron los siguientes parámetros durante todo el procedimiento: dolor sí/no, ansiedad percibida sí/no, sangrado sí/no, constantes vitales, medicación programada y posibles efectos adversos. Durante la realización de la biopsia renal el equipo de enfermería es el responsable de realizar la acogida y acompañamiento del paciente, control de constantes vitales, administración de medicación, control del dolor, así como de la administración de analgesia. También es la encargada de informar verbalmente y por escrito de los cuidados en las siguientes 24 horas tanto al paciente como a sus familiares y al personal de enfermería de la planta de hospitalización en la que esté ingresado. Además, realizamos el registro informático de todo el procedimiento.

Resultados

54 pacientes fueron sometidos a biopsia renal en 2023, el 69% (n=37) fueron varones y el 31% (n=17) mujeres. La edad media fue de 54 años (+/- 19,9). Con respecto a las complicaciones, el 55% (n=30) no presentó complicaciones, el 15% (n=8) presentó dolor, el 26% (n=14) ansiedad somática, solo un paciente presentó sangrado en la punción y un paciente hematuria macroscópica. Con todos los pacientes se realizó una acogida previa y un acompañamiento durante la Biopsia Renal.

Conclusiones

Durante la Biopsia Renal, la ansiedad que sienten los pacientes puede repercutir negativamente en la realización de la técnica, por ello es clave minimizar la aparición de la misma. La enfermería nefrológica es de vital importancia durante este procedimiento intervencionista, dado que los datos indican que 1 de cada 4 pacientes sufren ansiedad. Su grado de especialización contribuye a garantizar la seguridad de la biopsia renal al aportar una mayor confianza al resto de profesionales y al bienestar tanto físico como emocional del paciente. Tras analizar los datos se considera necesario incluir en nuestro protocolo una escala previa para cuantificar el nivel de ansiedad y poder actuar en consecuencia.

Desarrollo de un documento de *faq's* para nuevas enfermeras en la unidad de nefrología con el fin de mejorar los resultados relacionados con el diagnóstico enfermero de ansiedad previos al trasplante renal

Isabel Pantoja-Díez¹, Pilar Gonzalez-Peñalver¹, Raquel Alba-Romero¹, María Ángeles de Austria-de Luque¹, José Manuel Alcaide-Leyva², Beatriz Conde-Muñoz¹

¹ Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

² Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. (IMIBIC). España

Introducción

La ansiedad es un diagnóstico de enfermería común entre los pacientes que se enfrentan a un trasplante renal, afectando significativamente su bienestar emocional y físico. La eficacia en la comunicación de información relevante y el soporte emocional por parte del personal de enfermería son elementos clave para mitigar estos niveles de ansiedad. Sin embargo, las enfermeras de nueva incorporación en el servicio de nefrología a menudo encuentran desafíos al abordar las preguntas frecuentes de los pacientes, debido a la falta de experiencia o recursos específicos. Ante esta necesidad, se propone el desarrollo de un documento de apoyo que equipe a las enfermeras con respuestas concretas y efectivas para las consultas más comunes, con el fin de mejorar la calidad de la atención y disminuir la ansiedad de los pacientes en este crítico proceso de atención sanitaria. El hecho de utilizar el término "FAQ'S" hace que este pueda ser usado de una manera más intuitiva por los nuevos profesionales que busquen recursos digitales en nuestra unidad.

Objetivo

Elaborar un documento de apoyo para nuevas enfermeras en nefrología, destinado a disminuir la ansiedad en los receptores del trasplante y sus familiares durante el proceso, mediante respuestas efectivas a sus preguntas frecuentes.

Material y Método

Se realizó una revisión integrativa en las bases de datos PubMed, WoS y Scopus para elaborar las FAQs. Posteriormente se presentó ante un panel de expertos en enfermería nefrológica del mismo hospital para validar la adecuación del contenido y por último fue revisado por la audiencia objetivo.

Resultados

Se desarrollaron 17 preguntas y respuestas divididas en cuatro bloques. Preguntas del paciente pre y post intervención quirúrgica y preguntas de la familia del paciente pre y post intervención quirúrgica. Todas las respuestas y preguntas fueron doblemente revisadas, recodificadas y aprobadas por el panel de expertos y las enfermeras nefrológicas. Este trabajo nace como fruto de crear protocolos de acogida para enfermeras de nuevo ingreso que mejoren su capacidad de respuesta ante necesidades comunes, como es el caso de la ansiedad, de los pacientes trasplantados renales. En futuros estudios se medirá el efecto objetivo de la herramienta desarrollada sobre los niveles de ansiedad y del diagnóstico de enfermería ansiedad.

Estado nutricional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada durante el ingreso tras recibir un trasplante renal

Tamara Arroyo-Vicente, Margarita Gallego-Pérez, Mercedes Galván-Fernández, Israel Mauro-Juárez, María José Becerra-Soto, María Elena González-García

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción

La malnutrición en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es un factor de mal pronóstico, determinante de mayor morbilidad y mortalidad, así como peor calidad de vida. Su prevalencia oscila entre un 30-70%. Debido a la situación hipercatabólica de la cirugía de trasplante renal, una falta de reserva nutricional conlleva una menor tasa de éxito global, así como un mayor riesgo de infecciones y un retraso en la recuperación.

Objetivo

Es caracterizar el estado nutricional de una cohorte de pacientes con enfermedad renal crónica al recibir un trasplante renal.

Material y Método

Estudio observacional descriptivo, que incluye a los pacientes hospitalizados para trasplante renal, mayores de 18 años, en un hospital de tercer nivel. El período de inclusión fue desde enero de 2020 hasta diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, de comorbilidad y analíticas.

Resultados

Se incluyeron 140 pacientes de los cuales un 61,2% eran hombres y un 38,8% mujeres. La media de edad fue de 53 ± 15 años. Respecto al tratamiento renal sustitutivo: 58,5% procedían de hemodiálisis, el 32,4% de diálisis peritoneal y el 9% de prediálisis. El tiempo medio en diálisis fue de 38 ± 30 meses. En cuanto al IMC, los pacientes presentaron: bajo peso (8,1%), normopeso (36,2%), sobrepeso (38,4%), obesidad grado 1 (14,6%) y obesidad grado 2 (2,7%). Respecto a valoración funcional de los pacientes, presentaban un índice de Barthel medio de 91,45 puntos, con un 11,1% de los pacientes con un Barthel inferior o igual a 70 puntos. Respecto al riesgo de caídas, un 17,6% presentaban 2 ó más puntos en la escala. El tiempo medio de ingreso fue de 16 ± 12 días. Un 38,2% de los pacientes tuvieron algún tipo de complicación infecciosa

durante el ingreso del trasplante, sobre todo infecciones del tracto urinario/pielonefritis. Un 21,7% de los pacientes requirieron suplementación oral al alta, sobre todo módulos proteicos por desnutrición proteica. Existió una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de infección y la edad del receptor, la albumina al ingreso, los días de ingreso, y la necesidad de suplementación al alta.

Conclusiones

El trasplante renal supone una situación de hipercatabolismo. Los pacientes malnutridos en tratamiento renal sustitutivo sometidos a una cirugía de trasplante presentan mayor riesgo de complicaciones, sobre todo infecciosas y mayor estancia media.

Evaluación del proceso de transición en trasplante renal

Laura Núñez-Rodrigo, Irene Sánchez-Márquez, Teresa Eixarch-Lanaspa, M^a Adela Amat-Huerta

Hospital Vall D'Hebrón. Barcelona. España

Introducción/Justificación

La transición es el proceso de preparación, adaptación e integración desde adolescencia al adulto joven es transferido a la unidad de adultos. Durante este proceso se capacita al paciente para su autocuidado. La transferencia es el final del proceso y es el momento de paso al seguimiento y control desde adultos. Durante la infancia los padres/ tutores son los responsables del cuidado del niño donde la adolescencia es un periodo de vital importancia en el trasplante, siendo una etapa crucial en la que conseguir una implicación para el autocuidado, evitar conductas de riesgo promoviendo la transición a adultos jóvenes independientes. Nuestro centro tiene programa de trasplante renal pediátrico y adulto, favoreciendo la posibilidad de una transición dentro del mismo campus, incorporándose la enfermera de práctica avanzada en 2017 y en 2021 la de adultos. A partir de este momento se crea el comité de transición de trasplante renal en nuestro hospital, en el que participamos todo el equipo multidisciplinar del Servicio de nefrología pediátrica y la Unidad de trasplante renal adulto.

Objetivos

Objetivo principal: Evaluar el proceso de transición del paciente trasplantado renal en un hospital terciario entre los años 2018 y diciembre 2023.

Objetivos específicos:

- Describir el papel de la enfermera de práctica avanzada pediátrica y de adultos dentro del programa de transición.
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes del programa de transición entre los años 2018-2023.
- Analizar los factores que influyen en el proceso de transición del adolescente trasplantado renal o en lista de espera.

Material y Método

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. La muestra obtenida estaba compuesta por los pacientes trasplantados renales o en lista de espera que realizaron el proceso de transición. Las variables analizadas fueron: sociales, demográficas, edad de transición y transferencia, grado de capacitación, adherencia al plan terapéutico y fallo del injerto. Los datos se exportaron desde la historia clínica en SAP y se analizaron desde plantilla Excel.

Resultados

Durante el periodo analizado se incluyeron 75 pacientes (67% hombres). El 34% estaba en seguimiento por trabajo social y 62% por Salud Mental. Un 72% presenta alguna comorbilidad, el 24% más de un trasplante en edad pediátrica, edad media inicio del proceso de 15 años, el 88% mantiene adherencia al tratamiento y alto nivel de capacitación. Solo 2 pacientes han tenido un fallo inesperado del injerto y el 91% han mantenido el cumplimiento de las visitas en adultos. Hasta el 31 de diciembre 2023 han finalizado la transición un 83%.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos, detectar los factores influyentes y actuar de forma preventiva garantiza una transición exitosa del paciente trasplantado renal. En este aspecto el papel de la enfermera de práctica avanzada es clave, ya que el acompañamiento durante el proceso de capacitación del paciente sí como la coordinación con la enfermera de práctica avanzada de la etapa adulta permite detectar situaciones de riesgo y prevenir complicaciones.

La enfermera gestora: parte del éxito del trasplante

Gemma Puertas Molina

Hospital Germans Universitar Trias I Pujol. Barcelona. España

Introducción

El trasplante de riñón es el tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica, ya que ofrece una mejor calidad de vida y una menor mortalidad que la diálisis. Aunque el trasplante de riñón en sí no es una enfermedad crónica, requiere cuidados continuos y una gestión integral. La figura de la enfermera gestora de trasplantes ha demostrado mejorar los resultados clínicos y el grado de satisfacción de las personas atendidas. En este sentido, es ampliamente conocido que la figura de enfermera gestora de trasplante es necesaria dentro del equipo multidisciplinar que atiende a este perfil de paciente debido a su complejidad y les múltiples dimensiones en las que intervenir. Sin embargo, existe limitada evidencia científica sobre la percepción de su valor tanto desde la perspectiva del paciente como del equipo multidisciplinar.

Objetivos

Evaluar el impacto de la enfermera gestora de trasplantes dentro del equipo multidisciplinar, así como determinar el nivel de satisfacción y percepción de los pacientes respecto a esta figura profesional, confirmando sus beneficios en la atención sanitaria.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital de complejidad entre abril de 2023 y 2024. Se diseñaron dos cuestionarios; el primero, dirigido a pacientes, consistiendo en 9 preguntas de tipo Likert administradas tras 3-4 meses de interacción con la enfermera gestora. El segundo, aplicado a miembros del equipo multidisciplinar tras un año de integrar a la enfermera gestora en el equipo, incluyendo 7 preguntas tipo Likert y dos abiertas.

Resultados

Participaron en la encuesta 91 pacientes y 9 profesionales sanitarios. En cuanto al perfil de los profesionales, colaboraron la persona responsable de sección de la unidad de trasplantes, una supervisora enfermera de la unidad de hospitalización de trasplante, tres nefrólogos, dos urólogos, una trabajadora social y un farmacéutico del equipo de trasplante. Los pacientes reportaron altos niveles de satisfacción con la atención médica recibida, resaltando la importancia crítica de la enfermera gestora de trasplantes en el equipo multidisciplinar. Por parte del equipo multidisciplinar, se destacó una mejora significativa en la calidad de la atención sanitaria, atribuida a una mejor coordinación y educación sobre los cuidados, además de una mayor seguridad.

Conclusiones

El rol de la enfermera gestora de trasplantes es esencial, proporcionando seguridad, facilitando la detección temprana de complicaciones, optimizando el uso de recursos y elevando la calidad de la atención sanitaria. La alta satisfacción de los pacientes refuerza la necesidad de esta figura profesional para asegurar el éxito del trasplante de riñón.

Preservación post-extracción renal de donante expandido vs añoso con máquina de perfusión hipotérmica pulsativa

Estefanía Iglesias-González

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción

El envejecimiento poblacional es una de las principales razones del aumento de las listas de espera en pacientes necesitados de un injerto renal. La búsqueda de alternativas, como mejoras quirúrgicas y de preservación, ha permitido el uso de riñones de donantes con criterios expandidos y añosos pero que presentan una tasa superior de función retardada del injerto incrementando costes postoperatorios. El mantenimiento de la viabilidad de los órganos durante la preservación se convierte en un reto. La máquina de perfusión hipotérmica pretende mitigar el efecto del almacenamiento en frío sobre la calidad del órgano cuando el tiempo de isquemia fría es prolongado y el donante subóptimo o añoso.

Objetivo

Evaluar las complicaciones que presentan los pacientes trasplantados renales con dos tipos de preservación diferentes (estática fría o perfusión hipotérmica pulsátil).- Conocer la influencia de la variable edad sobre la preservación renal pulsativa.- Dar a conocer nuestra experiencia inicial en su uso.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo comparativo durante los años 2020-2022 donde se incluyeron todos los trasplantes renales realizados en un hospital de tercer nivel.

- Comparación en los métodos de preservación renal: estancia hospitalaria, horas de isquemia, necesidad de diálisis y número de sesiones postrasplante y el dispositivo de almacenamiento o de preservación pulsátil.
- Otras variables: edad y patologías asociadas del donante.

Resultados

Entre marzo 2020 y diciembre 2022 se realizaron 175 trasplantes, de los cuales, 70 injertos procedieron de donantes en un rango de edad entre 60-69 años y 76 de donantes ≥ 70 años. Un total de 62 de estos injertos fueron preservados en preservación estática y 84 preservados en frío. Los primeros

resultados obtenidos de la experiencia dieron a conocer que, con igualdad de tiempo de isquemia, el uso de máquina de perfusión conllevó un descenso de la estancia media hospitalaria en ambos grupos con una disminución, a la mitad, de la necesidad de hemodiálisis y del número de sesiones postrasplante en el grupo de edad ≥ 70 años poniendo de manifiesto que a mayor edad mejores resultados con el uso de la máquina de perfusión.

Conclusiones

El envejecimiento poblacional se refleja en el perfil de los donantes. En nuestro hospital más del 40% de los donantes se sitúan entre los 50 y 70 años de edad y casi un 25% son mayores de 70 años todos con algún antecedente patológico o factor de riesgo cardiovascular. Riñones procedentes de donantes añosos muestran tasas más altas de no función primaria y complicaciones postquirúrgicas que pueden relacionarse con una mayor arteriosclerosis, en consecuencia, parece apropiado buscar estrategias como la perfusión pulsátil para optimizar el trasplante de riñones subóptimos y mejorar resultados. Por este motivo, nuestro centro impulsó la preservación renal pulsativa con el objetivo de lograr un mantenimiento más efectivo con perfusión intravascular continua.

Transformando esperanzas en realidades: la alianza multidisciplinaria para potenciar la donación de vivo

Rita Fernández de Cuevas-Gilsanz, María Orejana-Martín, M^a del Rocio Rodríguez-Hernández, Ignacio González-de Pablos, M^a del Carmen Coca-García, Enriqueta Isabel Nuño-Santana

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

El trasplante renal de donante vivo es una opción terapéutica excelente para pacientes con enfermedad renal avanzada. La creación de una unidad multidisciplinaria, integrada por nefrólogos, urólogos, radiólogos vasculares, cirujanos vasculares, enfermeras especializadas y coordinadores de trasplantes, busca optimizar la atención y el proceso de trasplante.

Material y Método

Presentamos un análisis retrospectivo, cuantitativo y descriptivo de pacientes con enfermedad renal terminal que fueron evaluados y sometidos a trasplante renal de donantes vivos en nuestra institución antes y después de la implementación de la unidad multidisciplinaria. Las variables recogidas son: datos demográficos, tiempos de evaluación, tasas de aceptación, número de trasplantes realizados y complejidad vascular de los mismos.

Resultados

Tras la implementación de la unidad multidisciplinaria, se observó una reducción en el tiempo de estudio, con una disminución promedio de 46 días (de 146 a 100 días)* para la evaluación completa de los candidatos a trasplante. Además, la tasa de aceptación de parejas de donante y receptor se incrementó, (pasando de un 40% de descartes a solo un 20%)*, así como los casos de complejidad vascular tanto en el donante como en el receptor. El número total de trasplantes renales de donantes vivos en 2022 fue de 21 y en el 2023 de 50, siendo mayor en comparación con el período anterior a la implementación de la unidad multidisciplinaria.

Conclusiones

La creación de una unidad multidisciplinaria ha tenido un impacto muy positivo en el proceso de trasplante renal de donante vivo. La colaboración entre diferentes especialidades médicas y profesionales de la salud ha mejorado la eficiencia, la coordinación y la calidad de la atención, resultando un incremento en el número de trasplantes renales de donantes vivos realizados en nuestra institución.

Actuación de enfermería ante una lesión costrosa y eritematosa en una fístula arteriovenosa

Cristina Otero-Moral, Noemia Cámaras-Gómez, Damián Carneiro-Teijeiro, Cecilia Peña-Rodríguez, María de la Concepción Pereira-Feijóo, María José Ferreiro-Regueiro

Centro Fundación Renal "Teixedal" (Lalín). Pontevedra. España

Introducción

La Fístula Arteriovenosa (FAV) se considera la opción de acceso vascular de primera elección. El papel de enfermería es fundamental en su cuidado.

Presentación del Caso

Analizamos el caso de un paciente varón de 67 años que inicia HD el 18/10/2018 mediante un Catéter y se creó la FAV radiocefálica izquierda el 24/04/2019. El 21/10/2020 es trasladado a nuestra unidad procedente de otro centro, en ese momento el paciente presentaba dos aneurismas en los lugares habituales de punción venosa y arterial. Desde su llegada se puncionó sin incidencias mediante técnica de escalera, alternando tres zonas de punción, tres veces por semana durante 4 horas de tratamiento; obteniendo buenos datos de efectividad de hemodiálisis (PA: -172 mmHg, PV: 187 mmHg, QB: 400 ml/min, KT/V: 1,39 y K/T: 54,6). En mayo de 2023 se observa una lesión eritematosa y costrosa sobre el lugar habitual de punción arterial. Tras estudio ecográfico por parte de la nefróloga se descarta la presencia de trombo, confirmando una lesión aneurismática sin trombo con pérdida y adelgazamiento de la piel subyacente, evidenciando un grosor de la misma de 0,15 cm, asumiendo que la aparición de esta lesión es una consecuencia de punciones repetidas en una única zona en vez de variar los lugares de punción. Este tipo de lesiones deben ser evaluadas y tratadas con cuidado por el riesgo potencial de sangrado con incluso riesgo de muerte para el paciente.

Plan de Cuidados

Desde el punto de vista enfermero se pusieron en marcha las siguientes medidas: cambiar la zona de punción y no volver a puncionar esa zona, punción del aneurisma en los laterales, desinfección y protección de la lesión para minimizar el riesgo potencial de infecciones y hemorragias por posible levantamiento accidental de la costra y continuar realizando un minucioso seguimiento diario de la FAV con ecografía-doppler que en manos de enfermería aporta importantes ventajas pudiendo revisar el grosor de la pared y permitiendo elegir zonas de menor riesgo en la punción. Además, se realizaron unas intervenciones específicas orientadas a dar apoyo y asesoramiento al paciente ante la ansiedad y el temor que le produce esta situación.

Evaluación del Plan

Las medidas adoptadas fueron eficaces, con mejoría clínica de las lesiones hasta su desaparición total. Persiste adelgazamiento de la piel subyacente pero ya no hay costra, ni hematoma, ni eritema perilesional; por lo que el equipo médico no considera necesario en estos momentos derivarlo a Cirugía Vasculat. La eficacia del tratamiento de hemodiálisis se mantiene prácticamente estable (PA: -171 mmHg, PV: 182 mmHg, QB: 400 ml/min, KT/V: 1,33 y K/T: 53,2). La autoestima y la confianza del paciente en el equipo de enfermería se ve fortalecida a medida que las actuaciones realizadas ofrecen buenos resultados.

Conclusiones

Este caso demuestra que un plan de cuidados de enfermería bien elaborado y enfocado en el paciente, una práctica adecuada y una colaboración efectiva con el equipo médico, junto con proporcionar al paciente las orientaciones adecuadas para el autocuidado, contribuyen significativamente a prolongar la vida útil de la FAV y asegurar su óptimo funcionamiento.

Atrapamiento del catéter de diálisis peritoneal por epiplón. A propósito de un caso

Elisabeth Tejeda-Aráez, Meritxell Illa-Casellas, Francesc Barbosa-Puig, Isabel Galcerán-Herrera, Rosa Luis-Estévez, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

La disfunción del catéter peritoneal es una de las complicaciones más frecuentes de la diálisis peritoneal (DP). Los problemas de infusión y/o drenaje son resultado de la migración o acodamiento del catéter, estreñimiento, depósito de fibrina, adhesiones intraperitoneales o atrapamiento por epiplón.

Objetivo

Describir un caso de disfunción precoz del catéter peritoneal por atrapamiento en epiplón que precisó de intervención quirúrgica laparoscópica.

Material y Método

Estudio observacional y descriptivo del seguimiento realizado desde la colocación del catéter, la recolocación de éste, los posteriores entrenamientos hasta iniciar DP en domicilio. Se obtuvieron datos de los cursos clínicos, previo consentimiento informado del paciente.

Resultados

Caso: Varón de 48 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, vive solo, laboralmente activo y realiza ejercicio físico diario. Antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a poliquistosis renal diagnosticada hace 10 años, pero sin seguimiento desde entonces. Acude a Urgencias en enero/2024 con clínica urémica. Se realiza analítica que confirma el diagnóstico de ERC en fase terminal, por lo que se coloca un catéter temporal yugular y se inicia hemodiálisis (HD) de manera urgente. Después de 15 días en HD y tras pasar el proceso de decisión en el que se explican las diferentes opciones de terapia renal sustitutiva, el paciente se decanta por DP. A principios de marzo/2024, mediante laparoscopia se implantó catéter autoposicionante sin incidencias en la intervención ni en el postoperatorio inmediato. Durante los entrenamientos, dos por semana, se observó dificultad en los drenajes. Ante la sospecha de migración del catéter, se pau-

taron laxantes, enemas y se aconsejó deambulación. Realizamos radiografía de abdomen que mostró la punta del catéter normo-posicionado en pelvis menor. A pesar de conseguir un buen ritmo deposicional, persistió la disfunción por lo que se solicitó un TAC abdominal sin contraste que no evidenció nuevos hallazgos. Ante estas circunstancias, indicamos revisión laparoscópica donde se observó un atrapamiento intrabdominal del catéter por adherencia en el epiplón mayor. Se consigue liberación manteniendo la integridad del catéter y se comprueba su correcto funcionamiento. Para mantener la permeabilidad del catéter, iniciamos intercambios con volúmenes bajos en el postoperatorio inmediato. Durante los entrenamientos confirmamos el correcto funcionamiento del catéter, sin problemas en infusiones ni drenajes. Tras dos semanas, iniciamos técnica manual en domicilio.

Conclusiones

La disfunción mecánica del catéter o la mal posición de éste son complicaciones que impiden el correcto funcionamiento de la DP. A pesar de que el catéter se encuentre en posición adecuada, su mal función se puede deber al atrapamiento del mismo por una estructura abdominal, que normalmente será el epiplón, haciendo más difícil el drenaje que la infusión por mecanismo valvular. En el caso de alta sospecha de atrapamiento del catéter y sin evidencia radiológica de migración de éste, se recomienda realizar una laparoscopia exploradora con fines diagnósticos y a la vez terapéuticos siendo eficaz en más del 80% de los casos. En la actualidad, el paciente ha iniciado técnica en domicilio sin incidencias y continua con su estilo de vida previo.

Caso clínico: creación de button-hole en aneurisma preexistente en paciente con elevada dificultad de punción

María Gabriela Pérez-Boix, Celia Domingo-Puig, Victoria Iranzo-Quevedo

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España

Introducción

La fístula arteriovenosa es el mejor acceso vascular para realizar la hemodiálisis, sin embargo en ocasiones el acceso se desarrolla de manera que la punción supone un reto para el profesional y un dolor excesivo para el paciente. La técnica de button-hole se recomienda en fístulas profundas, cortas o tortuosas, si bien no se ha demostrado que reduzca el dolor en la punción.

Presentación del Caso

En este caso presentamos a una paciente de 59 años de sexo femenino, que reinicia la terapia renal sustitutiva tras un trasplante renal en el programa de hemodiálisis de pacientes crónicos de nuestro centro en el año 2018 debido a fracaso del injerto. Inicia hemodiálisis con una fístula arteriovenosa radio-cefálica creada el año 2010 pero sin punciones previas, inicialmente con punciones de gran dificultad y dolor para la paciente, posteriormente desarrolla varios casos de trombosis en vena cefálica que precisan cambios del punto de punción con agotamiento del tramo.

Plan de Cuidados

Estos motivos llevan a la elección de punción con técnica button-hole. Debido a los puntos de punción limitados, se realiza la creación de un button-hole retrógrado en aneurisma preexistente como acceso arterial y un button-hole anterógrado con punción en 90 grados en vena basílica. El proceso de creación del túnel fue realizado por la misma enfermera. El acceso arterial se creó en la zona de punción menos dolorosa para la paciente. El acceso venoso se realizó en vena basílica escogiendo el punto de manera ecográfica debido a la profundidad del acceso. La duración del proceso fue de dos meses.

Evaluación del Plan

Los resultados fueron una mejora en la técnica de punción por parte del personal del centro y una disminución del dolor referido por la paciente. El acceso alcanzó flujos adecuados a la técnica de punción escogida, con presiones en rango y buena calidad de las sesiones de hemodiálisis.

Conclusiones

Aunque el tiempo de punción sigue siendo elevado con la técnica button-hole debido a la localización y peculiaridades del túnel, la paciente no precisa repunciones y la técnica ofrece mayor seguridad tanto al personal como a la propia paciente, el dolor en la punción ha disminuido y no ha presentado nuevas complicaciones en el acceso, manteniendo una calidad de las sesiones de hemodiálisis óptima.

Caso clínico: el prurito urémico es un síntoma frecuente que puede afectar gravemente la calidad de vida del paciente en hemodiálisis

María Pilar Cardona-Blasco, Eva Elias-Sanz, Carolina Palomar-Ceballos

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Introducción

El prurito es una complicación frecuente en los pacientes en hemodiálisis como consecuencia del deterioro de la función renal. Tiene una prevalencia elevada entre el 28-70%. Se ha asociado con las alteraciones del metabolismo calcio/fósforo, malnutrición (hipoalbuminemia y aumento de la proteína C reactiva), neuropatía y disautonomía, cambios bruscos en el estado de hidratación (xerosis), adecuación de la diálisis (diálisis de bajo flujo y/o dosis de diálisis inferiores a 1,5) y la desregulación del sistema opioide. El diagnóstico requiere la exclusión de otras enfermedades asociadas.

Objetivo

Describir el caso de un paciente con enfermedad renal crónica terminal que tras 44 meses en hemodiálisis presentó prurito de difícil manejo.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Los datos se recopilaron del curso clínico y seguimiento analítico. Se obtuvo consentimiento informado.

Resultados

Caso clínico: Hombre de 86 años, alérgico a la penicilina y sulfamidas. Con antecedentes clínicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, accidente vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad renal crónica terminal, fibrilación auricular desde el 2018 y portador de marcapasos desde el 2024. Además de artritis, artrosis y osteoporosis; presenta carcinoma basocelular infiltrante con recidiva en 2019 y 2023. Inicia hemodiálisis en el 2015 con fístula arteriovenosa nativa primero, fístula protésica en 2021 y actualmente con catéter venoso central tunelizado desde 2022. Tras 44 meses de tratamiento substitutivo renal, presenta prurito sin respuesta a los antihistamínicos de administración oral y/o tópica. En junio del 2019 realiza fototerapia, suspendiendo el tratamiento por ausencia de efectividad. En el 2021, se programan recambios plasmáticos con

administración de inmunoglobulinas alternadas con sesiones de fotoaféresis extracorpóreas, con escasa respuesta y peor tolerancia al prurito. Otros tratamientos realizados fueron los baños con permanganato potásico, infiltraciones con corticoesteroides, anticuerpos monoclonales y anticonvulsivos, sin éxito. Se planteó la posibilidad de utilizar un inhibidor de las JAK, formando parte de un estudio, como uso compasivo, pero se descartó por edad y comorbilidades asociadas. Actualmente sigue presentando prurito de difícil control, de manera intermitente, afectando a su calidad de vida.

Conclusiones

El prurito urémico es un síntoma a menudo infradiagnosticado, al que no se le da la debida importancia. Esto hace que los síntomas desagradables persistan provocando incomodidad e incapacidad para las actividades de la vida diaria. Sería necesaria una correcta evaluación, incorporando escalas validadas a la práctica clínica. Además, deberíamos mejorar la comprensión de la fisiopatología e incorporar nuevas terapias que alivien a nuestros pacientes.

Cuidados de enfermería en el trasplante renal ortotópico con derivación urinaria. A propósito de un caso

María Arántzazu Cabello- Jiménez, Elena Muñoz-Cobisa, Sara Boullón-Cano, María Gil-de la Calle, [Ana Saenz de Miera Olivera](#)

Hospital 12 de Octubre. Madrid. España

Introducción

El trasplante renal es considerado el tratamiento de elección en la enfermedad renal crónica terminal por su coste efectivo a largo plazo, así como, por la calidad de vida y supervivencia que ofrece a estos pacientes. La técnica quirúrgica estándar se basa en el trasplante heterotópico extraperitoneal en fosa ilíaca, si bien, en algunos casos más complejos tales como enfermedad ateromatosa, anomalía vascular, espacio reducido por injertos previos o cirugías pélvicas, esta práctica no es posible por lo que el trasplante ortotópico se plantea como alternativa. En este procedimiento el órgano trasplantado se coloca en la ubicación anatómica original, lo que requiere la realización previa de una nefrectomía del riñón nativo. Esta técnica conlleva un nivel más alto de complejidad.

Presentación del caso

Se trata de una mujer de 37 años con una enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a uropatía obstructiva por ganglioneuroma pélvico, en programa de hemodiálisis desde el año 2007, que recibe su primer trasplante renal ortotópico de donante fallecido en 2023. Por compromiso de espacio anatómico de la paciente, fue necesario llevar a cabo una nefrectomía izquierda previa mediante lumbotomía con resección de la doceava costilla. Posteriormente se implantó el injerto realizando anastomosis venoarterial término-lateral a vena renal de la paciente, y anastomosis arterial término-lateral a la arteria aorta. Tras desclampaje y comprobación de diuresis inmediata, se practica ureterostomía cutánea abocando el uréter a la piel en flanco-fosa ilíaca izquierda dejando el catéter doble J perforado en ambos extremos con intención de facilitar su intercambio posteriormente. La evolución posquirúrgica transcurrió sin incidencias de manera favorable alcanzando una buena función renal. La duración total del ingreso fue de 12 días.

Cuidados de enfermería

Se diseñó un Plan de Cuidados de Enfermería individualizado basado en el Análisis de Resultados del Estado Actual (AREA) para priorizar los problemas e implementar las intervenciones con sus objetivos correspondientes. De los diagnósticos objetivados, se establecieron como prioritarios el riesgo de infección [00004], la autogestión ineficaz de la salud [00276] y el trastorno de la imagen corporal [00118]. Las principales intervenciones efectuadas fueron los cuidados de la ostomía [480], la enseñanza del proceso de enfermedad [5602], la educación para la salud [5510] y la potenciación de la autoestima [5400]. Derivado de estas intervenciones, obtuvimos como objetivos el autocuidado de la ostomía [1615] y de la autonomía personal [1614] además del conocimiento del proceso de enfermedad [1803], medicación [1808] y control de la infección [1842]. Para un correcto control y manejo de la ureterostomía durante el ingreso mantuvimos contacto con la unidad de ostomías del hospital.

Conclusiones

A pesar de su complejidad, el trasplante ortotópico es una alternativa cuando el heterotópico no es posible. El enfoque holístico y multidisciplinar en la planificación de los cuidados de enfermería fueron las claves para alcanzar los objetivos planteados y llevar a cabo unas intervenciones individualizadas de calidad, prevenir complicaciones y favorecer estrategias de mejora del afrontamiento y autocuidado.

Dehiscencia aguda de pared abdominal en paciente trasplantada renal. A propósito de un caso

Olga Caballero-Rubio, María Teresa Santana-Gil, Rosa Valderrama-Díaz, Ángela Vega-Salvatierra, Concepción Cabello-Romero

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España

Introducción

La dehiscencia quirúrgica en pacientes trasplantados renales puede ser complicada debido a la inmunosupresión y a la necesidad de evitar infecciones. Además, se agrava al añadir otros factores de riesgo que influyen en la cicatrización, como pueden ser la diabetes mellitus pretrasplante, el riesgo de malnutrición durante la estancia hospitalaria y la hipoalbuminemia entre otros. El uso de terapia de vacío en estos casos puede ayudar a promover la cicatrización al proporcionar un ambiente controlado y proteger la herida contra contaminantes externos

Material y Método

Presentamos caso clínico de paciente mujer de 50 años que ingresa para segundo trasplante renal el día 31 de enero de 2024, en el que se produce dehiscencia de herida quirúrgica y evolución tórpida a pesar de ser tratada con terapia de presión negativa.

Se realiza valoración inicial según patrones funcionales de Magori Gordon utilizando taxonomía 11 de la North American Nursing Diagnosis Association 00047 Riesgo de deterioro de integridad cutánea 00004 Riesgo de infección. 00148 Temor La paciente presenta antecedentes personales: Enfermedad renal crónica estadio 5 por glomerulonefrosis focal, en hemodiálisis desde el año 2000 y primer trasplante renal en el año 2002. Pérdida del injerto en 2007 con regreso a hemodiálisis. Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad con índice de masa corporal superior al 34% y síndrome antifosfolípido con anticoagulación oral. Segundo trasplante renal en enero de 2024 tratada con terapia inmunosupresora cuádruple (timoglobulina + esteroide + tacrólimus + ácido micofenólico). Refiere hábitos tóxicos, es fumadora de 10 cigarrillos al día.

Descripción del caso

Tras realizarse cirugía para colocación de injerto renal, la paciente sufre complicación hemorrágica teniendo que ser intervenida en las siguientes 24 h. Desde el día décimo posttrasplante presenta importante dehiscencia de sutura quirúrgica comprometiendo hasta la fascia con evolución tórpida desde entonces, precisando varias limpiezas quirúrgicas o Friedrich y tratamiento con terapia por presión negativa durante más de 90 días.

Resultados

A pesar de los esfuerzos realizados por parte de enfermería en lo que respecta al cuidado y preparación de heridas y aun habiéndose utilizado terapias innovadoras como puede ser la de presión negativa nuestra paciente ha precisado más de 90 días de ingreso para la resolución de la dehiscencia quirúrgica presentado durante su estancia hospitalaria una evolución muy tórpida.

Conclusiones

A pesar de tener índices bajos de dehiscencias quirúrgicas, tenemos que tener en cuenta todos los factores de riesgo e intentar disminuirlos. El sistema de presión negativa ha conseguido, en los últimos años, consolidarse como un pilar esencial en el manejo de la dehiscencia de las heridas quirúrgicas. Su aplicación, tanto de forma aislada como combinada con otros tratamientos, ha logrado cumplir los objetivos primordiales en estos casos: acelerar el proceso de curación de la herida con una importante disminución de la morbimortalidad aunque en nuestro caso no ha tenido la evolución y el tiempo de recuperación estimado.

Desafíos en la comunicación y confianza en la atención de enfermería: abordando la negociación de la enfermedad

Nuria Sans-Pérez, [Eva Campín-Antón](#), Lucía González-Ferrero, Jaume Places-Balsalobre

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

Introducción

La comunicación efectiva entre pacientes, el equipo médico y enfermero es crucial para lograr resultados exitosos en el tratamiento, satisfacción del paciente y calidad de la atención. A menudo surgen desafíos en la práctica clínica que dificultan una comunicación fluida, lo que lleva a desembocar en una desconfianza por parte del paciente hacia los profesionales, como la negación a una enfermedad y la reticencia a comunicarla. La negación puede servir como mecanismo de defensa para afrontar la realidad de su enfermedad debido al miedo, la vergüenza o la incapacidad para aceptarla. Esta falta de comunicación puede provocar retrasos para recibir el tratamiento necesario.

Objetivo

Analizar y comprender los factores que contribuyen a la desconfianza del paciente hacia el equipo asistencial, en el contexto de la comunicación dentro de la atención de enfermería, especialmente en relación con la negación de un problema de salud.

Material y Método

Estudio mixto cuali-cuantitativo de caso clínico de paciente con exposición del injerto de Goretex trombosado en el brazo.

Descripción del caso clínico

Mujer de 47 años con múltiples problemas de salud: Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial e intervenciones quirúrgicas complejas desde la infancia. Presentó exteriorización del acceso vascular antiguo, optando por no informar sobre ello a enfermería, equipo médico ni a familiares durante varias semanas. Todo ello llevó a retrasos en la intervención y tratamiento llegando a ser un problema grave. Desde el Dominio "Salud Psicosocial" y diagnóstico de enfermería "Negación del problema de salud relacionado con el acceso vascular", se abordó el caso utilizando taxonomía NANDA, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y Clasificación de Resul-

tados de Enfermería (NOC). Contamos también con el equipo de psicología del centro, quien orientó a encaminar las actuaciones de ayuda psicológica que se establecieron en todo el proceso, como por ejemplo realizar el cuestionario Core-OM o entrevista con preguntas abiertas. Realizamos curas diarias de la herida quirúrgica, así como visitas de seguimiento con el equipo médico de cirugía vascular.

Conclusión

La decisión de un paciente de guardar información crítica sobre su salud al equipo asistencial y familiares puede derivar de varias razones, incluyendo miedo, vergüenza, protección, autocontrol o factores culturales. Crear un entorno seguro y de confianza donde se sientan cómodos expresando sus preocupaciones es esencial. Adaptar los planes cuidados y de atención a las necesidades individuales del paciente y brindar apoyo emocional, crea un ambiente de confianza donde el paciente se siente seguro para expresar preocupaciones y emociones. La toma de decisiones informada capacita al paciente a participar activamente en su atención médica, reduce la negación y mejora la aceptación de la situación de salud. El enfoque multidisciplinar en la enfermedad renal crónica mejora la eficiencia de la atención, reduce la mortalidad, así como las complicaciones asociadas. Su aplicación demanda recursos profesionales que no todos los centros pueden ofrecer. Tras este caso, se implementó un protocolo para el seguimiento sistemático de accesos vasculares no funcionantes con el fin de prevenir complicaciones, y ofrecer seguimiento psicológico a todos los pacientes que lo requieran proporcionando cuidados fundamentados en la práctica basada en la evidencia.

Detección de perforación de vejiga en implantación de catéter peritoneal mediante tira reactiva

Marian Bernabé-Villena, [Elena Herrera-Martín](#)

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España

Introducción

La implantación quirúrgica de catéteres de diálisis peritoneal es una cirugía mayor ambulatoria. Como cualquier cirugía no está exenta de complicaciones. Una de las posibles complicaciones, poco frecuente, es la perforación de una víscera o vaso sanguíneo durante la intervención.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años con enfermedad renal crónica en estadio 5 que va a iniciar terapia renal sustitutiva con diálisis peritoneal. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, no diabetes mellitus. Se realiza implantación quirúrgica del catéter peritoneal Tenckhoff con doble cuff de 47 cm. Según el protocolo de la unidad se comprueba el correcto funcionamiento del mismo durante la cirugía, y se procede a realizar radiografía abdominal de control previa al alta médica, sin incidencias. A las 48 horas desde la cirugía acude a consulta para revisión según el protocolo de la unidad. El paciente refiere dolor muy intenso en abdomen que se intensifica al miccionar y no cede con analgesia pautada. Se procede a realizar lavado peritoneal y se observa catéter peritoneal con buen funcionamiento, en el primer drenaje vacía 200 cc de líquido amarillento resto de drenajes líquido claro. El paciente refiere primeras micciones tras cirugía con presencia de hematuria. Por indicación médica se recoge muestra de orina para cultivo y se realiza tira reactiva. Se detecta glucosuria elevada y escasa hematuria, resto de resultados en rangos normales por lo que se descarta infección urinaria. Se solicita valoración por parte del servicio de cirugía y se realiza TAC con contraste que confirma perforación de cúpula vesical secundaria a co-

locación de catéter de diálisis peritoneal. Realizan intervención quirúrgica urgente para recolocación del catéter peritoneal y reparación de la perforación vesical. Se deja reposo peritoneal de dos meses con lavados peritoneales semanales para mantenimiento de la permeabilidad del catéter. Actualmente el paciente ha iniciado tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria sin incidencias.

Conclusiones

Aunque la presencia de dolor abdominal tras la cirugía es un síntoma habitual, debemos descartar otras posibles complicaciones derivadas de la misma realizando una correcta anamnesis y las pruebas diagnósticas necesarias. En nuestro caso nos resultó de gran utilidad realizar una tira reactiva de orina ya que obtuvimos los resultados rápidamente y se pudo intervenir de forma urgente con el fin de resolver la complicación cuanto antes. A pesar de realizar comprobaciones tanto del funcionamiento del catéter durante la cirugía como de la correcta colocación del mismo mediante una radiografía tras la cirugía, existen complicaciones que pueden pasar inadvertidas. Por lo que una vez más se confirma que es de especial relevancia no solo valorar las pruebas complementarias si no la sintomatología que presenta el paciente.

Efecto de la hemodiafiltración con reinfusión endógena de ultrafiltrado en el tratamiento del prurito asociado a la enfermedad renal crónica

Rocío Sarrión-Luna, Rocío Montaña-Gálvez, Leonor Muñoz-López, Isabel M^a Rudilla-Iribarren, Isabel Naranjo-Piñero, Francisca Molina-Herrera

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Introducción

El prurito asociado a la enfermedad renal crónica (Pa-ERC) impacta negativamente en la calidad de vida del paciente por las alteraciones del sueño y ansiedad que origina, su prevalencia alcanza el 40-55% de pacientes en diálisis, y es marcador independiente de mortalidad cardiovascular. Sin embargo, los cuidados dirigidos a su tratamiento son escasos, posiblemente por su compleja etiopatogenia. En su origen podrían coexistir diversas causas como la piel seca, alteraciones del metabolismo óseo-mineral, factores neurológicos, inflamatorios (inflamación sistémica), o la activación de pruritocceptores en la piel por toxinas urémicas y/o toxinas ligadas a proteínas (TLP), sustancias estas de peso molecular alto, difícilmente depurables por difusión.

Objetivo

Mostrar el efecto de la terapia de Hemodiafiltración con reinfusión endógena de ultrafiltrado (HFR) supra en el tratamiento del Pa-ERC persistente en un paciente con mala adherencia al tratamiento.

Caso clínico

Paciente de 54 años con ERC por glomerulonefritis membranoproliferativa en programa de hemodiálisis (HD) desde Abril de 2012. Antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, sin alergias medicamentosas e infección por VIH y hepatopatía crónica por VHC. Hipertenso, infarto agudo de miocardio en 2010 revascularizado con 3 Stents, y en marzo de 2021 nueva revascularización por angor. Hiperparatiroidismo secundario severo en tratamiento con calcimimético oral desde mayo de 2015, alternándose desde entonces periodos de buen y mal control del P. Desde 2016, el paciente refiere prurito intenso que se recrudece durante las sesiones de HD y se trata con antihistamínicos con escaso resultado. En Diciembre de 2018 se cambia pauta de 3 sesiones semanales de 240 minutos de HD, a 3 sesiones de 270 minutos de hemodiafiltración en línea (HDF-oL), se recomienda el uso de

emolientes para la piel seca, y se refuerzan los conocimientos sobre restricciones dietéticas para un mejor control del P, al objeto de implicar al paciente en su autocuidado. Con estas intervenciones no se consigue la adherencia al tratamiento del paciente, siendo frecuentes las transgresiones dietéticas y los olvidos en la toma de medicación. Al continuar con prurito intenso, se decide cambiar al paciente de HDF-oL a HFR en noviembre de 2021. Desde el cambio a HFR, el paciente ha dejado de tener prurito tanto en periodo intersesiones como durante las sesiones de HFR, sin que se hayan producido cambios destacables en los parámetros bioquímicos de uso clínico habitual.

Discusión/Conclusión

Las circunstancias de este caso sugieren que las TLP tienen un papel importante en la etiología del Pa-ERC, de acuerdo con diversos estudios que han puesto de manifiesto la eficacia de las técnicas convectivas en la eliminación de medianas y grandes moléculas y que atribuyen a la HFR, por la adsorción, un efecto antipruriginoso más intenso, debido a su mayor depuración de TLP y citoquinas proinflamatorias, difícilmente depurables con otras técnicas. Por ello, creemos que en el contexto de un paciente con Pa-ERC persistente y baja adherencia al tratamiento, la HFR podría resultar eficaz en su tratamiento, cuando no se obtienen resultados con las medidas terapéuticas clásicas.

El KTV renal en hemodiálisis domiciliaria, a propósito de un caso

Meritxell Illa-Casellas, Elisabeth Tejeda-Aráez, Rosa Luis-Estevez, Isabel Galcerán-Herrera, Francesc Barbosa-Puig, Eva Barbero-Narbona

Hospital del Mar. Barcelona. España

Introducción

El KTV es la expresión matemática numérica, basado en la cinética de la urea, utilizado para calcular la eficacia de un tratamiento de diálisis. En diálisis peritoneal (DP) para hacer este cálculo se necesita muestra de sangre, orina de 24 horas (diuresis residual (DR) del paciente) y del líquido peritoneal. De esta manera se consigue el KTV total, siendo éste la suma del KTV renal y del peritoneal. Esto permite adecuar las pautas de DP con el objetivo de preservar la DR. Para realizar el cálculo del KTV en la hemodiálisis domiciliaria (HDD) se obtiene únicamente una muestra de sangre pre y post sesión, obviando la DR. En HDD no es habitual tener en cuenta en el cálculo del KTV total, el KTV renal.

Objetivo

El objetivo de nuestro trabajo fue describir el impacto que tiene añadir el cálculo del KTV renal al cálculo del KTV total en términos de adecuación de la pauta de diálisis peritoneal (DP) de un paciente con hemodiálisis domiciliaria (HDD).

Material y Método

Estudio observacional y descriptivo de un caso, donde los datos se obtuvieron de los cursos clínicos. Se solicitó el consentimiento verbal informado del paciente previamente.

Resultados

Caso clínico: Varón de 60 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y trabajador activo. Enfermedad renal crónica secundaria a poliquistosis hepato-renal, iniciando HD en centro en septiembre/2007 a través de fístula arteriovenosa interna (FAVI) radiocefálica izquierda. Nefrectomía derecha pre trasplante renal (TR). TR de donante fallecido en noviembre/2018. En mayo/2023, tras el paso por la consulta de enfermería de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) de toma de decisión, inicia HDD por deterioro progresivo de función renal y sobrecarga hídrica refractaria a tratamiento diurético a dosis altas. Inicialmente, se prescribió al paciente una pauta de HDD con 5 sesiones

semanales de 2,5 horas. En julio/2023, se detecta aumento de la DR del paciente (de 800 ml a 1300 ml) y se recalcula el KTV teniendo en cuenta el KTV renal: $KTV\ 3,32$ ($KTV\ por\ HDD\ 2,19 + KTV\ renal\ 1,13$). Dados los resultados se decide cambiar la pauta de HDD a 4 sesiones semanales de 2,5 horas. En el control de septiembre/2023, se calcula nuevamente del KTV viendo que, aun reduciendo las sesiones semanales de HDD, se mantiene un KTV dentro de objetivos: $KTV\ 3$ ($KTV\ por\ HDD\ 1,77 + KTV\ renal\ 1,23$).

Conclusiones

La percepción del paciente fue una mejoría de la calidad de vida desde el inicio de la HDD, además se pudieron retirar los quelantes del fósforo, reducir la dosis de hipotensores (de 3 fármacos a 1) y el tratamiento diurético (de furosemida 240 mg/día a 80 mg/día). El hecho de añadir el cálculo del KTV renal como una práctica habitual de los controles en HDD, permite adecuar las pautas de diálisis, pudiendo reducir el número de sesiones semanales y el tratamiento farmacológico.

Experiencia en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada de enfermería en el manejo conservador. Caso clínico

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

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España

Introducción

En los estadios IV y V de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) los pacientes se derivan a la consulta ERCA de enfermería para informarlos, ayudarlos y acompañarlos en la toma de decisiones compartidas, en la elección del tratamiento renal sustitutivo (TRS). Algunos de estos pacientes no son candidatos clínicamente a TRS o desean un manejo conservador de la enfermedad.

Objetivos

Describir el manejo de una paciente en tratamiento conservador por ERCA en un hospital de tercer nivel, respecto a la información y acompañamiento en el proceso de toma de decisiones anticipadas.

Material y Método

Estudio descriptivo, donde se presenta un caso clínico. Se ha recogido la evolución de una paciente en manejo conservador en seguimiento por la unidad ERCA. Los datos han sido obtenidos de la historia clínica informatizada y la observación in situ.

Resultado caso clínico

Mujer de 74 Años, con diagnóstico ERC en estadio V secundaria a poliquistosis familiar. Vive sola. Febrero 2021: primera visita de enfermería ERCA, donde refiere su decisión de no realizar diálisis, por su historia familiar (hermanos fallecidos, uno en HD y otra trasplantada). Desde ese momento pactamos acudir a la consulta ERCA de enfermería mensualmente para la administración de Mircera®, mantener una buena calidad de vida, valorar el estado nutricional y el tratamiento farmacológico. 2021: acude mensualmente a la consulta para administración de Mircera® aprovechando para hacer una valoración global, en cada visita reafirma en su decisión de continuar en tratamiento conservador. Ese año se mantuvo independiente para las ABVD. 2022: empieza a preocuparse por su estado terminal e instala un botón de teleasistencia.

A finales de año contactamos con el equipo de cronicidad de atención primaria para iniciar atención domiciliaria. 02/2023: acompañamos la paciente a presentar sus voluntades anticipadas al registro del hospital para incluirlas en su historia clínica. 06/2023: presenta síntomas de cansancio y malestar general. 21/08/2023: contactamos con equipo de cronicidad para aumentar las visitas domiciliarias ya que refiere empeoramiento funcional y disminución del apetito. En ese momento menciona la eutanasia activa. 23/08: la paciente solicita medidas de confort. 14/09: nos contacta para despedirse, siendo consciente del final de vida a corto plazo. 20/09: avisa a una vecina por malestar, contactan con equipo de cronicidad, y se traslada a urgencias donde se inician pautas de confort. 21/09: la paciente fallece.

Conclusiones

Durante todo el proceso se ofreció apoyo a la paciente, respetando su voluntad de no realizar diálisis, teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias. El manejo conservador en la consulta ERCA permite: gestionar de forma proactiva los síntomas de la enfermedad planificar la toma de decisiones anticipadas proveer cuidados paliativos adecuados. Este caso nos ha ayudado a valorar la importancia de ofrecer desde la unidad ERCA toda la ayuda y soporte emocional que los pacientes en manejo conservador necesitan, en especial en situación final de vida. Apuntar que las necesidades paliativas en ERCA a veces son necesarias durante años antes de la muerte.

Hipercolesterolemia familiar y aféresis terapéutica.

Precauciones

Isabel M^a Rudilla-Iribarren, Rocío Sarrión-Luna, Rocío Montañó-Gálvez, Leonor Muñoz-López, Isabel Naranjo-Piñeiro, Marta López-Padilla

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España

Descripción del caso

La hipercolesterolemia familiar (HF) tiene una prevalencia baja, pero se asocia con enfermedad coronaria prematura. Son pacientes que duplican o triplican los niveles de colesterol LDL (c-LDL) respecto a la población general desde el nacimiento, y algunos de ellos no pueden ser controlados con fármacos y/o hábitos de vida saludables. En este contexto, la LDL Aféresis (LDL-A) se presenta como una técnica eficaz y segura en la eliminación de c-LDL en pacientes sin respuesta a tratamiento farmacológico intenso, consiguiendo en la mayoría de pacientes una mejoría clínica y retroceso de la enfermedad arteriosclerótica. La LDL-A se basa en la adsorción, y entre los distintos sistemas disponibles destaca por su facilidad de gestión el sistema DALI, que a diferencia de otros disponibles, se realiza directamente de sangre total del paciente, utilizando un sistema extracorpóreo similar a los de hemodiálisis, haciendo pasar la sangre por una columna que contiene el material adsorvente.

Objetivo

Presentar las dificultades encontradas en las sesiones de LDL-A de un paciente, y las intervenciones realizadas para garantizar el confort y la seguridad, así como la continuidad de la técnica.

Caso clínico

Paciente de 56 años con HF autosómica recesiva en seguimiento por Medicina Interna desde 2017. No hábitos tóxicos, diabetes e hipertensión, ni enfermedades hepáticas o renales. Infarto agudo de miocardio en 2007, y angor en enero de 2023, revascularizado con 1 stent. En las revisiones periódicas se fija un objetivo de LDL < de 55 mg/dl por muy alto riesgo cardiovascular, instaurando tratamiento con hipolipemiantes a dosis máximas toleradas, que no consiguen dicho objetivo. En septiembre de 2023 se deriva a nefrología para iniciar tratamiento con LDL-A. Se incluye al paciente en programa de LDL-A con frecuencia de 1 sesión/4 semanas, con premedicación profiláctica: Corticoide y antihistamínico IV ante eventuales reacciones alérgicas y calcio oral en pre-

vención de hipocalcemia por el citrato usado como anticoagulante. Hasta abril de 2024, se realizan 8 sesiones con una reducción media del 67,6% en los niveles de c-LDL, buena tolerancia hemodinámica, sin reacciones de hipersensibilidad. La tercera sesión se interrumpió anticipadamente por hipocalcemia severa con convulsión tónico clónica y desconexión del medio, corregida con infusión de gluconato cálcico IV, sin mayor repercusión. Desde la cuarta sesión administramos una perfusión de gluconato cálcico al paciente durante la sesión, a una concentración de 135 meq/l y flujo inicial de 50 ml/h, modificable en función de frecuentes controles de calcemia, y alcanzamos en todas las sesiones el objetivo de tratamiento, manteniendo calcemia y al paciente asintomático. Al utilizar vías periféricas, otra dificultad ha sido la obtención de un Qb adecuado para no prolongar el tiempo de las sesiones. Por ello, utilizamos agujas catéter Argile® 15 G, capaces de ofrecer flujo suficiente minimizando riesgos, preservando vasos y lugares de punción de mejor caudal.

Conclusión

La LDL-A es una técnica eficiente que no plantea dificultades técnicas adicionales respecto a otras técnicas depurativas, aunque requiere un control y vigilancia del paciente por parte de enfermería más estrecho, para garantizar tanto el confort como la seguridad del paciente.

La enfermera y el cuidado holístico; fundamental en la enfermedad crónica

Mirian García-Martínez, Sandra Pacheco-Martínez, Javier Cristian Perales-Vaca, Alicia Labrador-Pérez, Lucía Merino-González, Miguel Merino-García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España
Complejo Asistencial de Burgos. Burgos. España

Descripción del caso

La pérdida de salud, supone un cambio importante en la vida, más si nos encontramos con situaciones graves, en las que se presenta un fracaso de órganos principales; donde se precisa un trasplante para la supervivencia. Cuando esto sucede, las personas sufren un gran impacto tanto físico como emocional al que deben adaptarse. Es a lo largo de este proceso, donde la enfermería juega un papel fundamental para conseguir la excelencia en el cuidado, abordando al paciente en todas sus vivencias y situaciones de manera individual desde el inicio. Una vez son sometidos a trasplante, deben explicarse las posibles repercusiones del mismo. La supervivencia de los pacientes sometidos a trasplante cardiaco (TC) se consigue, entre otras terapias, a un óptimo tratamiento con inmunosupresores para la prevención del rechazo, pero uno de los efectos secundarios más importantes, es la nefrotoxicidad, siendo necesario afrontar otra situación importante de salud, iniciando tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis (HD), para el control hemodinámico como el caso que se presenta.

Descripción del caso

Varón de 51 años sometido a TC (2018), debuta con insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a anticalcineurínicos, precisando tratamiento renal sustitutivo con HD. Ingres por descompensación hemodinámica en críticos cardiológicos (CC). Presenta cuadro de hipotensión, taquicardia, SO_2 84%, disnea, palidez, diaforesis profusa, temperatura 35,5 °C. Neurológicamente semicomatoso. Se observa QRS ancho y onda T picuda en monitor (K sérico 8 meq/l). Como consecuencia del cuadro, se observa que el paciente está además en anuria. Debido a la situación de inestabilidad, se decide tratamiento urgente con HD. Precisa de canalización de catéter femoral derecho para la realización de la técnica con el fin de estabilizar al paciente. Tras finalizar el tratamiento inmediato se realiza una valoración por sistemas, entrevistando a su hijo como cuidador principal.

Plan de cuidados

Se utiliza las taxonomías NANDA para la etiqueta diagnóstica centrada en la familia de Ansiedad (00146), y se planifican los indicadores NOC, con sus respectivos tratamientos NIC; los problemas de colaboración secundarios a la patología y a los tratamientos/complicaciones potenciales y problemas de autonomía. La HD administrada por enfermería nefrológica en colaboración con las enfermeras de CC derivó hacia la estabilidad del paciente.

Reflexiones

El abordaje inicial para la estabilización hemodinámica es fundamental, pero este debe además ir acompañado y continuado en el resto del proceso de enfermedad del paciente y familia, ya que la diferencia del cuidado la marca la planificación entre enfermeras. Es necesario adoptar una perspectiva de cuidado integral, donde los profesionales de la enfermería abordemos el proceso desde una visión más completa de la situación de los pacientes, proporcionando un cuidado holístico más efectivo. Este enfoque es prioritario en la atención a las personas con una enfermedad crónica, ya que sufren procesos muy prolongados afectando profundamente a su calidad de vida.

Plan de cuidados de enfermería para pacientes con penfigoide ampuloso: a razón de un caso

Lara Galindo-García, Beatriz del Campo-Hermida, Alexandra Char-Tabrea, María Díaz-Montero, Alicia Sánchez-García

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España

Introducción

El penfigoide ampuloso es una dermatosis ampulosa subepidérmica autoinmune, ocasionada por el desarrollo de anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal. Se trata de la enfermedad ampulosa más frecuente en los países desarrollados en la población adulta mayores a 60 años, con una incidencia estimada en nuestro medio de 0,2 a 3 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. Clínicamente se caracteriza por una erupción cutánea pruriginosa polimorfa, sobre todo en extremidades superiores e inferiores. Posteriormente suele desarrollar ampollas tensas sobre piel normal o eritematosa, que evolucionan originando áreas erosivo-costrosas, y que se curan sin dejar cicatriz. En este caso, se trata de un varón de 74 años con enfermedad renal crónica estadio V secundaria a nefropatía diabética. Se inicia terapia renal sustitutiva (TRS) mediante hemodiálisis a través de catéter yugular tunelizado derecho en octubre de 2021. En diciembre de ese mismo año se le diagnostica de Penfigoide ampuloso. En octubre de 2022 se realiza fístula arteriovenosa interna (FAVI) humero-cefálica izquierda, siendo la primera punción en julio de 2023. Desde entonces la FAVI se ha usado intermitentemente debido a las lesiones, impidiendo la punción y fijación de las agujas, tendiendo que realizar la sesión de diálisis a través del catéter yugular permanente, o incluso de forma mixta.

Material y Método

Se realiza la valoración de enfermería utilizando los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y se han aplicado los diagnósticos enfermeros a través de la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Resultados

Se han detectado tres patrones funcionales alterados: percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico y eliminación. Se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería (Dx), criterios de resultados (NOC) y las intervenciones (NIC):

- Dx: Riesgo de infección.
- NOC: Autocontrol: enfermedad crónica. Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica.
- NIC: Controla los signos y síntomas de la enfermedad. Sigue las precauciones recomendadas. Controla signos y síntomas de las complicaciones. Informa de los signos y síntomas de las complicaciones.
- Dx: Deterioro de la integridad cutánea.
- NOC: Integridad del acceso para hemodiálisis.
- NIC: Mantenimiento del acceso de hemodiálisis. Vigilancia de la piel.
- Dx: Deterioro de la eliminación urinaria y Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos
- NOC: Función renal.
- NIC: Terapia de hemodiálisis. Manejo de líquidos.
- Dx: Riesgo de desequilibrio electrolítico.
- NOC: Aclaración de toxinas sistémicas: diálisis.
- NIC: Terapia de hemodiálisis. Alimentación.

Conclusiones

Se realiza un plan de cuidados de enfermería para pacientes diagnosticados de penfigoide ampuloso. Siempre teniendo presente que hay que individualizar en cada caso. El diagnóstico precoz y un enfoque multidisciplinar son clave para el manejo de esta enfermedad y evitar complicaciones, permitiendo un enfoque holístico y completo, pudiendo así aplicar cuidados de calidad.

¿Por qué mi paciente lactante solo se desatura cuando se dializa?

Natalia Perea-Domínguez, Diego Morante-Martínez, María Aparicio-López, María Paz González-Pérez

Hospital Universitario La Paz Infantil. Madrid. España

Introducción

La metahemoglobinemia se define como la presencia de un nivel elevado de metahemoglobina. La metahemoglobina es una variante de la hemoglobina en donde la forma ferrosa (Fe^{++}) del grupo hemo es oxidada a forma férrica (Fe^{+++}). Esta situación supone una menor capacidad de unión de las moléculas de oxígeno causando en último término hipoxia tisular. Su presentación clínica es variada pudiendo presentar síntomas como disnea, cianosis, cefalea, letargia o coma, los cuales pueden en algunos casos ser graves e incluso mortales. Su origen etiológico puede ser tanto congénito como secundario por exposición a diferentes factores. Los lactantes son un grupo especialmente vulnerable, pudiendo aparecer dicha entidad tras la exposición a aguas no correctamente tratadas con alto contenido en nitrato. Presentamos un caso dentro de nuestra unidad en un lactante con metahemoglobinemia transitoria relacionado con la realización de hemodiálisis (HD) mediante un monitor de aguas portátil en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de nuestro centro.

Material y Método

Presentamos el caso clínico de un lactante varón de 7 meses con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) estadio 5 en terapia renal sustitutiva (TRS) con diálisis peritoneal (DP) desde los 4 meses de vida. El paciente presenta diagnóstico de nefropatía quística y mutación genética en gen HNF1-beta. El lactante ingresa en la UCIP de nuestro hospital por un episodio de descompensación cardiaca aguda en contexto de sobrecarga de volumen. Tras ser diagnosticado de hidrotórax derivado de la DP, el paciente precisa su entrada en HD. Se realiza un total de cuatro sesiones consecutivas, observándose en la segunda sesión un episodio de desaturación fluctuante medido con pulsioximetría con valores mínimos de hasta 88-90% que no mejoran a pesar de aumento de FiO_2 . Además, presenta palidez y cutis reticular. Las saturaciones de oxígeno se normalizan a partir de las 6-10 h tras la desconexión de la técnica.

Resultados

Esta situación se repite en las siguientes dos sesiones de HD, observándose tras la realización de la última sesión un aumento de metahemoglobina al revisar las gasometrías previas y evidenciando dicho hallazgo en el resto de situaciones.

Conclusiones

Ante dichos hallazgos analíticos se sospecha la presencia de una metahemoglobinemia asociada a la técnica de hemodiálisis como primera opción causante de una inadecuada depuración de las aguas de hemodiálisis del monitor portátil. Se cambia el monitor portátil de tratamiento de aguas desapareciendo la clínica de desaturación y se normalizan los niveles de metahemoglobina. Destacar el papel fundamental de la enfermería en la detección de estas complicaciones.

Prurito asociado a la enfermedad renal crónica: descripción y caso clínico

Laura Moreno-González, Juan Francisco Pulido-Pulido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

Descripción

El prurito asociado a la enfermedad renal crónica (Pa-ERC) es una de las enfermedades más incapacitantes de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y con un mayor impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. El Pa-ERC tiene una prevalencia entre un 40% y un 50% en pacientes en hemodiálisis, y hasta un 25% refiere un aumento de la intensidad durante la sesión. Los enfermos con ERC, no relacionan el prurito a su enfermedad y eso, junto con la clínica tan variable con la que cursa esta enfermedad, hace muy complicado el diagnóstico y su manejo precoz. Por otro lado, la falta de opciones terapéuticas específicas y efectivas, la convierte en un problema de salud aún por resolver.

Caso clínico

MG.G.C., mujer, 61 años, en programa crónico de hemodiálisis desde 1991 a través de fístula arteriovenosa radio-cefálica. En tratamiento con hemodiálisis: HDF-POST durante 4 horas, 3 días en semana, con: Qb:400 ml/min, Kt/V: 1.9 y con 26 litros de sustitución. Comenta que desde hace unos años refiere algún tipo de picor en casa, y en ocasiones en diálisis, pero no le había dado mucha importancia. Desde hace 3 meses refiere muy mal descanso nocturno debido al prurito y sesiones de hemodiálisis peor toleradas.

Observamos en los parámetros analíticos que el fósforo, el calcio y la PTH están en valores normales. Realizamos una exploración física al paciente, en busca de lesiones, estando presentes. Se descartó por parte de dermatología otras posibles causas o patologías de esas lesiones. Le realizamos a nuestra paciente la pregunta nº 20 de la escala de KDQOL-36. La respuesta fue muchísimo. Una vez diagnosticado, evaluamos la intensidad del picor con la escala de calificación numérica del picor mas intenso sufrido (WI-NRS) y el impacto de ese picor en la calidad de vida. Toda esta información se recogió en la historia clínica del paciente para su seguimiento. Como enfermeras de hemodiálisis debemos realizar

una atención de calidad, con educación de la salud y apoyo emocional, para proporcionar habilidades en el cuidado y manejo del Pa-ERC con medidas higiénico-dietéticas. Nuestra paciente comenzó con Gabapentina de 100 mg, siendo muy mal tolerada. Debido a un estudio, pudimos contar con un nuevo fármaco, que fue aprobado en abril del 2022 por la Agencia Europea del Medicamento específicamente para el Pa-ERC, pero que todavía no está comercializado. Se trata de la difelicefalina. Este fármaco es un agonista de los receptores opioides kappa que se administra en forma de bolo intravenoso en el circuito de diálisis después de cada sesión de hemodiálisis.

Después de 2 meses, la paciente refiere un mejor descanso nocturno y una bajada de 4 puntos en la escala WI-NRS, pero ninguna durante las sesiones de hemodiálisis.

Conclusión final

- El 91% de los nefrólogos españoles consideran que el Pa-ERC es un problema todavía sin resolver.
- Los nuevos fármacos como la difelicefalina abren un nuevo horizonte para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Rotura de aneurisma complicado en fístula arteriovenosa interna nativa durante la sesión de hemodiálisis

Gema Palacio, Virginia Arroyo, M^a del Carmen Criado, M^a Ángeles Moreno, Raquel Pérez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

Introducción

La pérdida de integridad cutánea de una fístula arteriovenosa interna nativa (FAVn) durante la sesión de hemodiálisis (HD) es una de las urgencias vitales más graves aunque menos prevalentes que pueden ocurrir en una sala de HD.

Objetivo

Describir la complicación vascular, la actuación de enfermería y la actuación llevada a cabo durante la urgencia grave

Material y Método

Estudio descriptivo en el que se ha recogido la evolución clínica de una complicación grave sobre una FAVn. Se han recogido datos de la historia clínica electrónica y del programa informático de la Unidad de HD.

Resultados/Caso clínico

Paciente de 53 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica secundaria a Nefropatías Intersticial (Estadio KDO-QI G5) con FAV radiocefálica izda. desde 1984 (35 años funcionante), el paciente se ha trasplantado en 3 ocasiones con supervivencias mínimas del injerto (2 de ellos de donante vivo) y estando todo este tiempo hipersensibilizado y en programa PATHI (Plan Nacional de Acceso al Trasplante Renal para Pacientes Hiperinmunizados). El acceso vascular muestra desde hace muchos años importantes aneurismas en todo el trayecto. En abril de 2022 y tras una punción habitual, se desarrolló un pequeño absceso que evolucionó en días posteriores hacia una pequeña placa necrótica desapareciendo los signos inflamatorios e infecciosos subyacentes con el tratamiento antibiótico. El servicio de cirugía vascular realizó seguimiento activo y constante, recomendando vigilancia y control, pendiente de la evolución. Durante varios meses, se continuó el tratamiento con HD llevando a cabo las punciones en zonas muy alejadas a la placa necrótica y con coagulación manual realizada con la colaboración del propio paciente. En agosto de 2022, 4 meses después del inicio del

proceso y al inicio de la sesión, se produjo la pérdida de la placa necrótica de forma espontánea produciéndose sangrado masivo a través del orificio en la pared del aneurisma. Se detuvo la sesión de HD y se realizó compresión manual, derivándose al paciente al quirófano de urgencia de cirugía vascular. Se realizó colocación de prótesis reconstructiva y cierre de cicatriz con grapas de sutura, colocando a su vez un catéter venoso central (CVC) tunelizado en yugular dcha. con el cual se dio continuidad hasta la fecha al tratamiento de HD.

Conclusiones

Durante la duración del episodio, el personal de enfermería monitorizó y registró los cambios producidos, evolución y cuidados de la escara en el aneurisma, así como las curas necesarias tras la colocación de la prótesis reconstructiva. El papel de enfermería es primordial en el seguimiento y adecuada evolución de las incidencias en los accesos vasculares de los pacientes en hemodiálisis ya que es quien inspecciona, maneja y cuida en cada sesión el buen funcionamiento del acceso vascular del paciente. En este caso, la aparición y posterior desprendimiento de la placa necrótica de la FAV resultó una grave complicación.

Utilidad del point of care ultrasound (PoCUS) como herramienta de evaluación para detectar congestión en pacientes en diálisis peritoneal en la consulta de enfermería. A propósito de un caso

Raquel López-González, [Laia Martínez-Segura](#), Ana Sánchez-Escudero, Ariel Tango-Barrera, Meritxell Ibernón-Vilaro, Isabel Bueno-López

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona. España

Introducción y Objetivo

Diagnosticar de forma adecuada la congestión en pacientes que están haciendo un tratamiento de diálisis peritoneal (DP) es un reto para enfermería. Aunque la presencia de signos y síntomas congestivos como disnea, ortopnea, crepitantes, ingurgitación yugular y edemas son de ayuda en la práctica clínica, su sensibilidad es limitada y compleja. La mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y en Terapia Renal Sustitutiva (TRS) presentan gran dificultad para el ajuste de volumen. La exploración ecográfica PoCUS permite valorar la congestión así como personalizar la pauta de DP de manera rápida y dinámica. Objetivo: introducir en la evaluación de enfermería esta herramienta para detectar congestión en pacientes en DP y anticiparnos a posibles complicaciones e ingresos.

Material y Método

Exploración ecográfica PoCUS a los enfermos con congestión clínica o alteración de la bioimpedancia (BCM). Cuando se detecta la congestión o se cuantifica, se ajusta la pauta de DP conjuntamente con el equipo de nefrología y se cita al paciente semanalmente para reevaluar su estado clínico y congestivo. Se registran los datos clínicos, de DP y se realiza el PoCUS.

Resultados

Presentamos el caso de un paciente varón de 78 años, que realiza DP automática. En la exploración física se apreciaba aumento de peso (peso inicial 43 kg, actual 47 kg) sin aumento de edemas ni presencia de disnea. El paciente presentaba reducción de la diuresis residual (diuresis inicial 1L, actual 700 ml). Se realizó BCM apreciando una sobrehidratación de 3,2 litros. El examen con PoCUS reveló líneas B (LB) en 5/8

campos explorados y un diámetro de la Vena Cava Inferior (VCI) de 2,5 cm, sin colapso superior a un 50% con la inspiración corroborando la presencia de un patrón congestivo. Los hallazgos nos permitieron incrementar la pauta de DP. Se observó una reducción semanal en los indicadores de congestión presentado 2/8 LB y VCI de 2 cm. Sin embargo, a pesar de la mejora congestiva, el paciente requirió eventualmente transición definitiva a hemodiálisis por fragilidad del paciente.

Conclusión

El uso del PoCUS como herramienta complementaria durante la evaluación del paciente en la consulta de enfermería permite una detección precoz de la congestión y un buen manejo, evitando posibles complicaciones y permitiendo ajustar las pautas de DP de forma más intensiva.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

Los trabajos podrán ser presentados atendiendo a la siguiente clasificación:

- HEMODIÁLISIS.
- DIÁLISIS PERITONEAL.
- TRASPLANTE RENAL.
- ATENCIÓN INTEGRAL.
- ERCA (CONSULTA PREDIÁLISIS).
- PÓSTER-CASOS CLÍNICOS.

FASE I: Una vez recibidos todos los trabajos en los tiempos y forma establecido, son enviados a través de un sistema informatizado a los miembros del “Comité Evaluador”, formado por un grupo de expertos en estas seis áreas y con localizaciones geográficas distintas.

Para la realización del proceso de evaluación de los trabajos presentados al congreso, se utilizará un sistema de “triple ciego” que garantiza la máxima imparcialidad en dicho proceso. Los evaluadores de trabajos que conforman el Comité Evaluador, **no tendrán acceso a ningún dato que permita identificar a los autores o el origen del trabajo** en ninguna de las fases del proceso.

Cada trabajo será valorado, al menos, por tres evaluadores diferentes, que no tendrán contacto entre ellos y que solamente tendrán acceso a la lectura del resumen (abstract 500 palabras). A través de esta fórmula se asegura una evaluación objetiva y justa de cada trabajo presentado.

FASE II: Cada grupo de evaluación (3 evaluadores), contará con un “Coordinador/evaluador”, que tendrá la responsabilidad de supervisar y garantizar el correcto desarrollo del proceso de evaluación. Este coordinador/evaluador podrá solicitar aclaraciones adicionales al resto de evaluadores de su grupo y participará en una reunión con los demás coordinadores, donde se discutirán los resultados de la evaluación de cada trabajo, de manera individual (uno a uno).

Durante la reunión de coordinadores, se revisarán las notas y las observaciones anotadas para cada trabajo, y se tomará una decisión en común sobre la aceptación o el rechazo. Además, en esta reunión se discutirán y se seleccionarán los trabajos que serán premiados o candidatos a ello.

El Comité Evaluador se reserva la potestad de poder modificar el formato de presentación de cualquier trabajo (ya sea de comunicación oral a póster, o viceversa).

】 EVALUACIÓN DE TRABAJOS “COMUNICACIONES ORALES”

Los trabajos recibidos en este formato serán evaluados atendiendo al proceso descrito anteriormente y siguiendo los siguientes ítems y escala de puntuación:

1. Criterios de estructura: Cada criterio se puntuará bajo el siguiente baremo.

1. a.- **ORIGINALIDAD** se puntuará de 0 a 2 puntos.
1. b.- **ENUNCIADO DE OBJETIVOS:** se puntuará de 0 a 2,5 puntos.
1. c.- **METODOLOGÍA:** se puntuará de 0 a 2,5 puntos.
1. d.- **CLARIDAD DE RESULTADOS:** se puntuará de 0 a 2 puntos.
1. e.- **TÍTULO:** se puntuará de 0 a 1 puntos.

2. Criterios de contenido: (se puntuará de 0 a 10 puntos).

Para la obtención de la nota de cada trabajo, se sumarán todas las puntuaciones obtenidas entre los “criterios de estructura” y “criterios de contenido”, y este resultado, se dividirá entre dos para obtener una nota sobre diez.

(Con esta ponderación, se garantiza que la mitad de la nota alcanzada procede del interés del trabajo para la enfermería nefrológica y a su aplicación práctica).

Una vez obtenidas tres notas por trabajo (tres evaluadores), se realizará la media entre ellas, obteniendo así la **puntuación final del trabajo**.

】 EVALUACIÓN DE TRABAJOS “COMUNICACIONES PÓSTER”

El proceso de evaluación de los trabajos presentados en este formato se establecerá en dos tiempos.

Una primera calificación en la que los evaluadores, atendiendo a criterios generales del trabajo, es clasificado como “APTO” o “NO APTO”.

(Esta limitada evaluación atiende a que aún no se ha presentado el póster final editado)

Una segunda calificación correspondiente a los trabajos clasificados como “aptos”; que serán reevaluados atendiendo a los siguientes aspectos (puntuando de **0 a 10**):

- Interés para la práctica de la enfermería.
- Metodología e interés científico.
- Originalidad.
- Calidad artística.

(En este segundo proceso de evaluación ya se cuenta con el póster final editado y ello permite una evaluación más ampliada).

▮ EVALUACIÓN PÓSTER-CASOS CLÍNICOS

Los trabajos “CASOS-CLÍNICOS” solamente podrán ser presentados como **COMUNICACIÓN PÓSTER**, siendo los criterios de evaluación siguientes y puntuados de **0 a 10**:

- **ORIGINALIDAD.** Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.
- **RELEVANCIA.** Se valorará el interés del tema tratado, y si los resultados del estudio son aplicables en la práctica clínica diaria independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.
- **ESTRUCTURA / REDACCIÓN CIENTÍFICA.** Se valorará el rigor científico en la redacción del resumen.
- **VALORACIÓN DEL CASO.** En este apartado se valorará la exposición del caso, valorándose de forma positiva el uso de un modelo enfermero, y la exposición organizada (por necesidades, patrones, etc), coherente y completa.

- **ENUNCIADO DEL PROBLEMA-AS.** Se valorará la adecuación y coherencia entre la valoración presentada y la identificación del problema, siendo más favorable el uso de taxonomía enfermera para su exposición.

- **Intervención/Resultados.** En este criterio se evaluará la descripción de la/s intervención-es y su coherencia para dar respuesta al problema-s descrito-s, y de los resultados obtenidos tras la implantación de esa-s intervención-es. Se valorará de forma muy positiva el uso de taxonomía enfermera NOC-NIC.

- **CONCLUSIONES.** ¿Se derivan de los resultados? ¿Son relevantes? ¿Dan respuesta al problema planteado en el caso? Es decir: son significativas, importantes, pertinentes.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de poder cambiar este formato (Comunicación Póster – Caso Clínico) a Comunicación Oral, si así se considerara de interés especial para la práctica de la enfermería o por otras circunstancias.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

▮ EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

▮ **1.-CRITERIOS DE ESTRUCTURA:** (Evalúan los aspectos formales del trabajo)

1.a.- ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b.- ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos, o que no son demostrados estadísticamente.

1.c.- METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de: **Introducción (opcional), Material y Método, Resultados y Conclusiones.**

En la metodología se deberían definir aspectos como la población estudiada y la muestra, así como el tipo de muestreo utilizado. Se debería también especificar si el estudio es descriptivo o experimental y enunciar los métodos estadísticos utilizados.

1.d.- CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo. Los resultados deben ser representados numéricamente y no deben ser interpretados.

1.e.- TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

■ 2.- CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a.- APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si los resultados del estudio son aplicables por enfermería de forma autónoma, teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.

▶ EVALUACIÓN TRABAJOS CUANTITATIVOS

■ 1.-CRITERIOS DE ESTRUCTURA:

1.a.- ORIGINALIDAD

Aunque se trata de un concepto subjetivo ya que puede tener diferentes significados en función del conocimiento personal del evaluador, se define este criterio como “tema novedoso” o tema “poco descrito”, o el tratamiento de un tema muy estudiado desde otro punto de vista, nunca o pocas veces utilizado.

1.b.- ENUNCIADO DE OBJETIVOS

Este criterio es un criterio objetivo, ya que se trata de valorar si la propuesta de estudio se responde con las conclusiones del mismo. Para esto, el evaluador debe comprobar que el objetivo del estudio no abarca supuestos que no se responden con los resultados obtenidos.

1.c.- METODOLOGÍA

Este criterio se valorará en función de la estructura de trabajo científico, caracterizada por constar de introducción (opcional) además de definir los instrumentos cualitativos utilizados como la observación, número de participantes, tipo de entrevista realizada: informal o semiestructurada, registro de los datos y análisis de los documentos.

1.d.- CLARIDAD DE RESULTADOS

Este criterio valorará si se entienden fácilmente los resultados, sin necesidad de leer todo el trabajo.

1.e.- TÍTULO

En el título se valorará si el mismo se corresponde con el desarrollo del trabajo, o si la lectura del trabajo responde a las expectativas que plantea el título.

■ 2.- CRITERIOS DE CONTENIDO:

2.a.- APLICACIÓN PRÁCTICA E INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Aunque se trata de un criterio muy subjetivo, el evaluador intentará determinar si partiendo de una perspectiva holística de los datos del estudio estos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos de salud y teniendo en cuenta si esta aplicación repercute en beneficio del paciente.

Por otro lado, valorará si el estudio en cuestión es de interés para la enfermería nefrológica en su conjunto, independientemente de la actividad que se desarrolle en cualquiera de sus campos.



SEDEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA



CONGRESO NACIONAL XLIX SEDEN

11 AL 13 DE NOVIEMBRE - VALENCIA 2024



SEDEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

www.congresoseden.es